

MUJERES Y ADICCIONES



**GOBIERNO
FEDERAL**

SALUD





MUJERES Y ADICCIONES

Editores

Martha P. Romero Mendoza

María Elena Medina-Mora

Carlos José Rodríguez Ajenjo †

MUJERES Y ADICCIONES

Corrección de estilo de lenguaje incluyente

Mtra. Silvia Loggia y Lic. Gabriela Luna, INMUJERES

Coordinación de la edición: Dra. Martha Romero

Coordinación de producción: Dr. Víctor Manuel Guisa Cruz

Segunda edición, septiembre de 2011

© CENADIC

ISBN: 978-607-460-177-0

Impreso y hecho en México
Printed and made in Mexico

DIRECTORIO

Secretaría de Salud

Dr. José Ángel Córdova Villalobos
Secretario de Salud

Dra. Maki Esther Ortiz Domínguez
Subsecretaria de Integración y Desarrollo del Sector Salud

Dr. Mauricio Hernández Ávila
Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud

Lic. Laura Martínez Ampudia
Subsecretaria de Administración y Finanzas

Mtro. Salomón Chertorivski Woldenberg
Comisionado Nacional de Protección Social en Salud

Lic. Mikel Andoni Arriola Peñalosa
Comisionado Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

Dr. Germán Fajardo Dolci
Comisionado Nacional de Protección Social en Salud

Dr. Carlos Tena Tamayo
Comisionado Nacional contra las Adicciones

Lic. Carlos Olmos Tomasini
Director General de Comunicación Social

Lic. Bernardo Emilio Fernández del Castillo Sánchez
Coordinador General de Asuntos Jurídicos y Derechos Humanos

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz

*Dra. María Elena Medina-Mora
Directora General*

*Dr. Francisco Pellicer
Director de Investigaciones en Neurociencias*

*Dr. Carlos Berlanga
Subdirector de Investigaciones Clínicas*

*Mtra. En Psic. Guillermina Natera
Directora de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales*

*Dr. Armando Vázquez López-Guerra
Director de Servicios Clínicos*

*Dr. Héctor Sentís
Director de Enseñanza*

Instituto Nacional de las Mujeres

*C. María del Rocío García Gaytán
Presidenta*

*Mtra. Silvia Loggia Gago
Subdirectora de Educación y Salud*

*Lic. Gabriela G. Luna Sánchez
Jefa de Departamento de Salud*

CENADIC

*Mtra. Celina Alvear Sevilla
Directora General*

*Mtro. Alejandro Sánchez Guerrero
Director General Adjunto*

*Mtra. María José Martínez Ruiz
Directora de la Oficina Nacional para el Control del Consumo de Alcohol y Drogas Ilícitas*

*Dr. Justino Regalado Pineda
Director de la Oficina Nacional de Control de Tabaco*

*Lic. Monserrat E. Lovaco Sánchez
Directora de Coordinación de la Estrategia Nueva Vida*

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS	7
MENSAJE	9
<i>Lic. Margarita Zavala Presidenta del DIF Nacional</i>	
PRÓLOGO	11
<i>Rocío García Gaytán Presidenta del Instituto Nacional de las Mujeres</i>	
INTRODUCCIÓN	13
<i>Ma. Elena Medina Mora</i>	
MUJERES Y ADICCIONES	19
REFLEXIONES DESDE UNA PERSPECTIVA DE GÉNERO	
<i>Martha Romero Mendoza</i>	
I. PANORAMA ACTUAL	37
¿Cómo son las mujeres que pasan la barrera social? Un análisis de mujeres usuarias de drogas y alcohol en México. Resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones 2008	
<i>María Elena Medina-Mora, Jorge Villatoro, Claudia Rafful, María de Lourdes Gutiérrez, Midiam Moreno, Miguel Ángel López, Carlos Rodríguez Ajenjo</i>	
II. CAPÍTULO DE REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA	71
La mirada hacia el consumo de alcohol y drogas en las jóvenes en cuatro décadas de investigación	
<i>Jair Hernández, Jorge Galván</i>	
Consumo de drogas en trabajadoras sexuales, niñas de calle, migrantes e indígenas	83
<i>Eva María Rodríguez, Leticia Vega, Rafael Gutiérrez</i>	
Mujeres, prisión y drogas	101
<i>Martha Romero Mendoza, Mónica Martínez Arroyo</i>	

El consumo de drogas en el embarazo en México Énfasis en el alcohol	117
<i>Francisco Páez Agraz</i>	
Codependencia: una revisión de sus distintas aproximaciones en México	127
<i>Rodrigo A. Marín Navarrete, Lilitiana B. Templos Núñez, Lorena Larios Chávez</i>	
Sobre la atención a mujeres usuarias de drogas: cifras, barreras y modelo de tratamiento	160
<i>Jorge Galván, Rodrigo Marín</i>	
III. CAPÍTULO DE METANÁLISIS	179
Consumo de alcohol y servicios de urgencias en mujeres mexicanas	
<i>Guilherme Borges</i>	
Consumo de alcohol y drogas en la población femenina: un análisis de los componentes sociales y de género a través de las encuestas nacionales	193
<i>Clara Fleiz, Jorge Villatoro, María Elena Medina-Mora, María de Lourdes Gutiérrez, Midiam Moreno, Michelle Bretón, Natanía Oliva, Marycarmen Bustos, Miguel Ángel Brambila</i>	
El consumo de heroína en mujeres de Ciudad Juárez: una aproximación cualitativa a su trayectoria, consecuencias y tratamiento	221
<i>Patricia Cravioto, María Elena Medina-Mora, Ingrís Peláez, Rebeca Robles y Martha Romero</i>	
IV. NUEVA INVESTIGACIÓN	251
Barreras a tratamiento que enfrentan las mujeres: una aproximación émica y ética	
<i>Martha Romero, Jorge Galván, Mónica Martínez, Eva María Rodríguez.</i>	
Una propuesta de capacitación para la intervención en mujeres con adicciones	266
<i>Patricia Fuentes de Iturbe</i>	
V. CONCLUSIÓN GENERAL	291
EDITORES Y AUTORES	292

AGRADECIMIENTOS

Nuestra gratitud y respeto a todas las mujeres que con problemas de abuso de sustancias psicoactivas, generosa y anónimamente compartieron su vida. Este esfuerzo está dedicado a Ustedes. El grupo de investigadores que colaboraron en la realización de esta obra, desean expresar su sincero agradecimiento y reconocimiento a las siguientes instituciones y a los profesionistas que trabajan en ellas, por haber participado en las diversas actividades que se derivaron de este proyecto y que, sin su apoyo, no habría sido posible llevar a buen término este libro.

Instituto Nacional de Psiquiatría

- Clínica de Adicciones
- Clínica de Adolescentes
- Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales

Instituciones gubernamentales

- Centro de Atención al Alcohólico y sus Familiares (CAAF)
- Centro de Atención Toxicológica (CAT):
 - Venustiano Carranza
 - Xochimilco
- Centro de Atención Integral de Adicciones
- Centro de Prevención y Atención de Adicciones (CEPREAA), UNAM
- Centro de Internamiento para Adolescentes
- Centros Nueva Vida (CNV)
- Centros de Integración Juvenil (CIJ)
- Comité Municipal Contra las Adicciones
- Consejo Nacional Contra las Adicciones (CONADIC). Línea telefónica
- Consejos Estatales contra las Adicciones (CECA)
- Gobierno del Distrito Federal (GDF):
 - Centro de Atención Integral (CAI)
 - Centro de Mejoramiento de Calidad de Vida
 - Procuraduría General de Justicia
 - Subdirección de Salud
 - Subsecretaría del Sistema Penitenciario
- Hospital General Chalco
- Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro

- Instituto de Asistencia e Integración Social (IASIS)
- Instituto de Salud del Estado de México (ISEM)
- Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE)
- Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)
- Instituto Politécnico Nacional (IPN)
- LOCATEL
- Secretaría de Salud
- Secretaría de Salud Yucatán
- Secretaría de Seguridad Pública
- Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF)
- Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM):
 - Facultad de Psicología
 - Facultad de Medicina
- Unidad de Atención Integral a las Adicciones del Estado de Sonora (UNAIDES)

Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC)

- Alcohólicos Anónimos (AA)
- Cáritas, Arquidiócesis de México
- Casa Alianza
- Casa Lois
- Centro de Atención Especializado en Drogodependencias, AC (CAEDRO)
- Centro Iniziare A.C
- Comunidad Terapéutica Casa Nueva
- Fundación Ama a la Vida
- Fundación Reintegra
- Fundación Renace
- Jóvenes en Acción ALFA 4
- Juventud Luz y Esperanza
- Matamoros AC
- Misericordia y Vida para el Enfermo con Sida A.C.
- Picas y Pláticas
- Programa Compañeros, A.C.
- TRAD AC. Tratamiento en Recuperación de Alcoholismo y Drogadicción

MENSAJE

El consumo de drogas es uno de los mayores retos que afronta nuestro país y el mundo entero. Muchos de los problemas sociales que actualmente padecemos están estrechamente vinculados con ese consumo, así como con la producción y distribución de drogas.

La droga desarrolla las adicciones, enriquece a los narcotraficantes, roba los sueños y desaparece el futuro de las personas; amenaza a las familias y nos destruye como sociedad. La droga mata en su consumo y en su distribución.

Hoy, los jóvenes tienen un acceso a las drogas que nosotros los adultos nunca tuvimos, y el número de mujeres jóvenes que las están consumiendo ha crecido considerablemente en nuestro país en los últimos años.

Es verdad que la adicción no distingue género. Sin embargo, la mujer adicta enfrenta un mayor rechazo social y sus pérdidas y consecuencias siempre son más graves.

Como madres, esposas o compañeras de adictos, asumen el rol de ser cuidadoras y estabilizadoras de la relación y de la familia. Pero cuando son ellas las que tienen una adicción, sus problemas son mayores: rechazo, abandono, violencia, discriminación, falta de atención, rompimiento de vínculos y destrucción de la familia.

Aprecio este esfuerzo de profesionales y expertos para ampliarnos el conocimiento y sensibilizarnos hacia el fenómeno de las adicciones en el género femenino. Sin duda también contribuirá al desarrollo de programas adecuados de carácter correctivo y, sobre todo, preventivo.

El Gobierno Federal, a través del Sistema Nacional DIF y el Consejo Nacional contra las Adicciones, desde junio de 2008 está trabajando en la Campaña Nacional de Información para una Nueva Vida, sumando esfuerzos de todos los sectores de la sociedad en favor de la prevención de las adicciones.

Este libro y los folletos que se han elaborado con enfoque de género, son una importante aportación a esa tarea. Una esperanza para las nuevas generaciones, una esperanza para cada papá, para cada mamá y para toda la sociedad.

Si bien este libro que se presenta está orientado a la mujer, indiscutiblemente tiene por meta sumarse a los esfuerzos por lograr una sociedad que ofrezca un futuro cierto para niñas y niños.

Queremos ver a nuestros jóvenes caminar libres y dueños de su futuro. Porque cada niña, cada niño, cada joven es una historia en proceso de construcción, y de nosotros depende que cada historia tenga la mejor de las posibilidades.

*Lic. Margarita Zavala
Presidenta del DIF Nacional*

PRÓLOGO

El uso de sustancias adictivas, legales e ilegales, representa un problema de salud pública que puede afectar a personas de cualquier edad, sexo o estrato social. Históricamente, el consumo de drogas se ha considerado como un fenómeno en el que predomina el elemento masculino.

Esta visión en parte es propiciada por la vigencia que aún tiene en la sociedad el modelo tradicional de roles y estereotipos de género, que percibe el consumo de drogas en las mujeres como inaceptable o inadecuado. La mujer es juzgada con menos indulgencia que el hombre, se considera más grave su degradación moral y se contempla con mayor severidad la alteración de su papel en la familia. Al presentarse una adicción en la mujer, se trastornan completamente sus funciones de ama de casa, madre y esposa.

Este modelo está hoy día superado por la realidad. Las experiencias cotidianas de las mujeres han dejado de vincularse exclusivamente con el ámbito de la familia, la maternidad y la crianza: se han incorporado a la vida pública mediante el empleo retribuido y participan en las esferas económica, social y política.

En el tema que nos convoca, la perspectiva de género ha permitido comprender también las relaciones específicas que mujeres y hombres mantienen con las drogas, sus semejanzas y diferencias. Si bien el consumo de drogas ilegales es mayor en los hombres, en la última década se ha duplicado su uso entre las mujeres. Por estas razones, es necesario replantear las estrategias de prevención y atención en función de las necesidades de mujeres y hombres, así como la elaboración de manuales de sensibilización en cuanto al género para quienes se encargan de desarrollar acciones en este ámbito.

Mujeres y Adicciones muestra cómo los factores de riesgo, patrones de consumo, causas y consecuencias físicas, psicológicas y sociales relacionadas con el consumo de alcohol y drogas, son diferenciados para hombres y mujeres. La investigación representa una piedra angular basada en evidencia científica, para delinear cambios en las políticas públicas de salud desde una perspectiva de género.

Esta obra es una importante contribución que aporta un análisis exhaustivo de la situación de las mujeres en materia de adicciones y nos ofrece recomendaciones con las que podremos construir políticas públicas, con equidad de género, más sólidas y eficaces.

Rocío García Gaytán
Presidenta del Instituto Nacional de las Mujeres

INTRODUCCIÓN

Ma. Elena Medina Mora

En todo el mundo las mujeres, por el hecho de serlo, están en riesgo especial de desarrollar problemas derivados del abuso de sustancias tóxicas; estos riesgos se relacionan, por un lado, con factores biológicos y psicológicos que hacen a la mujer más vulnerable a los efectos de las drogas; por otro, con normas socioculturales que establecen marcadas diferencias en la conducta esperada en hombres y mujeres, con tendencias hacia mayores sanciones para las segundas cuando no se sujetan a dichas normas.

La discriminación contra la mujer sigue siendo parte de nuestra realidad. Lo explica la existencia de dobles parámetros: se tolera más que el hombre beba o use drogas y se rechaza más a la mujer que viola las normas, aunque su conducta al buscar drogas y durante la intoxicación no difieran de la del hombre. Estas condiciones motivan que las mujeres experimenten más problemas y con frecuencia oculten su consumo, lo que dificulta una detección e intervención tempranas. Así, puede decirse que la sociedad protege a la mujer del abuso de estas sustancias, pero la rechaza más cuando desarrolla problemas.

La incorporación de la mujer al ámbito del consumo de drogas es más reciente que en los hombres; aunque ellos continúan usándolas con más frecuencia, las distancias que separaban a los dos grupos parecen estarse desvaneciendo en las generaciones jóvenes. Aparecen nuevos riesgos como embarazos tempranos, exposición a sustancias en el embarazo y el posparto; se modifican las prácticas de crianza, y surgen problemas sociales y de salud como alteraciones en el ciclo menstrual, cáncer de mama, victimización y depresión, entre otras.

A pesar de que la mujer requiere mayor atención a sus problemas, y que sus necesidades sociales son diferentes a las de los varones, los programas de tratamiento siguen enfocados a los hombres. Este volumen analiza la situación de las mujeres y sus necesidades y hace una serie de propuestas para incorporar o fortalecer un enfoque de género en los programas de prevención y tratamiento.

El libro acoge el interés ya tradicional del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente por conocer los problemas que enfrentan las mujeres y por desarrollar y evaluar modelos de atención acordes con las necesidades de cada grupo de población; del Consejo Nacional contra las Adicciones, representado por el doctor Carlos Rodríguez Ajenjo *t*, quien impulsó y apoyó el desarrollo de la investigación para definir políticas y toma de decisiones y, asimismo, del Instituto Nacional de las Mujeres que tiene como misión “dirigir la política nacional para lograr la igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres, a través de la institucionalización y transversalización de la perspectiva de género en las acciones del Estado mexicano”.

El libro consta de varias secciones en las que investigadoras e investigadores presentan sus estudios sobre la mujer bajo la coordinación de la doctora Martha Romero. Abordan aspectos de género y la manera como el problema afecta a la mujer, presentan información no publicada, así como resultados de un metanálisis y una metasíntesis —con enfoque de género— de la literatura derivada de investigaciones realizadas en el país. Se describen las barreras para la atención, se propone un modelo de capacitación que integre este enfoque y se recomiendan políticas públicas.

Aquí se estudia la evidencia científica nacional sobre el consumo de sustancias entre mujeres a lo largo de su ciclo vital, incluyendo investigaciones generadas desde diferentes aproximaciones sobre prevalencia, factores de riesgo, consecuencias y barreras de atención a las adicciones. Se presenta, pues, la investigación en la materia que se considera necesaria para sustentar programas encaminados a mejorar la respuesta al problema, sin olvidar revisiones de la literatura científica nacional, análisis secundarios de bases de datos existentes en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz y nuevos trabajos de campo diseñados ex profeso para la optimización del diseño de estrategias preventivas y de tratamiento del problema en nuestro país.

El lector podrá conocer la prevalencia en el consumo de alcohol y drogas en diferentes grupos de mujeres; el impacto del consumo en la población femenina, particularmente vulnerable biológica y socialmente; así como las barreras para la atención y las modalidades de tratamiento disponibles para las mujeres; encontrará un espacio de reflexión y una oportunidad, con base en la evidencia, para diseñar mejores programas y derivar políticas que consideren las necesidades especiales de las mujeres.

Las mujeres y las adicciones en México

La primera sección aborda el tema de la mujer y las adicciones en México y el enfoque de género. Las autoras describen cómo el consumo de drogas legales e ilegales se ha incrementado en las últimas décadas, sobre todo entre las más jóvenes con mayor probabilidad de caer en el uso y la dependencia. Ello no implica que el problema de abuso de sustancias en los hombres haya disminuido. Sin embargo, el área de oportunidad para intervenir con políticas públicas adecuadas entre las mujeres se ha incrementado.

Esto se debe en gran medida a que dado que históricamente este problema de salud ha sido y sigue siendo más frecuente entre varones, los programas de prevención y tratamiento se han diseñado para el género masculino, tomando en cuenta sus necesidades específicas.

Desde una perspectiva de género resulta obvia la necesidad de acciones futuras producto del reconocimiento de las diferencias entre hombres y mujeres, y encaminadas a resolver las necesidades femeninas. De ser así, las políticas públicas en la materia, al igual que los programas de prevención y tratamiento que de éstas se deriven, incorporarán elementos tendientes a una mayor equidad y efectividad para resolver el lastre social que implica el abuso de sustancias tóxicas.

El aumento del consumo en las mujeres amplifica el espectro de inequidades que padecen, incluyendo violencia y pobreza; y todo lo que es inherente a su género, como problemas durante el embarazo y la crianza, aumentan las consecuencias familiares y sociales relacionadas con el estigma del consumo. La solución a la situación de las mujeres debe ser integral, dirigida a la prevención, tratamiento y desarrollo social; no es sólo un asunto de salud, sino que requiere la intervención en los ámbitos político, social y económico. Dirigir políticas públicas para prevenir y tratar las adicciones desde una perspectiva de género es un buen punto de partida para reconocer y resolver estas históricas inequidades.

Después del análisis general de los determinantes sociales para la salud de las mujeres, que juegan un papel importante en la particular expresión del problema de abuso de sustancias, se ofrece un panorama de la situación actual al presentar los hallazgos epidemiológicos resultantes

de un análisis secundario de la última Encuesta Nacional de Adicciones (2008). Queda claro que el uso de drogas en las mujeres se ha modificado en el transcurso de las últimas décadas; cada vez más mujeres consumen todo tipo de drogas y el del alcohol está aumentando en número de copas por ocasión de consumo. Los cambios en estos patrones exigen modificaciones en la forma en que se enfrenta el problema.

Se muestran también las variaciones en las prevalencias acumuladas del uso de alcohol y drogas por entidad. Ello permite focalizar las acciones de prevención y tratamiento de adicciones a entidades especialmente vulnerables, como son las situadas en el centro-occidente del país, donde más mujeres reportaron haber tenido alguna vez trastornos por uso de alcohol, drogas ilegales y abuso de drogas médicas.

Además, el estudio compara hombres y mujeres consumidores e intenta responder a la pregunta de cómo son las mujeres que han pasado la barrera social y consumen drogas. Nos muestra la relación entre consumo de sustancias, depresión, inseguridad y experiencia de violencia, pero también la conducta antisocial de las mujeres. Pone de manifiesto el rezago en la atención de las adicciones. Es un hecho que las mujeres acuden menos a tratamiento por consumo de alcohol o drogas, aunque al hacerlo reportan mejores resultados que los hombres.

Rumbo a una política pública basada en evidencia científica local

El texto incluye un amplio apartado de capítulos de revisión de la literatura mexicana en torno a las adicciones en la mujer. Se inicia con los grupos más vulnerables: *i)* jóvenes, entre quienes se ha incrementado el consumo; *ii)* trabajadoras sexuales, niñas en situación de calle, migrantes, indígenas y mujeres en prisión, a las que se ha prestado poca atención en sus adicciones y *iii)* embarazadas, cuya conducta adictiva puede repercutir de forma importante en la vida de su descendencia.

Se resume entonces la evidencia generada en torno a la codependencia de las mujeres, pues este fenómeno abarca tanto el consumo de drogas como el vivir con alguien que abusa de las mismas. Muchas mujeres —madres, esposas, hijas, novias o amigas— enfrentan las vicisitudes de la convivencia con alguien que abusa de sustancias. Ellas también requieren de atención en salud física y mental y muchas veces son el impulso para que los seres amados que lo requieran acudan y se mantengan en tratamiento de adicciones.

Esta sección de revisión de la literatura afín termina con la reseña de los estudios de atención a mujeres usuarias de drogas. Se aportan las cifras y se analizan los modelos de atención existentes, así como las barreras de tratamiento a superar.

En términos generales, la literatura nacional sobre el tema nos revela que el aumento del consumo de drogas entre mujeres adolescentes y jóvenes es atribuible en buena medida a los cambios en el contexto sociocultural que, si bien abrió nuevas posibilidades de desarrollo para las mujeres, también ha favorecido su exposición a otro tipo de riesgos como el uso de sustancias tóxicas.

En la década de los ochenta del siglo XX, las mujeres comienzan a adquirir algunas conductas de riesgo tradicionalmente consideradas como masculinas, lo que se tradujo en un incremento del consumo de alcohol y drogas entre ellas. Así, en la década de los noventa, el consumo de drogas en las mujeres comienza a ser considerado en la gran mayoría de las publicaciones nacionales como un problema importante de salud pública; las encuestas nacionales en hogares y los

estudios en población escolarizada mostraban el paulatino incremento en el uso de drogas entre mujeres adolescentes y jóvenes, así como una disminución en la percepción del riesgo asociado a dicho uso. A partir del año 2000, resulta claro que el patrón de consumo de las mujeres es cada vez más semejante al de los varones, pasando del uso experimental al abuso habitual.

Respecto a las mujeres dedicadas a la prostitución, adolescentes en la calle, indígenas, migrantes y mujeres en prisión, la recopilación de investigaciones que se han publicado en México da cuenta de la escasez de información sobre sus particulares patrones de consumo, problemas y consecuencias asociadas, y de las estrategias de intervención efectivas para su tratamiento. Se requiere más y mejor investigación en este campo, aunque con los datos disponibles es claro que la droga se encuentra disponible para niñas y mujeres. Así, por ejemplo, en el caso de quienes se dedican a la prostitución, el alcohol parece ser una “droga de trabajo”. A finales de los noventa, Rodríguez reportó que casi todas estas mujeres consumían entre media y una botella diaria de alcohol. Se propone entonces el primer programa de intervención para reducir los daños en esta población, con un enfoque de género y desde una perspectiva integral.

Por otra parte, un estudio de trabajadores infantiles realizado por DIF, DF y UNICEF, reportó que el alcohol y el tabaco son las sustancias legales más consumidas por las menores de edad, y las drogas ilegales más frecuentemente consumidas son inhalables, mariguana y cocaína; las razones por las que se inicia su consumo son variadas; van de la curiosidad y la búsqueda de aceptación de los pares a la imposición de terceros, el maltrato infantil y el abuso sexual, que lamentablemente son frecuentes en esta población. Preocupa que las instituciones no consideran a estas niñas como poblaciones meta de sus programas de intervención. La situación no es más alentadora para las mujeres migrantes, indígenas y en prisión, tan vulnerables por su situación de marginalidad, pobreza y/o violencia cotidiana les impone.

A lo largo del ciclo vital, no sólo las niñas en situación de calle y las adolescentes se encuentran en posición especialmente vulnerable para el abuso de drogas; durante el embarazo, las mujeres pueden impactar sustancialmente la vida de otros si ingieren drogas legales o ilegales. Este libro destaca el uso del alcohol, pues puede repercutir gravemente en el desarrollo del bebé, generando el denominado síndrome de alcohol fetal.

Los esfuerzos sanitarios en países que han avanzado en este terreno van dirigidos, incluso, a lograr el cero por ciento de consumo de esta sustancia durante el embarazo; en México, algunos de nuestros profesionales de la salud aún no llevan a cabo la vigilancia y recomendación de no uso de alcohol en esta etapa de reproducción femenina.

El impacto negativo de las adicciones sobre otros, particularmente la familia, representa un problema en sí mismo. Este fenómeno se ha denominado “codependencia”. Su tratamiento ha incluido tanto a grupos de ayuda-mutua como a intervenciones basadas en evidencia científica.

En México, país en donde la codependencia es un estilo relacional profundamente arraigado—sobre todo en las mujeres, con un claro papel de cuidadoras—, resulta de indudable valor la implementación de intervenciones sistemáticas para reducir en lo posible los efectos de convivir con un adicto a sustancias psicoactivas, sean sobre la dinámica familiar, la salud de sus miembros o la forma en que éstos hacen frente a las adicciones y su tratamiento.

Un planteamiento integral del fenómeno incluiría entonces a la familia, tanto para promover que el usuario de drogas inicie y culmine exitosamente un tratamiento, como para solucionar los problemas de la propia familia.

Metanálisis y metasíntesis con enfoque de género

En el tercer apartado del texto se ofrece un grupo de reanálisis con perspectiva de género de investigaciones nacionales consideradas de relevancia para destacar los determinantes y consecuencias del abuso de drogas en mujeres mexicanas. Inicialmente, estos estudios analizaron el fenómeno incluyendo a hombres y mujeres como un solo grupo. Esto ocurre en buena parte de la investigación científica generada en la materia. Ahora los datos que se presentan dan cuenta de la situación específica de las mujeres, en lo relativo a consumo de alcohol y uso de servicios de urgencia; componentes sociales del consumo de drogas, y trayectoria, consecuencias y barreras de tratamiento particulares al consumo de heroína en mujeres que habitan en el norte del país. Se seleccionaron estos estudios en virtud de que:

- i) Las salas de urgencias resultan escenario importante para llevar a cabo intervenciones efectivas para reducir el consumo de drogas —particularmente de alcohol—, ante la disposición para analizar y modificar el patrón de consumo de las no poco frecuentes usuarias; entre 8.6% y 39.4% de mujeres que ingresan a un servicio de urgencias en México, son bebedoras y su consumo se asocia con un muy elevado riesgo de requerir atención de urgencia, especialmente por traumatismos por violencia;
- ii) Las variables socioculturales como edad, estado civil, religión y escolaridad, juegan un papel importante en la expresión y mantenimiento del problema, con lo que su análisis permite vislumbrar a los grupos más vulnerables (ahora sabemos que en México las mujeres de 18 a 24 y de 25 a 30 años de edad, que no cuentan con una pareja —divorciadas, solteras, separadas—, no profesan una religión y tienen niveles más altos de instrucción educativa, son las que más consumen alcohol y drogas médicas e ilegales); y
- iii) El estudio de las trayectorias, consecuencias y barreras de tratamiento de poblaciones femeninas específicas permite diseñar intervenciones focalizadas en quienes la marginalidad y la violencia han trastocado sus vidas y las de sus seres queridos, como mujeres de la frontera norte de nuestro país, usuarias de drogas duras como la heroína desde muy temprana edad y que carecen de opciones adecuadas de tratamiento.

Aportaciones para hacer frente al problema de manera efectiva

El cuarto apartado del libro presenta la nueva investigación en torno a las barreras de tratamiento que enfrentan las mujeres mexicanas y las necesidades de capacitación del personal de salud para lograr su adecuada atención. Se trata de dos estudios de campo necesarios para llenar los huecos de información local necesaria para la implementación de intervenciones efectivas.

El primero, desde una aproximación cualitativa, aborda las dificultades de las mujeres para iniciar y culminar exitosamente la utilización de servicios de atención. De acuerdo con los profesionales de la salud mental, una de las barreras de tratamiento es la falta de identificación del abuso de sustancias como un problema de salud mental; por su parte, las usuarias, que reconocen la negación del problema como un elemento que dificulta su atención oportuna, destacan la importancia de otros factores: el estigma, la discriminación —incluso por clase social y preferencias sexuales—, la insistencia de los varones en el consumo y no tratamiento y el

temor a perder a los hijos; asimismo, barreras institucionales que incluyen falta de disponibilidad y/o desconocimiento de la ubicación de los centros atención, carencia de efectividad de las estrategias terapéuticas empleadas, alejadas de una aproximación de género, así como la violencia de la que pueden ser objeto en muchas ocasiones.

Los autores concluyen que la poca comprensión y la falta de capacitación de algunos profesionales de la salud respecto a los problemas que presentan las mujeres consumidoras de drogas, impide que se les brinde una atención adecuada o que no sean aceptadas para el tratamiento.

El segundo estudio, de corte cuantitativo, se enfocó al diseño de una estrategia de capacitación en la materia que integre la perspectiva de género para resolver necesidades particulares de las mujeres consumidoras. Esta propuesta es producto del análisis de modelos basados en evidencia científica y de un estudio exploratorio sobre necesidades de capacitación en México —el primero en su tipo—. Sin duda, nuestro país tiene profesionales de la salud con el perfil apropiado para el aprendizaje de intervenciones con perspectiva de género para mujeres con adicciones. Cubrir las necesidades de capacitación más importantes, como las estrategias de tratamiento integral de adicciones (incluyendo intervenciones psicosociales para disminuir la violencia y la atención a la comorbilidad de trastornos de ansiedad y afectivos, de género y adicciones), permitirá responder más adecuadamente ante el problema.

Sumando estos esfuerzos de tratamiento con las políticas públicas preventivas con intervenciones focalizadas en grupos vulnerables que se sintetizan en el último apartado del texto, los autores del libro esperamos contribuir a la respuesta organizada, basada en evidencia y sensible al género y la cultura que se requiere, para lograr un México libre de adicciones, uno mejor para todos y todas.

MUJERES Y ADICCIONES

REFLEXIONES DESDE UNA PERSPECTIVA DE GÉNERO

Martha Romero Mendoza

Introducción

En todo el mundo, las personas socialmente desfavorecidas tienen menos acceso a los recursos básicos de atención y a los sistemas de salud. Sin embargo, estos grupos son los que enferman y mueren con mayor frecuencia que personas pertenecientes a grupos que ocupan posiciones sociales más privilegiadas. Estas diferencias se han denominado inequidades y aumentan a pesar de que nunca como en la actualidad hay tanta riqueza, conocimientos, sensibilidad e interés por los temas que atañen a la salud (WHO, 2005).

La mayor parte de los problemas de salud se pueden atribuir a las condiciones socio-económicas en que viven las personas. Sin embargo, en las políticas de salud han predominado las soluciones centradas en el tratamiento de las enfermedades, sin incorporar adecuadamente acciones sobre las “causas de las causas”, como, por ejemplo, sobre el entorno social. En consecuencia, los problemas de salud subsisten, las inequidades en salud y atención aumentan y los resultados obtenidos con las intervenciones en salud centradas en lo curativo resultan insuficientes (WHO, 2005).

Paradójicamente, hay suficiente evidencia —proveniente de países desarrollados— de muy diversas acciones posibles para disminuir dichas inequidades, principalmente mediante la implementación de políticas e intervenciones de salud que actúen sobre los determinantes sociales.

En cuanto al consumo de sustancias adictivas, es un hecho conocido que el problema del abuso de drogas está en crecimiento: se modifican las sustancias que se consumen y los patrones de uso; los grupos de población que las consumen también cambian, con mayor participación de las mujeres y sobre todo de las generaciones más jóvenes. Esta transición afectará más a las mujeres por su mayor vulnerabilidad a los efectos de las drogas y ser objeto de mayor rechazo social. Las mujeres llegan al tratamiento con más pérdidas que los hombres, con muchas más consecuencias derivadas de su consumo, aunque finalmente el comportamiento en hombres y mujeres adictos sea el mismo. Como madres, esposas o compañeras de adictos, asumen también el papel de cuidadoras, enferman y afectan el ambiente familiar cuando esto ocurre.

Las modificaciones en el fenómeno requieren cambios en la manera de enfrentar el problema. En el país se ha realizado una cantidad considerable de investigación que debe reunirse a fin de sustentar programas encaminados a mejorar la respuesta y cambios en las políticas públicas.

El objetivo de este capítulo es reflexionar en cómo los determinantes sociales de la salud —en particular el género y los conceptos de igualdad y equidad— intervienen en la expresión del problema del abuso de sustancias en mujeres, y revisar los trabajos realizados en México sobre el tema desde una perspectiva de género.

Determinantes sociales de la salud

De acuerdo con la comisión de la Organización Mundial de la Salud (2008) los determinantes de la salud incluyen ambientes sociales, físicos y económicos, así como las características y conductas individuales. El contexto de la vida de las personas determina su salud, no menos que la herencia y la genética, elecciones personales y forma de vida. Así, culpar a las personas por tener una salud pobre es algo inapropiado (UNESCO, 2009). En muy diversas circunstancias, las personas son incapaces de controlar directamente los determinantes sociales de la salud. Éstos incluyen factores como:

- Ingreso y estatus social: a mayor ingreso y estatus social mejor salud. Entre mayor la brecha entre la gente rica y la gente pobre, mayores las diferencias en la salud.
- Educación: bajos niveles de educación están ligados a una salud pobre, mayor estrés y menor autoconfianza.
- Ambiente físico: agua segura y aire limpio; lugares de trabajo saludable, casas seguras, comunidades y vías de comunicación contribuyen a la buena salud.
- Empleo y condiciones laborales: las personas empleadas son más sanas, particularmente quienes tienen control sobre sus condiciones laborales.
- Apoyo social de redes: a mayor apoyo de las familias, amigos/as y comunidades, mejor salud.
- Cultura: las costumbres y tradiciones, las creencias de la familia y la comunidad afectan la salud.
- Genética: la herencia juega una parte al determinar la vida, la salud y la probabilidad de desarrollar ciertas enfermedades.
- Conducta personal y habilidades de afrontamiento: la alimentación balanceada, el mantenerse activo, beber, y cómo se enfrentan las tensiones y retos de la vida, afectan a la salud.
- Servicios de salud: el acceso y el uso de servicios que prevengan y traten la enfermedad, influyen en la salud.
- Género: hombres y mujeres sufren diferentes tipos de enfermedades en diferentes edades.

Estos determinantes sociales producen, propician, favorecen y crean desigualdades e inequidades que se manifiestan en el estado de la salud y la enfermedad de una población. ¿Pero qué es la igualdad y la equidad?

Igualdad y equidad

La igualdad y la equidad a pesar de que son términos comunes y se utilizan indistintamente, representan conceptos diferentes. La desigualdad y la igualdad son conceptos dimensionales que pueden referirse a cantidades medibles. La inequidad y la equidad son por otro lado, conceptos políticos que expresan un compromiso moral con la justicia social (Kawachi y cols., 2002).

La igualdad es un concepto que implica un vínculo y significa una relación entre pares o entre iguales. En la igualdad lo importante es evitar ser tratado o considerado como diferente, mientras que en la justicia lo relevante es enfrentar lo que de hecho nos hace diferentes.

La equidad por otro lado se define como un principio asociado a valoraciones éticas, morales y políticas sobre la idea de lo justo. La equidad orienta una acción consciente y deliberada dirigida a impactar los determinantes sociales, culturales, políticos, económicos e institucionales que producen tratos, condiciones y/o posiciones injustas vistas como innecesarias, evitables así como inaceptables en la vida concreta de las personas dentro de cada sociedad y cada cultura; por consiguiente, factibles de ser resueltas o superadas por la intervención de la misma sociedad mediante recursos legales, políticos e institucionales, materiales o no materiales (D'Elia y Maingon, 2004).

La equidad es un concepto ético que se constituye como un reto para definir su sinónimo más cercano, justicia social, que puede significar diferentes cosas para diferentes personas, en diferentes sociedades y en diferentes tiempos. La inequidad no se refiere a todas las desigualdades sino a las consideradas como injustas y evitables. La equidad implica la necesidad más que el privilegio, de ser considerado en la distribución de recursos.

En particular, las desigualdades en salud son las diferencias en materia de bienestar físico entre los grupos de población, definidos por factores socioeconómicos, demográficos o geográficos. Entre los más importantes han sido descritos por Evans y Browns (2003): Lugar de residencia (urbano/rural); Raza/etnicidad; Ocupación; Género; Religión; Educación; Estatus socioeconómico y Capital social/recursos. Las diferencias en la salud no derivan únicamente de los sistemas sino de la calidad, el acceso y la capacidad de pago del cuidado. Esta compleja interacción de los determinantes de la salud lleva a las desigualdades. Sin embargo, se estima que las conductas individuales sólo dan cuenta de 25% de las desigualdades (Marmot, 2006).

¿Y el género?

El género puede ser principio organizador, fuente de desigualdad e inequidad y elemento en las diferencias de poder entre hombres y mujeres. El efecto perjudicial del género hace que la mujer se encuentre en mayor desventaja social debido a que predominan estructuras que privilegian a los varones (Sen, Östlin, George, 2007).

Las diferentes posturas teóricas en torno al concepto género, la categoría género, el enfoque y/o la perspectiva de género, han generado confusión, diferencias, distancias entre investigadores. Por ello se dificulta brindar una definición abarcadora y justa (Guzmán y Pérez, 2007). Entre otros, de Barbieri (1997) y Rodríguez (2008) han dado cuenta de ello.

El género ha sido considerado una categoría de análisis de índole relacional sobre la cual inciden diversas visiones y modalidades de hacer ciencia. En tanto que categoría de análisis multidisciplinario, el género marcó la ciencia social y la investigación en las décadas de 1960/1970.

A su vez, el género puede considerarse una *perspectiva analítica* que torna imprescindible la connotación relacional. Es un marco aglutinador de investigaciones de índole multidisciplinaria que hace que se sobrepasen los atributos de una categoría aislada y sirve como un parámetro orientado para la acción (Salles, 1997). Busca principalmente desnaturalizar, comprender, identificar y visibilizar las diferencias entre mujeres y hombres que limitan el acceso equitativo a los recursos económicos, políticos y culturales (PNUD, 2006, INMUJERES, 2008).

Género es un concepto que incorpora los factores sociales y culturales asociados con los diferentes patrones de socialización de hombres y mujeres, que a su vez, tienen que

ver con los roles familiares, las expectativas laborales, los tipos de ocupación y la cultura social que, a su vez, afecta el proceso de salud y enfermedad. Es importante señalar que un enfoque de género, sin embargo, no puede reducirse a los roles de género debido a que éstos remiten a conductas individuales que pueden interpretarse erróneamente si no se analiza el contexto donde se expresan (véase figura 1).

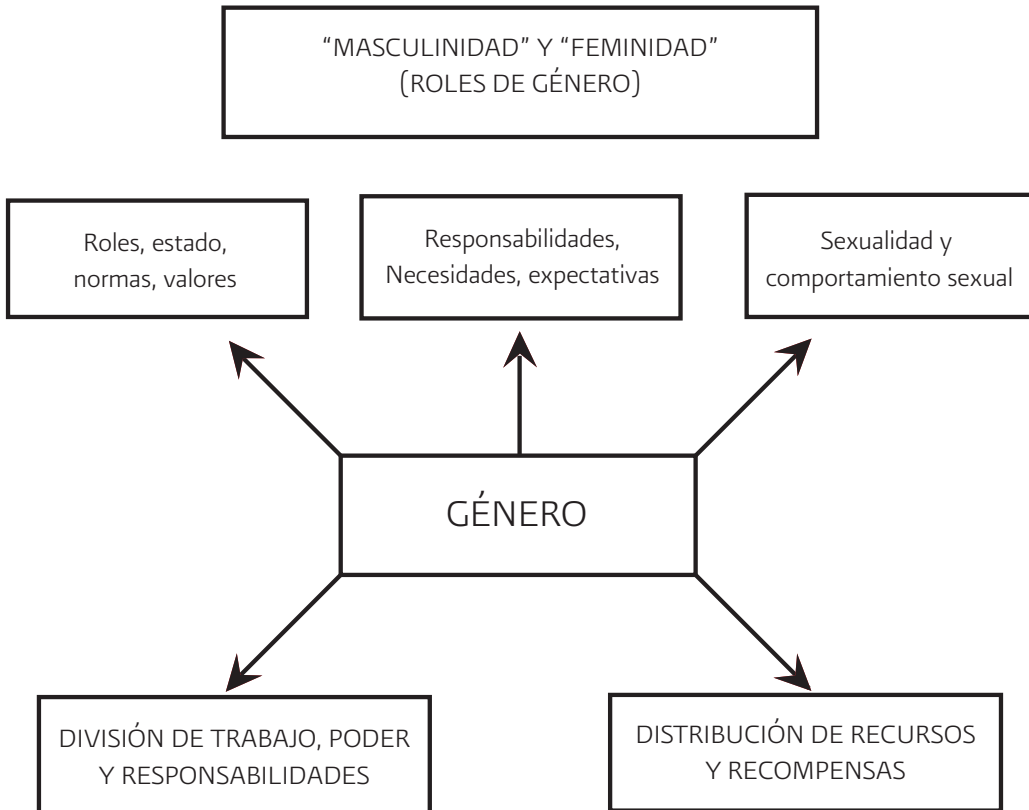


Figura 1.

Autorizado por la OPS; Gender, Ethnicity and Health

Como fenómeno social, el género impone relaciones desiguales de poder entre hombres y mujeres mediante normas y valores culturales simbólicos. Además, el género impregna las instituciones sociales porque no sólo se refiere a relaciones entre los sexos en el ámbito individual, sino también a una compleja gama de estructuras, prácticas y comportamientos que definen los sistemas de organización que constituyen las sociedades humanas (Sen, George y Östlin, 2005) (véase figura 2).

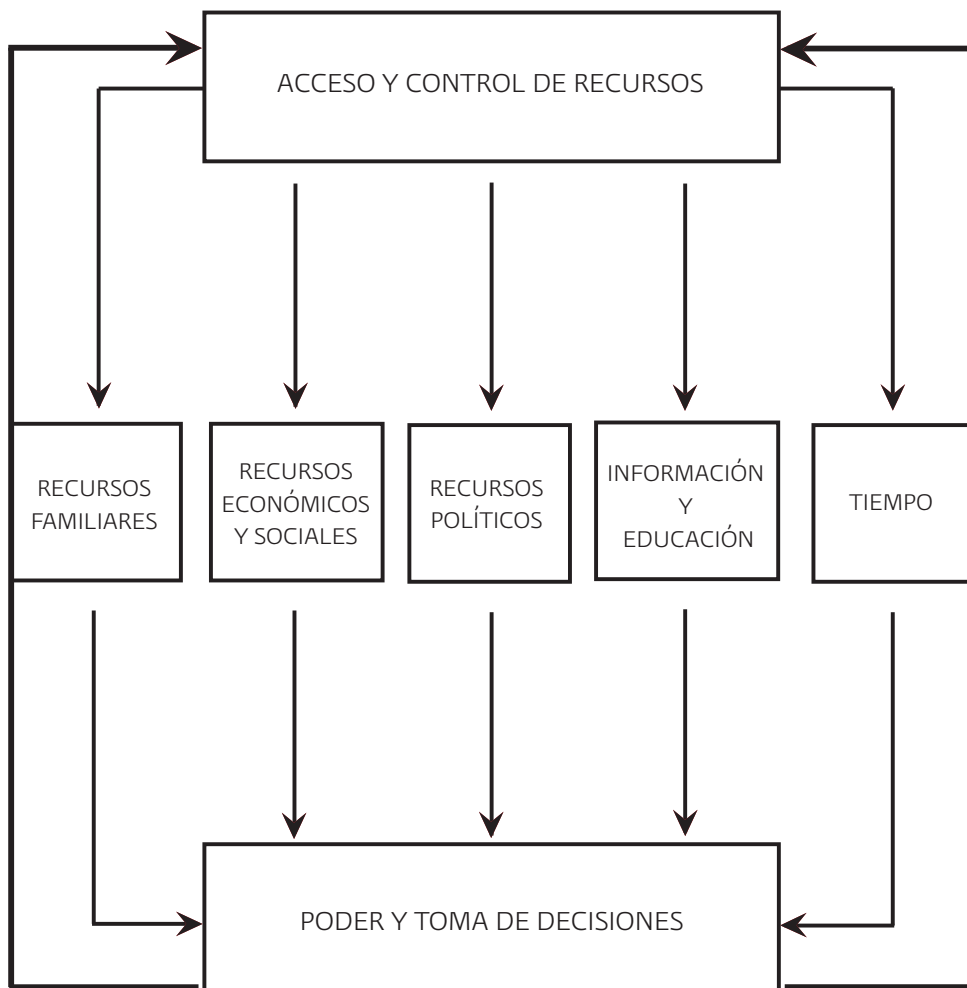


Figura 2. El género interactuando con otras variables define

Autorizado por la OPS; *Gender, Ethnicity and Health*

En palabras de Bourdieu y Wacquant (1992) el género es “una institución que ha estado inscrita por milenios en la objetividad de las estructuras sociales y en la subjetividad de las estructuras mentales” (p. 171).

En este trabajo utilizaremos el concepto de género citando a Ettore (2004): “Género es un proceso y una institución[...] Como un proceso, el género es una parte de todas las interacciones humanas. El género moldea el significado de “mujer” y “hombre” así como el de “masculinidad” y “femineidad” en los niveles económicos, culturales y políticos. Como una institución, el género es parte de la cultura, tanto como otros componentes de la misma como los símbolos, el lenguaje, las costumbres, las normas, los valores y así podríamos seguir. El género es una forma “estable” de inequidad estructurada y que está incrustada en la cultura” (p. 329).

Resumiendo, el género es cultural, relacional, histórico, político, social y sobre todo implica relaciones de poder inequitativas entre hombres y mujeres.

El género es cultural	<ul style="list-style-type: none"> • Generacional • Histórico
El género habla de relaciones hombre-mujer	<ul style="list-style-type: none"> • Relaciones cambiantes • Relaciones que evolucionan
Implica relaciones de poder	<ul style="list-style-type: none"> • Poder individual • Poder colectivo

Género y salud

Si bien mujeres y hombres comparten retos similares en la salud, la forma en que viven y solucionan sus problemas en esta área son muy diferentes. Tal diferencia ha llevado a la Organización Mundial de la Salud (2009) a realizar esfuerzos para dar cuenta de las desigualdades e inequidades y sugerir recomendaciones. Entre los hallazgos más importantes que la OMS (2009) señala en el reporte titulado “Mujeres y Salud” se encuentran:

1. Las inequidades persistentes y ampliamente difundidas, hacen que las mujeres tengan en general peor salud que los hombres, y estos problemas se ven agravados por las desigualdades en educación, ingresos y empleo.
2. Las mujeres enfrentan mayores problemas en el periodo de sus años fértiles, entre los 15 y 49 años y ello también tiene un impacto en la salud además del desarrollo de las siguientes generaciones. Entre los retos que tienen que enfrentar se encuentran embarazos no deseados, abortos no seguros, complicaciones del embarazo y parto, infecciones de transmisión sexual incluyendo el VIH además de la violencia.
3. Los problemas de salud crónicos degenerativos son muy importantes, tales como la pérdida de la visión que provoca cada año que más de 2.5 millones de mujeres se queden ciegas. Además, son relevantes los problemas de salud mental como la depresión que es causa de discapacidad de mujeres en todas las edades.
4. Un gran número de problemas de salud de las mujeres tiene su origen en la infancia, debido a inadecuada nutrición, abuso sexual y negligencia en su cuidado, que lleva implícito la falta de un ambiente de apoyo para adquirir un desarrollo físico social y emocional adecuado. Esta carencia puede ser el origen de trastornos en la salud mental y de abuso de sustancias en épocas posteriores en la vida.
5. Los sistemas de salud con frecuencia fallan en reconocer las necesidades particulares de las mujeres.

Desde una mirada social los aspectos de género en la salud influyen de forma diferenciada y desigual en hombres y mujeres condicionando diferentes:

- Necesidades.
- Riesgos.
- Percepción de la salud.
- Evolución de la enfermedad.
- Tipo y satisfacción de la demanda al sistema de salud.
- Grado de acceso a recursos básicos de salud.
- Control de recursos de salud en el ámbito familiar, comunitario e institucional.

Las diferencias y desigualdades en el campo de la salud se manifiestan no sólo por la forma en que la salud y la enfermedad se distribuyen entre la población, sino también en la forma en que se promueve la salud, se previene y controla la enfermedad, se cuida a los pacientes. Se manifiesta, además, en los modelos adoptados para estructurar los sistemas de salud y seguridad social (Sojo, 2002).

En realidad, aunque se trate de diferencias biológicas específicas de uno u otro sexo en problemas de salud específicos y pareciera que no existen connotaciones de género, hay que preguntarse cómo y cuándo son tratadas por el sistema de salud, y cómo son tratadas por la sociedad las personas que presentan los síntomas de enfermedad.

Un ejemplo de las diferencias en México lo dan Langer y Catino (2007) al señalar que, con frecuencia, las necesidades de las mujeres mexicanas como consumidoras de cuidados de la salud son desatendidas; y como proveedoras de salud tienen un papel no valorado pero imprescindible a nivel privado y profesional, debido a que satisfacen una carga desproporcionada de cuidados informales de salud en los hogares y las comunidades.

Estas diferencias genéricas también han podido medirse. El Foro Económico Mundial (2010) ha publicado, cada año, un reporte respecto a la brecha de género de 134 países con la finalidad de capturar la magnitud de las disparidades. El índice se basa en las brechas genéricas, en criterios económicos, políticos, de educación y salud, además de brindar un puntaje para cada país que permite comparaciones efectivas entre regiones y grupos de ingreso a lo largo del tiempo. No se basa en el nivel de desarrollo del país (Hausman y cols., 2010). México ocupa el lugar 91 de 134 países. En comparación con el año 2009, México ganó siete lugares, principalmente por el efecto combinado de ligeros aumentos en la participación de las mujeres en la fuerza laboral (44 a 46%), el aumento de los ingresos (de 7 311 a 8 375 dólares) además del aumento en el ingreso a educación terciaria (26 a 27%). Sin embargo, con apenas la mitad de las mujeres en la participación de los ingresos, México permanece en la parte baja de los puntajes, debajo de El Salvador y sólo un lugar arriba de Guatemala.

Género y adicciones

Para algunos autores el predictor más importante del consumo de alcohol y el daño asociado es el género (Schmidt y cols., 2010). Wilsnack y cols. (2004) han señalado tres razones importantes para esta diferencia genérica:

1. A nivel mundial, comparados con las mujeres, los hombres tienen mayor probabilidad de beber, de consumir más alcohol y de tener más problemas al hacerlo. Las diferencias se muestran en las tasas de abstinencia, en el consumo riesgoso, los periodos de intoxicación y en los trastornos por el abuso. Muy diversas explicaciones se han dado respecto a esta brecha en las diferencias genéricas. Van desde la genética y el metabolismo hasta la inhibición en las mujeres, el goce y el control social.
2. La segunda razón es que el género interactúa con el consumo de alcohol y provoca diferencias culturales. El alcohol diferencia, distingue, simboliza y regula los roles de género. En décadas recientes ha existido una preocupación constante porque la brecha en el consumo de hombres y mujeres ha disminuido, surgiendo así la hipótesis de la convergencia, donde se afirma que el aumento en las oportunidades de la mujeres de llevar a cabo roles masculinos tradicionales (como el trabajo) ha favorecido el aumento del consumo con mayores consecuencias para ellas. Esta disminución en la brecha del consumo es más evidente en las mujeres adolescentes y jóvenes.
3. La construcción de la masculinidad y la femineidad en algunas culturas está ligada al consumo de alcohol. Beber se asocia a mostrar camaradería entre varones provocando que éstos nieguen o minimicen los problemas resultantes de su consumo. O aceptando esta conducta como normal o permisible, aun cuando en muchos casos los lleve a la violencia. Por otro lado, el consumo en la mujer provoca en quienes la rodean estigma, enojo, castigo y coerción a fin de detener su consumo de alcohol.

Las drogas médicas psicotrópicas, por otro lado, han sido consideradas necesarias y una parte esencial en el trabajo médico. El discurso que subyace es que son una herramienta valiosa para el paciente que sufre ansiedad e insomnio y necesita apoyo farmacológico. El problema sin duda alguna NO es el medicamento, sino su utilización diferenciado por género. Son pocos los estudios que explican las razones complejas de por qué a las mujeres les son más prescritas y existen casi nulas investigaciones sobre los daños a su salud (Ettore, 1995).

Desde esta óptica, las mujeres forman una categoría escondida en la mayoría de los estudios sobre alcohol y sustancias psicoactivas o, en el mejor de los casos, su consumo no se reconoce como importante y con menores riesgos que los varones.

En el área social de la adicción sigue prevaleciendo la idea de que los hombres poseen un papel social dominante y activo en el consumo de sustancias y que las mujeres se limitan a ser pasivas y subordinadas en la cultura del uso. Ello ha ocasionado que las experiencias, problemas, situaciones y necesidades de las mujeres no hayan sido reconocidas de manera importante dentro de los campos de la investigación y el tratamiento.

Algunos autores asumen que “el peso social y en la salud por el consumo de alcohol es sustancialmente menor que en los hombres” (Schmidt y cols., 2010, 17), por lo tanto niegan indicadores que podrían dar cuenta de la especificidad del daño en mujeres ignorándolos y excluyéndolos de los análisis, como podría ser el consumo durante el embarazo.

Las mujeres que abusan de sustancias son vistas y retratadas como fuera de control y/o en necesidad de control. Es ya un clásico el libro de Burín y cols. (1990) sobre la “tranquilidad recetada”, refiriéndose al uso de drogas médicas como estabilizador del estado de ánimo de las mujeres (necesidad de control) o el consumo de las mujeres como muestra de disidencia a los

roles tradicionales (fuera de control) y, por lo tanto, una conducta muy estigmatizada socialmente (Romero, 1999).

Pero, ¿qué problemas comparten las mujeres adictas? Hace algunos años las Naciones Unidas (UNODC, 2004) publicó una monografía respecto al tratamiento de las mujeres adictas en el mundo. En la reunión de expertos realizada en Viena, surgieron temas que las mujeres enfrentan y que fueron generalizables:

1. Vergüenza y estigma.
2. Abuso físico y sexual.
3. Relaciones afectivas.
 - 3.1 Miedo a perder a los hijos.
 - 3.2 Miedo a perder a la pareja.
 - 3.3 La necesidad de obtener el permiso de la pareja para acceder a tratamiento.
4. Problemas en el tratamiento.
 - 4.1 Falta de servicios para las mujeres.
 - 4.2 La no comprensión de las necesidades de las mujeres.
 - 4.3 Largas listas de espera.
 - 4.4 Falta de servicios donde pudiesen llevar a sus hijos.
5. Problemas sistémicos.
 - 5.1 Falta de recursos financieros.
 - 5.2 Falta de instituciones limpias y adecuadas.
6. Reconocimiento de la asociación entre la adicción y todas las formas de violencia interpersonal en la vida de las mujeres (física, sexual y emocional) el trauma subsecuente y la co-morbilidad psiquiátrica.
7. Embarazo asociado a un alto riesgo de pobreza, infecciones frecuentes y VIH/Sida.

Sin duda alguna, estos problemas se originan, al menos en parte, en falta de autonomía de las mujeres para acceder a tratamiento, la carga de sus roles sociales; la falta de oferta de servicios que comprendan las necesidades específicas de las mujeres y el pobre acceso a recursos económicos.

Revisión de los trabajos en México sobre el tema

El surgimiento de los trabajos de investigación y la reflexión en torno al tema del abuso de sustancias en mujeres desde una perspectiva de género, florece a finales de la década de los años ochenta y las primeras publicaciones a principios de la década de los noventa. En esta sección únicamente serán reseñados aquellos trabajos que incursionaron en miradas específicas del consumo de sustancias en mujeres con aportaciones teóricas y/o metodológicas *ad hoc* para el tema y cuyos aportes no estuvieran incluidos en otros capítulos de este libro.

Publicados en literatura científica, casi de manera simultánea, se encuentran la tesis de doctorado de Medina-Mora (1993) y el primer artículo que se refiere exclusivamente al consumo de alcohol en mujeres.

El artículo escrito por Casco y cols. (1993) describe la realización de un estudio cualitativo con mujeres alcohólicas en periodo de abstinencia, y que acudieron a un Centro especializado de ayuda para alcohólicos de un área del centro de la ciudad de México. Utilizaron entrevistas semi-estructuradas como aproximación metodológica en 12 mujeres, indagando además de los datos sociodemográficos, la historia familiar de alcoholismo, violencia doméstica, percepción de relación con los padres, alcoholismo de la pareja, consecuencias del consumo. También utilizó dos escalas de depresión, una de autopercepción del consumo de alcohol, estados emocionales positivos y negativos.

Entre sus principales resultados se encuentra que 91.5% de las mujeres reportaron alcoholismo en la familia de origen: ocho padres alcohólicos, dos madres alcohólicas y en un caso ambos padres. Cuando la madre era alcohólica, las mujeres expresaron sentir un profundo resentimiento y coraje, incluso odio, por el abandono afectivo al que estuvieron sujetas durante la infancia. Por otro lado, las mujeres reportaron haber crecido confundidas respecto a la permanencia de la madre al lado del padre a pesar del alcoholismo y la violencia. En todos los casos prevalecía la violencia en el ambiente familiar y nueve de las mujeres vivían o habían vivido con alguna pareja cuyo consumo de alcohol era excesivo. El inicio del consumo se ubicó entre siete y 11 años.

Una conclusión importante a la que llega la autora, es que las diferencias en las características de historia de vida entre hombres y mujeres alcohólicos, es más resultado del tipo de interacción de los padres con sus hijos hombres y mujeres, lo cual hace presumir una diferenciación de tipo cultural en relación con la conducta de género en México.

Medina-Mora (1993) en su trabajo de tesis doctoral estudió las diferencias por género respecto a conducta de consumo de alcohol, consecuencias del abuso y diferencias psicosociales asociadas con esta práctica. El estudio fue llevado al cabo en el estado de Michoacán. Entre los resultados más relevantes estuvieron que la mujer presentaba índices más altos de depresión que el hombre y el consumo de alcohol fortalecía el nivel de depresión, siendo elementos importantes la desesperanza, baja escolaridad, estrés, poco ingreso y finalmente el consumo de alcohol. Respecto al género, señala que el consumo de alcohol está regulado por normas estrictas sobre quién puede beber, siendo evidentes los dobles parámetros que señalan que pueda parecer adecuado que el hombre beba en exceso y la mujer abstenerse. Desde este año se muestra que las mujeres jóvenes, con mayores niveles de ingresos y actitudes liberales hacia el consumo son el grupo de mujeres que más bebe.

El consumo de alcohol y la opresión de las mujeres fue tema abordado por Medina-Mora (1994) en una revista internacional. En este artículo se pone énfasis en los roles y los estereotipos. Menciona como puntos principales el machismo y las actitudes que genera hacia las mujeres, además del síndrome de la “mujer que sufre” como un culto a la espiritualidad femenina superior en comparación con los hombres que lleva aparejada la sumisión como valor.

Señala que en México las mujeres beben menos que los hombres y cuando lo hacen es en menores cantidades y menos ocasiones. Por otro lado, a las mujeres se les asigna la tarea de controlar el consumo de los varones. Respecto a la educación, las mujeres más jóvenes y educadas, que trabajan fuera del hogar, beben más. Como en otras partes del mundo las mujeres, continúa la autora, han sufrido de doble forma el alcoholismo: la primera cuando se llega a tener una pareja alcohólica y se sufren los problemas por el exceso en el consumo, lo que la autora señala como una opresión de género. Por otro lado, siendo las mujeres las más

pobres, constituyéndose la pobreza como la segunda opresión de género; finalmente, dado que el consumo de alcohol está considerado como un privilegio masculino, cuando una mujer bebe se entra en un tercer elemento de opresión. Desde este año se señala que son pocas las mujeres que llegan a tratamiento: una mujer por cada 16.7 hombres de acuerdo con la encuesta nacional de adicciones de 1988 y que las opciones de tratamiento disponibles en otros países como el movimiento de Alcohólicos Anónimos para mujeres no estaban accesibles para las mujeres en la década de los noventa.

Romero (1995) escribe un ensayo en torno a la necesidad de conceptualizar el género en el estudio de adicciones dando cuenta de los estereotipos ligados al consumo de sustancias por las mujeres y de un grupo de problemas vinculados al tema: carencia de estudios enfocados exclusivamente a las mujeres; falta de inclusión del tema de la violencia; co-morbilidad psiquiátrica; migración; falta de acceso al tratamiento; problemas de salud asociados al consumo en las mujeres y, finalmente, el trabajo.

Desde una aproximación metodológica cualitativa, Romero (1998) realizó en su tesis doctoral realizó 18 historias de vida de mujeres ubicadas en tres contextos diferentes para comprender el uso de sustancias psicoactivas y su relación con otros problemas de salud mental. La utilización de las narrativas personales se consideró como herramienta valiosa al darle voz a las usuarias de drogas para hablar como sujetos pensantes y actuantes, como seres ordinarios y racionales y no como gente desviada. Las vertientes analíticas utilizadas fueron la perspectiva de género y en particular la condición y situación de la mujer; la opresión de género, el poder, la sexualidad incluida la maternidad y la violencia. Además tuvo como objetivo explorar y describir el impacto de ciertos elementos en el consumo, entre ellos la etapa del ciclo de vida, la clase social, el abuso y la preferencia sexuales, la familia, el contexto social. En este estudio se recalcó la relación recíproca entre la influencia cultural y el desarrollo individual en la comprensión de una trayectoria adictiva.

Uno de los mayores esfuerzos para aproximarse al tema del vínculo existente entre la violencia de género y el consumo de drogas lícitas y/o ilícitas, fue coordinado por el Programa de las Naciones Unidas para la Fiscalización Internacional de Drogas (1998) con la participación de 12 instituciones y 23 profesionistas de muy diversas disciplinas; abordaron el tema citado desde una perspectiva teórica hasta los resultados de investigaciones epidemiológicas y clínicas. Así, Romero y Medina Mora (1998) presentan una reflexión teórica y un panorama global del problema; Gutiérrez y Vega (1998) trataron el tema de las niñas que subsisten en las calles y el uso de inhalables y los factores que lo propician; y Hernández (1998) brinda un acercamiento sobre las familias expulsoras de niñas de la calle.

Moreno (1998) sistematizó una visión de las y los jóvenes de la ciudad de México y propuso un modelo de prevención. Balanzario y Gutiérrez (1998) analizaron el perfil de la población femenina usuaria de sustancias psicoactivas atendidas por Centros de Integración Juvenil desde 1990 hasta 1997. Sauri (1998) reflexionó en torno a los delitos contra la salud cometidos por mujeres y los posibles factores causales. Olamendi (1998) comenta sobre la triada-violencia-consumo de drogas-delinuencia, a partir de una recopilación de los datos estadísticos publicados por instancias gubernamentales.

Ortiz, Magis, Ruiz, Pedroza y Uribe (1998) ofrecen un trabajo por demás relevante: como especialistas en prevención y control del sida describen factores de riesgo específicos de mujeres usuarias de drogas inyectables. Colín y Colimoro (1998) y Ramos, Pinto y Ramos (1998)

recuperan testimonios de mujeres adictas, haciendo especial énfasis en la vivencia de las maternidades y la violencia que se ejerce en la vida de las mujeres que son parejas sexuales de usuarios de drogas inyectables en la zona fronteriza del país. Finalmente, respecto al área terapéutica, Rosas (1998) revisa conceptos de mujeres consumidoras y Castro y colaboradores (1998) presentan resultados de mujeres entre 15 y 18 años. Zepeda (1998) propone un enfoque de género sistémico.

Los resultados a profundidad de cada una de estos/as autores/as están distribuidos a lo largo del libro en capítulos específicos. Sin embargo, podemos afirmar después de su lectura, que los/las autores/as coinciden en varios temas: las mujeres consumidoras de sustancias psicoactivas además de ser consideradas transgresoras de roles tradicionalmente asignados, han sufrido de manera reiterada abusos físicos, emocionales y sexuales en contextos familiares y comunitarios; es mayor su vulnerabilidad cuando se encuentran en relaciones afectivas y entornos violentos, situación de calle y pobreza. Son receptoras de violencia por ser parejas de consumidores, tienen riesgos específicos cuando utilizan drogas inyectables y se dedican a actividades como la prostitución. El descrédito moral y el estigma por ser usuarias es un hallazgo repetido y constante en este grupo de trabajos.

Este rechazo al consumo de alcohol/drogas por mujeres tiene historia. Ramos (2001) brinda un estudio de fuentes históricas sobre el consumo de alcohol en la mujer del siglo XIX y sobre las conductas ejemplares y normas de vida de este siglo que rechazan los excesos. La mujer ideal en este siglo era virtuosa y prudente, educada en el hogar y con limitaciones sólo con la finalidad de sostenerse con decoro, si llegaba a requerirlo. La autora describe que ya desde esas épocas las cifras oficiales sobre mujeres con consumo de alcohol eran invisibles. Registra que de 1 139 pacientes hospitalizados en un año en el hospital general de la ciudad de México, no se menciona a ninguna mujer. Como origen del consumo de alcohol en mujeres se hacía referencia al carácter, educación, celos y trastornos de orden moral, y se observaba en cierto tipo de mujeres. La autora describe que, como se pensaba que el sexo femenino, por estar dotado de mayor sensibilidad y susceptibilidad, era afectada con neurosis relacionadas con el sexo. Las mujeres con delirium tremens, en las que había una pasión dominante como celos, los expresaban en cada acceso delirante. En las mujeres la dipsomanía se manifestaba en la menopausia: "La enfermedad oculta cuidadosamente su vergonzosa pasión, su familia lo ignora, su posición social la pone al abierto de la sospecha, todo ocurre al engañar al médico, sobre todo si ignora la posibilidad de perturbaciones intelectuales" (p. 27).

Finaliza la autora afirmando que la represión social obligaba a las mujeres de esta época a emborracharse en forma oculta.

Respecto al tratamiento y los programas de intervención dirigidos a mujeres con problemas de adicciones en países en desarrollo, Medina-Mora (2001) concluye que deben desarrollarse tomando en cuenta sus necesidades especiales, entre ellas: riesgo elevado por la comorbilidad psiquiátrica y la vulnerabilidad fisiológica; condición social y finalmente su nivel de rechazo social expresado en el aislamiento y la culpa. Deben considerarse los servicios fuera de las instituciones para sobrepasar las barreras a tratamiento que sufren las mujeres, además de que los servicios también deberán proveerse a mujeres que no beben pero son afectadas por el consumo y problemas de otros.

En el año 2003 se publicó un libro generado por un seminario titulado "Género y política en salud" (López y cols., 2003) cuyo fin último fue trascender el mero ejercicio analítico de los

problemas de salud desde una perspectiva de género para acercarse al plano de la acción política. En este libro María Elena Castro, Guillermina Natera y Elena Azaola se acercaron al problema de las adicciones para hacer recomendaciones puntuales en particular sobre carencias específicas, como eran entonces, la falta de instituciones y programas especializados para brindar atención y protección a mujeres con problemas de adicciones y para niños víctimas de explotación sexual.

Fernández y colaboradores (2004) publican la obra titulada *Mujer y drogas*. El texto muestra los resultados de un trabajo multidisciplinario, donde el género se aplica transversalmente de manera importante. Los/las autores/as brindan información documentada y actual sobre la relación de las mujeres con las drogas. Su población objetivo son, particularmente, padres y madres de familia, maestras y maestros, y orientadoras y orientadores. En la obra se asume y se demuestra que la adicción en mujeres es diferente a la de los hombres, tanto en los motivos que la originan, como en las drogas que consumen y, por lo tanto, en las especificidades a considerar para intervenciones integrales.

Desde la visión de la prensa y respecto a la situación de adicción entre las mujeres mexicanas, 1997-1999, (Peimbert, 2006) revisa y presenta la información difundida por once periódicos mexicanos respecto a la situación de adicción de las mujeres durante los años citados. En su trabajo señala que la prensa advierte siete hechos fundamentales:

1. El acelerado incremento de mujeres consumidoras.
2. Los hombres ocupan la mayor incidencia.
3. Las drogas médicas son las más consumidas por mujeres.
4. Entre los argumentos para explicar las causas de consumo en las mujeres fueron las diferencias biológicas, la violencia, el estrés y la multiplicidad de roles.
5. La disminución del sistema inmunológico es la consecuencia físico-emocional que más se mencionó, además de depresión, ansiedad, inseguridad.
7. Sólo en una ocasión una mujer adicta publicó su experiencia.
8. Se condena el hecho de que las mujeres utilicen drogas estando embarazadas.

Más importante aún, la autora señala que los periódicos manifestaron su rechazo porque las mujeres mexicanas fumen, consuman alcohol o estupefacientes. "Los argumentos utilizados para mostrar su postura fueron los siguientes: incorporar cifras sobre el número de mujeres adictas, número de muertes; recurrir a argumentos que resaltaban elementos emocionales: ¿con qué derecho enfermamos a un ser antes de nacer? Y hasta se apeló a los elementos tradicionales (culturales y sociales) que iban asignados a las mujeres..." (p. 158). El artículo concluye afirmando que la prensa debe abordar el tema de la adicción con más responsabilidad.

Finalmente y respecto al grupo poco estudiado de las mujeres que trabajan en ambientes extradomésticos, Alonso y cols. (2006) realizaron un estudio cuyo propósito fue explorar el consumo de drogas y violencia laboral en una muestra de 669 mujeres mayores de edad, que trabajaban y vivían en 13 Áreas Geoestadísticas Básicas de Monterrey, Nuevo León, México. Se adoptó un diseño descriptivo y correlacional con aproximación cualitativa. Los resultados revelaron que 37.1% de las mujeres consumió alcohol, 29.1% tabaco, 0.4% marihuana, 0.1% inhalables y, entre las drogas médicas, 5% consumió tranquilizantes y 1.0% otras sustancias (barbitúricos, antidepresivos, Tylenol/codeína). La prueba chicuadrada no encontró diferencia

significativa de los factores sociodemográficos y laborales con el consumo de drogas ($p > .05$), a excepción de la forma de trabajo ($\chi^2 = 18.08$, $gl = 4$, $p = .001$). Sin embargo, el índice de violencia mostró asociación positiva con el consumo de drogas ($p < .05$). Se encontraron 126 casos que experimentaron violencia, de las cuales 34 narraron su experiencia. La percepción del consumo de drogas y violencia se identificó en dos categorías: La Conceptualización de la Violencia Laboral y la Relación entre la Violencia y el Consumo de Drogas.

Conclusiones

En las últimas décadas se han registrado grandes avances en lo que respecta a los compromisos en favor de los derechos de la mujer, tanto en el ámbito nacional como en el mundial. No obstante, tales compromisos no siempre han estado acompañados de políticas claras y de acciones prácticas.

Desde la perspectiva sobre los derechos de la mujer, en el reporte del Progreso de las Mujeres en el Mundo 2008/2009 (2008), se afirma que la rendición de cuentas se cumple cuando todas las mujeres están en condiciones de obtener explicaciones sobre quienes ejercen el poder, acerca de las acciones que las afectan, y pueden poner en marcha medidas correctivas cuando los responsables incumplen la obligación de promover sus derechos.

Los defensores de la igualdad de género han liderado las acciones para democratizar las relaciones de poder en instituciones privadas y no gubernamentales, así como en las del ámbito público. Esto entraña introducir cambios sensibles al género en los mandatos, las prácticas y la cultura de estas instituciones, para garantizar que existan incentivos y consecuencias por el cumplimiento o incumplimiento de los compromisos en favor de los derechos de la mujer. En México todavía debemos trabajar en ello.

Diversas reflexiones se derivan de lo hasta aquí expuesto para favorecer una perspectiva sensible, específica y en respuesta al género femenino con problemas de adicciones:

1. Reconocer la diversidad femenina respecto determinantes sociales como edad, orígenes étnicos, dualidad urbano-rural, clase social y preferencia sexual en el abuso de sustancias a fin de evaluar como estas desigualdades afectan la investigación, la práctica clínica, las instituciones de tratamiento y la mirada social de este grupo de mujeres desde una perspectiva de género.
2. Poco sabemos en México de las experiencias adictivas de mujeres que viven en zonas fronterizas, de mujeres mayores de 65 años, de mujeres ubicadas en ambientes laborales extradomésticos, por lo tanto deben realizarse estudios especiales con estos grupos para darles visibilidad.
3. Develar las experiencias colectivas compartidas por mujeres dependientes de sustancias, como estigma y rechazo social, a fin de superar una mirada individualista que no permite comprender a profundidad, por qué las mujeres tienen estilos de vida que dañan su salud.
4. Crear ambientes terapéuticos no confrontativos con enfoques holísticos y que consideren comorbilidad del consumo con temas como violencia, depresión, culpa, vergüenza, estigma, estrés postraumático, relación de pareja, embarazo y sexualidad, VIH/SIDA, convirtiéndolos en elementos de intervención, sin desechar la posibilidad de ambientes exclusivos para mujeres.
5. Crear la posibilidad de que las mujeres con problemas de abuso de sustancias tengan voz en los servicios que se deseen crear para cubrir sus necesidades.

6. Sin duda, la complejidad de la problemática de las mujeres implica la capacitación en perspectiva de género y en las intervenciones para el tratamiento de las consecuencias de la violencia, del personal a cargo del tratamiento de la población femenina.
7. La concientización de la población general sobre este problema de salud de las mujeres y la capacitación de los medios masivos de comunicación a fin de dismantelar los prejuicios y el estigma además de asumir su responsabilidad en la creación de estereotipos que dañan a las mujeres.
8. Favorecer la autonomía de las mujeres y apoyar la prevención, las intervenciones tempranas y el tratamiento, en lugar del castigo.

Referencias

- Alonso M., Caufield C., Gómez M., Consumo de drogas y violencia laboral en mujeres trabajadoras de Monterrey, N.L., México. *Revista Latino-am Enfermagem* 2005, 13 (número especial):1155-63.
- Balanzario M., Gutiérrez A., El consumo de sustancias psicoactivas entre la población femenina atendida en tratamiento en Centros de Integración Juvenil (1990-1997). En Agostini, comp., *Con ganas de vivir una vida sin violencia es un derecho nuestro*. Programa de las Naciones Unidas para la Fiscalización Internacional de Drogas, Oficina Regional para México y Centroamérica. México 1998, pp. 63-70.
- Bordieu P, Wacquant, *An invitation to reflexive sociology*. Ed. The University of Chicago Press, Chicago, 1982.
- Burín M., Moncarz E., Velázquez S. *El malestar de las mujeres. La tranquilidad recetada*. Paidós Argentina, 1990.
- Casco M., Natera G., *El alcoholismo en la mujer: la explicación que ellas mismas dan*. *Salud Mental* 1993, 16 (1): 24-29.
- Castro M., Llanes J., Margain M., El impacto del uso y abuso de sustancias tóxicas en el estilo de vida de las mujeres: estudio psicosocial de casos. En Agostini comp., *Con ganas de vivir una vida sin violencia es un derecho nuestro*. Programa de las Naciones Unidas para la Fiscalización Internacional de Drogas, Oficina Regional para México y Centroamérica, México, 1998, pp. 133-140.
- Colín P., Colimoro C., Mujeres, violencia y drogadicción. En Agostini comp., *Con ganas de vivir una vida sin violencia es un derecho nuestro*. Ed. Programa de las Naciones Unidas para la Fiscalización Internacional de Drogas, Oficina Regional para México y Centroamérica. México, 1998, pp. 101-110.
- D'Elia Y., Maingon Th., *La equidad en el desarrollo humano: estudio conceptual desde el enfoque de igualdad y diversidad*. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo pnud, Venezuela, 2004.
- De Barbieri. Certezas y malos entendidos sobre la categoría género. En Guzmán L., Pacheco G. (comps.), *Estudios básicos de derechos humanos*. Instituto Interamericano de derechos humanos. Desarrollo Internacional-Comisión de la Unión Europea. Costa Rica, 1997, pp. 47-84.
- Ettore E., Revisioning women and drug use: gender sensitivity, embodiment and reducing harm, *International Journal of Drug Policy*, 2004, 15: 327-335.

- Ettore E., Riska E. *Gendered moods. Psychotropics and society*. Routledge, Londres y Nueva York, 1995.
- Fernández C., Alpízar G., Gómez P., Sandoval L., *Mujer y drogas*. Centros de Integración Juvenil, México, 2004.
- Gutiérrez R., Vega L., El uso de inhalables y riesgos asociados para la salud mental de las llamadas niñas callejeras. En Agostini comp., *Con ganas de vivir una vida sin violencia es un derecho nuestro*. Ed. Programa de las Naciones Unidas para la Fiscalización Internacional de Drogas, Oficina Regional para México y Centroamérica. México 1998, pp. 25-38.
- Guzmán M., Pérez A., *Teoría de género y demarcación científica*. Cinta Moebio, 2007, 30:283-295.
- Hernández O., Las familias y las niñas de las calles, un acercamiento. En Agostini, comp., *Con ganas de vivir una vida sin violencia es un derecho nuestro*. Programa de las Naciones Unidas para la Fiscalización Internacional de Drogas, Oficina Regional para México y Centroamérica. México, 1998, pp. 39-50. <http://www.moebio.uchile.cl/30/guzman.html> 19 de octubre, 2009.
- Huasmann R., Tyson L., Zahidi S., *The Global Gender Gap Report 2010*. World Economic Forum. Ginebra, Suiza, 2010.
- INMUJERES. *Guía metodológica para la sensibilización en género: una herramienta didáctica para la capacitación en la administración pública*. Instituto Nacional de las Mujeres, México, 2008.
- Kawachi I., Subramanian S., Almedia-Filho N., A glossary for health inequalities. *J. Epidemiology Community Health* 2002, 56:647-652.
- Langer A., Catino J., Un análisis con perspectiva de género de la reforma del sector salud mexicano. *Salud Pública de México* 2007, 49(1) 58-59.
- López P., Rico B., Langer A., Espinoza G., *Género y política en salud*. México D. F., Secretaría de Salud, 2003.
- Marmot M., Health in an unequal world: social circumstances, biology and disease. *Clin Med*. 2006, 6(6):559-72.
- Medina-Mora M.E., *Diferencias por género en las prácticas de consumo de alcohol. Resultados de un estudio llevado a cabo en la población de 18 años y más de una entidad urbana y otra rural del Estado de Michoacán*. Tesis para obtener el grado de doctor en psicología social. Facultad de Psicología, unam, 1993.
- Medina-Mora M.E., Drinking and the oppression of women: the Mexican experience. *Addiction*, 1994, 89(8): 958-960.
- Medina-Mora M.E., Women and alcohol in developing countries. *Salud Mental*, 2001, 24(2): 3-10.
- Moreno M., La ordenación del mundo o de jóvenes, género y adicciones o de lo que menos has de querer, en tu casa lo has de tener. En Agostini, comp., *Con ganas de vivir una vida sin violencia es un derecho nuestro*. Programa de las Naciones Unidas para la Fiscalización Internacional de Drogas, Oficina Regional para México y Centroamérica. México, 1998, pp. 51-62.
- Olamendi P., La farmacodependencia como factor desencadenante de la violencia contra las mujeres. En Agostini, comp., *Con ganas de vivir una vida sin violencia es un derecho nuestro*. Ed. Programa de las Naciones Unidas para la Fiscalización Internacional de Drogas, Oficina Regional para México y Centroamérica. México, 1998, pp. 77-88.

- Ortiz R., Magis C., Ruiz A., Pedroza L., Uribe P., La mujer usuaria de drogas inyectables en la frontera norte de México. En Agostini, comp., *Con ganas de vivir una vida sin violencia es un derecho nuestro*. Programa de las Naciones Unidas para la Fiscalización Internacional de Drogas, Oficina Regional para México y Centroamérica. México 1998, pp. 89-100.
- Payne S., How can gender equity be addressed through health systems? *Policy Brief 12. Health systems and policy analysis*. World Health Organization on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policy. Ginebra, 2007. p. 37.
- Peimbert A., Visión de la prensa respecto a la situación de adicción entre las mujeres mexicanas, 1997-1999. *Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales* 2006, XLVIII(197):149-162.
- PNUD. *Guía transversalización de género en proyectos de desarrollo*, México. D. F., 2006.
- Ramos de Viesca M., La mujer y el alcoholismo en México en el siglo XIX, *Salud Mental*, 2001, 24(3), junio: 24-28.
- Ramos R., Ferreira-Pinto, Ramos M.E., La violencia contra las mujeres en la frontera norte de México: el papel de las pandillas y la subcultura de la droga. En Agostini, comp., *Con ganas de vivir una vida sin violencia es un derecho nuestro*. Programa de las Naciones Unidas para la Fiscalización Internacional de Drogas, Oficina Regional para México y Centroamérica. México, 1998, pp. 111-122.
- Romero M., Sobre la necesidad de conceptualizar el género en el estudio de las adicciones. *Psicología y Salud*, 1995, 5: 135-147.
- Romero M., Medina M.E., Las adicciones en mujeres: problema genéricamente construido. En Agostini, comp., *Con ganas de vivir una vida sin violencia es un derecho nuestro*. Programa de las Naciones Unidas para la Fiscalización Internacional de Drogas, Oficina Regional para México y Centroamérica. México, 1998, pp. 7-24.
- Romero M., Medina-Mora M.E., Castro C., Las mujeres adictas: de su descripción a su construcción social, Romero Mendoza M.P., Gómez C., Medina-Mora M.E., ponencia presentada en *El impacto del abuso de drogas en la mujer y la familia*. Reunión de Grupo de Consulta. ciudad, 1996. Montevideo, Uruguay, 18 al 20 de noviembre de 1996.
- Romero M., Rodríguez E., Campillo C., Los significados culturales de las adicciones en mujeres: de la disidencia a la búsqueda de trascendencia y sentido. *Salud mental*, 1999, Número especial, 138-144.
- Romero M, Gómez, C. Ramiro M, Díaz M. Necesidades de atención a la salud mental de la mujer adicta. *Salud Mental* 1997; 20(2), junio 1997.
- Romero M., *Estudio de las adicciones por mujeres y su relación con otros problemas de salud mental*. Tesis de doctorado en antropología. Instituto de Investigaciones Antropológicas. Facultad de Filosofía y Letras, unam, 1998.
- Rosas E., La cara femenina del fenómeno de la farmacodependencia. Un acercamiento. Reflexiones sobre las experiencias de investigación a la acción. En Agostini, comp., *Con ganas de vivir una vida sin violencia es un derecho nuestro*. Programa de las Naciones Unidas para la Fiscalización Internacional de Drogas, Oficina Regional para México y Centroamérica. México, 1998, pp. 123-132.
- Salles V., *El género: ¿una perspectiva útil para la elaboración de indicadores?* Edición mimeografiada, Centro de Estudios Sociológicos, El Colegio de México, 1997, México.
- Sauri D., Algunas reflexiones sobre los delitos contra la salud desde una perspectiva de género. En Agostini, comp., *Con ganas de vivir una vida sin violencia es un derecho nuestro*.

- Programa de las Naciones Unidas para la Fiscalización Internacional de Drogas, Oficina Regional para México y Centroamérica. México, 1998, pp. 71-76.
- Schmidt L., Mäkela P., Rehm J., Room R., Alcohol: equity and social determinants. En Blas E., Sivsankara A., *Equity, social determinants and public health programmes*. World Health Organization, Génova, 2010. 11-30.
- Sen G., George A., Ostlin P., *Incorporar la perspectiva de género en la equidad de salud: un análisis de investigación y las políticas*, publicación ocasional núm. 14. Harvard Center for Population and Development Studies y Organización Panamericana de la Salud, Washington, 2005.
- Sojo D., Sierra B., López I., *Salud y género: Guía práctica para los profesionales de la cooperación*. Médicos del Mundo, Madrid, 2002
- UNESCO. Draft Report of ibc on Social Responsibility and Health. International Bioethics Committee (ibc). SHS/EST/CIB-15/08/CONF.502/3 REV. 2, 31 de octubre, 2009.
- UNIFEM. El Progreso de las mujeres en el mundo 2008/2009. Quién responde a las mujeres? Género y rendición de cuentas. <http://www.unifem.org/progress/2008>.
- United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). Substance abuse treatment and care for women. Case studies and lessons learned. United Nations Publications. Disponible en http://www.unodc.org/docs/treatment/Case_Studies_E.pdf 2004.
- WHO, Comisión sobre determinantes sociales de la salud. 2005. http://www.who.int/social_determinants/strategy/QandAs/es/index.html
- WHO, *Women and Health. Today's evidence, tomorrow's agenda*. World Health Organization. Génova. 2009.
- Wilsnack R., Wilsnack S., Obot I., Why study gender alcohol and culture? En Obot I., Room I., *Alcohol, Gender and drinking problems. Perspectives from low and middle income countries*. World Health Organization, Génova 2005.
- Zepeda M., Enfoque de género sistémico en la autoestima de la mujer adicta. En Agostini, comp., *Con ganas de vivir una vida sin violencia es un derecho nuestro*. Programa de las Naciones Unidas para la Fiscalización Internacional de Drogas, Oficina Regional para México y Centroamérica, México, 1998, pp. 141-152.

I. PANORAMA ACTUAL

¿Cómo son las mujeres que pasan la barrera social?

Un análisis de mujeres usuarias de drogas y alcohol en México.

Resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones 2008

*María Elena Medina-Mora, Jorge Villatoro,
Claudia Rafful, María de Lourdes Gutiérrez,
Midiám Moreno, Miguel Ángel López,
Carlos Rodríguez Ajenjo†*

Introducción

Grandes transiciones sociales que involucran debilitamiento de los cánones sociales; despersonalización de las relaciones sociales; creciente incertidumbre y poca confianza en el futuro, han afectado de manera radical a las mujeres, especialmente adolescentes.

Las barreras sociales que las han protegido del uso de drogas y alcohol se han debilitado. Diversos estudios realizados en las últimas cuatro décadas documentan cómo en el imaginario social se esperaba que las mujeres se abstuvieran de beber alcohol o bebieran menos que los hombres. Además, cuando ellas desarrollaban problemas con su forma de beber, eran más rechazadas, experimentaban más problemas y, como respuesta común ocultaban su condición, lo que dificultaba la detección temprana y el tratamiento (Medina-Mora, 2001).

Tradicionalmente y como consecuencia de estas barreras sociales, las mujeres, en comparación con los hombres, han bebido menos y consumido drogas en menor proporción (Medina-Mora, Borges, y Villatoro, 2000). Sin embargo, en ciertos grupos de población como estudiantes de las grandes metrópolis, estas diferencias han desaparecido (Villatoro, Gutiérrez, Quiroz, Moreno, Gaytán, Gaytán, Amador y Medina-Mora, 2009).

Dados los cambios de la situación de hombres y mujeres en las nuevas generaciones y del aumento en el consumo de sustancias en el país, cabe preguntarse si ha cambiado la posición de las mujeres y aún más, analizar la situación de la mujer que ha decidido usar sustancias psicoactivas en la sociedad mexicana moderna.

En el reporte de la Encuesta Nacional de Adicciones 2008 (ENA, Consejo Nacional contra las Adicciones, Instituto Nacional de Psiquiatría, Instituto Nacional de Salud Pública, Secretaría de Salud, 2008) se publicaron algunas de las diferencias en el consumo de drogas entre hombres y mujeres. En este trabajo se avanza en el análisis y se describe la situación de la mujer frente al consumo de sustancias, determinantes, consecuencias y uso de servicios; se pretenden definir sus necesidades de atención. Con el fin de documentar el cambio, se hacen comparaciones con la posición de los hombres y se hacen recomendaciones para una política más equitativa.

El capítulo inicia con una sección de antecedentes en la que se resumen los hallazgos ya publicados de la encuesta (ENA, 2008). En la segunda parte, se presenta información que compara la posición de hombres y mujeres frente al consumo, se describen tendencias de consumo y variaciones estatales. Esta segunda sección sirve de marco para profundizar en el estudio de las mujeres que han

pasado la barrera y se han convertido en usuarias de drogas. Se analiza la forma en que la mujer consume, la relación que guardan los factores de riesgo ambientales, interpersonales, familiares y personales con la experimentación, así como el uso habitual y el uso problemático de drogas y alcohol en mujeres. Se busca identificar los estados de mayor riesgo en relación con el problema del consumo de drogas en las mujeres. Se pretende conocer la relación que existe entre uso de drogas, conductas antisociales, violencia, y sintomatología depresiva. Dado que la violencia y la conducta antisocial se han atribuido a los hombres y la depresión a las mujeres, se hacen comparaciones entre sexos para definir si estas diferencias se mantienen hoy en día.

Antecedentes

Los estudios realizados en México y en otros países son consistentes en reportar diferencias en los índices de consumo y problemas entre hombres y mujeres. En la base de estas diferencias encontramos una construcción cultural de género que norma roles y conductas que colocan a la mujer en situación de desventaja; desventaja que se manifiesta en: 1) la madre y en la esposa del adicto, 2) en la adicta y 3) en forma creciente, en la mujer adolescente. Para ilustrarlo tomamos un texto de Guillermina Natera sobre la primera categoría (Natera, Mora, y Tiburcio, 2002). En sus estudios transculturales de familias con integrantes adictos/as, ha encontrado que el fenómeno del consumo de alcohol o drogas en el núcleo familiar afecta principalmente a la mujer, ya que se espera que ella sea la cuidadora y responsable de formar a las y los integrantes de la familia, preserve la salud y educación de cada uno/a, además de generar la cohesión en la familia.

En México, predomina el sentimiento de vergüenza asociado con el estigma que rodea a la enfermedad. Al ocultarlo se genera violencia física y psicológica dirigida a la mujer, principalmente cuando el usuario es la pareja. La mujer prefiere enfrentar de manera tolerante e inactiva y guardar silencio ante estas conductas para evitar conflictos mayores, disculpando y encubriendo a su pareja, lo que incrementa su estrés. Su papel de cuidadora la lleva a tratar de controlar el consumo y a sentirse responsable de convencer a su pareja de buscar soluciones o acompañarlo a tratamiento. El estrés que enfrenta la mujer 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. Aunado a esto, se encontró que las mujeres tienen un gran desconocimiento de los lugares a los que pueden acudir para que se atienda al adicto o donde ellas mismas pueden recibir apoyo, independientemente de que el consumidor acuda o no a tratamiento.

Estudios realizados en otras culturas coinciden en esta mayor vulnerabilidad de la mujer. Por ejemplo, en Estados Unidos se ha reportado que las mujeres consumidoras tienen más antecedentes de consumo en su familia, sucesos traumáticos, predisposición genética, mayor tendencia a desarrollar trastornos afectivos y sufrir violencia de pareja que los hombres consumidores (Tuchman, 2010).

De los tres tipos de violencia que la OMS clasifica (Dahlberg y Krug, 2002), en este trabajo se abordarán la interpersonal y colectiva, ya que en publicaciones anteriores se ha analizado la autoinfligida (Borges, Medina-Mora, Orozco, Oueda, Villatoro y Fleiz, 2009; Borges, Orozco, Benjet, y Medina-Mora, 2010). Quienes son consumidores tienen mayor riesgo tanto de ser víctimas como perpetradores, mientras quienes han sido víctimas tienen más riesgo de consumir drogas (Atkinson, Anderson, Hughes, Sumnall, y Syed, 2009), comparados con la población

general. En las y los adolescentes, la violencia se ha relacionado con el uso de alcohol y drogas (Ellickson, Saner, y McGuigan, 1997; Reyes, Robles, Colón, Negrón, Matos, Calderón, y Pérez, 2008; Walton, Cunningham, Goldstein, Chermack, Zimmerman, Bingham, Shope, Stanley, y Blow, 2009). Específicamente si parte de la criminalidad que hay en la colonia está relacionada con la venta de drogas en la vía pública, ésta favorece a que tanto la percepción negativa y la percepción de riesgo por el consumo, disminuyan (Lambert, Brown, Phillips, y Lalongo, 2004).

El consumo de drogas, tanto de la mujer como de su pareja, son predictores de la violencia que puede haber entre ambos (Golinelli, Longhore, y Wenzel, 2008). Datos de encuestas previas revelan que alrededor de 45% de las mujeres con pareja sufren violencia; de ellas, más de 50% reportan presencia de consumo de alcohol al momento de la violencia física y verbal (Natera, Juárez, Medina-Mora, y Tiburcio, 2007). Los principales factores de riesgo de depresión en las mujeres, independientemente de las variables socioeconómicas, son consumo de alcohol, violencia en la familia de origen, así como violencia física y verbal de la pareja estando presente el alcohol (Natera, 2007).

La comparación del consumo de sustancias entre sexos arroja datos que, con otros análisis, no sería posible obtener: factores sociales y biológicos, progresión a la dependencia, consecuencias médicas, comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos y tratamiento específico de cada sexo (Tuchman, 2010). Es importante identificar los factores de riesgo de las mujeres debido a varias razones, la primera es que, de acuerdo con el reporte de la Encuesta Nacional de Adicciones 2008 (ENA, 2008), ha habido un incremento en su patrón de consumo, específicamente entre adolescentes. Asimismo, los problemas de salud aparecen en menos tiempo y en niveles más altos en las mujeres consumidoras que en los hombres consumidores (Kay, Taylor, Barthwell, Wichelecki, y Leopold, 2010; Tuchman, 2010). Dentro de estos problemas se encuentran hipertensión y anemia, trastornos gastrointestinales, infertilidad y problemas del hígado; además de otros padecimientos que incrementan en las usuarias en comparación con las no consumidoras, como son las infecciones vaginales y los abortos (Kay, 2010; Nelson-Zlupko, Kauffman, y Morrison, 1995). Además las consumidoras tienden a padecer más problemas de salud que los consumidores (Tuchman, 2010), resienten a una progresión más rápida a los trastornos por consumo de sustancias (Kuhn, Johnson, Thomae, Luo, Simon, Zhou, y Walker, 2009; Ridenour, Lanza, Donny, y Clark, 2006) y acuden menos a los servicios de tratamiento (Villatoro, Medina-Mora, Cravioto, Fleiz, Galván, Rojas, Kuri, Castrejón, Vélez, y García, 2002). Todo ello representa un foco de atención que todavía no se ha abordado desde una perspectiva de salud pública.

Los estudios realizados en las últimas cinco décadas muestran también que, a pesar de que las mujeres consumen menos sustancias que los hombres y se comportan igual bajo los efectos de la intoxicación, tanto el rechazo social como las consecuencias del consumo son mayores hacia ellas (ENA, 2008; Medina-Mora y Rojas, 2004a; Medina-Mora y Rojas, 2004b; Romero, Medina-Mora, Villatoro, y Durand, 2005). Adicionalmente, en épocas recientes las diferencias entre hombres y mujeres se han reducido, especialmente entre las más jóvenes, las diferencias son inexistentes (Villatoro, 2009). Estos antecedentes son consistentes en señalar los índices de menor consumo entre mujeres, pero también la disminución de las diferencias entre ellas.

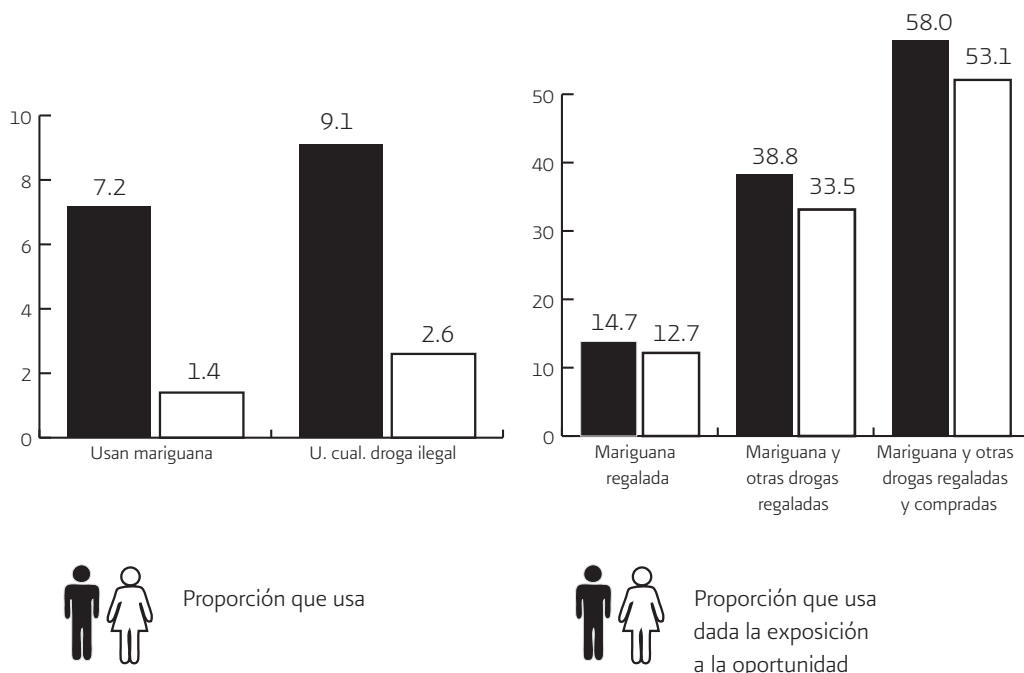
¿Qué nos dice la Encuesta Nacional de Adicciones de 2008?

En el Reporte de la Encuesta indicamos cómo el porcentaje de hombres que consumen alcohol y drogas es mayor para cualquier tipo de prevalencia (Apéndice A) y están más expuestos a la oferta de consumo de marihuana, previamente reportada como la droga de mayor consumo tanto en el nivel nacional (Medina-Mora, Tapia, Sepúlveda, Otero, Rascón, Solache, Lazcano, Villatoro, Mariño, y Lopez, 1989; Rojas, Fleiz, Villatoro, Gutiérrez, y Medina-Mora, 2009) como internacional (United Nations Office on Drugs and Crime [UNODC], 2009). Sin embargo, a pesar de que la diferencia de consumo entre sexos es notoria, una vez que se presenta la oportunidad de uso, dicha diferencia tiende a desaparecer; 58% de hombres y 53.1% de mujeres que han estado expuestos a la venta o compra de marihuana u otras drogas las han consumido.

Esta encuesta también mostró la más reciente incorporación de la mujer en el consumo que se refleja, por ejemplo, en que el índice de consumo en las mujeres entre 12 y 17 años (1.29%), es ligeramente superior al observado entre las que tienen entre 18 y 34 años (1.02%) (ena, 2008).

Conocemos las diferencias en prevalencias de consumo con índices mayores entre los hombres. En este análisis damos un paso adelante, comparamos prevalencias de consumo por entidad, las tendencias por género y diferencias entre hombres y mujeres a partir de prevalencias condicionadas. Es decir, similitudes y diferencias una vez que el consumo se ha iniciado como base para un análisis de las implicaciones para los programas de atención.

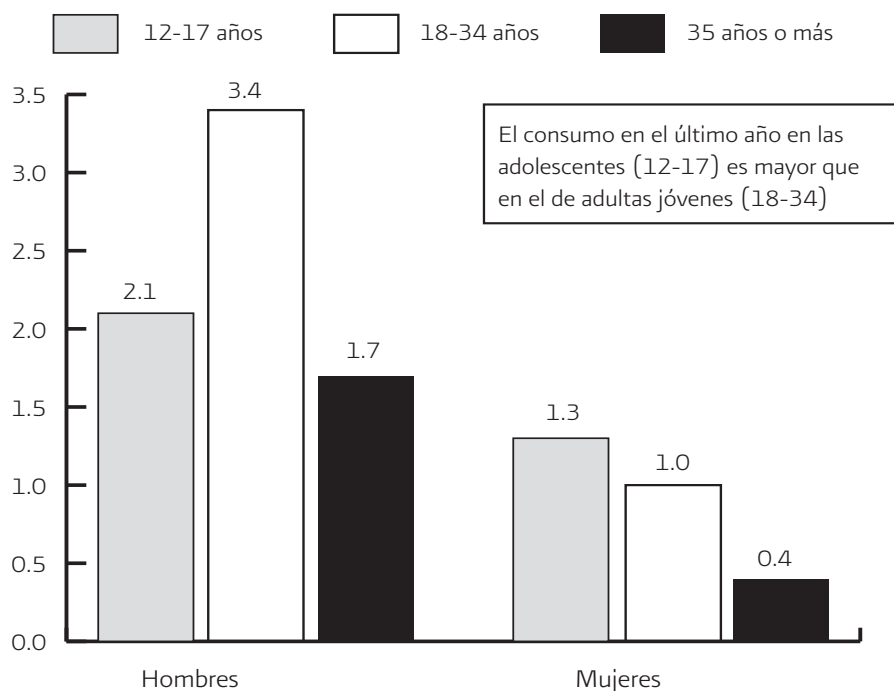
Gráfica 1. Diferencias en el consumo entre hombres y mujeres



Objetivos

- Analizar tendencias del consumo por sexo.
- Describir variaciones estatales en prevalencias del consumo por sexo.
- Analizar la forma en que las mujeres consumen drogas.
- Evaluar la relación de los factores de riesgo ambientales, interpersonales, familiares y personales con la experimentación, el uso habitual y el uso problemático de drogas y alcohol en las mujeres.
- Conocer la relación que existe entre uso de drogas, conductas antisociales, violencia y sintomatología depresiva en las mujeres.
- Identificar los estados de mayor riesgo en relación con el problema de consumo de drogas en las mujeres.

Gráfica 2. Prevalencia anual de consumo de drogas por grupos de edad y sexo



Método

El Consejo Nacional contra las Adicciones de la Secretaría de Salud, a través del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (INPRFM), que tuvo a su cargo las secciones de drogas y alcohol, y del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), que tuvo a su cargo la sección de tabaco, llevó a cabo la Encuesta Nacional de Adicciones 2008 (ENA, 2008). En este esfuerzo, el INPRFM se encargó del diseño conceptual, la elaboración y la validación del cuestionario en las secciones de su competencia, la capacitación de las y los encuestadores y la supervisión de campo en los aspectos técnicos conceptuales, así como el análisis y el reporte. El diseño logístico, el diseño de muestra y la

recolección de datos estuvieron a cargo del INSP (ENA, 2008). Fue una encuesta de hogares con representatividad nacional y estatal, que incluyó poblaciones rurales y urbanas. El diseño muestral fue probabilístico, polietápico, estratificado y por conglomerados. Para el proceso de selección, se utilizaron datos del Censo de Población y Vivienda de 2005. El esquema de selección dependió del estrato que se observe. La información detallada acerca del procedimiento para seleccionar a los/las encuestados/as se encuentra en el Reporte Nacional (ENA, 2008).

Tamaño de la muestra

La asignación del tamaño de la muestra para cada estrato se hizo de manera proporcional al número de habitantes dentro del estrato. El tamaño de la muestra en el ámbito nacional fue de 50 688 viviendas, a partir del cual se pudieron estimar proporciones mayores o iguales a 0.43% en el ámbito nacional con la misma precisión y confianza que en las estimaciones estatales. La tasa de respuesta fue de 78 por ciento.

Variables

Para este informe, se utilizó la información referente a:

- Datos sociodemográficos: sexo, edad, estado civil y ocupación.
- Consumo alguna vez, en el último año y en el último mes de alcohol. El uso de alcohol se dividió en: leve/moderado (<5 copas por ocasión de consumo) y alto (>5 copas por ocasión de consumo).
- Consumo alguna vez, en el último año y en el último mes de drogas médicas sin prescripción e ilegales. En las drogas médicas se incluyeron opiáceos, tranquilizantes, anfetaminas o estimulantes y sedantes/barbitúricos; en las drogas ilegales se incluyeron marihuana, cocaína, alucinógenos inhalables, heroína y otros derivados del opio y los estimulantes de tipo anfetamínico (ESTA).
- Dependencia y abuso al consumo de alcohol y drogas de acuerdo con los criterios diagnóstico del dsm-iv. Se preguntó por estos trastornos alguna vez en la vida y en el último año.
- Dificultades por el uso y trastornos por uso de alcohol en tareas domésticas, trabajo, relaciones interpersonales y vida social.
- Tratamiento alguna vez por consumo de drogas. Esta variable incluyó los efectos en el consumo (abstinencia total, consumo en menor cantidad, menos días, disminución de los problemas por el consumo).
- Conducta antisocial: leve (tomar dinero o cosas valiosas que no le pertenecen y participar en riñas o peleas) y grave (atacar a alguien usando algún objeto como arma, vender drogas y usar un arma para obtener algún objeto de otra persona).
- Sucesos en la colonia: venta de drogas en las escuelas o afuera de ellas, amenazas con armas, abuso sexual, ataques con violencia, venta de drogas en la vía pública o en tienditas, actividades que amenazan la propia seguridad y la de familiares y vecinos.

Formación de clusters

Para el análisis estadístico, además de comparar las prevalencias entre hombres y mujeres, comparamos las siguientes categorías:

- Por edad: 12 a 17 años, 18 a 34 años y 35 a 65 años.
- Por consumo de drogas: consumo de marihuana, consumo de cualquier droga ilegal (incluye drogas médicas fuera de prescripción) y no consumo.
- Por consumo de alcohol: consumo leve/moderado, consumo alto y no consumo.
- Por regiones del país: por entidades federativas y por zonas: norte (Baja California, Baja California Sur, Coahuila, Chihuahua, Durango, Nuevo León, San Luis Potosí, Sinaloa, Sonora y Tamaulipas), centro (Aguascalientes, Colima, Distrito Federal, Guanajuato, Hidalgo, Jalisco, Estado de México, Morelos, Nayarit, Puebla, Querétaro, Tlaxcala y Zacatecas) y sur (Campeche, Chiapas, Guerrero, Michoacán, Oaxaca, Quintana Roo, Tabasco, Veracruz y Yucatán).
- Por tipo de consumo: alguna vez en la vida, durante el último año y durante el último mes.
- Por estado civil: casado-a/unión libre, separado-a/viudo/divorciado-a y soltero-a.
- Por ocupación: como variables laborales se consideraron trabajador-a, ama de casa y desempleado/a. Además, se incluyó como otra variable el ser o no estudiante.

Consideraciones éticas

Todas las personas que participaron leyeron, aceptaron y firmaron una carta de consentimiento informado. En el caso de los/las adolescentes, las madres y los padres o tutores/as también firmaron una carta de consentimiento previo a la participación del/a menor. El consentimiento informado incluyó datos acerca del carácter voluntario y confidencial de la información proporcionada.

Resultados

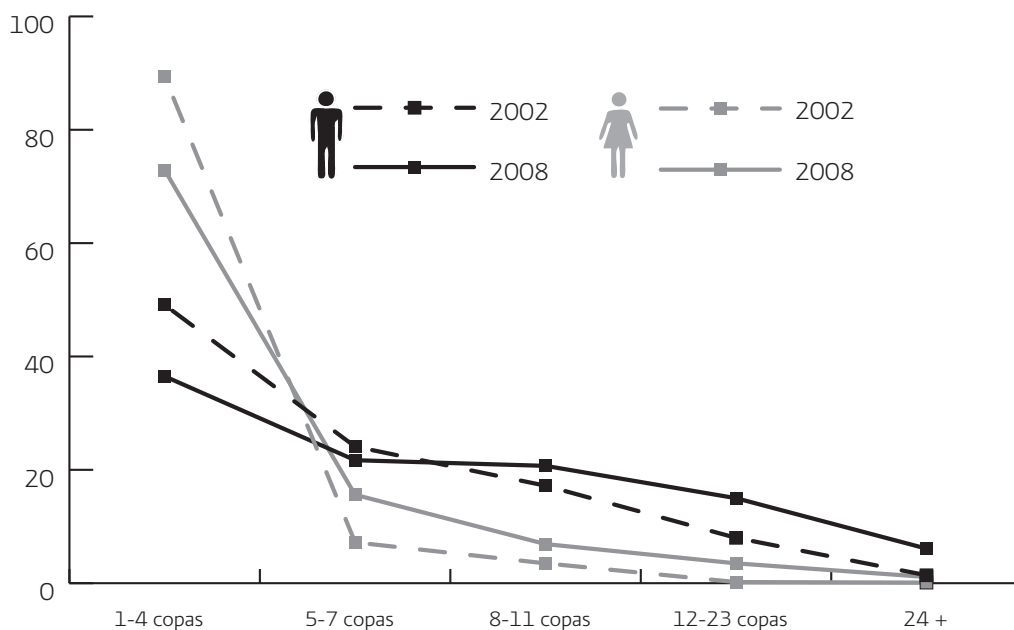
¿Cómo ha evolucionado el uso de drogas en las mujeres?

Tendencias en el consumo

Para evaluar las tendencias observadas en las encuestas realizadas desde 1988 en la población urbana, mostramos los datos en el cuadro 1. Los índices de consumo han aumentado en forma importante entre nuestro grupo de interés. Desde 1988 se observa un crecimiento consistente. Sin embargo, entre 2002 y 2008 el crecimiento fue más marcado: prácticamente se duplicó el número de mujeres que han usado una o más sustancias con efectos psicoactivos.

En la gráfica 3, mostramos las tendencias para alcohol. De 2002 a 2008 disminuyó la proporción de quienes beben bajas cantidades; tanto hombres como mujeres incrementaron el número de copas que consumen por ocasión.

Gráfica 3. Número de copas de alcohol consumidas por ocasión. Tendencias



¿El consumo sigue siendo mayor en los hombres?

Variaciones regionales en el consumo de drogas en hombres y mujeres

Las gráficas 4 a 6 muestran las variaciones en prevalencias acumuladas del uso de alcohol y drogas por estado. Como puede verse en la gráfica 4, los trastornos por uso de alcohol son un problema especialmente en los hombres. Sin embargo, en algunas entidades, principalmente en los estados del centro-occidente, más mujeres reportaron haber tenido alguna vez trastornos por uso de alcohol. Los estados que presentaron más trastornos por consumo de alcohol fueron Nayarit para los hombres (17.2%) y Querétaro para las mujeres (3.7%).

Es interesante el caso del Distrito Federal: mientras para las mujeres ocupa el segundo lugar de trastornos por uso de alcohol (3.2%), en los hombres está dentro del grupo de entidades con incidencia menor a la media (8.3 por ciento).

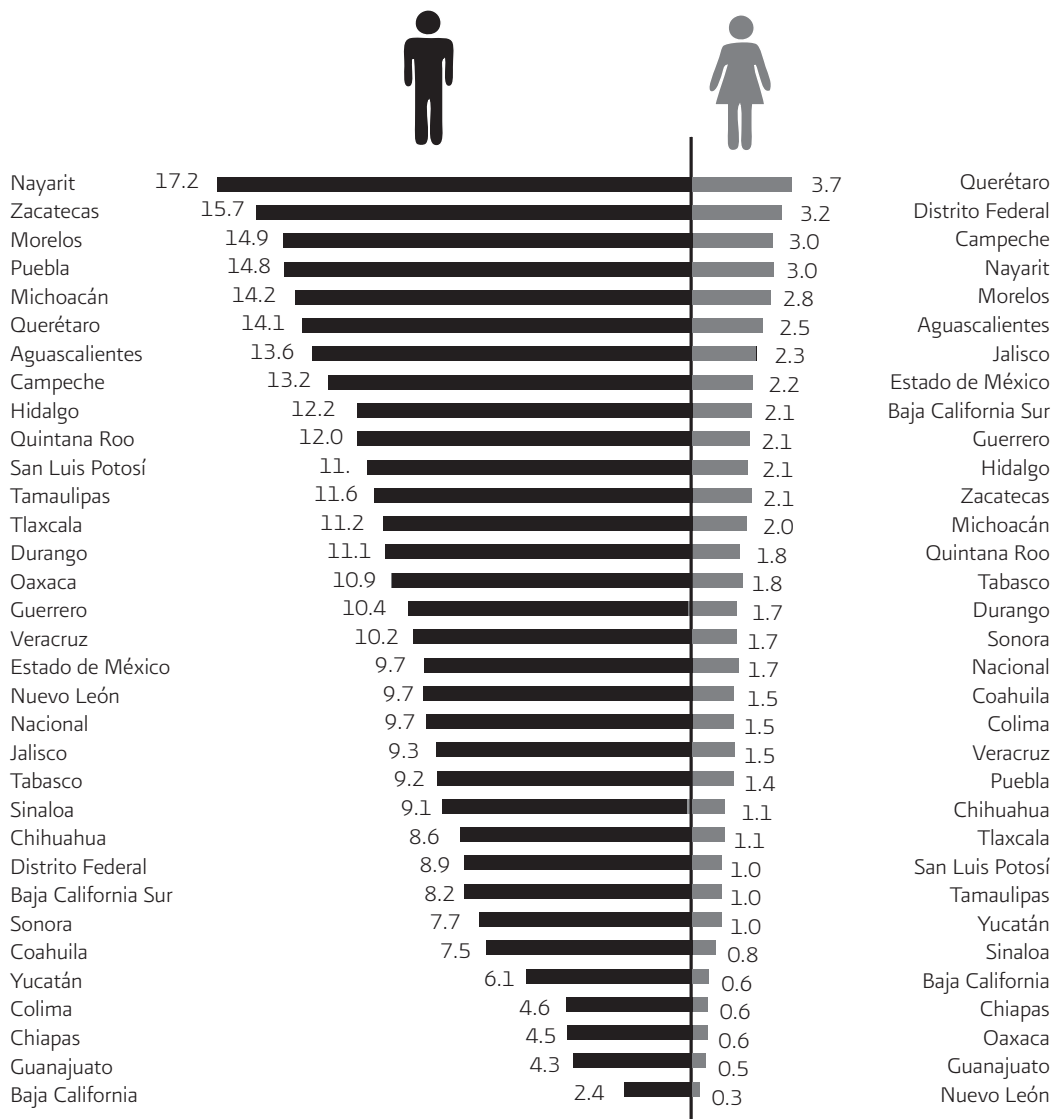
Cuadro 1. Tendencias del consumo de drogas en mujeres, población urbana entre 12 y 65 años

	1988	1998	2002	2008	2002-2008
Mariguana	0.4	0.7	0.8	1.7	1:2.1
Cocaína	0.0	0.3	0.5	0.9	1:1.8
Alucinógenos	0.0	0.1	0.1	0.2	1:2.0
Inhalables	0.1	0.1	0.1	0.2	1:2.0
Drogas ilegales	0.2	0.9	1.2	2.3	1:1.9
Cualquier droga*	1.9	2.0	2.4	3.1	1:1.3

* Incluye el consumo de drogas médicas.

Las entidades en las que las mujeres reportaron mayor uso de drogas ilegales (gráfica 5) fueron nuevamente estados del centro, Chihuahua, Quintana Roo y, al igual que los hombres, la península de Baja California, Sinaloa, Nayarit. En el estado de Baja California las mujeres reportaron mayor consumo de drogas ilegales (4.6%). En los hombres su uso también es predominante en algunos estados del norte del país, y Tamaulipas es donde mayor consumo se reportó (19.1%). En comparación con las drogas ilegales, el consumo indebido de drogas médicas es mucho menor tanto en hombres como en mujeres (gráfica 6). Nuevamente, el consumo en hombres es mayor que el de las mujeres; los estados en los que más mujeres reportaron consumo de drogas médicas fueron los de la península de Yucatán, centro-occidente, Chiapas, Veracruz, Baja California Sur, y de la frontera norte Chihuahua y Tamaulipas. Michoacán fue el estado donde mayor prevalencia reportaron los hombres (4.2%) y Quintana Roo en el caso de las mujeres (1.5 por ciento).

Gráfica 4. Abuso en dependencia de alcohol por entidad



Gráfica 5. Incidencia acumulada del uso de drogas por entidad



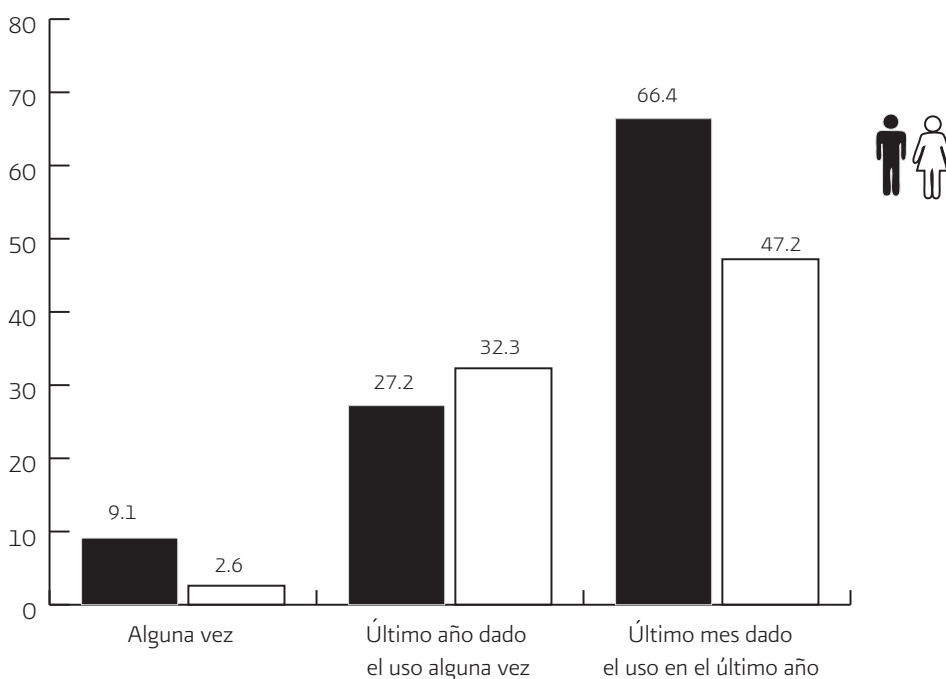
Gráfica 6. Incidencia acumulada del uso de drogas médicas por entidad



Una vez iniciado el consumo ¿cuáles son las diferencias entre hombres y mujeres?: continuidad en el consumo y prevalencias condicionadas

Del total de mujeres que han consumido cualquier droga alguna vez en la vida, 32.3% consumieron durante el último año; de ellas, 47.2% consumieron durante el último mes; comparado con 27.2% y 66.4% de los hombres, respectivamente (gráfica 7). Esto es, si bien el consumo de cualquier droga alguna vez en la vida es mayor en los hombres que en las mujeres (con una proporción de 4.5 hombres por cada mujer), una vez que se ha consumido cualquier droga, prácticamente no hay diferencias en la proporción de quienes habiendo usado drogas alguna vez en la vida continuaron consumiendo durante el último año. Las diferencias nuevamente son evidentes en el consumo durante el último mes dado el consumo en el último año.

Gráfica 7. Prevalencias condicionadas de consumo de cualquier droga por sexos



La información es consistente con lo encontrado en otros estudios: el consumo de drogas es significativamente menor en las mujeres. Como ya se mencionó, nos interesa ahora conocer cómo son las mujeres que deciden consumir sustancias psicoactivas. Para ello, se estiman las prevalencias condicionadas —esto es, se analiza cómo se distribuye el consumo de las drogas estudiadas tomando como denominador sólo la proporción que ha usado drogas alguna vez—. Este análisis, que ya no considera a las no usuarias en el denominador, arroja porcentajes de consumo muy superiores que cuando se considera a las no usuarias, cuya proporción es considerablemente mayor. Las cifras que se presentan a continuación no deben confundirse con prevalencias en cuya estimación se usa la población total.

Los resultados indican que en ambos grupos, el mayor consumo ocurre para la marihuana, 80% de los usuarios de una o más drogas ilegales la han consumido; 82% en el caso de

los hombres y 73% en el caso de las mujeres, quienes tienden a distribuir su consumo en mayor número de sustancias. Los opiáceos y los sedantes/tranquilizantes, son consumidos por una mayor proporción de mujeres que de hombres; las anfetaminas, los estimulantes tipo anfetamínico EsTA y los alucinógenos, tienden a ser consumidos en forma similar por hombres y mujeres; mientras que marihuana, cocaína, inhalables y heroína son consumidas por una proporción mayor de hombres (cuadro 2).

Cuadro 2. Prevalencia condicionada del consumo de drogas entre hombres y mujeres

Drogas	Hombres 36 093 396			Mujeres 39 031 641		
	Población total		Población usuaria	Población total		Población usuaria
	N	%	%	n	%	%
Opiáceos	50 058	0.14	1.52	56 942	0.15	5.68
Tranquilizantes	269 043	0.75*	8.17	164 924	0.42	16.44
Sedantes	88 633	0.25	2.69	45 674	0.12	4.55
Anfetaminas	158 704	0.44*	4.82	67 040	0.17	6.68
Marihuana	2 594 353	7.19*	78.74	552 443	1.42	55.06
Cocaína	1 496 144	4.15*	45.41	282 153	0.72	28.12
Alucinógenos	211 321	0.59*	6.41	54 403	0.14	5.42
Inhalables	460 718	1.28*	13.98	73 079	0.19	7.28
Heroína	97 222	0.27*	2.95	9 717	0.02	0.97
EsTA	286 203	0.79*	8.69	81 433	0.21	8.12
Cualquier droga	3 294 638	9.13*	100	1 003 274		100%

*Diferencias significativas entre hombres y mujeres ($p < 0.05$); EsTA= Estimulantes tipo anfetamínico.

Cuando en el denominador se incluye el consumo de drogas médicas usadas fuera de prescripción además del uso de drogas ilegales, encontramos que entre los hombres poco menos de cuatro quintas partes del consumo sigue siendo marihuana (79%); pero en las mujeres la proporción de consumo de esta sustancia baja a la mitad (55%), con una proporción mayor que reporta el uso de drogas médicas usadas sin la indicación de un facultativo o usadas de una manera diferente a la indicada (mayor dosis, tiempo o por razones diferentes a la indicada).

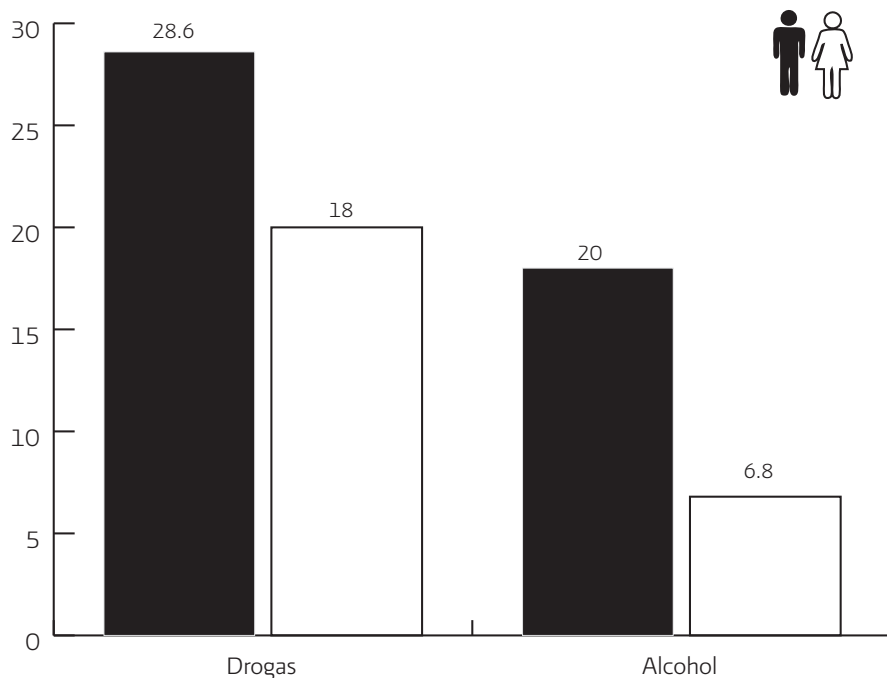
¿Varía la proporción de hombres y mujeres usuarios que desarrollan abuso/dependencia?

A pesar de que las diferencias entre hombres y mujeres están disminuyendo, encontramos que la probabilidad de desarrollar dependencia sigue siendo mayor en los hombres (gráfica 8). Una tercera parte de los hombres entre 12 y 65 años (29%) que alguna vez usaron drogas,

continuaron haciéndolo hasta desarrollar abuso/dependencia, en tanto esto sólo ocurrió en poco menos de una quinta parte de las mujeres (18.4%). Esta diferencia es considerablemente mayor en el caso del alcohol, mientras que 20% de los hombres que bebieron alguna vez llegaron a desarrollar dependencia, esto sólo ocurrió en 7% de las mujeres.

Analizamos también la probabilidad de que una mujer entre 12 y 65 años desarrollara dependencia si sólo consumía marihuana y la comparamos con la probabilidad de que esto ocurriera cuando se usaban otras drogas: las poliusuarias que usaron marihuana y otras drogas quedaron incluidas en este segundo grupo. Como en otros casos, comparamos esta información con lo que ocurrió en los hombres. No encontramos diferencias significativas en el reporte de abuso/dependencia en usuarios sólo de marihuana en comparación con los usuarios de cualquier droga, ni en hombres ni en mujeres (en mujeres sólo marihuana, 43.36% vs. otras drogas, incluida la marihuana, 33.59%; en hombres 35.18% y 39.57% respectivamente).

Gráfica 8. Proporción de hombres y mujeres consumidores que desarrollaron dependencia

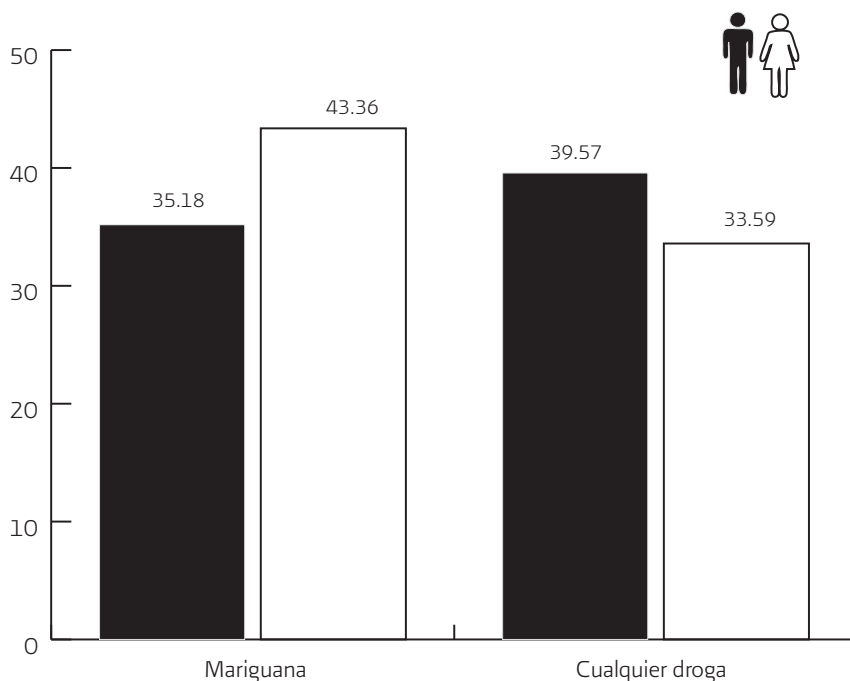


Estas diferencias ¿se mantienen en todos los grupos de población?

Variaciones por subgrupos de la población

Tanto el consumo de drogas alguna vez como alto consumo de alcohol, se analizaron a partir de las siguientes variables sociodemográficas: edad, estado civil, ocupación y región del país en la que residían al momento de la encuesta.

Gráfica 9. Continuidad de la dependencia. Proporción que alguna vez cumplió con el criterio de dependencia y que lo mantiene en el último año



En el cuadro 3, analizamos la distribución del uso sólo de marihuana y el uso de cualquier droga por variables sociodemográficas en hombres y mujeres mediante los intervalos de confianza (IC), considerando el diseño muestral del estudio. Éstos, nos permiten comparar no sólo entre hombres y mujeres sino también entre grupos de consumo. En el análisis entre hombres y mujeres, el traslape de los ic sugiere que no hay diferencia entre sexos en el consumo de marihuana o cualquier droga alguna vez. Los y las adolescentes de ambos grupos tienen una corta historia de consumo que la población mayor de 18 años. El mayor consumo en ambos grupos se observa en el grupo de 18 a 34 años.

Cuadro 3. Consumo sólo de marihuana y cualquier droga según sexo y diversas variables sociodemográficas

	Hombres			Mujeres		
	N	%	IC 95%	N	%	IC 95%
Consumidores/as de Marihuana						
	N=1283753			N=338543		
Edad						
12-17	98997	1.46	1.07-2.01	50388	0.73	0.46-1.16
18-34	626074	4.24	3.55-5.05	182093	1.13	0.82-1.56
35-65	558682	3.84	3.33-4.42	106062	0.66	0.44-1.00

Cuadro 3. Consumo sólo de marihuana y cualquier droga según sexo y diversas variables sociodemográficas

	Hombres			Mujeres		
	N	%	IC 95%	N	%	IC 95%
Estado civil						
Casado(a)/Unión Libre	754 634	3.82	3.36-4.34	166 018	0.78	0.57-1.07
Separado(a)/Viudo(a)/Divorciado(a)	68 306	5.79	3.80-8.74	26 509	0.79	0.33-1.91
Soltero(a)	460 813	3.04	2.44-3.79	146 016	1.02	0.72-1.44
Estudia actualmente						
Sí	153 626	2.01	1.46-2.78	71 289	0.91	0.54-1.55
No	1 130 127	3.97	3.53-4.46	267 254	0.86	0.67-1.10
Trabaja actualmente						
Sí trabaja	1 049 113	3.96	3.51-4.46	150 729	1.10	0.77-1.56
Hogar	691	0.23	0.03-1.61	118 991	0.71	0.48-1.04
No trabaja	233 949	2.52	1.94-3.27	68 823	0.82	0.53-1.25
Regiones del país						
Norte	333 629	3.61	2.96-4.41	84 806	0.89	0.60-1.34
Centro	666 095	3.80	3.21-4.50	206 856	1.07	0.78-1.47
Sur	284 029	3.04	2.49-3.70	46 881	0.46	0.29-0.72
Consumidores/as de cualquier droga						
	N=2 010 885		N=664 731			
Edad						
12-17	149 266	2.21	1.73-2.82	91 850	1.33	0.98-1.80
18-34	1 167 757	7.90	7.07-8.82	344 463	2.13	1.75-2.59
35-65	693 862	4.77	4.20-5.41	228 418	1.43	1.16-1.77
Estado Civil						
Casado(a)/Unión Libre	1 161 487	5.88	5.28-6.54	350 773	1.64	1.36-1.98
Separado(a)/Viudo(a)/Divorciado(a)	124 497	10.56	8.02-13.78	78 898	2.36	1.71-3.24
Soltero(a)	724 901	4.78	4.18-5.46	235 060	1.64	1.32-2.04
Estudia actualmente						
Sí	201 411	2.64	2.07-3.37	85 602	1.09	1.79-1.51
No	1 809 474	6.36	5.82-6.94	579 129	1.86	1.60-2.15
Trabaja actualmente						
Sí trabaja	1 635 145	6.17	5.62-6.77	322 532	2.35	1.92-2.86
Hogar	12 494	4.10	1.28-12.31	220 546	1.31	1.04-1.65
No trabaja	363 246	3.92	3.27-4.69	121 653	1.45	1.10-1.89

Cuadro 3. Consumo sólo de marihuana y cualquier droga según sexo y diversas variables sociodemográficas

	Hombres			Mujeres		
	N	%	IC 95%	N	%	IC 95%
Regiones del país						
Norte	670 128	7.25	6.40-8.21	177 602	1.87	1.51-2.31
Centro	933 800	5.33	4.66-6.09	357 758	1.86	1.50-2.29
Sur	406 957	4.36	3.61-5.25	129 371	1.26	0.96-1.66

IC = Intervalos de confianza.

Hay pocas diferencias entre mujeres que reportaron usar marihuana entre los diferentes grupos de población, probablemente por representar un número reducido. Son similares en cuanto a edad, estado civil, situación escolar y laboral. La única diferencia que se encontró es en la región del país en que habitan: la prevalencia es significativamente inferior si viven en el sur del país.

Este hallazgo contrasta con lo que se observa entre los hombres. En éstos, hay diferencias importantes, es más frecuente que usen sólo marihuana si son mayores de 18 años, si están separados viudos o divorciados, si no estudian actualmente, si trabajan. En el caso de las mujeres, la mayor prevalencia se observa en el sur del país. De esta comparación llama la atención el que, tanto en hombres como en mujeres, esto sea menos frecuente entre las generaciones más jóvenes.

Cuando se analizan todas las drogas empezamos a ver diferencias. Es más frecuente que una mujer entre 18 y 34 años haya consumido drogas, si está separada, viuda o divorciada, si no estudia, si trabaja y si no vive en el sur del país. Estas mismas diferencias por grupos sociodemográficos se observan para los hombres.

¿Ocurre lo mismo en el caso del alcohol?

En el cuadro 4 mostramos los datos sociodemográficos de hombres y mujeres a partir de grupos de consumo de alcohol: leve/moderado, alto y no consumo. A partir del análisis por sexos, vemos que hay más traslape de los IC en el consumo leve/moderado que en el consumo alto. En el consumo leve/moderado no hay diferencias entre hombres y mujeres en la mayoría de las categorías excepto en las edades adultas, siendo los hombres de 35 a 65 años, las mujeres de 18 a 34 y las amas de casa quienes reportan más consumo de este tipo. Para el consumo alto en todas las categorías excepto en los hombres que reportaron no trabajar ni estudiar y dedicarse al hogar, éstos reportaron mayor consumo que las mujeres. Analizando las variaciones entre grupos de consumo, se observa que el consumo de las mujeres es principalmente leve/moderado y el de los hombres alto.

Cuadro 4. Variables sociodemográficas de bebedores de alcohol por sexo

	Hombres			Mujeres		
	N	%	IC 95%	N	%	IC 95%
Consumo leve/moderado de alcohol.						
	N=8865276			N=9843794		
Edad						
12-17	1 015 464	15.01	13.71-16.41	871 184	12.62	11.39-13.96
18-34	3 174 832	21.48	19.89-23.15	4 411 312	27.30	25.91-28.74
35-65	4 674 980	32.14	30.46-33.87	4 561 298	28.56	27.16-30.01
Estado Civil						
Casado(a)/ Unión Libre	5 605 717	28.38	26.87-29.95	6 108 513	28.60	27.36-29.87
Separado(a)/ Viudo(a)/ Divorciado(a)	379 555	32.18	27.77-36.94	1 026 506	30.68	27.90-33.61
Soltero(a)	2 880 004	18.99	17.66-20.39	2 708 775	18.91	17.53-20.37
Estudia Actualmente						
Sí	1 254 906	16.45	14.96-18.07	1 290 132	16.49	14.95-18.15
No	7 610 370	26.73	25.46-28.05	8 553 662	27.41	26.35-28.49
Trabaja Actualmente						
Sí trabaja	6 997 293	26.39	25.14-27.68	3 897 003	28.34	26.75-29.98
Hogar	50 986	16.72	11.39-23.86	451 553	26.78	25.40-28.21
No trabaja	1 816 997	19.60	17.99-21.31	1 431 238	17.00	15.52-18.59
Regiones del país						
Norte	1 779 696	19.26	17.94-20.66	2 035 901	21.45	19.97-23.00
Centro	4 800 051	27.41	25.52-29.38	5 513 802	28.58	27.06-30.16
Sur	2 285 529	24.47	22.98-26.03	2 294 091	22.38	20.87-23.98
Consumo alto de alcohol						
	N=14129563			N=5886475		
Edad						
12-17	744 541	11.01	9.844-12.28	488 323	7.07	6.13-8.15
18-34	7 251 386	49.05	47.37-50.74	3 167 231	19.60	18.25-21.03
35-65	6 133 636	42.17	40.51-43.84	2 230 921	13.97	12.90-15.11
Estado Civil						
Casado(a)/ Unión Libre	8 971 371	45.43	43.96-46.90	3 174 018	14.86	13.83-15.95
Separado(a)/ Viudo(a)/ Divorciado(a)	521 009	44.17	39.31-49.16	499 045	14.92	12.83-17.27
Soltero(a)	4 637 183	30.58	28.96-32.25	2 213 412	15.45	14.21-16.78

Cuadro 4. Variables sociodemográficas de bebedores de alcohol por sexo (continúa)

	Hombres			Mujeres		
	N	%	IC 95%	N	%	IC 95%
Estudia Actualmente						
Sí	1 547 050	20.29	18.48-22.22	917 025	11.72	10.27-13.35
No	12 582 513	44.20	42.95-45.46	4 969 450	15.92	15.05-16.84
Trabaja actualmente						
Sí trabaja	12 040 193	45.41	44.11-46.71	2 953 474	21.48	20.06-22.97
Hogar	36 208	11.87	7.37-18.58	1 979 583	11.74	10.66-12.92
No trabaja	2 053 162	22.14	20.54-23.84	953 418	11.33	9.97-12.84
Regiones del país						
Norte	3 627 957	39.27	37.47-41.09	1 100 935	11.60	10.51-12.79
Centro	7 237 824	41.32	39.59-43.08	3 444 047	17.85	16.59-19.19
Sur	3 263 782	34.95	32.96-36.98	1 341 493	13.09	11.70-14.62

IC = Intervalos de confianza.

En las mujeres el consumo de alcohol, excluyendo el que ocurre en grandes cantidades por ocasión de consumo, es más frecuente entre las que han alcanzado la mayoría de edad y viven en la zona centro del país y es menos frecuente entre solteras, estudiantes y quienes no trabajan.

El mayor consumo de grandes cantidades de alcohol por ocasión o consumo alto ocurre en las mujeres entre 18 y 34 años, indistintamente de su estado civil, que no estudian, trabajan y viven en la zona centro del país.

En los hombres, no estudiar y trabajar son variables asociadas con mayor frecuencia de consumo elevado, entre ellos quienes viven en la zona norte y centro son quienes más consumen, el estado civil sí impacta, con menores índices entre solteros.

¿Qué tan inseguras se sienten las mujeres en la zona en donde viven?

Para identificar la violencia en el contexto social y la relación de ésta con el consumo de sustancias, preguntamos acerca de la venta de drogas, amenazas con armas, violaciones sexuales y ataques con violencia en el año previo a la encuesta. Los datos muestran interesantes variaciones en el impacto de la exposición a la inseguridad.

Las mujeres sienten mayor inseguridad en sus colonias que los hombres. Cuando han consumido sólo marihuana o cualquier droga, esta percepción de inseguridad se incrementa y perciben significativamente más venta de drogas en las escuelas y sus inmediaciones, así como mayor índice de ataque con armas que los hombres.

Respecto a la percepción de violencia en la colonia en cuanto a grupos de consumo de alcohol, las únicas diferencias entre hombres y mujeres sugeridos por los IC, es que las mujeres de los grupos de consumo leve/moderado y alto perciben más inseguridad que los hombres. En el análisis por grupos de consumo, encontramos que las mujeres no bebedoras perciben menos violencia que las que consumen alcohol, excepto en la variable de abuso sexual.

Cuadro 5. Violencia en la colonia percibida por grupos de consumo de drogas

	Hombres			Mujeres		
	N	%	IC 95%	N	%	IC 95%
Consumidores de marihuana						
	N=1283753			N=338543		
Inseguridad en la colonia	330969	26.94	20.47-34.56	171317	46.02	30.15-62.74
Venta de drogas en las escuelas o afuera de éstas	410482	44.53	36.48-52.87	164729	62.85	46.34-76.83
Amenazas con armas	304869	34.33	26.82-42.71	158925	48.38	31.19-65.97
Abuso sexual	136504	15.86	10.04-24.15	39248	15.58	6.44-33.12
Ataque con violencia	388960	40.99	33.02-49.45	101268	39.78	25.27-56.33
Venta de drogas en la vía pública o en tienditas	460809	47.19	38.86-55.67	141415	54.20	37.42-70.07
Consumidores de cualquier droga						
	N=2010885			N=664731		
Inseguridad en la colonia	617045	29.56	24.82-34.77	228632	33.78	24.68-44.26
Venta de drogas en las escuelas o afuera de éstas	797726	48.26	41.56-55.03	296442	54.88	43.82-65.48
Amenazas con armas	665598	39.58	33.44-46.05	254606	43.43	32.97-54.50
Abuso sexual	296143	17.85	13.03-23.95	123864	22.22	13.71-33.93
Ataque con violencia	812283	45.43	39.47-51.52	289171	46.91	36.08-58.03
Venta de drogas en la vía pública o en tienditas	981069	55.92	49.48-62.18	267944	48.22	37.78-58.83

Cuadro 5. Violencia en la colonia percibida por grupos de consumo de drogas

	Hombres			Mujeres		
	N	%	IC 95%	N	%	IC 95%
No consumidores de drogas						
	N=32798758			N=38028367		
Inseguridad en la colonia	5 863 663	18.15	16.71-19.69	8 660 020	22.52	21.01-24.11
Venta de drogas en las escuelas o afuera de éstas	5 646 247	22.39	20.62-24.28	6 178 646	21.32	19.55-23.21
Amenazas con armas	5 018 321	18.75	16.91-20.74	5 794 995	18.49	16.78-20.35
Abuso sexual	1 491 289	5.67	4.45-7.19	2 158 870	6.87	5.32-8.83
Ataque con violencia	5 738 763	21.24	19.53-23.05	6 576 368	20.51	18.79-22.35
Venta de drogas en la vía pública o en tienditas	5 483 721	20.88	19.14-22.75	6 143 104	20.15	18.52-21.88

IC = Intervalos de confianza.

¿Las diferencias en el índice de conductas antisociales entre hombres y mujeres se mantienen una vez que las mujeres han cometido el primer acto antisocial?

Se preguntó también acerca de las conductas antisociales durante el año previo a la encuesta. Éstas se dividieron en actos leves (tomar dinero o cosas valiosas que no le pertenecen y participar en riñas o peleas) y graves (atacar a alguien usando algún objeto como arma, vender drogas y usar un arma para obtener algún objeto de otra persona).

Cuadro 6. Violencia en la colonia percibida por grupos de consumo de alcohol

	Hombres			Mujeres		
	N	%	IC 95%	N	%	IC 95%
Consumo leve/moderado de alcohol.						
	N=8865276			N=9843794		
Inseguridad en la colonia	1 685 319	19.13	16.45-22.14	2 586 462	25.85	23.11-28.79
Venta de drogas en las escuelas o afuera de éstas	1 744 400	26.84	23.47-30.50	1 943 271	26.19	22.96-29.70
Amenazas con armas	1 599 463	22.34	19.07-25.98	1 840 124	22.51	19.71-25.58
Abuso sexual	563 872	8.17	5.77-11.44	648 078	7.99	6.28-10.12
Ataque con violencia	1 772 082	24.29	21.06-27.84	2 087 671	25.04	22.36-27.93
Venta de drogas en la vía pública o en tienditas	1 750 047	24.56	21.24-28.21	2 016 805	25.72	22.35-29.40

Cuadro 6. Violencia en la colonia percibida por grupos de consumo de alcohol

	Hombres			Mujeres		
	N	%	IC 95%	N	%	IC 95%
Consumo alto de alcohol						
	N=14129563			N=5886475		
Inseguridad en la colonia	2 593 307	19.05	16.95-21.35	1 582 381	27.29	23.81-31.08
Venta de drogas en las escuelas o afuera de éstas	3 046 524	28.77	25.98-31.73	1 389 354	34.34	29.96-39.00
Amenazas con armas	2 656 454	23.67	21.03-26.52	1 337 677	28.84	24.38-33.75
Abuso sexual	796 859	7.27	5.64-9.33	483 090	10.67	7.19-15.56
Ataque con violencia	3 239 460	28.35	25.75-31.10	1 342 521	28.29	24.38-32.55
Venta de drogas en la vía pública o en tienditas	3 265 956	29.73	27.02-32.60	1 408 771	32.08	28.06-36.38
No bebedores de alcohol						
	N=13098557			N=23301372		
Inseguridad en la colonia	2 533 051	19.18	17.19-21.34	4 891 126	20.64	19.02-22.36
Venta de drogas en las escuelas o afuera de éstas	2 063 531	19.29	17.01-21.79	3 307 192	18.06	16.24-20.04
Amenazas con armas	1 732 871	15.83	13.78-18.11	3 030 725	15.59	13.86-17.51
Abuso sexual	563 205	5.14	3.93-6.69	1 190 814	6.08	4.52-8.13
Ataque con violencia	1 928 464	17.47	15.43-19.72	3 536 615	17.82	15.55-20.34
Venta de drogas en la vía pública o en tienditas	1 909 596	17.55	15.27-20.09	3 126 887	16.39	14.74-18.19

IC = Intervalos de confianza.

Se observó que por cada mujer que comete un acto antisocial hay 2.02 hombres y que estas diferencias son más pronunciadas para los actos antisociales leves (cuadro 7). Los datos también muestran que cuando se consideran sólo mujeres que han cometido actos antisociales y tomando como denominador el número de respuestas, poco menos de la mitad (44%) reporta actos graves; en tanto que en el mismo análisis para los hombres, sólo una tercera parte (29%) de los hombres que reportaron estas conductas, fueron de carácter grave.

Cuadro 7. Actos antisociales en hombres y mujeres de 12 a 65 años

Actos antisociales	Hombres	Mujeres	Razón M:H
Leves	1 629 678 (80.7%)*	599 910 (60.0%)*	1:2.72
Graves	655 807 (32.5%)*	467 040 (46.7%)*	1:1.40
Cualquier acto	2 019 866	1 000 318	1:2.02

*Tomando el total que ha reportado haber cometido al menos un acto antisocial por sexo.

¿Las diferencias en el índice de conductas antisociales entre hombres y mujeres se mantienen cuando analizamos sólo a las consumidoras?

En el cuadro 8 se muestran los datos de la conducta antisocial en cada grupo de consumo de hombres y mujeres. Los datos muestran que las mujeres consumidoras de drogas, como ocurre entre los hombres, cometen más actos antisociales que las no consumidoras. Cuando se analizan las diferencias en consumidores de marihuana, estas diferencias entre hombres y mujeres desaparecen.

Cuadro 8. Conducta antisocial por grupos de consumo de drogas

	Hombres			Mujeres		
	N	%	IC 95%	N	%	IC 95%
Consumidores/as de marihuana						
	N=1283753			N=338543		
Actos Leves	160129	13.03	9.16-18.21	35293	9.48	3.62-22.60
Actos Graves	56093	4.57	2.08-9.73	4885	1.31	0.18-8.79
Actos Antisociales	184737	15.03	10.72-20.68	40178	10.79	4.49-23.74
Consumidores/as de cualquier droga						
	N=2010885			N=664731		
Actos Leves	451036	21.60	17.30-26.63	79340	11.72	6.43-20.42
Actos Graves	234654	11.24	7.91-15.73	33458	4.94	2.22-10.63
Actos Antisociales	512806	24.56	19.83-30.00	89530	13.23	7.65-21.90

Cuadro 8. Conducta antisocial por grupos de consumo de drogas (continúa)

	Hombres			Mujeres		
	N	%	IC 95%	N	%	IC 95%
No consumidores/as de drogas						
	N=32 798 758			N=38 028 367		
Actos Leves	1 018 513	3.15	2.72-3.66	485 277	1.26	1.00-1.60
Actos Graves	365 060	1.13	0.70-1.81	428 697	1.12	0.85-1.46
Actos Antisociales	1 322 323	4.09	3.46-4.84	870 610	2.26	1.87-2.73

IC = Intervalos de confianza.

¿Hay variaciones en la conducta antisocial en mujeres de acuerdo con sus niveles de consumo de alcohol?

El consumo de alcohol, independientemente de su nivel, no modifica la relación entre sexo y conducta antisocial reportada en otros estudios: las mujeres cometen menos actos antisociales que los hombres. Sin embargo, entre éstas, el consumo alto de alcohol aumenta significativamente el índice de conductas problemáticas como ocurre entre los hombres.

Cuadro 9. Conducta antisocial por grupos de consumo de alcohol

	Hombres			Mujeres		
	N	%	IC 95%	N	%	IC 95%
Consumo leve/moderado de alcohol						
	N=8 865 276			N=9 843 794		
Actos leves	369 015	4.19	3.27-5.35	117 135	1.17	0.75-1.83
Actos graves	138 891	1.58	1.07-2.32	105 867	1.06	0.58-1.91
Actos antisociales	432 731	4.91	3.92-6.14	205 470	2.05	1.36-3.08
Consumo alto						
	N=14 129 563			N=5 886 475		
Actos leves	934 833	6.87	5.80-8.12	234 854	4.05	2.92-5.60
Actos graves	362 658	2.66	1.63-4.33	109 726	1.89	1.13-3.16
Actos antisociales	1 116 149	8.20	6.72-9.97	313 535	5.41	4.04-7.21

Cuadro 9. Conducta antisocial por grupos de consumo de alcohol

	Hombres			Mujeres		
	N	%	IC 95%	N	%	IC 95%
No bebedores de alcohol						
	N=13 098 557			N=23 301 372		
Actos leves	325 830	2.47	1.94-3.14	247 921	1.05	0.73-1.49
Actos graves	154 258	1.17	0.78-1.74	251 447	1.06	0.76-1.49
Actos antisociales	470 986	3.57	2.89-4.40	481 313	2.03	1.57-2.63

IC = intervalos de confianza.

¿Participan en peleas las mujeres que consumen drogas y alcohol?

Se preguntó también acerca de problemas por uso de alcohol y drogas. Las peleas son poco frecuentes entre mujeres que no consumen drogas; cuando sólo consumen marihuana, este índice aumenta, pero es menor que el que reportan quienes además de consumir marihuana ingieren otras drogas. Las peleas entre mujeres usuarias fueron menos frecuentes que las que reportan los hombres usuarios de drogas.

Cuadro 10. Peleas por consumo de drogas en consumidores de sólo marihuana y en consumidores de drogas por sexo

Variables	Hombres			Mujeres		
	N=1283753			N=338543		
	N	%	IC 95%	N	%	IC 95%
Consumo de cualquier droga	474 036	23.86	20.7-27.34	75 661	11.49	7.74-16.73
Sólo marihuana	53 321	4.17	2.77-6.24	4 121	1.22	0.46-3.20

¿Esta relación entre el consumo de drogas y la participación en peleas y riñas, se mantiene cuando sólo se considera al alcohol?

El análisis de los problemas relacionados con el alcohol en grupos de consumo de alcohol, se presentan en el cuadro 11. Las mujeres que beben con niveles altos de alcohol se involucran seis veces más en peleas que las que beben en niveles moderados o bajos. Aun así, esta conducta en ellas sigue siendo menos frecuente que la que manifiestan los hombres, con cuatro veces más frecuencia en ellos.

Cuadro 11. Problemas por uso de alcohol por grupos de consumo

	Hombres			Mujeres		
	N	%	IC 95%	N	%	IC 95%
Consumo leve/moderado de alcohol						
	N=8 865 276			N=9 843 794		
Abuso dependencia alcohol	72 884	0.82	0.58-1.16	42 473	0.43	0.27-0.68
Peleas por consumo de alcohol	493 548	5.88	4.90-7.03	41 069	0.44	0.25-0.77
Consumo alto de alcohol						
	N=14 129 563			N=5 886 475		
Abuso dependencia alcohol	3 425 062	24.24	22.75-25.79	627 644	10.66	9.17-12.37
Peleas por consumo de alcohol	1 417 657	10.06	9.00-11.22	159 151	2.71	2.00-3.67

IC = Intervalos de confianza.

¿La depresión co-ocurre más frecuentemente con el consumo de drogas y alcohol en la mujer que en el hombre?

Se preguntó acerca de la sintomatología de depresión mediante el CSD, escala de 20 reactivos en escala Likert que va de cero a tres; a partir de 22 puntos se considera como posible depresión. Al ser el alcohol un depresor del sistema nervioso central, buscamos si habría alguna diferencia en la sintomatología depresiva a partir de los grupos de consumo de dicha sustancia (cuadro 12). Encontramos que las mujeres que no beben alcohol presentan menos síntomas de depresión que quienes sí beben, sea consumo moderado o alto. Esto mismo se observó en los hombres. En ambos grupos no se observaron diferencias significativas entre depresión y nivel de consumo de alcohol. En todos los casos las prevalencias de depresión fueron significativamente más altas en las mujeres.

Cuadro 12. Depresión en hombres y mujeres por grupos de consumo de alcohol

	Hombres			Mujeres		
	N	%	IC 95%	N	%	IC 95%
Consumo leve/moderado						
	N=8865276			N=9843794		
Posible depresión	343 319	3.90	2.93-5.18	1 105 870	11.05	9.45-12.89
Consumo alto						
	N=14129563			N=5886475		

Cuadro 12. Depresión en hombres y mujeres por grupos de consumo de alcohol

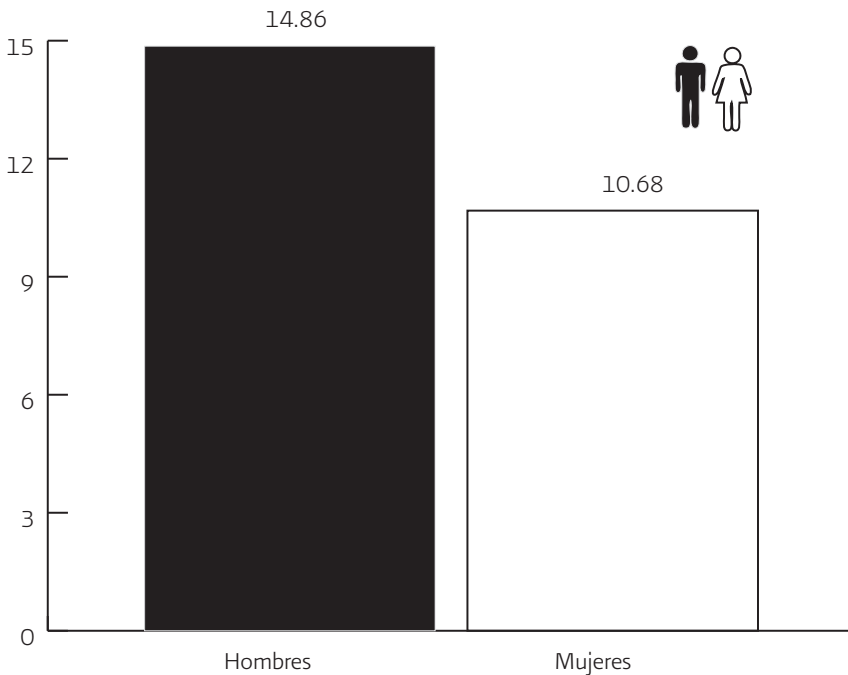
	Hombres			Mujeres		
	N	%	IC 95%	N	%	IC 95%
Posible depresión	522 833	3.84	3.02-4.88	719 170	12.40	10.03-15.21
No consumo de alcohol	N=13098557			N=23301372		
Posible depresión	241 988	1.83	1.32-2.54	1 701 721	7.18	6.14-8.39

IC = Intervalos de confianza.

¿Lleva a las mujeres menos tiempo desarrollar dependencia una vez que están bebiendo?

Otra diferencia interesante a analizar entre hombres y mujeres referente a la dependencia de sustancias, son los años de consumo en los que se desarrollan los síntomas de dependencia (gráfica 10). Los resultados confirman la mayor vulnerabilidad de las mujeres. Quienes presentaron dependencia alguna vez en la vida reportaron significativamente menos años de consumo que los hombres (IC 95% 13.70-16.02 hombres; 8.90-12.46 mujeres).

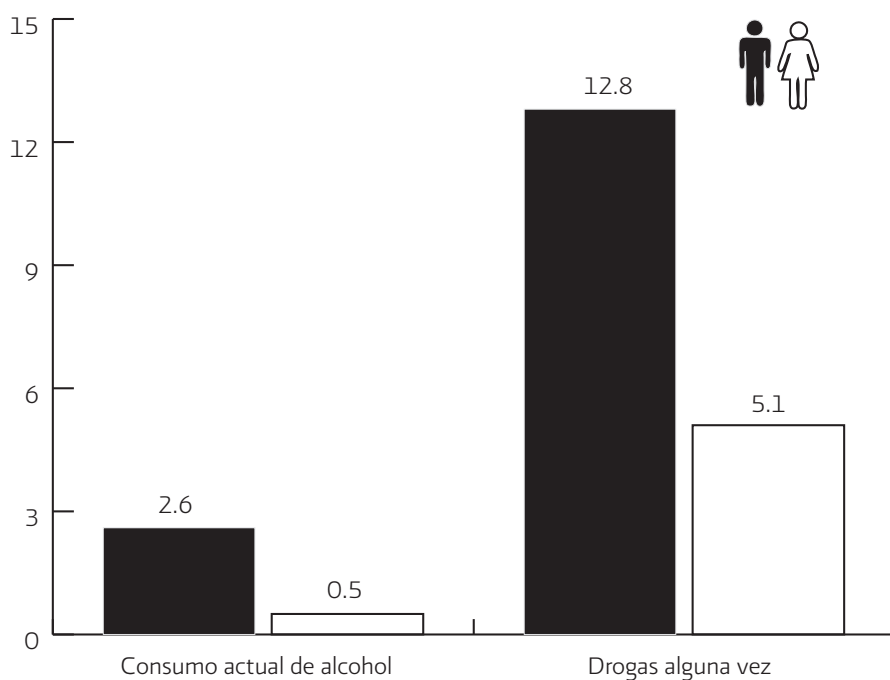
Gráfica 10. Años de consumo en quienes presentaron dependencia alguna vez



¿Hay variaciones en la proporción que llega a tratamiento?

Por último, se analizaron las diferencias en el acceso a tratamiento entre hombres y mujeres. Los tipos de tratamiento son diversos y se agrupan en cuatro conjuntos: tratamiento de calidad, de calidad parcial, de autoayuda y otros.

Gráfica 11. Consumidores/as de alcohol y drogas que han asistido a algún tipo de tratamiento por consumo de sustancias

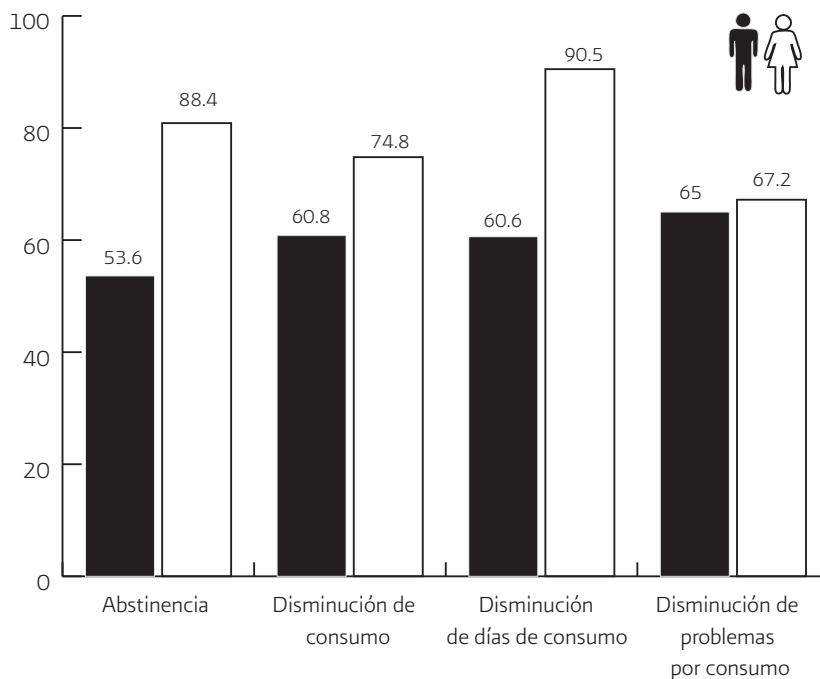


Para propósitos de este trabajo no se diferenciará entre los tipos de tratamiento, pero sí en los diversos resultados obtenidos por el tratamiento de uso de alcohol (abstinencia, disminución de consumo, consumo menos frecuente y disminución de problemas). En general, las mujeres acuden menos a tratamiento por consumo de alcohol o drogas (gráfica 11). Sin embargo, en la gráfica 12 mostramos que las mujeres que acuden a tratamiento por consumo de alcohol reportan mejores resultados que los hombres.

Limitaciones

Las principales limitaciones de este análisis es que al estudiar a la población general, es difícil llegar a conocer directamente el uso de sustancias, por lo que se recurre al auto-reporte. Además, esta encuesta es de hogares y no incluye poblaciones vulnerables como las que se encuentran en prisión y viviendo en la calle.

Gráfica 12. Resultados de tratamiento en consumidores/as de drogas alguna vez en la vida



Conclusiones

Diversas investigaciones buscan los rasgos de personalidad relacionados con el uso de sustancias y otras conductas de riesgo (Miller y Quick, 2010). Este trabajo contribuye a la búsqueda de características sociales y ambientales relacionadas con el consumo de alcohol y drogas, diferenciando entre consumo sólo de marihuana o cualquier droga, y entre consumo moderado y dañino de alcohol.

En este análisis se encontró que el uso tanto de alcohol como de drogas en las mujeres ha cambiado en el transcurso de las últimas décadas. Específicamente en los años más recientes vemos que cada vez más mujeres han consumido todo tipo de drogas y que el consumo de alcohol aumenta en número de copas por ocasión de consumo.

En este trabajo se consideró el consumo alto para hombres a partir de cinco copas por ocasión de consumo y en mujeres a partir de cuatro. A pesar del aumento en el uso de sustancias, los hombres siguen siendo los principales consumidores. Sin embargo, es en las prevalencias condicionadas donde vemos detalladamente las semejanzas en el consumo de hombres y mujeres. Si bien es cierto que es menor la proporción de mujeres que llegan a consumir drogas, cuando consumen tienen un consumo durante el último año similar al de los hombres.

Es importante que el análisis por sexos no se limite a establecer que los hombres tienen más problemas por consumo de sustancias, sino que se aborde a las mujeres que están atravesando la barrera social. Ellas no sólo cometen más actos antisociales como encontramos y coincide con lo reportado en la literatura sobre el tema, sino que, por el ambiente desfavorable, también

presentan más problemas emocionales (Goldstein, Compton, Pulay, Ruan, Pickering, Stinson, y Grant, 2007), y rechazo social. Por ello, es de extrema importancia que al analizar el consumo de sustancias en diferentes grupos, se consideren prevalencias condicionadas para detectar con mayor precisión los grupos vulnerables.

No encontramos diferencias significativas en la proporción de hombres y mujeres que una vez expuestas al consumo de drogas, experimentan con ellas. Esto significa que las diferencias en las prevalencias encontradas entre uno y otro grupo se debe a que las mujeres siguen menos expuestas a las drogas.

Por cohortes encontramos mayor consumo en mujeres adolescentes que en adultas, lo que refleja un inicio más reciente de las mujeres en el consumo de drogas. Esto coincide con observaciones previas que indicaban que la brecha entre hombres y mujeres estaba desapareciendo (Villatoro *et al.*, 2009).

La percepción que tienen las mujeres de su entorno es diferente al de los hombres. En general, las mujeres perciben más inseguridad en el área en donde viven que los hombres y las que han consumido drogas y alcohol en altas cantidades perciben aún más violencia que las no consumidoras.

En cuanto a los actos antisociales, son los hombres quienes principalmente los comenten, pero la diferencia disminuye al analizar únicamente los actos graves. Las mujeres que han consumido cualquier droga reportan más conductas antisociales, principalmente actos leves. El alcohol en altas cantidades también se relaciona con el aumento en la conducta antisocial, tanto de hombres como de mujeres. Otros estudios han profundizado en la posible explicación de estos hallazgos; por ejemplo, en México, se ha encontrado que la conducta antisocial se relaciona con maltrato familiar (Quiroz, Villatoro, Juárez, Gutiérrez, y Amador, 2007). Hicks *et al.* (Hicks, Blonigen, Kramer, Krueger, Patrick, Iacono, y McGue, 2007), encontraron que, principalmente entre mujeres, la conducta antisocial está relacionada con factores ambientales, mientras en los hombres con factores biológicos.

Las mujeres que reportan conducta antisocial tienden a presentar más problemas de salud mental que las que no tienen conducta antisocial (Pajer, Stouthamer-Loeber, Gardner, y Loeber, 2006). Las mujeres con trastornos por uso de alcohol tienen mayores niveles de co-morbilidad que los hombres en conducta antisocial (Goldstein, 2007). Las mujeres antisociales con AUD presentan problemas más severos en las relaciones interpersonales —incluyendo cuestiones parentales— laborales, habilidades vocacionales (Grella, Stein, Weisner, Chi, y Moos, 2010). Todos estos factores causan demasiados problemas en las mujeres antisociales con AUD, lo cual las lleva a incrementar su consumo (Goldstein, Dawson, y Grant, 2010).

Los datos también coinciden con otros estudios, en los grupos de consumo leve/moderado y alto de alcohol: más mujeres que hombres presentaron posible depresión (Medina-Mora, Borges, y Benjet, 2007; Medina-Mora, Borges, y Lara, 2005). Sin embargo, no encontramos diferencias entre mujeres que consumen alcohol moderadamente y quienes lo consumen en mayor cantidad. Este factor es importante porque puede ser que los problemas por uso de sustancias se escondan detrás de otro tipo de trastornos, como puede ser la depresión, de los trastornos más comunes en las mujeres.

Respecto a la dependencia, se encontró que los hombres tienen mayor probabilidad que las mujeres de desarrollar dependencia tanto al alcohol como a las drogas una vez que comienzan

el uso. Sin embargo, si sólo se considera a los usuarios de drogas, vemos que la proporción de mujeres que cumplieron con los criterios de abuso/dependencia es similar a la de hombres.

Son más los hombres consumidores de alcohol y drogas quienes llegan a cualquier tipo de tratamiento, comparados con las consumidoras. No obstante, fueron las mujeres que sí han llegado a tratamiento las que reportaron más mejorías en su situación de consumo. Berenzon *et al.* (Berenzon, Medina-Mora, y Lara, 2003), han reportado que hay pocos programas de tratamiento diseñados especialmente para las mujeres con trastornos por uso de sustancias. Como se mencionó previamente, las barreras sociales que han hecho que el consumo de sustancias en las mujeres sea menor al de los hombres han ido desapareciendo, especialmente entre la población urbana joven. Sin embargo la situación de las mujeres que inician el consumo y desarrollan dependencia es de más desventaja respecto a la que presentan los hombres. Las mujeres que se iniciaron en el consumo y que pueden llegar a la dependencia, no cuentan con un sistema de tratamiento que considere estos cambios sociales ni las necesidades específicas de las consumidoras. Si a esto se agrega que a las mujeres les lleva menos tiempo desarrollar dependencia a las sustancias, es importante que tengan el acceso a los servicios de tratamiento en donde puedan ser atendidas sin ser estigmatizadas.

Referencias

- Atkinson A., Anderson Z., Hughes M., Sumnall H., Syed Q., *Interpersonal violence and illicit drugs*, Liverpool, Centre for Public Health Liverpool, *John Moores University*, WHO Collaborating Centre for Violence Prevention, 2009.
- Berenzon S., Medina-Mora M.E., Lara M., Servicios de salud mental: veinticinco años de investigación, *Salud Mental* 2003, 26: 61-72.
- Borges G., Medina-Mora M.E., Orozco R., Oueda C., Villatoro J., Fleiz C., Distribution and socio-demographic determinants of the suicidal behavior in Mexico, *Salud Mental*, 2009, 32: 413-425.
- Borges G., Orozco R., Benjet C., Medina-Mora M.E., Suicidio y conductas suicidas en México: retrospectiva y situación actual, *Salud Pública, de México*, 2010, 52: 292-304.
- Dahlberg L., Krug E., *World report on violence and health*, 2002, Ginebra: World Health Organization.
- Ellickson P., Saner H., McGuigan K., Profiles of violent youth: Substance use and other concurrent problems, *American Journal of Public Health*, 1997, 87: 985-991.
- ENA, Consejo Nacional contra las Adicciones, Instituto Nacional de Psiquiatría, Instituto Nacional de Salud Pública, Secretaría de Salud. *Encuesta Nacional de Adicciones*. México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2008.
- Goldstein R., Compton W., Pulay A., Ruan W., Pickering R., Stinson F., Grant B., Antisocial behavioral syndromes and DSM-IV drug use disorders in the United States: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions, *Drug and Alcohol Dependence*, 2007, 90: 145-158.
- Goldstein R., Dawson D., Grant B., Antisocial Behavioral Syndromes in Adulthood and Alcohol Use Disorder Treatment Over Three-Year Follow-Up: Results From Wave 2 of the National

- Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions, *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 2010, 16(4): 212-226.
- Golinelli D., Longhore D., Wenzel S., Substance use and intimate partner violence: Clarifying the relevance of women's use and partner's use. *Journal of Behavioral Health Services y Research*, 2008, 36: 199-211.
- Grella C., Stein J., Weisner C., Chi F., Moos R., Predictors of longitudinal substance use and mental health outcomes for patients in two integrated service use delivery systems, *Drug and Alcohol Dependence*, 2010, 110: 92-100.
- Hicks B., Blonigen D., Kramer M., Krueger R., Patrick C., Iacono W., McGue M., Gender differences and developmental change in externalizing disorders from late adolescence to early adulthood: a longitudinal twin study. *Journal of abnormal psychology* 2007, 116: 433-447.
- Kay A., Taylor T., Barthwell A., Wichelecki J., Leopold V., Substance use and women's health, *Journal of Addictive Diseases* 2010, 29: 139-163.
- Kuhn C., Johnson M., Thomae A., Luo B., Simon S., Zhou G., Walker Q., The emergence of gonadal hormone influences on dopaminergic function during puberty, *Hormones and Behavior*, 2009, 58:122-137.
- Lambert S., Brown T., Phillips C., Ialongo N., The relationship between perceptions of neighborhood characteristics and substance use among urban African American adolescents. *American Journal of Community Psychology*, 2004, 34: 205-218.
- Medina-Mora M.E. Women and alcohol in developing countries, *Salud Mental*, 2001, 24: 3-10.
- Medina-Mora M.E., Borges G., Villatoro J., The measurement of drinking patterns and consequences in Mexico, *Journal of Substance Abuse*, 2000, 12: 183-196.
- Medina-Mora M.E., Borges G., Benjet C., Psychiatric disorders in Mexico: lifetime prevalence in a nationally representative sample, *British Journal of Psychiatry* 2007, 190(6): 521-528.
- Medina-Mora M.E., Borges G., Lara C., Prevalence service use, and demographic correlates of 12-month DSM-IV psychiatric disorders in Mexico: results from the Mexican National Comorbidity Survey, *Psychological Medicine* 2005, 35: 1773-1783.
- Medina-Mora M.E., Rojas E., Mujer, pobreza y adicciones, *Reproducción Humana*, 2004, 17: 230-244.
- Medina-Mora M.E., Rojas G., Las mujeres y el abuso de sustancias. En: Romero, M. (eds.). *Mujeres en prisión: una mirada a la salud mental*. México, 2004.
- Medina-Mora M.E., Tapia C., Sepulveda J., Otero M., Rascón M., Solache G., Lazcano J., Villatoro J., Mariño M., Lopez E., Extensión del consumo de drogas en México: Encuesta Nacional de Adicciones. Resultados nacionales, *Salud Mental*, 1989, 12: 7-12.
- Miller C., Quick B., Sensation seeking and psychological reactance as health risk predictors for an emerging adult population, *Health Communication*, 2010, 25: 266-275.
- Natera G., Juárez F., Medina-Mora M.E., Tiburcio M., La depresión y su relación con la violencia de pareja y el consumo de alcohol en mujeres mexicanas, *Revista Mexicana de Psicología*, 2007, 24: 165-173.
- Natera G., Mora J., Tiburcio M., Experiencia de las mujeres frente al abuso de alcohol y drogas de sus familiares, en Lara, M. A. y Salgado, V. N. (eds.). *Cálmese, son sus nervios, tómese un tecito... La salud mental de las mujeres mexicanas*. México, 2002.

- Nelson-Zlupko L., Kauffman E., Morrison M., Gender differences in drug addiction and treatment: Implications for social work intervention with substance-abusing women, *Social Work-Albany New York*, 1995, 40: 45-45.
- Pajer K., Stouthamer-Loeber M., Gardner W., Loeber R., Women with antisocial behaviour: long-term health disability and help-seeking for emotional problems, *Criminal Behaviour and Mental Health*, 2006, 16: 29-42.
- Quiroz N., Villatoro J., Juárez F., Gutiérrez M., Amador N., La familia y el maltrato como factores de riesgo de conducta antisocial, *Salud Mental*, 2007, 30: 47-54.
- Reyes J., Robles R., Colón H., Negrón J., Matos T., Calderón J., Pérez O., Neighbourhood disorganization, substance use, and violence among adolescents in Puerto Rico, *Journal of Interpersonal Violence*, 2008, 23: 1499-1512.
- Ridenour T., Lanza S., Donny E., Clark D., Different lengths of times for progressions in adolescent substance involvement, *Addictive behaviors*, 2006, 31: 962-983.
- Rojas E., Fleiz C., Villatoro J., Gutiérrez M., Medina-Mora M.E., Tendencias del consumo de drogas de 1998 a 2005 en tres ciudades de la zona norte de México: Ciudad Juárez, Monterrey y Tijuana, *Salud Mental*, 2009, 32: 13-19.
- Romero M., Medina-Mora M.E., Villatoro J., Durand A., Alcohol consumption in Mexican women: Implications in a syncretic culture, En Obot, I. S. y Room, R. (eds.). *Alcohol, gender and drinking problems. Perspectives from low and middle income countries*. Ginebra, 2005.
- Tuchman E., Women and addiction: The importance of gender issues in substance abuse research, *Journal of Addictive Diseases*, 2010, 29: 127-138.
- United Nations Office on Drugs and Crime [UNODC]. World drug report. 2009, Viena: United Nations Publication.
- Villatoro J., Gutiérrez M., Quiroz N., Moreno M., Gaytán L., Gaytán F., Amador N., Medina-Mora M.E., Encuesta de estudiantes de la Ciudad de México 2006. Prevalencias y evolución del consumo de drogas, *Salud Mental*, 2009, 32: 287-297.
- Villatoro J., Medina-Mora M.E., Cravioto O., Fleiz C., Galván F., Rojas E., Kuri P., Castrejón J., Velez A., García A., Encuesta nacional de adicciones 2002, capítulo de drogas. 2002, México: Consejo Nacional contra las Adicciones, CONADIC, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, INPRFM, Dirección General de Epidemiología, DGE, Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, INEGI.
- Walton M., Cunningham R., Goldstein A., Chermack S., Zimmerman M., Bingham R., Shope J., Stanley R., Blow F., Rates and correlates of violent behaviors among adolescents treated in an urban emergency department, *Journal of Adolescent Health*, 2009, 45: 77-83.

II. CAPÍTULOS DE REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

La mirada hacia el consumo de alcohol y drogas en las jóvenes en cuatro décadas de investigación

Jair Hernández, Jorge Galván

Introducción

El consumo de drogas en las y los jóvenes constituye en la actualidad un problema de salud pública, debido a los altos índices de consumo de algunas sustancias ilegales —como la marihuana y la cocaína— al creciente aumento de otras —como las metanfetaminas— y también por las consecuencias físicas, psicológicas y sociales que representan para su vida actual y futura.

El fenómeno más claramente observado en todos los estudios epidemiológicos es el aumento del consumo de drogas entre mujeres adolescentes y jóvenes, que en opinión de varios expertos es atribuible en buena medida a los cambios en el contexto sociocultural: si bien éste abrió nuevas posibilidades de desarrollo para las mujeres, también ha favorecido su exposición hacia otro tipo de conductas tal como el uso de sustancias (Villatoro y cols., 2006; Ortiz y cols., 2008; ENA, 2008).

Esta situación también ha sido ampliamente reseñada por algunos/as estudiosos/as de las culturas juveniles, quienes consideran que las jóvenes en las últimas décadas han cambiado su imagen, sus actitudes y han asumido un nuevo rol y experimentado nuevas formas de integrarse y hacerse notar en la sociedad (Feixa, 1998; Urteaga, 2008).

El consumo de drogas entre las jóvenes ha sufrido importantes transformaciones en las últimas cuatro décadas, según información proveniente fundamentalmente de encuestas en hogares y población escolar, con cambios que han perfilado hoy en día un escenario diferente y más complejo que el existente durante los años setenta del siglo XX cuando se realizaron las primeras evaluaciones de esta problemática.

Por lo anterior, este capítulo tiene como propósito documentar *grosso modo* la evolución del consumo de drogas en el grupo de las adolescentes y las jóvenes. Para cumplir con este objetivo se realizó una búsqueda y revisión de escritos publicados por autores/as mexicanos/as en periodo comprendido entre los años 1970-2010, identificándose un total de 48 trabajos en su mayoría de tipo epidemiológico. Las palabras clave utilizadas para la búsqueda fueron: jóvenes, adolescentes, mujer y drogas.

Panorama general

Los resultados de la revisión documental que a continuación se presentan se basaron en su gran mayoría en la información reportada en estudios descriptivos de tipo epidemiológico. Ello con el propósito de identificar cuáles han sido los cambios más significativos relacionados con el consumo de drogas entre el grupo de mujeres adolescentes y jóvenes y reflexionar sobre aspectos que pudieran explicar el estado actual de esta problemática.

Década de los setenta: Se observa que el consumo de sustancias vigente en nuestra sociedad hasta comienzos de los años setenta se caracterizaba por el uso de alcohol y drogas, fundamentalmente circunscrito a la población masculina. El contexto cultural de entonces contribuyó en parte a que el consumo entre mujeres se mantuviera en niveles muy bajos, sensiblemente inferiores a los de hombres. Durante este periodo el uso de drogas en mujeres adolescentes y jóvenes es muy bajo, quizás por ello la gran mayoría de estudios publicados no proporcionan datos desagregados por sexo, lo que impide conocer en detalle el patrón de consumo específico de este grupo. Los estudios realizados durante estos años destacaban:

- Mayor consumo de sustancias en hombres que en mujeres.
- Mayor consumo de drogas médicas, específicamente de tranquilizantes, entre personas de 12 a 18 años entrevistados en el Distrito Federal en 1979, así como un consumo de marihuana importante entre las drogas ilegales (Terroba y cols., 1979 en cemef).
- Menor consumo de bebidas alcohólicas en la mujer, estimándose entonces una proporción de 20 hombres por cada mujer en la República Mexicana y para el Distrito Federal de cinco a una (Natera y cols., 1979)
- Bajas prevalencias de uso de sustancias entre jóvenes estudiantes, con un patrón preferente de consumo experimental (Cabildo, 1974, Castro, 1976, Chao, 1976, en cemef)
- Uso preferencial entre mujeres de drogas médicas sobre todo de anfetaminas (Cabildo, 1974).
- En 1976, mayor consumo de marihuana (1.6%) e inhalables (0.85%) entre estudiantes de enseñanza media y media superior en la ciudad de México, drogas cuyo consumo registraría un aumento significativo en 1978 (citado por Medina- Mora y cols., en 1993 y Lara y cols.).
- Una percepción alta de riesgo hacia el consumo de drogas asociada fundamentalmente con daño a la salud y reportada en su gran mayoría por varones (Cabildo 1974 en cemef).

Década de los ochenta: En estos años, producto de la transformación de la sociedad, las mujeres comienzan a adquirir conductas de riesgo consideradas como típicamente masculinas, lo que se tradujo en un incremento del consumo de alcohol y drogas entre mujeres. Se reporta asimismo consumo de sustancias a edades muy tempranas, esto es, entre 12 y 17 años. El incremento del uso de sustancias en mujeres adolescentes y jóvenes empieza a ser evidente en la Encuesta de Hogares de 1988 y varios estudios en la comunidad escolar:

- A nivel nacional, las drogas de mayor consumo en mujeres de 12 a 34 años son los estimulantes (0.70%), tranquilizantes (0.59%) y marihuana (0.37) (ena, 1988).
- En este mismo estudio, entre mujeres de 12 a 34 años de edad se reporta una alta disponibilidad de tabaco, alcohol y tranquilizantes (ena, 1988).
- En jóvenes universitarias, la edad de inicio en el consumo es más frecuente entre 19 y 21 años (Guimaraes, 1987).
- Entre los estudiantes, a partir de 1980, se observa un consumo generalizado de inhalables en todos los niveles sociales y en ambos sexos. (Medina-Mora y cols., 1980)

Década de los noventa: El consumo de drogas comienza a considerarse en la gran mayoría de las publicaciones nacionales como un problema importante de salud pública; no sólo por

el incremento en el consumo de drogas en general, sino también por la presencia de nuevas sustancias como metanfetaminas y uso de drogas médicas, que previamente no habían sido utilizadas con fines de intoxicación, como “Refractyl Ofteno” y flunitrazepam (Rohypnol).

Las encuestas nacionales en hogares de 1993 y 1998, así como estudios en población escolarizada revelaban el paulatino incremento de uso de drogas entre mujeres adolescentes y jóvenes, así como una disminución en la percepción del riesgo asociado al uso de sustancias. Entre lo más destacado sobre este particular se identificó que:

- Entre los/las menores de 18 años, poco más de 200 000 en todo el país habían probado alguna droga ilícita (ena, 1993).
- En mujeres de 12 a 17 años las drogas ilegales de mayor consumo eran la marihuana (0.45%), cocaína (0.22%) e inhalables 0.20 por ciento (ENA, 1993).
- El consumo en mujeres por lo general era menor que el de hombres; sin embargo, en 1998 se triplicó la proporción de usuarias, especialmente entre las de 12 y 17 años, que representaba al grupo mayoritario de consumidoras en el último mes.
- En 1993, las drogas de mayor uso en estudiantes del Distrito Federal eran los solventes inhalables (4.82%), marihuana (3.58%) y cocaína (1.66 por ciento).
- El uso de anfetaminas era más recurrente en mujeres estudiantes (3.62%) que en hombres (3.15 por ciento).
- Las diferencias por sexo en los índices de experimentación en alcohol, tabaco y marihuana son similares entre los/las estudiantes (78% varones y 70% mujeres).
- Para 1997, el consumo en estudiantes del Distrito Federal registraba un incremento siete veces mayor en relación al reportado en el estudio de 1993.
- Se observan bajos niveles respecto a la percepción de riesgo sobre el uso de drogas especialmente en relación con el consumo de tabaco y alcohol en estudiantes del Distrito Federal.

Año 2000 a la fecha: El inicio de esta década y nuevo siglo refrenda la problemática del incremento de uso de alcohol y drogas entre mujeres adolescentes y jóvenes respecto al observado en años anteriores; ello reveló no sólo un patrón de consumo cada vez más semejante al de los varones, sino también consecuencias en salud física y mental y en el contexto social, derivados de esta conducta. Las encuestas nacionales de adicciones en hogares de 2002 y 2008 destacan lo siguiente:

- En el país, 215 634 adolescentes entre 12 y 17 años (77.7% varones y 22.3% mujeres) habían usado drogas alguna vez. De este grupo, más de la mitad (55.3%) continuó usándola en el último año y, de éstos, sólo 37% las ha usado en el mes previo a la encuesta. La relación por sexo era de 3.5 hombres por cada mujer para este grupo etario (ENA, 2002).
- Las drogas de mayor consumo entre mujeres adolescentes son marihuana, cocaína, estimulantes de tipo anfetamínico e inhalables (ENA, 2002).
- Así, 795 573 adolescentes entre 12 y 17 años que aún no habían alcanzado la edad legal para beber, lo hacían con patrones de riesgo, siendo más frecuente esta conducta entre los adolescentes hombres (27.7%) que en las mujeres (5.99%) (Medina-Mora y cols., 2003).

- Una alta tolerancia de la población ante el consumo de las drogas legales (tabaco y alcohol) y una baja percepción del riesgo asociada al daño que éstas ocasionan.
- Para 2008, se reporta que si bien el consumo de drogas ilegales es mayor en hombres, el índice de crecimiento es mayor en mujeres entre las cuales el consumo de drogas ilegales se duplicó, aumentando de 1% en 2002 a 1.9% en 2008.
- En este mismo estudio de 2008 se destaca que los/las adolescentes y jóvenes de hoy están más expuestos a la oportunidad de usar drogas que las generaciones anteriores. Entre las mujeres, la exposición ocurre a edades más tempranas y es más frecuente entre las de 12 a 25 años (10.7 por ciento).

Las encuestas en población escolarizada en el Distrito Federal de 2003 y 2006 indican que:

- En 2003, la marihuana (5.8%) ocupaba el primer lugar de preferencia, seguido del consumo de cocaína (5.2%), tranquilizantes (4.8%) e inhalables (4.3 por ciento).
- En este mismo estudio ya se observaba un diferencia pequeña en el consumo general de drogas de las mujeres (4.4%) en comparación con el de hombres (6.2%).
- En cuanto a las preferencias del uso de drogas, las jóvenes estudiantes reportaban preferir tranquilizantes (5.8%), marihuana (3.3%), inhalables (3.1%) y cocaína (2.9 por ciento).
- Para 2006, la prevalencia total del consumo en la población estudiantil del Distrito Federal fue de 17.8%, porcentaje estadísticamente mayor (2.6%) al registrado en 2003.
- Las preferencias de consumo reportadas por mujeres en 2006 son marihuana (6.4%), inhalables (6.2%), tranquilizantes (5.8%) y anfetaminas (3.4 por ciento).
- Respecto a la percepción, se observa que los adolescentes consideran en su mayoría (74.2%), muy peligroso el consumo de sustancias como marihuana o cocaína. Porcentaje que es mayor en los hombres (69.9%) en relación con las mujeres (78.4%) (Villatoro y cols., 2000)
- Sin embargo, esta percepción de riesgo disminuye notablemente cuando la sustancia es alcohol (sólo 55.1% considera muy peligroso su consumo frecuente) o para fumar cigarrillos diariamente (48.6%). Para el alcohol y el tabaco, los porcentajes de los hombres y las mujeres son muy similares.

Recapitulación

Como se ha podido constatar en esta revisión documental hay variaciones importantes respecto al consumo de drogas en mujeres adolescentes y jóvenes, variaciones que hoy podemos documentar gracias al seguimiento que se ha hecho de este fenómeno por más de 40 años.

Uno de los aspectos más significativos observados en este periodo es, sin duda, el incremento constante y paulatino de uso de drogas en este grupo, que actualmente es motivo de gran preocupación entre especialistas y sociedad en general. Dentro de este rubro hemos podido observar claramente cambios en cuanto al tipo de drogas y al patrón de consumo: en la actualidad, las adolescentes reportan consumos importantes de alcohol y drogas ilegales en comparación con décadas pasadas en que era más frecuente el uso de drogas médicas. Asimismo se ha pasado de un patrón de uso experimental más característico de los años setenta a patrones de uso habituales y problemáticos más frecuentes hoy en día.

Entre los factores que más han contribuido a una mayor vulnerabilidad hacia el uso de drogas en mujeres en general y adolescentes y jóvenes en particular, destaca sin duda el cambio de normas, valores y costumbres tradicionales, que ha situado a las mujeres en mayor riesgo frente al abuso de sustancias, cuando antes ser mujer era en sí mismo un factor de protección.

Especialistas en el campo de las adicciones han demostrado, en los diferentes estudios revisados, que aspectos como alta disponibilidad y menor percepción de riesgo atribuible al uso de drogas, se correlacionan con altas prevalencias de uso. Esto fue claramente observado en este análisis, pues durante los años setenta y ochenta la percepción de riesgo era más elevada que en los años noventa y 2000, lo que también pudiera ser otra explicación del incremento del consumo en este grupo.

Se observó en los estudios más recientes una gran preocupación por la gravedad que representa el incremento del consumo de sustancias entre mujeres, así como también un mayor reconocimiento de las diferencias en este consumo y sus consecuencias entre los géneros.

Finalmente, si bien es importante conocer las cifras del número de jóvenes que están involucrados en el consumo de drogas, es igual de importante saber qué motivos los están llevando a consumos más elevados; pero, sobre todo, y específicamente en las mujeres, qué las está llevando a la adicción, pues cada vez es mayor su participación en este aspecto. Es necesario considerar otras metodologías que nos permitan, en el campo de la investigación, conocer más a fondo el problema de las drogas entre los jóvenes y no solamente identificar cifras que, aunque importantes en el diagnóstico, no son la solución a este problema social.

Recomendaciones

Después de haber revisado 42 artículos referidos que corresponden a las investigaciones realizadas en jóvenes sobre el consumo de drogas en México, se observó lo siguiente:

- Se identificó que la mayoría de las encuestas realizadas con jóvenes tienden a ofrecer una visión superficial respecto a las motivaciones de hombres y mujeres para iniciarse en el consumo de distintas drogas, aun cuando éstas no siempre son coincidentes. Por esta razón, se propone que este tipo de estudios debieran integrar una perspectiva de género que pudiera dar cuenta de las motivaciones específicas de las jóvenes que las vinculan con el uso de sustancias en general o de una droga en particular y que, por lo general, son poco exploradas en este tipo de estudios.
- Los datos más recientes indican un incremento importante en el consumo de drogas ilícitas, principalmente entre las adolescentes. Por ello es de primera importancia promover estudios que nos aporten información sobre estilos de vida y contextos en los que se desenvuelven actualmente las jóvenes. Se tendrá así un mayor conocimiento de los valores y significados asociados al uso de drogas que las han conducido a desarrollar patrones de uso similares a los de los hombres.
- Promover estrategias de atención oportuna para adolescentes experimentadoras o consumidoras habituales, tomando en consideración lo que la mayoría de la literatura nacional e internacional ha señalado respecto a que el consumo de drogas y alcohol tiene un mayor impacto físico y psicológico en mujeres adolescentes.

Referencias

- Berenzon S., Medina-Mora M. E., Carreño S., Juárez F., Rojas E., Villatoro Velásquez J., Los factores relacionados con el uso y el abuso de sustancias psicoactivas en estudiantes de enseñanza media y media superior de la República Mexicana, 1995; *Salud Mental*, 5(19): 44-52.
- Campello, H., Prevalencia del uso de drogas ilícitas en estudiantes de enseñanza media y media superior en dos ciudades de Tamaulipas, 2003 *Revista Internacional de Ciencias Sociales y Humanidades*; 001(13): 11-47.
- Carreño García S., Berenzon Gorn S., Juárez García F., Medina-Mora M. E., Villatoro Velásquez J., Descripción preliminar del uso de sustancias tóxicas entre los maestros de primaria, y la percepción que tienen sobre el uso de drogas entre los estudiantes (datos nacionales), 1995; *Anales del Instituto Nacional de Psiquiatría*; 115-122.
- Castro M.E., *Actitudes hacia la farmacodependencia en un grupo de jóvenes mexicanos* CEMEF; México. 1975
- Castro M.E. El uso de drogas entre los estudiantes. Resultados de una investigación llevada a cabo durante el periodo de 1975 a 1986, 1987, *Salud Mental*; 10(4): 30-37.
- Castro-Cariñana M.E., Indicadores de riesgo para el consumo problemático de drogas en jóvenes estudiantes. Aplicación en investigaciones y atención primaria dentro del plantel escolar, 1990; *Salud Pública*; 32(3): 298-308,
- Castro M.E., Rojas E., Serna J., Estudio epidemiológico sobre el uso de drogas y problema asociados entre la población estudiantil que asiste a los colegios de bachilleres, 1988; *Salud Mental*; 10(1): 35-47.
- Castro M.E., Rojas E., García G., Serna J., Estudio longitudinal sobre el consumo de drogas en un grupo de estudiantes mexicanos. Resultados y aspectos metodológicos, 1986; *Salud Mental*.
- Cuadernos científicos CEMEF 3: Investigación sobre el uso de sustancias intoxicantes entre jóvenes del Distrito Sanitario XVI; México. 1975
- De la Concha, P., Gómez A., Autoconcepto y consumo de sustancias adictivas: riesgo en universitarios. Tesis para obtener el grado de licenciatura, Universidad iberoamericana, México, 1997.
- Dubovoy S. & Malowicki Y., Actitudes y conocimientos hacia las drogas en estudiantes judíos de preparatoria y universidad. Tesis para obtener el grado de licenciatura. México: Universidad Iberoamericana 1999.
- Feixa C., *El reloj de arena. Culturas juveniles en México*, SEP-Causa Joven, Mexico, 1998,
- Galván R., Medina-Mora M. E., Villatoro J., Rojas E., Berenzon S., Juárez F., Carreño S., López E., Conducta Antisocial asociada al uso de cocaína en estudiantes de enseñanza media y media superior del Distrito Federal. *Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatría* 1994, 65-72.
- Guimaraes L., Consumo de alcohol en cuatro facultades de Ciudad Universitaria (UNAM), 1987; *Salud Mental*, 10(2): 85-95.
- Herre M., Wagner F., Velasco E., Borges G., Lazcano E., Inicio en el consumo de alcohol y tabaco y transición a otras drogas en estudiantes de Morelos, México, 2004; *Salud Pública de México*, 46(2):132-140.
- Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud Pública 2008. Resultados por Entidad Federativa. 2009.

- Juárez F., Berenzon S., Medina-Mora M.E., Villatoro J.A., Carreño S., López E.K., Galván J., Rojas E., Actos antisociales, su relación con algunas variables sociodemográficas el consumo de alcohol y drogas en estudiantes de enseñanza media y media superior, 1994; *Anales del Instituto Nacional de Psiquiatría*. 85-93.
- López E., Villatoro J., Juárez F., Carreño S., Acevedo M., Rojas E., Percepción del riesgo del uso de drogas en una muestra de estudiantes del D.F., 1993; *Anales del Instituto Nacional de Psiquiatría*.
- López E., López J., López M.P., Estudio de la autoconfianza en un grupo de mujeres adolescentes usuarias y no usuarias de drogas, 1994; *Salud Mental* 17(4): 31-37,
- Lara M.A., Medina-Mora M.E., Romero M., Domínguez M., Un estudio cualitativo sobre el consumo de disolventes inhalables en estudiantes, *Psiquiatría Pública*, 10 (6): 399-407.
- Mass C.,Ramírez M.E., Consumo de alcohol y drogas en una población de jóvenes estudiantes y no estudiantes, 1985; 8(4): 71-73,
- Medina-Mora M.E.,Rojas E.,Juárez F., Berenzon S, Carreño S., Galván J., Villatoro J., López E., Olmedo R.,Ortíz E., Consumo de sustancias con efectos psicotrópicos en la población estudiantil de enseñanza media y media superior de la República Mexicana, 1993; *Salud Mental*, 1993 16(3): 2-8,
- Medina-Mora M.E., Rojas E., Juárez F., Berenzon S., Estudio epidemiológico sobre el uso de drogas y problemas asociados entre la población estudiantil que asiste a los colegios de bachilleres, 1993; *Salud Mental*. 11(1): 35-47.
- Medina-Mora M.E., López, E.K., Villatoro J., Juárez F., Carreño S., Berenzon S, Rojas E., La relación entre la ideación suicida y el abuso de sustancias. Resultados de una encuesta en la población infantil, 1994; *Anales del Instituto Nacional de Psiquiatría*.
- Medina-Mora y cols., Encuesta sobre el consumo de drogas en la comunidad escolar. Consultado en febrero 11 de 2010. Disponible en www.inprfm.org.mx. (1993).
- Medina-Mora M. E., Mariño M. C., González-Forteza C., Sistema de referencia a tratamiento para adolescentes y jóvenes con problemas derivados del abuso de drogas. 1995, *Anales del Instituto Nacional de Psiquiatría*. 155-160.
- Mora J., Natera G., Juárez F., Expectativas relacionadas con el alcohol en la predicción del abuso en el consumo en jóvenes. 2005; *Salud Mental*, 28(2): 82-90.
- Nazar-Beutelspacher A., Tapia-Conyer R., Villa-Romero A., León-Alvarez G., Medina-Mora M.E., Salvatierra-Izaba B., Factores asociados al consumo de drogas en adolescentes de áreas urbanas de México, 1994; *Salud Pública*, 36(6): 646-654.
- Ponce de León E., De jóvenes, sociedad y drogas. De la reflexión crítica a una metodología de prevención significativa, *Jóvenes. Revista de Estudios sobre Juventud*. México. 1997.
- Rojas Guiot E., Galván Reyes J., Carreño Gracia S., Villatoro Velásquez J., Medina-Mora M.E., Juárez García F., Berenzon Gorn S., López Lugo E., Ñequiz Rocha G., Prevalencia de consumo de drogas en población escolar. 1998, *Salud Mental*, 16(4): 1-7
- Rojas E., Medina-Mora M.E., Juárez F., Carreño S., Villatoro J., Berenzon S., López E., El consumo de bebidas alcohólicas y variables asociadas entre los estudiantes de México. 1995; *Salud Mental*, 18(3): 22-27.

- Serna J., Rojas E., Estrada M.A., Medina-Mora M.E., Medición del uso de drogas en estudiantes de educación media y media superior del Distrito Federal y zona conurbada. 1989. 1990, *Anales del Instituto Nacional de Psiquiatría*.
- Sistema Nacional de Encuestas de Salud. Encuesta Nacional de Adicciones. México. 1990.
- Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Adicciones, 1998. Disponible en www.salud.gob.mx
- Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Adicciones, 2003. Disponible en www.inegi.gob.mx.
- Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Adicciones, Instituto de Salud Pública, 2008.
- Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Adicciones, 1993.
- Tapia Conyer R., Medina Mora M.E., Sepúlveda J., De la Fuente R., Kumate J., Encuesta Nacional de Adicciones, 1990. *Salud Pública*, 32(5): 507-532.
- Térraba G., Medina Mora M.E., Saltijeral M.T., De la Parra Y., Uso de drogas en una zona específica del sur de la ciudad de México. *Cuadernos científicos CEMESAM*, 11: 41, 1979.
- Pérez J.A., Jóvenes: una evaluación del conocimiento. Instituto Mexicano de la Juventud. México, 1999
- Rojas E., Galván J., Carreño S., Villatoro J., Medina-Mora M.E., Juárez F., Berenzon S., López E., Ñequez G., Prevalencia del consumo de drogas en población escolar, 1993, *Salud Mental*, 16(4): 1-7.
- Urteaga M., La virginidad sacudida de las jóvenes punks mexicanas, *Estudios Sociológicos*, México. 1996.
- Villatoro J., Gutiérrez M., Quiroz N., Moreno M., Gaytán L., Gaytán F., Amador N., y Medina-Mora M. E., *Encuesta de Consumo de Drogas en Estudiantes*. 2006. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. México, D. F., 2007.
- Villatoro J., Medina-Mora M. E., Rojano C., Fleiz C., Bermúdez P., Castro P., Juárez F., ¿Ha cambiado el consumo de drogas de los estudiantes? Resultados de la encuesta de estudiantes. Medición 2000, 2002; *Salud Mental*. 25(1):43-54.
- Villatoro J., Medina-Mora M.E., J. Blanco, J. Villa G., Martínez M. y Fleiz C., Encuestas de Consumo de Drogas de Estudiantes II. Disco Compacto. SEP-IMP. México. 2001.
- Wagner F., González C., Aguilera R.M., Ramos L., Medina-Mora M.E., Anthony J., Oportunidades de exposición al uso de drogas entre estudiantes de secundaria de la Ciudad de México, 2003; *Salud Mental*, 26(2): 22-32.

La siguiente tabla nos muestra las diferentes investigaciones realizadas respecto al consumo de drogas en mujeres jóvenes.

Autor	Título	Año	Temática	Población
Mas-Condés C., Ramírez M.E.	Consumo de alcohol y drogas en una población de jóvenes estudiantes y no estudiantes.	1985	Consumo de alcohol y Drogas.	1 080 estudiantes, seleccionando 58 mujeres que estudiaban y 58 que no estudiaban.
Tapia Conyer R., Medina Mora M.E., Sepúlveda J., De la Fuente R., Kumate J.	Encuesta Nacional de Adicciones 1988.	1988	Consumo de drogas a nivel nacional.	Se encuestó una población de 13 045 jóvenes
Castro-Sariñana M.E., Rojas E., García G., Serna J.	Epidemiología del uso de drogas en la población estudiantil. Tendencias en los últimos diez años.	1986	Revisión en general de los estudios realizados de 1975 a 1986.	
Guimaraes L.	Consumo de alcohol en cuatro facultades de la Ciudad Universitaria (UNAM).	1987	Prevalencia del Consumo de alcohol.	Estudiantes de 4 facultades de CU, 161 en total, 94 mujeres Entre los 19 y 21 años inician su consumo.
Serna J., Rojas E., Miguel Ángel Estrada, Medina-Mora, M.E.	Medición del uso de drogas en estudiantes de educación media y media superior del Distrito Federal y zona conurbada, 1989.	1991	Uso de sustancias y problemas legales asociados.	Estudiantes de Bachillerato 303 Mujeres.
Castro-Sariñana E., Rojas E., Serna J.,	Estudio epidemiológico sobre uso de drogas y problemas asociados entre la población estudiantil que asiste a los colegios de bachilleres.	1991	Uso de sustancias y problemas legales asociados.	Estudiantes de Bachillerato 303 Mujeres.
Secretaría de Salud.	Encuesta Nacional de Adicciones.	1993	Consumo de drogas a nivel nacional.	Se encuestó una población de 18 737.
Medina-Mora M.E., Rojas E., Juárez F, Berenzon S.	Consumo de sustancias con efectos psicotrópicos en la población estudiantil de enseñanza media y media superior de la República Mexicana.	1993	Problemas asociados al consumo. Amenazadas o arrestadas. Tranquilizantes y sedantes como drogas utilizadas por las mujeres.	Estudiantes: 32 015 hombres 29 124 mujeres.

La siguiente tabla nos muestra las diferentes investigaciones realizadas respecto al consumo de drogas en mujeres jóvenes.

Autor	Título	Año	Temática	Población
Nazar-Beutelspacher A., Tapia-Conyer R., Villar-Romero A., León-Álvarez C., Medina-Mora M.E., Salvatierra-Izaba B.	Factores asociados al consumo de drogas en adolescentes de áreas urbanas de México.	1994	Factores asociados al consumo de sustancias.	Muestra de 784 mujeres.
Berenzon S., Medina-Mora M.E., Carreño Silvia., Juárez Francisco, Rojas E., Villatoro J.,	Los factores relacionados con el uso y el abuso de sustancias psicoactivas en estudiantes de enseñanza media y media superior de la República Mexicana.	1996	Factores asociados al consumo de sustancia.	Se encuestaron 61 779 estudiantes, el 47.1% eran mujeres.
Rojas E., Medina-Mora M.E., Villatoro J., Juárez Francisco, Carreño Silvia, Berenzon S.	Prevalencia del consumo de drogas en población escolar.	1998	Evolución del consumo de drogas.	Se encuestó una población de 10 879 estudiantes.
Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Adicciones	Encuesta Nacional de Adicciones 1998.	1998	Consumo de drogas a nivel nacional.	Se realizaron 12 015 entrevistas 3 882 fueron hechas a jóvenes.
Ramos-Lira L, Saldívar-Hernández G., Medina-Mora M.E., Rojas-Guiot E., Villatoro-Velázquez J.	Prevalencia de abuso sexual en estudiantes y su relación con el consumo de drogas.	1998	Abuso sexual y relación con el consumo de drogas.	61 779 alumnos encuestados, 47.1% mujeres.
Rojas-Guiot E., Fleiz-Bautista C., Medina-Mora Icaza M.E., Morón M.A., Domenech-Rodríguez M.	Consumo de alcohol y drogas en estudiantes de Pachuca. Hidalgo.	1998	Consumo de alcohol y drogas. Relación con alguna actividad.	Muestra representativa de 1 929 estudiantes, 52% mujeres.

La siguiente tabla nos muestra las diferentes investigaciones realizadas respecto al consumo de drogas en mujeres jóvenes.

Autor	Título	Año	Temática	Población
Villatoro J.A., Medina-Mora M.E., Cardiel H., Fleiz C., Alcantar E., Hernández S., Parra J., Néquiz G.	La situación del consumo de sustancias entre estudiantes de la ciudad de México, medición otoño 1997.	1998	Consumo de tabaco, bebidas alcohólicas, sustancias psicoactivas, problemas emergentes, disponibilidad de sustancias, ambiente escolar como agente protector, percepción de la tolerancia del docente ante el consumo de drogas, inseguridad social en torno a la escuela, características percibidas del maestro.	Muestra 10 173 estudiantes, (51.9% mujeres).
Fleiz-Bautista C., Villatoro-Velázquez J., Medina-Mora M.E., Alcántar-Molina E.N., Navarro-Guzmán C., Blanco-Jaimes J.	Conducta sexual en estudiantes de la Ciudad de México	1999	Conductas sexuales de riesgo en estudiantes.	Población: 10 173 estudiantes.
Villatoro J., Medina-Mora M.E., Rojano C., Fleiz B., Bermúdez P., Castro P., Juárez F.	¿Ha cambiado el consumo de drogas de los estudiantes? Resultados de la encuesta de estudiantes. Medición otoño del 2000.	2002	Cambio en el consumo de sustancias.	Población de 10 570 estudiantes, 50.2% mujeres.
Secretaría de Salud.	Encuesta Nacional de Adicciones 2002.	2002	Consumo de drogas a nivel nacional.	Población total: 14 020 entrevistados.
Medina-Mora M.E., Cravioto P., Villatoro J., Fleiz, C., Galván-Castillo F., Tapia. Conyer R.	Consumo de drogas entre adolescentes: resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones, 1998.	2002	Consumo de drogas entre adolescentes y factores asociados.	Se realizaron 12 015 entrevistas, 3 882 a jóvenes (Datos de la ENA 1998).

La siguiente tabla nos muestra las diferentes investigaciones realizadas respecto al consumo de drogas en mujeres jóvenes.

Autor	Título	Año	Temática	Población
Conzález M.P., Rey L.	La escuela y los amigos: factores que pueden proteger a los adolescentes del uso de sustancias.	2006	Influencia de los amigos para no hacer uso de sustancias adictivas. La escuela para mantenerlos lejos de las drogas a pesar de su disponibilidad.	Participantes en los grupos focales: 57 Edades entre 12 y 17 años de edad.
Arellanez-Hernández J.L., Díaz-Negrete D.B., Wagner- Echegaray F., Pérez-Islas V.	Factores psicosociales asociados al abuso y dependencia de drogas entre adolescentes.	2004		Población: 116 consumidores de drogas y 102 casos de dependencia. Sólo 17.7% eran mujeres.
Mora-Ríos J., Natera, G., Juárez, F.	Expectativas relacionadas con el consumo de alcohol. Predicción del abuso en el consumo en jóvenes.	2005	Prevalencia del consumo de alcohol y drogas.	Población total 678 estudiantes, 52% mujeres.
Urquieta J. E., Hernández- Ávila M., Hernández B.	Consumo de tabaco y alcohol en jóvenes de zonas urbanas marginadas de México.	2006	Encuesta de Evaluación de los Hogares Urbanos.	Jóvenes de 16 a 21 años.

Consumo de drogas en trabajadoras sexuales, niñas de calle, migrantes e indígenas

Eva María Rodríguez, Leticia Vega, Rafael Gutiérrez

Introducción

La vulnerabilidad es una situación producto de la desigualdad en que por diversos factores o determinadas circunstancias se encuentran grupos en mayor medida expuestos a exclusión, pobreza y efectos de la inequidad; ello les impide aprovechar las riquezas del desarrollo humano y las posibilidades de acceder a servicios de salud, educativos, laborales, etc. Esto se relaciona con la ausencia de poder de elección y decisión, capacidad legal o habilidad para comprender, como sucede con las personas que tienen alguna enfermedad mental (*Diccionario de la Lengua Española*, 2001).

Incluir a las mujeres como población “especial” o “vulnerable” tiene el registro de una discriminación, ya que esto hace que ese estatus se deba en parte a que las investigaciones realizadas generalicen los resultados y sólo se vea el aspecto de salud derivada de su papel reproductivo.

El consumo de drogas en las mujeres había sido considerado un fenómeno con menos prevalencia que en los hombres; por ello las prácticas de intervención tendían a homogeneizar tratamientos para hombres y mujeres como si unos y otras tuvieran los mismos problemas. Sin embargo, la experiencia dentro del campo de las adicciones y el tratamiento, reflejan que existe la necesidad de desarrollar intervenciones terapéuticas diferenciadas, según las características de la población atendida, que se considere además del nivel de severidad, aspectos cualitativos y de contexto de poblaciones con características específicas. En este capítulo se tratará a las mujeres que se dedican a la prostitución, adolescentes en la calle, indígenas y migrantes, entre otras.

Metodología

Este trabajo se realizó con base en la recopilación de investigaciones y artículos publicados en México de 1980 a 2009 donde el tema principal fuera al consumo de drogas en mujeres dedicadas a la prostitución, indígenas y niñas de calle. Para ello se realizó una búsqueda bibliográfica en diferentes Centros de Documentación e Información pertenecientes a UNAM, FLACSO, El Colegio de México, UAM, y el Instituto Nacional de Psiquiatría Dr. Ramón de la Fuente Muñiz. Esto nos permitiría tener un panorama de lo que se ha hecho en torno a estas poblaciones que consumen drogas, conocer sus necesidades de atención y hacer algunas recomendaciones. Por lo tanto los estudios descritos en este artículo sólo abordan el tema del consumo de drogas y muy pocos si las mujeres han recibido algún tipo de tratamiento.

Prostitución

Al hacer una revisión internacional sobre prostitución se encontró que existe una gran cantidad de información sobre este tema, la explotación sexual y el tráfico de mujeres donde se abordan

el consumo problemático de drogas, los riesgos asociados al consumo, otros problemas como violencia y VIH principalmente. En nuestro país, las investigaciones con esta población son escasas. Los temas más investigados principalmente se refieren a aspectos históricos, tipos de prostitución, aspectos psicológicos, sociológicos y el VIH/SIDA. Sin embargo, en cuanto al consumo de drogas en esta población había un desconocimiento sobre patrones de consumo, problemas asociados, consecuencias y todavía menos información en cuanto a estrategias de intervención con estas mujeres, ya que son poblaciones con necesidades particulares respecto a las de la población general.

Conceptos

Existen diferentes enfoques para abordar a estas poblaciones por lo que es importante contar con definiciones para entenderlas. Empezaremos definiendo a la prostitución.

El diccionario señala: “Las putas o rameras son mujeres que se entregan al comercio carnal por interés” (Casares 1986). De Zalduono, Hernández-Ávila, Uribe y Zúñiga, (1992) han definido a la prostitución como “la actividad en la que alguien intercambia servicios sexuales a cambio de dinero o cualquier otro bien”. Para sociólogos como Gómezjara (1988) es una forma de organización del comercio sexual extraconyugal que la sociedad menosprecia y tolera.

En estas definiciones hay que destacar la referencia a una relación mercantil que aunque no siempre pública, también puede ser privada, donde existe un pago; y la mercancía es el cuerpo humano que se alquila con fines sexuales por un tiempo determinado mediante una retribución.

Dentro de los primeros estudios, en 1974 Souza y Machorro hace en su tesis un acercamiento a la prostitución como problema social y en las conclusiones sólo menciona que las mujeres dedicadas a esta actividad probablemente pueden llegar a consumir alguna droga porque en el contexto donde se ejerce está disponible, pero no hace referencia a los patrones de consumo ni a los problemas que pudiera representar.

En 1977 Romero y Quintanilla realizaron una investigación en cuatro ciudades de la República Mexicana (México D.F., Ciudad Juárez, Acapulco y Mérida) con metodología cualitativa haciendo referencia al consumo de drogas y su actividad. Los resultados que encontraron fue que en el medio de la prostitución la droga se encuentra disponible; las drogas más consumidas eran marihuana, pastillas e inhalantes y, en mayor medida alcohol, que parece ser más una “droga de trabajo”, y esto no ha cambiado en los estudios posteriores.

Después de estas investigaciones y a partir de los ochenta los estudios que se hicieron fueron respecto al tema de VIH/SIDA y, en algunos, tan sólo mencionan que se presenta consumo de drogas pero no dan datos. Es importante resaltar que hasta los noventa empiezan nuevamente investigaciones que abordan el consumo de drogas, en mujeres adultas y adolescentes.

En 1995 un estudio realizado por el Centro de Derechos Humanos Agustín Pro, reporta que en zonas militares y destacamentos de las regiones indígenas oaxaqueñas se han originado zonas de tolerancia (conjunto de cantinas, bares y prostíbulos) para “relajamiento” de los militares; y con ello aumento de alcoholismo y prostitución, incluida la de personas menores de edad retenidas bajo amenazas, privación de la libertad, violencia y obligadas a consumir drogas y alcohol.

Azaola, Negrete y Angoa (1996, 1999) realizaron un estudio en la zona de La Merced y encontraron que las mujeres que ejercían la prostitución eran de origen indígena (mazahuas, otomíes, nahuas y totonacas); muchas de ellas eran inducidas al consumo de inhalables por los

“padrotes”, con el propósito de provocarles adicción para que no pudieran salir de la prostitución y ellos no dejaran de obtener ganancias económicas. Uno de los hallazgos más relevantes de esta investigación fue que estas mujeres consumían principalmente inhalables, ya que es fácilmente accesible en la zona; y había venta clandestina de tolueno puro en envases de plástico de un cuarto de litro o menos llamados “mamilas”.

También es importante resaltar que al consumo de drogas se encuentra asociada otra problemática, como lo señalan varios/as autores/as con esta población: el hecho de que las niñas “de la calle” pueden verse obligadas a desarrollar sus estrategias de subsistencia dentro de la industria del sexo, específicamente en prostitución y pornografía para adultos. El fenómeno parece más común en la industria sexual de zonas turísticas de distintos municipios y ciudades (plazas, playas, malecón, zona de antros, etcétera). En estos casos, las niñas tienen relaciones sociales utilitarias con hombres adultos ajenos a la banda, en las cuales quedan obligadas a tener actividades sexuales a cambio de dinero, drogas, ropa o viajes. La explotación sexual comercial de niñas está a cargo de clientes, la mayor parte de las veces de sexo masculino y delincuentes organizados que producen y venden pornografía (EDIAC, CDHDF y UNICEF, 1996; Azaola, 2000; Ruiz, 2003).

A finales de los noventa, Rodríguez, en la investigación realizada en la misma zona y cuyo tema principal era conocer el consumo de drogas en mujeres que se dedicaban a la prostitución, reportó que casi todas las mujeres consumían media o una botella de alcohol (ron y brandy de los más baratos, incluso había marcas que en algunos supermercados ya estaban descontinuados y en la zona se podían adquirir) y drogas como marihuana, inhalables y cocaína (que empezaban a aparecer en la zona), así como la venta por parte de las trabajadoras sexuales. Los resultados también aportaban información sobre las consecuencias a nivel físico y los problemas asociados al consumo, y se proponía un programa de intervención para reducir los daños con enfoque de género.

Este programa se basa en un modelo donde se hace énfasis en trabajar bajo cinco vertientes: depresión, VIH/SIDA, consumo de drogas, alcohol y violencia, ya que se interrelacionan con el trabajo sexual y no se puede abordar un problema sin tomar en cuenta los demás (Rodríguez, 2005).

En 2003 Morales Santiago, en su investigación sobre la articulación de las organizaciones de sexoservidoras con las políticas de salud en la misma zona, a pesar de que habla de políticas en salud, sólo señala que las mujeres tienen tasas más altas de infecciones de transmisión sexual así como depresión, intento de suicidio y que, es de esperarse, tengan un mayor consumo de drogas, además de las repercusiones de salud que tengan los que están a su alrededor (hijos/as). Cuando hace las propuestas de las políticas en salud específicamente para esta población, enfatiza que es necesario que se deriven desde la perspectiva de género, se haga una revisión jurídica, se prevengan las diversas enfermedades y riesgos a la salud, se les proporcione información y educación sobre la prevención del VIH/SIDA, y que la atención y el tratamiento médico sea integral, pero nunca hace énfasis en una propuesta de atención al consumo de drogas, lo cual es de llamar la atención ya que pareciera que cuando se jerarquizan las necesidades esta parte no es tomada en cuenta.

En 2007 aparece otro estudio referente al VIH/SIDA y las prácticas sexuales en poblaciones vulnerables. A diferencia de otras investigaciones sí abordan el consumo de drogas en las

trabajadoras sexuales. Entrevistaron a 603 trabajadoras sexuales en Acapulco y Monterrey y el 27% refirió haberse inyectado vitaminas un año antes de la investigación, 3.4% había compartido jeringas, 2% se había inyectado drogas alguna vez en la vida, aunque ninguna refirió haber compartido jeringas la última vez que se había inyectado drogas (Gayet, Magis, Scknoff, Guli, 2007).

Es importante resaltar que en las investigaciones revisadas con esta población, el consumo de drogas no era importante y no se investigaba; sin embargo aparecía de manera constante y después se empezaba a relacionar el VIH/SIDA; con el consumo de drogas inyectadas ya que esto tampoco se investigaba como otro factor de riesgo. Lo que llama la atención es que a pesar de que existe mucha información al respecto, tampoco hay una propuesta de intervención donde se conjunten estas dos problemáticas ya que en ninguna aportan datos de cuántas han tenido tratamiento para el consumo de drogas relacionado con el VIH/SIDA. Sin embargo, éste ha sido un tema prioritario a nivel nacional e internacional en cuanto a proponer políticas de salud y obtener financiamientos. Debido al contexto en que ejercen su actividad, existe una relación entre ésta y el consumo. Es necesario tomarlo en cuenta porque estas mujeres tienen necesidades diferentes de salud que los de la población general y 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.

Niñas en situación de calle

Las investigaciones realizadas con esta población se iniciaron a mediados de los setenta, con investigadores como Hernández Leal y cols., y Fidel de la Garza en la ciudad de Monterrey. Desde su inicio se ha utilizado tanto metodología cualitativa como cuantitativa, lo que ha permitido obtener conocimientos sobre las situaciones que ponen en riesgo la salud mental de niños/as en las calles, estrategias que utilizan para hacerle frente a las adversidades, el significado específico que tiene para ellos/ellas la droga, y entender su realidad social y cultural.

Por otra parte, los términos que hacen alusión a la condición del/a “niño/a callejero/a” conceptúa a todos/as los/las menores de 18 años que usan las calles para subsistir, como niños/as “callejeros/as” (“de” y “en” la calle) o “en situación de calle”. Esta terminología se usa al hablar de niños/as hambrientos/as, sucios/as, solitarios/as, menor infractor/a, niño/a maltratado/a que deambulan sin objetivo, que piden dinero en la calle y duermen en banquetas o en alcantarillas. Todos estos rasgos representan la imagen del/a “niño/a abandonado/a”, totalmente “desamparado/a” sin un lugar en la familia o en la sociedad (Gutiérrez y Vega, 1993). Estas definiciones sólo se refieren a un aspecto parcial de la condición del/a “niño/a callejero/a”.

Una de las más recientes estimaciones señala que en el año 2002 (DIF-UNICEF, 2005) se identificaron 94 795 niños y niñas trabajadores en las calles de cien ciudades mexicanas. Se considera que 52.1% de niñas y niños trabajadores tienen menos de 14 años de edad y el sector de las niñas de 6 a 17 años es el único grupo de la población infantil trabajadora que aumenta entre los años 1997 y 2002. En 1997 la proporción entre niñas y niños trabajadores era de 3 niñas por cada 7 niños; en 2002 la proporción es de 3 niñas por cada 6 niños.

Al hacer la revisión sobre consumo de drogas se observa que éste aumenta significativamente tanto en hombres como en mujeres.

En 1997 se encontró que siete de cada 100 niños y tres de cada 100 niñas habían probado alguna droga al momento de la encuesta. En el Estudio de 2002 (DIF-UNICEF, 2005), el consumo de drogas se incrementó a casi 11 de cada 100 niños y cuatro de cada 100 niñas. Los resultados de la encuesta indican que 8.8% de la población infantil trabajadora aceptó haber consumido alguna sustancia; esto representa un total de 1 762 niñas y adolescentes de seis a 17 años de edad. Respecto a la edad, el estudio señala que el patrón es consistente ya que conforme aumenta la edad de las niñas, se incrementa el consumo de drogas.

En esta década se realizó una investigación sobre la situación de las adolescentes “de la calle” que utilizaban inhalantes con entrevistas a profundidad y grupos focales. Se trataba de conocer cómo percibían desde su punto de vista el consumo, las prácticas sexuales, el embarazo y el parto, así como la autoatención y el apoyo institucional. De 18 adolescentes que participaron 10 habían o estaban embarazadas, cinco vivían con su pareja y las otras cinco no tenían familia; ocho ya tenían hijos/as y dos se encontraban embarazadas, por primera vez. El uso de inhalables lo experimentaban como un gusto irresistible y una costumbre, sus prácticas sexuales carecían de todo tipo de protección, sus embarazos no eran planeados y tenían antecedentes de violencia en los abortos así como partos riesgosos. No había orientación y sensibilización de las adolescentes embarazadas en cuanto a las ventajas y beneficios que representa la atención médica prenatal, la carencia de programas de atención para las adolescentes que consumen sustancias. Esto es importante, ya que muchas no suspenden el consumo durante su embarazo y hay pocas investigaciones sobre los problemas que pueden llegar a presentar los bebés (Vega 1998).

Al finalizar los años noventa y principios de 2000, el fenómeno estaba integrado en su mayoría por jóvenes adolescentes de 12 a 17 años de edad (75% del universo total). La prevalencia en el consumo es significativamente mayor en niños que en niñas; mientras 83.9% son niños, sólo 16% son niñas; sin embargo, es importante resaltar que es mayor el porcentaje de niñas (36.7%) que consume drogas de vez en cuando; esta diferencia se invierte entre los consumidores cotidianos. En las niñas, es relativamente más importante la búsqueda de aceptación por los/las amigos/as (72.1%) que la curiosidad (23.4%) lo que las motivó a consumir sustancias. Al preguntarles a las niñas cuántos tipos de drogas habían consumido reportaron que alcohol, marihuana y thinner, activo, cemento, gasolina, pastillas y resistol tóxico; pero también otro tipo de sustancias cuyo costo puede representar una buena parte de su ingreso, como cocaína, crack o éxtasis.

Otro trabajo es el de Medina-Mora (2000), en este estudio de trabajadores/as infantiles, realizado por DIF, D.F. y UNICEF reportó que alcohol y tabaco son las sustancias más consumidas por las menores de edad encuestadas; 14% de las mujeres reportaron fumar; 26% dijo haber consumido bebidas alcohólicas y 3% señaló haber bebido seis o más copas por ocasión de consumo. Las drogas ilegales más frecuentemente consumidas fueron inhalables (3.9% entre mujeres), seguidas por la marihuana (3 y 1.5% respectivamente) y la cocaína (2 y 1.3%) y, en menor proporción el uso de pastillas psicotrópicas (0.8 y 0.3 por ciento).

De acuerdo con dicho informe, la mayoría de las niñas y adolescentes que trabajaban en las calles (93%) no residían ahí, se trataba de muchachas que trabajaban y estudiaban en las calles y la mayor parte de las veces residían en el hogar de su familia. Además de este gran grupo, el estudio dejó ver la existencia de otras poblaciones minoritarias que también trabajaban en las calles, destacan las niñas trabajadoras y la población indígena de la que se sabe poco en cuanto al consumo de drogas.

Entre los factores por los que las niñas se inician en el consumo de drogas se encuentran: curiosidad o saber qué se siente (74.2%), la búsqueda de aceptación por los/las amigos/as (22%), y en un rango menor por imposición de terceros (3.8%); maltrato infantil y abuso sexual son experiencias comunes en un número importante de niñas, las han vivido en su propio hogar, en la banda y en el barrio. Estos factores son importantes de tomar en cuenta para dar atención a las niñas y muchas veces no se exploran, sólo se trata el problema de la adicción. Un aspecto importante es que las niñas, para reducir el consumo de drogas, tratan de ejercer algún control grupal sobre todo para el consumo de inhalables, ya que procuran por su propia voluntad dejar de inhalar por algunos días o meses, o juran para lograrlo y otras se institucionalizan o regresan a sus casas.

Lo que resaltan los/las autores/as es que es preocupante que las instituciones dejen de nombrar a las niñas, ya que esto significa que han dejado de ser parte de las poblaciones meta de sus programas de intervención. De hecho, los programas gubernamentales de atención a niñas “callejeras” o de la calle han dejado de ser gradualmente prioritarios durante los últimos años en México.

La Red por los Derechos de la Infancia (2005:178), señala que el número de niños (as) “de la calle” atendidos por instituciones gubernamentales disminuyó de 3 642 a 2 563 del año 2000 al 2001. En el periodo 2002-2005 no se reportó a ninguna niña (o) “de la calle” atendido/a, ya que a partir de 2001 se homogenizaron en una categoría denominada “menores en riesgo”. Esto nos haría pensar que se trata de etiquetas problemáticas, ya que estigmatizan y homogenizan la diversidad de niñas; pero el uso entrecomillado nos ayudaría a recordar que no debemos dejar de ver que debajo de esas etiquetas hay niñas que tienen derecho a una vida digna, a libertad, salud, educación, protección, atención y a opinar sobre todos los asuntos que las afecten.

Bajo estas condiciones las niñas “callejeras” con problemas de adicción a drogas no cuentan con espacios de tratamiento especializados; la única opción son los llamados “anexos” que las privan de la libertad, carecen de personal profesional, usan la violencia como parte de su atención técnica y ofrecen un trato degradante. Por ello sería importante que los/las responsables de estos lugares estuvieran capacitados/as para dar una atención más digna y humana.

Migrantes

En la literatura que habla de mujeres migrantes, generalmente se hace referencia a problemas emocionales; algunos estudios analizan diferentes problemáticas como violencia, depresión, angustia y malestar emocional asociado a la migración que se presentan cuando las mujeres se quedan solas, ya que en ellas recae toda la responsabilidad y tienen que responder ante las necesidades del hogar o las contingencias que se presentan, generalmente en salud y educación de los/as hijos/as, así como el cuidado de las y los integrantes de la familia al estar enfermos/as (Romero y cols., 2004).

Es importante señalar que el consumo de drogas en estas poblaciones no es un fenómeno aislado, además se relaciona con otros factores como violencia, depresión, pobreza, etcétera, lo que hace que estas mujeres sean más proclives al consumo.

Salgado N. y cols. (1995), en un trabajo realizado con mujeres mexicanas de origen rural (200 mujeres casadas que vivían en poblaciones rurales del estado de Jalisco y 100 originarias

de comunidades rurales mexicanas, pero que vivían en Los Ángeles, California) cuyo objetivo era identificar el nivel de sintomatología depresiva, el uso de servicios de salud mental o fuentes alternativas de ayuda, también incluyó el consumo de medicamentos y las razones por las que los consumen. Las autoras señalan que 50% de las mujeres del estado de Jalisco y 25% de las mujeres que vivían en Los Ángeles, California, reportó haber usado algún medicamento como tranquilizantes y la razón principal era por padecer de los nervios.

En lo que respecta al consumo de alcohol encontraron que 46% de las mujeres de Jalisco no consumían; sin embargo, entre las de Los Ángeles California, 38% consumía menos de una vez al año y lo que prefieren son tres y cuatro cervezas por ocasión, y sólo 3% reportó que el consumo había afectado su actividad. Lo que es importante notar es que en las poblaciones rurales tienen carencias de servicios especializados en salud mental y mucho menos para adicciones, ya que aquí debe considerarse que el consumo muchas veces es tolerado por los usos y las costumbres.

Otra investigación realizada por Sánchez Huesca y cols. en 1996 sobre la relación entre consumo de drogas y migración a la frontera norte de México con Estados Unidos, en la que entrevistaron a 92 usuarios de drogas migrantes que asistían a los CIJ-46; usuarios migrantes y 46 no migrantes, los resultados reportan que 97.8 hombres, con edad promedio de 26 años, las drogas que más consumían eran cocaína, mariguana, solventes, metanfetaminas y sedantes y, en una sola línea, mencionan que las drogas de preferencia para ambos grupos fueron mariguana y cocaína. Pero no hacen referencia al consumo de drogas en mujeres por separado.

Arellanes y cols., en 2008, en estudio realizado con mujeres migrantes y consumo de drogas, reportaron que más de la mitad de la muestra (18 mujeres) habían consumido alcohol antes de migrar; dos mencionaron haber aumentado el consumo durante su estancia en Estados Unidos debido a la soledad, la tristeza y la escasa supervisión de padres y madres; 23 nunca habían consumido alguna droga, las ocho restantes habían consumido alguna vez en la vida al menos una droga, siendo las principales causas de ello: curiosidad, ofrecimiento de parte de amigos/as, agrado o gusto por los efectos que genera, soledad y necesidad de relajarse. De las ocho que habían consumido, cinco reportaron haberse iniciado en México y dos en Estados Unidos y una cuando regresó.

Las drogas que usaron por primera vez estando allá fueron: cocaína, crack, éxtasis, hongos, PCP y heroína, pero al regresar a México disminuyó el consumo de algunas y desapareció el de otras o cambiaron el tipo de sustancia. Resalta el hecho de que las mujeres que ya habían consumido drogas antes de migrar agudizaron su consumo durante su estancia en EUA. Sin embargo, en ninguno de los trabajos se mencionan datos de cómo las mujeres solicitan ayuda para dejar de consumir o si cambian sus patrones de consumo o drogas consumidas cuando van o regresan, lo cual es importante tomar en cuenta.

Uso de drogas en comunidades indígenas

La mayoría de los estudios que describen el uso de sustancias adictivas en grupos indígenas se han centrado en el consumo de alcohol en dichas comunidades, como lo señalan Moreno Castillo y Puente Silva (1984), García Zavala y Rascón (1986), Menéndez (1988), Natera y Tiburcio (2007) y Berruecos (2006), por lo que el estudio de otro tipo de drogas aún se ve como objetivo alejado.

No obstante, diversos trabajos muestran que niñas y adolescentes indígenas radicados en ciudades tienen diversos problemas similares a los que ocasionaron la deserción de la familia de las niñas que viven en la calle; son pocos los estudios que buscan explorar el uso de sustancias inhalantes en estas comunidades (Mendoza, 2006; Gutiérrez, Vega y Juárez, 2005). Parte de la ausencia de estudios en estos temas se debe a consideraciones que deben tomarse en cuenta al investigar este tipo de poblaciones. (Natera, Romero, Juárez, Carreño, García-Andrade, López y Aguilera, 2003).

Como ejemplo de esto, encontramos datos recabados de diferentes fuentes que se reportan en *Primera Infancia y Migración en México*; señalan que la tasa de mortalidad por infecciones respiratorias es de 24.7%, 23.7% presentan anemia, 32.2% de niñas de seis años sufren maltrato dentro de su ambiente familiar. Chiapas, Guerrero y Oaxaca ocupan los primeros lugares en maltrato (insultos, golpes y abuso) tanto en la familia como en la escuela; una cuarta parte de las jornaleras migrantes son niñas menores de 14 años, 48% son de origen indígena; lo que llama la atención es que a pesar de que reportan datos de salud, en ninguno aparece cuántas niñas indígenas consumen alcohol o drogas, como si no existiera el problema en esta población.

En el Informe Alternativo para el Comité de los Derechos del Niño de la ONU, 1999-2004, hay un apartado sobre el derecho a la protección integral contra el uso y la explotación relacionada con estupefacientes. Reportan que cada vez se consume drogas a más temprana edad y dan porcentajes de la ENA (2002) de manera general y sólo mencionan que 25% de la población femenina consume alcohol, que sería 1.4 varones por cada mujer. En la población rural el índice de consumo es menor a 18% en las mujeres. Al hacer recomendaciones señalan que es un hecho preocupante y que hay que tomar medidas para atacar este incremento, ya que violan los derechos de la infancia y que no hay estudios sobre los niveles de involucramiento de niñas adolescentes en la venta y distribución de drogas, pero tampoco proponen atención para el consumo de drogas a estas niñas, sobre todo en el medio rural.

Sin embargo, Moreno Castillo en los años ochenta, en investigaciones realizadas con población mazahua, reportó que quienes más consumían alcohol combinado con éter eran mujeres de 35 años, 47% era analfabeta, y el tiempo que llevaban en el consumo era de 11 años. Estos datos eran importantes, ya que no se había reportado este consumo combinado desde principios de siglo; probablemente esto era reciente en la población y se hace énfasis en que se deberían hacer campañas preventivas con las mujeres.

Por otro lado, hay una ausencia de estudios relacionados con el uso de drogas, como ya se mencionó anteriormente, pero tampoco en cuanto al consumo de inhalables en estas poblaciones indígenas. De acuerdo con las encuestas a nivel estatal en algunas entidades de México, se pueden elaborar algunas inferencias. Los datos obtenidos por la Encuesta Estatal de Adicciones de Yucatán reportan que 0.39% de la población encuestada aceptaba que había utilizado alguna vez inhalables (SSY, 2005), tomando en cuenta que aproximadamente 30% de la población del estado es hablante de Maya, se puede sospechar que cerca de 12 000 personas indígenas han consumido alguna sustancia inhalable deliberadamente.

Finalmente, es importante realizar estudios sobre consumo de drogas, ya que esto permitirá tener conocimientos sobre estas poblaciones en su identidad y valores culturales (Gutiérrez, Vega, Juárez y Rendón, 2008).

Conclusiones

Como puede observarse en la revisión realizada, es notorio que en esta última década se han incrementado las investigaciones con mujeres y específicamente sobre consumo de drogas a nivel nacional. Aunque pocos estudios hacen sugerencias para realizar intervenciones específicas, los datos muestran que para realizarlas con mujeres es importante tomar en cuenta el enfoque de género, patrones de consumo de drogas, tipo de drogas y problemas asociados, ya que afecta de manera diferente a las mujeres. Por lo que es importante que las intervenciones sean específicas tomando en cuenta estos factores.

También se requiere hacer más investigaciones con población migrante e indígena para identificar necesidades, patrones de consumo y formas de analizar, para ofrecerles tratamientos específicos y acordes con lo que necesitan.

Sin embargo, es importante considerar también factores como: tensiones dentro del hogar, violencia en la familia o con la pareja, el que no se valore su aporte social, ubicarse en un lugar secundario; temas que adquieren gran importancia dentro de su proceso de consumo y que generalmente no son considerados en su proceso de tratamiento lo que muchas veces las llevan a tener un consumo problemático de drogas.

Por otra parte, las mujeres normalmente no cuentan con la misma red de apoyo y comprensión o acompañamiento familiar que los hombres; incluso, en algunos casos hay oposición de la familia y/o pareja para que reciba algún tipo de atención. Esto se ve reforzado por el hecho de que las mujeres con dependencia están mucho más expuestas a ser sancionadas y criticadas socialmente: en nuestra sociedad consumir drogas o alcohol con otras conductas transgresoras están más asociadas con lo masculino.

Lo anterior hace que las mujeres se aislen para no ser estigmatizadas y oculten su consumo, lo que las lleva a no pedir ayuda o a postergar el pedirla.

Por otra parte, los recursos disponibles para las mujeres que se dedican a la prostitución, así como para las niñas de calle, migrantes e indígenas son escasos y, para el caso de víctimas de tráfico con fines de explotación sexual prácticamente no existen.

En general, los recursos específicos son aportados por organizaciones no gubernamentales, que ofrecen atención y asistencia directa a estas poblaciones; las necesidades más importantes son de tres tipos: atención psicológica, acceso al mercado de trabajo, necesidades relacionadas con la salud (centros de salud, asistencia psiquiátrica, enfermedades de transmisión sexual, etcétera).

Como lo señala Madrigal (2004), la estrategia de intervención social más adecuada no se centraría en generar recursos "aparte", lo que tendría una consecuencia estigmatizadora, sino que se tomara en cuenta la especificidad de estas mujeres y se pudieran coordinar dichos recursos para lograr un tratamiento integral al problema.

Recomendaciones para poblaciones especiales

Algunas medidas para orientar políticas gubernamentales que respondan a las necesidades de las poblaciones especiales (trabajadoras sexuales, niñas en situación de calle, mujeres migrantes e indígenas), deben realizarse con un enfoque de género para hacer frente a la discriminación y la estigmatización que existe a su alrededor.

- Sería necesario disponer servicios de salud que cuenten con servicios de atención prenatal y de salud mental donde haya atención a problemas como depresión, estrés postraumático y el riesgo de suicidio, adicciones y violencia.
- Sería conveniente que los/las profesionales de la salud sean sensibles para dar atención a estas mujeres y niñas con respeto, comprendiendo sus necesidades, tratando de eliminar en lo posible los obstáculos que las mujeres y niñas pongan para buscar atención; y ofrecerles todas las alternativas posibles para enfrentar sus problemas, ayudándolas a elegir de manera responsable lo que sea mejor para ellas. Esto se lograría si estuvieran capacitados/as.
- Sería importante darles información y educación sobre la prevención de las Infecciones de transmisión sexual y el vih/sida; proporcionarles el acceso a materiales para el sexo seguro y anticoncepción, orientación sobre los riesgos que implica no tener un lugar fijo de residencia y cómo afecta esto su salud física y mental.
- Proporcionarles otras opciones a los valores de su cultura callejera y a la visión que tienen acerca de la represión de las instituciones.
- Promover que la atención a estos grupos vulnerables sea dentro de su propio contexto.
- Que se les proporcione información sobre ubicación de los servicios que necesitan, ayuda que pueden darles y horarios de atención, que muchas veces no son los más adecuados para estas poblaciones, así como los costos que muchas veces rebasan sus posibilidades económicas y no los consideran.
- Que las instituciones tengan programas que ofrezcan capacitación laboral y de habilidades para el futuro, que tengan continuidad y sus objetivos se enfoquen a sus necesidades.
- Que existan programas de reducción del daño para una mejor calidad de vida; que se les eduque e informe que las drogas no son la única forma de adaptarse y enfrentar sus problemas, de esta manera dejar el consumo de drogas sería de manera paulatina. Estos programas son importantes sobre todo en la Frontera Norte por las características de los/las usuarios/as de drogas inyectadas.
- Para los/las que trabajan en comunidades rurales, es importante sensibilizar a las instituciones tanto de salud como OSC para que el equipo de salud trabaje en conjunto con personal médico indígena, esto porque no se valora ni reconoce y mucho menos se respeta su conocimiento; son designados con calificativos poco respetuosos a pesar de que su práctica es una alternativa para dar atención. Asimismo es importante que personal médico tenga conocimiento de la respectiva lengua indígena para dar una mejor atención y modificar sus prejuicios.
- Finalmente, en cuanto a la prostitución, es necesario revisar la legislación y tratar, en lo posible, de que no se cometan abusos y extorsiones tanto de clientes como de la misma autoridad, que se les brinde orientación en cuanto a los derechos que tienen como cualquier ciudadana sin estigmatizarlas ni culpabilizarlas y proporcionarles un trato justo con enfoque de Derechos Humanos.

Referencias

Angoa A., Viaje sin retorno. Prostitución de indígenas migrantes en la zona del mercado de la Merced. *Ce-Acatl, Indígenas en la ciudad de México*, 1999; 101: 130-140.

- Azaola E., Prostitución Infantil. Los hechos se burlan de los derechos. IV Informe sobre los derechos y la situación de la infancia en México. 1994-1997. COMEXANI, pp. 298-315.
- Azaola E., *Infancia Robada*, CIESAS, DIF/UNICEF. México: 2000.
- Berruecos L., El consumo de bebidas alcohólicas y el alcoholismo en la población indígena mexicana. En Oviedo T., *Retos para la atención del alcoholismo en pueblos indígenas*, CONADIC, 2006; México, pp. 21-27.
- Coordinación de Salud Mental del Estado de Yucatán/Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente: *Encuesta Estatal de Adicciones de Yucatán, Resumen Ejecutivo*, 2005.
- De la Garza F., De la Vega B., Zúñiga V., Control social y uso de drogas en menores que trabajan en la vía pública (caso de Monterrey). *Salud Mental*, 1985; 8(3): 3-7.
- De Zalduno B., Hernández-Avila M., Uribe Zúñiga P., *Intervention research needs for AIDS prevention among commercial sex workers and their clients. aids and women's reproductive Health*, Plenum 1992.
- Gayet C., Magis C., Sacknoff D., Guli L., Prácticas sexuales de las poblaciones vulnerables a la epidemia de VIH/SIDA en México. CENSIDA, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, Sede México, 2007.
- Gomezjara Barrera F.E., *Sociología de la prostitución*, Rompan filas, 3ª. ed. 1988.
- Gutiérrez R., Vega L., Juárez A., Rendón E., La investigación de las trayectorias interculturales en las comunidades indígenas migrantes en el Distrito Federal. *Salud Mental*, 2008; 31(2): 139-144.
- Gutiérrez R., Vega L., Las interpretaciones, las prácticas y las reacciones sociales del uso de solventes inhalables entre los llamados niños de la calle. *Anales X Reunión de Investigación*, IMP; 1995; 140-145.
- Gutiérrez R., Vega L., El uso de inhalables y riesgos asociados para la salud mental de las llamadas niñas callejeras. En *Con Ganas de Vivir... Una vida sin violencia es un derecho nuestro*. Programa de las Naciones Unidas para la Fiscalización Internacional de Drogas (eds). México, 1998; pp.25-37.
- Gutiérrez R., Vega L., Juárez A., Factores psicosociales de riesgo para la salud mental de niñas y niños indígenas residentes en el Distrito Federal. En *Anonymous*, Ramón de la Fuente Muñiz, 50 años de su labor universitaria, UNAM, Departamento de Psicología Médica, Psiquiatría y Salud Mental, 2005.
- Infancias mexicanas rostros de la desigualdad. Informe Alternativo para el Comité de los Derechos del Niño de la Organización de Naciones Unidas 1999-2004, *Red por los Derechos de la Infancia en México*, México, 2005.
- Instituto de las Mujeres del D.F., Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH-SIDA y Coalición contra el Tráfico de Mujeres, *Periódico Reforma*, 2009.
- Leal H., Mejía L., Gómez L., Salinas O., Estudio Naturalístico sobre el fenómeno del consumo de inhalantes en niños de la ciudad de México. En Contreras C., *Inhalación voluntaria de disolventes industriales*, Trillas, México 1977.
- Madrigal E., *Patrones de consumo y dependencia del alcohol y de sustancias psicoactivas en la mujer*. OPS, Washington, D.C., 2004.
- Medina-Mora M.E., Abuso de sustancias. *Estudio de niñas, niños y jóvenes trabajadores en el Distrito Federal*, DIF/UNICEF, México, 2000.

- Mendoza Z., Hacia una epidemiología sociocultural de un grupo indígena migrante a la Ciudad de México. En *¿Hacia dónde va la salud de los mexicanos? Derecho a la protección de la Salud, Políticas de Salud y Propuestas para la Salud*. OPS/UAM-X/UNAM/FESZ/IPN, pp. 7-15, 2006.
- Menéndez E., Alcoholismo, grupos étnicos mexicanos y los padecimientos denominados tradicionales. *Revista de Ciencias Sociales*, 1988; 14: 55-80.
- Migraciones vemos... Infancias no sabemos. Primera Infancia y Migración en México*, 2008, México, D.F.
- Morales Santiago M.E., *Articulación de las organizaciones de sexoservidoras con las políticas de salud en México: Barrio de la Merced 2003*. Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco.
- Moreno F., Puente F., Estudio piloto de alcoholismo en una población mazahua. Aspectos neurológicos, *Salud Mental*, 1984; 7(4): 75-79.
- Montoya G., *Poblaciones especiales en investigación biomédica (la atención educativa a poblaciones vulnerables)*. Ministerio de Educación Nacional Bogotá, Colombia, 2005.
- Natera G., Tiburcio M., Tailoring and intervention model to help indigenous families cope with excessive drinking in central Mexico, *Salud Mental*, 2007; 30(6): 32-42.
- Natera G., Romero M., Juárez F., Carreño S., García C., López J., Aguilera R., Encuestas en Grupos especiales. Metodología para la elaboración de estudios epidemiológicos a nivel nacional y local y estudios para grupos especiales relacionados a las adicciones, CONADIC, México, 2003, pp. 85-100.
- Negrete N., *Al otro lado de la calle. Prostitución de menores en la Merced*, EDIAC, CDHDF, UNICEF, México, 1996.
- Oviedo, T., Retos para la atención del alcoholismo en pueblos indígenas, CONADIC, 2006, México, pp. 21-27.
- Pheterson G. (comp.), *Nosotras, las putas*, Talasa Ediciones, Madrid, 1989.
- Real Academia Española. *Diccionario de la Lengua Española*. 22ª ed. t. II. Madrid, Espasa Calpe, 2001.
- Rodríguez E., Trabajadoras sexuales y consumo de drogas ¿Convergencia de problemáticas? Tesis de licenciatura en Psicología, UNAM, México, 2002.
- Rodríguez E., *Prostitución y drogas. Intervención para la reducción del Daño*. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, Fundación Gonzalo Río Arronte I.A.P., 2007.
- Romero M., Rodríguez E., Durand A., Aguilera R., Veinticinco años de investigación cualitativa en salud mental y adicciones con poblaciones ocultas. Primera Parte. *Salud Mental*, 26(6), diciembre 2003, 76-83.
- Romero M., Rodríguez E., Durand A., Aguilera R., Veinticinco años de investigación cualitativa en salud mental y adicciones con poblaciones ocultas, Segunda Parte, *Salud Mental*, 27(1), febrero 2004, 73-84.
- Romero L, Quintanilla A.M., *Prostitución y drogas: Estudio psicosociológico de la prostitución en México y su relación con la farmacodependencia*. Trillas, México, 1977.
- Ruiz M.A., La explotación sexual de niños en dos ciudades turísticas: Cancún y Acapulco. En Azaola E., Estes R., *La infancia como mercancía sexual*, México, Canadá, Estados Unidos: Siglo XXI, 2003.

- Salgado N., Díaz Pérez M.J., Maldonado M., Los nervios de las mujeres mexicanas de origen rural con motivo para buscar ayuda, *Salud Mental*, marzo 1995; 18(1), 50-55.
- Sánchez Huesca R., Galván A., Pérez V., Arellanez, J.L., Mujeres migrantes y consumo de drogas, *Adicciones. Revista Técnica de Centros de Integración Juvenil*, 2006, 1,10-19.
- Souza y Machorro M., La prostitución: un problema psicosocial. Tesis para obtener el grado de médico cirujano. México: UNAM Facultad de Medicina, 1974, p.116.
- Vega L., Gutiérrez R., La construcción social de los drogadictos: el caso de los niños callejeros. En *Las Adicciones: Hacia un Enfoque Multidisciplinario*. Consejo Nacional Contra las Adicciones, Secretaría de Salud, México, 1993, pp. 66-69.

Migrantes

Autor	Título	Año	Temática	Método	Población
Medina-Mora M.E.	Factores sociales relacionados con el consumo de alcohol en México y en Estados Unidos.	1984	Prácticas de consumo.	Encuesta de hogares.	H y M
Medina-Mora M.E., García G., Rascón M.L., Otero R.	Variables culturales relacionadas con prácticas de consumo de bebidas alcohólicas.	1986	Conocer patrones de consumo, problemas asociados con la ingesta y variables sociales que moldean el consumo.	Encuesta	H y M
Romero M., Rodríguez E., Durand A., Aguilera R.	Veinticinco años de investigación cualitativa en salud mental y adicciones con poblaciones ocultas. Primera parte.	2003	Poblaciones ocultas y adicciones.	Revisión bibliográfica.	M
Romero M., Rodríguez E., Durand A., Aguilera R.	Veinticinco años de investigación cualitativa en salud mental y adicciones con poblaciones ocultas. Segunda parte.	2004	Poblaciones ocultas y adicciones.	Revisión bibliográfica.	M
Sánchez Huesca R., Arellanes J.L., Pérez Islas V., Kuri S.	Estudio de la relación entre consumo de drogas y migración a la frontera Norte de México y Estados Unidos.	2006	Migración, consumo de drogas.	Estudio transversal expositivo.	H y M
Flores Ávila, A. L.	Implicaciones económicas y de género por la migración internacional urbana: algunas reflexiones.	2007	Migración, género y envío de remesas.	Observación participante, entrevistas abiertas y estructuradas, y grupos focales.	M y H
Arellanes J.L., Sánchez Huesca R.	Migración femenina a Estados Unidos y consumo de drogas.	2008	Migración, consumo de drogas, salud mental.	Investigación de tipo exploratorio a través de un muestreo no probabilístico, intencional.	Mujeres migrantes entre 12 y 45 años

Prostitución

Autor	Título	Año	Temática	Método	Población
Souza y Machorro M.	La prostitución: un problema psicosocial.	1974	Prostitución como problema social.	Aplicación de instrumento de personalidad.	Mujeres
Romero L.M., Quintanilla	Prostitución y drogas: Estudio psicosociológico de la prostitución en México y su relación con la farmacodependencia.	1977	Prostitución y consumo de drogas.	Entrevistas.	Mujeres
Negrete N.	Al otro lado de la Calle. Prostitución de menores en La Merced.	1996	Prostitución de menores, consumo de drogas.	Entrevistas.	Niñas
Angoa A.	Viaje sin retorno. Prostitución de indígenas migrantes en la zona del mercado de La Merced.	1999	Migración, prostitución, consumo de drogas	Entrevistas.	Mujeres
Rodríguez E.	Consumo de drogas ¿Convergencia de problemáticas?	2000	Consumo de drogas.	Entrevistas a trabajadoras sexuales.	Mujeres trabajadoras sexuales.
Rodríguez E., Gutiérrez R., Vega L.	Consumo de drogas en mujeres dedicadas a la Prostitución: la zona de La Merced.	2003	Consumo de drogas.	Metodología cualitativa y entrevistas a profundidad.	Mujeres trabajadoras sexuales.
Morales Santiago M.E.	Articulación de las organizaciones de sexoservidoras con las políticas de salud en México: Barrio de La Merced 2003.	2003	Formas de trabajo de organizaciones de sexoservidores en cuanto a políticas de salud.	Revisión.	Trabajadoras sexuales de La Merced.
Romero M., Rodríguez E, Durand A, Aguilera R.	Veinticinco años de investigación cualitativa en salud mental y adicciones con poblaciones ocultas. Primera parte.	2003	Poblaciones ocultas y adicciones.	Revisión bibliográfica.	Mujeres

Prostitución

Autor	Título	Año	Temática	Método	Población
Romero M., Rodríguez E, Durand A., Aguilera R.	Veinticinco años de investigación cualitativa en salud mental y adicciones con poblaciones ocultas. Segunda Parte.	2004	Poblaciones ocultas y adicciones.	Revisión bibliográfica.	Mujeres
Checa Ruiz M.A., Basulto J.	Entorno, experiencias sexuales e imagen corporal de sexo servidoras de la zona metropolitana.	2005	Experiencias de trabajo y características de la imagen corporal.	Observaciones etnográficas y entrevistas a profundidad.	Mujeres
Olvera Maldonado, B.G.	Bailando noche tras noche alrededor del tubo: Algunas características de las condiciones de trabajo en los <i>table dance</i> de la zona metropolitana de Guadalajara.	2006	Condiciones de trabajo de las mujeres que trabajan en <i>tables dance</i> .	Entrevistas estructuradas, observación, entrevistas a profundidad.	Mujeres
Gayet C., Magis C., Sacknoff D., Culi L.	Prácticas sexuales de las poblaciones vulnerables a la epidemia de VIH/SIDA en México.	2007	Prácticas sexuales, uso de drogas inyectadas y VIH/SIDA.	Investigación.	Mujeres trabajadoras sexuales, hombres que tienen sexo con hombres y usuarios de drogas inyectadas
Rodríguez E.	Prostitución y Drogas. Intervención para la reducción del daño.	2007	Consumo de drogas en trabajadoras sexuales.	Cuestionarios, grupos focales.	Mujeres

Niñas de calle

Autor	Título	Año	Temática	Método	Población
Leal H., Mejía L., Gómez L., Salinas O.	Estudio naturalístico sobre el fenómeno del consumo de inhalantes en niños de la ciudad de México.	1977	Consumo de inhalantes en niños de calle.	Observación participante.	Niños y niñas en la calle
De la Garza F., De la Vega B., Zúñiga V.	Control social y uso de drogas en menores que trabajan en la vía pública (caso de Monterrey).	1985	Uso de drogas.	Observación participante, entrevistas.	Niños y niñas
Vega L., Gutiérrez R.	La construcción social de los drogadictos: el caso de los niños callejeros.	1993	Categorización del significado de niño callejero, niño de la calle y niño en la calle.	Revisión de reportes de investigación.	Niños callejeros
Gutiérrez R., Vega L.	Interpretaciones, prácticas y las reacciones sociales del uso de solventes inhalables entre los llamados niños "de la calle".	1995	Descripción del contexto social en que se da el uso de inhalables.	Observación participante y entrevistas.	Niños, niñas, adolescentes y jóvenes.
Vega L., Gutiérrez R.	La inhalación deliberada de hidrocarburos aromáticos durante el embarazo de adolescentes consideradas como de la calle.	1998	Uso de solventes durante el embarazo.	Entrevistas, grupos focales.	Niñas adolescentes.
Domínguez M., Romero M., Paul G.	Los "Niños Callejeros". Una visión de sí mismos vinculada al uso de las drogas.	2000	Condiciones de vida y vida cotidiana.	Entrevistas a profundidad.	Niños
Gutiérrez, Leticia Vega	Las investigaciones psicosociales sobre la subsistencia infantil en las calles desarrolladas en el INP durante los últimos 25 años.	2003	Revisión de los 25 años de investigación con la población.	Revisión de investigaciones.	Niños y niñas de la calle.

Indígenas

Autor	Título	Año	Temática	Método	Población
Angoa A.	Viaje sin retorno. Prostitución de indígenas migrantes en la zona del mercado de la Merced.	1999	Migración, prostitución, consumo de drogas.	Entrevistas	Mujeres
Douglas C. N.	<i>Depression, alcohol abuse, And generational differences In mazahua women in a rural Mexican village.</i>	2004	Abuso del alcohol y la depresión en una zona mazahua.	Entrevistas	Mujeres y hombres
Natera G.	Percepción del consumo de alcohol por hombres y mujeres en las comunidades indígenas.	2006	Problemas asociados al consumo de alcohol.	Entrevistas a profundidad.	Hombres y mujeres
Berrucos L.	El consumo de bebidas alcohólicas y el alcoholismo en la población indígena mexicana.	2006	Patrones de consumo de alcohol.	Investigación.	Hombres y mujeres
Gutiérrez R., Vega L., Juárez A., Rendón E.	La investigación de las trayectorias interculturales en las comunidades indígenas migrantes en el Distrito Federal.	2008			

Mujeres, prisión y drogas

Martha Romero Mendoza, Mónica Martínez Arroyo

Introducción

Abordar el tema de las mujeres en prisión y el consumo de drogas implica el reto de realizar una reflexión cuidadosa de creencias, mitos, estereotipos y prejuicios, que en torno a este grupo de mujeres se ha construido a lo largo de los años.

El tema ha sido de interés en muy numerosas series televisivas, novelas, ensayos, reportes periodísticos e incluso en escritos realizados por las mismas mujeres en reclusión, quienes comparten sus vivencias de la estancia en prisión (DEMAC 2000, 2007, 2010; Pérez-Reverte 2002, Scherer 2001, Torres 2008). Pero ha sido una línea de investigación poco estudiada en el área de la investigación científica dentro del campo de la salud mental.

La delincuencia femenina ha sido abordada en el área de criminología, de la cual existen trabajos relevantes enfocados a estudiar las teorías y reacción social (Lima Malvido, 1998). De igual manera ha sido tratada con un enfoque psicoanalítico buscando dar cuenta de los psicossíndromes de la diversidad de mujeres que cometen actos ilícitos (Cuevas, 1992).

Desde la perspectiva de género, la criminología crítica y la antropología social destacan los trabajos de Makowsky (1994, 1995) y Azaola (1996, 1998, 2005, 2007), quienes abordan el problema de las instituciones penitenciarias donde se encuentran ubicadas las mujeres que delinquen.

Particular señalamiento merece el trabajo de Núñez (2004), quien realizó un estudio sobre mujeres indígenas presas por delitos contra la salud y que posteriormente, se convirtió en un documental titulado *Deshilando condenas, bordando libertades*, premiado por el Instituto Nacional de las Mujeres y la UNAM (Núñez, 2005).

Pocos son los trabajos desde el área de la salud mental en México que abordan el consumo de sustancias psicoactivas en la población de mujeres que se encuentran recluidas en prisiones. El presente capítulo tiene como objetivo realizar una revisión de los trabajos que sobre el tema dentro del área de la salud mental se han realizado en México.

Delincuencia femenina y uso de drogas

Una de las investigaciones pioneras en este campo fue realizada por Mier y Terán y colaboradores (1974), cuya finalidad fue indagar sobre la adecuada socialización de las mujeres y las características de personalidad de aquellas mujeres que son delinquentes usuarias de drogas psicoactivas, estudiando además la estructura familiar de origen. Para ello realizaron un estudio con 300 mujeres divididas en tres grupos: el primero estuvo constituido por 100 mujeres ubicadas en un centro de reclusión; el segundo por mujeres que tuviesen características semejantes a las mujeres presas pero ubicadas fuera del penal, y el tercero constituido por mujeres que viviesen en una colonia con alto grado de delincuencia y adicción entre adolescentes, pero que no tuviesen dichas características.

Dentro de sus principales resultados los autores mencionan la relación entre farmacodependencia y tabaquismo/alcoholismo, pues el grupo de mujeres usuarias de drogas presentó un mayor consumo y la edad de inicio fue más temprana. En segundo lugar mencionaron que la farmacodependencia se iniciaba en la adolescencia como motor de búsqueda de identidad sexual, laboral y social, así como tratar de ganar prestigio en el grupo. Finalizan reflexionando respecto a la socialización de las mujeres usuarias y afirman que es inadecuada, pues provenían de hogares de uniones inestables.

Romero (1998), como parte de su tesis doctoral en antropología, realizó un estudio de 21 historias de vida de niñas menores infractoras, mujeres ubicadas en prisión, mujeres en centros de tratamiento y mujeres en grupos de autoayuda. Los relatos de este grupo de mujeres pertenecientes a un grupo social no dominante, constituyó una fuente rica de conocimiento de valores contra-hegemónicos, porque revelan la realidad de las vidas que desafían o contradicen las reglas genéricas. Asimismo, la autora menciona que no sorprende que la negación al derecho a la salud en este grupo de mujeres las haya llevado a construir una gran desconfianza en las autoridades médicas y gubernamentales. Tampoco debe sorprender que la desconfianza sea importante por ser usuarias de drogas, pues han tenido que contender con múltiples estigmas de género, clase y "desviación". Concluye la autora afirmando que las mujeres usuarias y que además han delinquido son disidentes sociales.

Un estudio pionero dedicado al consumo de heroína fue realizado por Cravioto y cols. (2003), realizado en el CERESO de Ciudad Juárez, Chihuahua. Emplearon un muestreo aleatorio simple en los identificados como usuarios de drogas incluidos en un listado médico: se realizó una entrevista semi-estructurada para la cual se diseñaron dos instrumentos, uno de tamizaje y uno final. Se contó con una muestra final de 1 208 sujetos, cuya prevalencia de consumo de drogas alguna vez en la vida fue de 69.8%; de ellos 26.4% con consumo de heroína en los últimos seis meses, de estos últimos sólo 6.5% (n=19) fueron mujeres usuarias fuertes de heroína.

Las mujeres usuarias de heroína tuvieron una edad promedio de 32 años, con primaria (47.4%), seguido por secundaria (36.8%) y sin ningún estudio (15.8%). Respecto al estado civil, reportaron estar casadas (47.4%), solteras (42.1%) y separadas (10.5%); además, 68.4% con alguna ocupación.

La edad promedio de inicio de consumo fue de 24 años \pm 8.1; en particular, para las que iniciaron por vía intravenosa, la edad promedio de inicio fue de 23 \pm 7.5. Su primera inyección fue realizada por un amigo, en una razón de 5 por cada 10. Las vías de administración principalmente reportadas fueron la intravenosa en 73.7% (n=14), seguida por la fumada con 21.1% (n=4), con un uso diario en 94.7% (n=18). La gran mayoría eran poli-usuarias, combinando el consumo con cocaína en 52.6% (n=10), con marihuana en 10.5% (n=2) y con cocaína y marihuana en 10.5% (n=2), el resto eran mono-usuarias 26.3% (n=5).

Respecto al tiempo de exposición, se reportó que 31.6% (n=6) tenían menos de tres años, mismo dato para las de 6 a 10 años de exposición, seguido por aquellas con consumo mayor a 11 años, 26.3% (n=5) y de 3 a 5 años en 10.5% (n=2). Para conseguir la sustancia el 100% la compraba, al 15.8% se la regalaban, también se reportó la venta y el intercambio por objetos en el 10.5% para cada una, respectivamente. Abstinencia, sobredosis y dependencia estuvieron presentes en estas usuarias, refiriendo abstinencia al menos una vez (47.4%, n=9)

y de 2 a 5 veces (5.2%, n=1); además de episodios de sobredosis (36.8%, n=7); y en su totalidad cumplieron con criterios de dependencia.

A principios de la década del año 2000, un grupo de investigadores del Instituto Nacional de Psiquiatría iniciaron una investigación en torno al consumo de sustancias adictivas en mujeres ubicadas en centros de reclusión y la relación que podría tener con otros problemas de salud mental, con la finalidad última de crear una intervención desde la perspectiva de la reducción del daño y de género (Romero, 2001).

El estudio inició con una revisión de la literatura que permitiera conocer las razones que llevan a las mujeres a delinquir, revisando marcos teóricos tradicionales y, después, delinear cuales vertientes analíticas existían desde la perspectiva de género (Romero y Aguilera, 2002; Romero, 2003).

Además, el estudio contempló antes del trabajo de campo, la capacitación del personal técnico penitenciario y directoras de las prisiones sobre los temas de género y adicciones a fin de sensibilizar al personal sobre temas tales como déficit de atención, explotación laboral infantil, depresión en mujeres, maltrato de la mujer por su pareja íntima, sexualidad en prisión, abuso sexual, abuso de sustancias y reducción del daño y por ser la estrategia utilizada en el estudio. De este curso se derivó un libro (Romero, 2004).

La investigación se realizó en dos Centros de Readaptación Social Femenil ubicados en la ciudad de México a lo largo de cinco años, y un Consejo de Menores para mujeres en un centro de tratamiento.

En la primera fase del estudio se entrevistaron a 213 mujeres con la finalidad de obtener un diagnóstico acerca del consumo de sustancias adictivas a lo largo de la vida y dentro de las prisiones, además de problemas asociados entre ellos: familia, educación, vida en la calle, maltrato familiar, maltrato en la relación de pareja, depresión, angustia, violencia física, emocional y sexual; estrés postraumático, salud reproductiva, ambientes en prisión, violencia delictiva y estado de salud física en general.

Posteriormente, basado en resultados de la primera fase y con la colaboración de las mujeres presas se diseñó una intervención cuya finalidad fue reducir las consecuencias negativas del consumo.

De ambas fases del proyecto se generaron alrededor de 10 publicaciones que a continuación serán descritas de manera cronológica:

1. Durand (2004), realizó su tesis de licenciatura tomando como base una submuestra del estudio general. Estudió una muestra de 170 mujeres presas, de las cuales, 78.2% residían en la ciudad de México, 20.6% de algún estado de la República y el resto fueron extranjeras. El objetivo fue identificar la prevalencia de abuso sexual, características y su relación con consumo de sustancias y tipo de delitos cometidos. Se encontró que 50% había experimentado abuso sexual, con 63.7% previo a sus 16 años de edad, de forma sexual forzada (9%), como relación sexual forzada (10%) y de ambos tipos (31 por ciento).

Respecto a las características del agresor, en particular en las que el suceso se registró antes de los 16 años, el agresor fue el padrastro (17.6%) y el tío (17.6%). En las mujeres forzadas a una relación sexual, los agresores fueron la pareja/novio (25%) y un desconocido (25%). En aquellas con ambos tipos, los agresores con mayor frecuencia fueron desconocidos.

En el caso de mujeres abusadas después de 16 años, en quienes hubo contacto sexual forzado, los agresores eran amigos (50%) y la pareja (50%); en las forzadas a una relación sexual el principal agresor fue la pareja (50%). Cuando el abuso fue de ambos tipos, es decir, contacto sexual forzado y relación sexual forzada, los agresores eran desconocidos (42.9% y 57.1%, respectivamente). La frecuencia del abuso fue en una ocasión (21.2%), más de una ocasión (19.1%) y de 2 a más de 20 veces (19.1%). Respecto al lugar donde sucedió el abuso, hubo gran omisión de respuesta; sin embargo, en el 17.6% sucedió en casa de la entrevistada.

En mujeres abusadas y no abusadas se identificó que sobre todo era la madre quien aplicaba estilos de crianza violentos. Pero fue en mujeres sin abuso donde se registró mayor frecuencia de estilos no violentos en padre (41.7%) y madre (29.2%).

- Galván y cols. (2006), estudiaron el apoyo social y su relación con el bienestar físico y psicológico. Dentro de sus resultados más importantes estuvo el que gran número de mujeres en prisión, no recibe visitas de sus familiares o amigos, siendo sólo un pequeño número las visitadas por familiares a diario. Principalmente, refieren no recibir visita de la pareja (60%) y los hijos (46.2%) ambos en el último mes. El 63.7% de la muestra refirió experimentar frecuentemente sentimientos de soledad en el último año, siendo sólo 10% las que nunca se han sentido solas. Un número muy bajo (2.8%) cuentan con seis o más personas que les brindan la confianza para hablar, en comparación con las internas que no cuentan con ninguna persona para hacerlo (30%) y las que cuentan con una o tres personas (60 por ciento).

Sobre la cercanía de los familiares, en términos de distancia, un gran número de ellos viven en la misma ciudad (70%) y la misma colonia (17%). Al relacionar la frecuencia de visitas y la presencia o ausencia de la depresión, a pesar de no ser significativo el dato, se encontró que las que no recibieron visitas en el último mes presentaron más episodios depresivos (72.7%). En mujeres que no recibieron visitas en el último mes se mostró una tendencia mayor a valorar de manera negativa la salud física (43.5%), a diferencia de las que sí reciben visitas (37.9%); lo mismo se observó en la valoración de la salud mental (47.8% y 45.3%, respectivamente).

- En el mismo año, Rodríguez y cols. (2006), publicaron resultados de violencia, mencionando que de 213 mujeres participantes, 161 mencionaron haber recibido violencia por parte de su pareja. Refirieron frecuencia de actos violentos, agrupados en tres rangos de 1 a 5 eventos (29.2%), de 6 a 10 (23.4%) y de 11 a 17 (23.4%). Se reportó mayor violencia en mujeres que habían vivido en la calle.
- Saldívar y cols. (2006), estuvieron encargados de investigar la violencia de pareja recíproca en los últimos dos años. El 75.6% (n=161) de la muestra de trabajo refirieron haber experimentado violencia física infringida por su pareja, alguna vez en la vida. Del total de las mujeres entrevistadas, 28.6% (n=61) refirió haber sufrido el mayor suceso de agresión física por sus parejas en los últimos dos años previos a la entrevista. Se midió la severidad de estos actos: 43.6% (n=24) los calificó como severos, 34.6% (n=19) como moderados y 21.8% (n=12) como ligeros. Se indagó cómo se sentían las mujeres después del suceso, calificándolo como perturbada, enojada y espantada. Como resultado, se observó que 53.6% se sintió perturbada después del acto calificado como severo, mientras 66.1% utilizó el mismo término para describir su enojo y 46.4% para definir su miedo.

Hubo reporte de consumo de alcohol previo o durante el suceso violento: 67.3% mencionó que el agresor no había ingerido bebidas alcohólicas, 14.5% dijo que sólo el agresor había consumido, 5.5% de las entrevistadas lo habían consumido al momento del suceso y 12.7% dijo que ambos lo habían hecho al momento del incidente. De la misma manera, se reportó consumo de drogas antes del evento 61.8% comentó que ninguno de los dos habían consumido, 16.4% sólo lo había hecho el agresor, 7.3% de las entrevistadas reportó consumo, y 14.5% que fueron ambos. En 59.3% de los casos, la pareja cometió la agresión. Después del incidente, sólo 21.8% solicitó asistencia médica.

5. Romero (2007), desarrolló un trabajo cuyo objetivo fue conocer el consumo de alcohol en este grupo de mujeres en prisión. Así, fue consumido el día en que se cometió el crimen (9%), algunas otras con otro consumo además del alcohol, llegando a estado inconsciente por el consumo (2.9%). Se detectó que la mayoría de la población ha consumido alcohol alguna vez en su vida (91.5%) y también hubo casos que reportaron nunca haberlo hecho (8.5%). En este último caso, la razón para la abstención fue que "no era importante" (4.7%). A través de este estudio confirmamos la baja disponibilidad de alcohol en las prisiones, pues en el último año 70% afirmó no haberlo consumido.

Antes del ingreso al reclusorio, sin embargo hubo mujeres que cumplieron con criterios de dependencia a la sustancia: 13 (6.1%) con uno o dos criterios de dependencia, 140 (65.7%) con consumo de alcohol pero sin criterios de dependencia, 42 (19.7%) con tres o más criterios de dependencia. Entre otros aspectos, se preguntó sobre las expectativas por el consumo de alcohol. Los resultados mostraron que las mujeres sentían ser más abiertas con otras personas como la expectativa de mayor frecuencia y no estar preocupada por lo que la gente espera o quiere de ella.

En cuanto a los problemas relacionados con el consumo, previo a su ingreso en la cárcel, los más importantes fueron los familiares (14.6%), físicos (13.7%) y problemas con la pareja (11.3%). Los relacionados con su salud física fueron gastritis (26.3%), desnutrición (19.7%) y problemas de presión arterial (16.9 por ciento).

De manera preocupante 33.6% de las mujeres aceptaron haber consumido alcohol durante el embarazo. Mencionaron haber sido maltratadas físicamente por su consumo (39.2%). Casi dos tercios de la muestra al momento del estudio, tenía episodio depresivo mayor (62%). En aquellas con depresión (n=132), la frecuencia de dependencia al alcohol fue de 23.5% (n=31). Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la frecuencia de dependencia al alcohol y depresión por rangos de edad, siendo más alta en el grupo de 18 a 27 años (61.3 por ciento).

En el año 2007, la revista *Género y Salud en Cifras* dedicó la totalidad del volumen a la divulgación de resultados de investigación con mujeres marginales. Este número fue presentado por Uribe (2007) como un esfuerzo por seguir documentando el fenómeno de las adicciones.

6. En este volumen, Romero y Durand (2007) publicaron los problemas en el estudio de poblaciones marginales. Ante este dilema, sugieren dos tipos de muestreo para dar alcance a estas poblaciones. El muestro por conveniencia y el muestreo bola de nieve. Ambos tipos de muestreo, señalan las autoras, pueden ser combinados e indican que el tema de las drogas es dinámico, por lo que se requiere sofisticar los diseños de investigación para dar cuenta y voz a las mujeres con problemas de adicciones. Entre las recomendaciones enumeran los

estudios de seguimiento; de largo plazo; estudios sobre la historia natural; proyectos diseñados para mujeres embarazadas; mujeres con orientaciones sexuales diversas y mujeres indígenas. Finalizan el trabajo señalando que para abatir la marginalidad, se requiere de proyectos multidisciplinarios que incluyan la diversidad de elementos involucrados en el problema.

7. Colmenares y cols. (2007) elaboraron un artículo sobre niñas del Consejo de Menores Infractores. Este grupo contaba con escolaridad secundaria como la más reportada (58.9%), un promedio de edad de 15.9 años, con hijos (37%); su estado civil fue predominantemente casadas (37%) y en unión libre (20%). Los tipos de delitos cometidos más reportados por las menores fueron robo (61.6%) en cualquiera de sus modalidades; daños contra la salud (12.3%), homicidio (8.2%), tentativa de homicidio (6.8%), privación ilegal de la libertad e infanticidio (1.4%); además, 8.2% con antecedentes de problemas legales.

Este grupo de menores refirieron uso de sustancias adictivas alguna vez en la vida, en el último año y en los últimos 30 días; uso de tabaco con mayor frecuencia (46.6%, 37% y 21.9% respectivamente), seguido de inhalables (31.5%, 20.5% y 10.7% respectivamente); cocaína (30.1%, 17.8% y 9.6%), marihuana (26.0%, 16.4% y 9.5% respectivamente), y sedantes (12.3%, 6.8% y 4.1% respectivamente). La edad promedio de inicio fue 14 años, mientras de 12 y 13 para consumo de alucinógenos o inhalables. Con mayor frecuencia se ubicó al tabaco como sustancia de primer uso, seguida por inhalables, cocaína, marihuana, drogas médicas y drogas no especificadas. En el caso de los inhalables, las vías de administración reportadas fueron por inhalación o aspirado (91.2%), fumado (4.4%) e inyectado (4.4%). Entre otros datos, no se encontró el uso compartido de jeringas relacionado con uso de sustancias.

8. Romero y cols. (2007) con el mismo grupo de mujeres en prisión refieren los delitos por los cuales las mujeres ingresaron, entre ellos, los delitos contra la salud y robo inespecífico/simple. Sobre el uso de sustancias en el último mes se reportó consumo de sustancias nunca antes probadas como marihuana (55.6%), anfetaminas (11.1%), tranquilizantes (11.1%) y otras drogas médicas (22.2%). El 41.4% con consumo de sustancias al momento del delito, entre las más comunes cocaína y sus combinaciones con alcohol, marihuana o solventes (27.7%); seguido por flunitrazepam (3.4%), "pastillas" (3.4%), marihuana (2.9%), alcohol (2.9%), solventes inhalables (1%) y anfetaminas (0.5%).

Como problemas asociados, 74.8% mostró tres o más síntomas de dependencia, 7.6% de uno a dos síntomas y 17.6% sin síntomas. Del total de las que al momento del delito estaban bajo el efecto de sustancias, 92% calificó positivamente en tres o más indicadores de dependencia. Del total de la muestra, 8.1% reportó antecedentes de uso compartido de jeringas para administración de drogas.

9. En el mismo número de *Género y Salud en Cifras*, Medina-Mora (2007) realiza una serie de recomendaciones para las políticas públicas sobre abuso de sustancias psicoactivas en mujeres marginales. Entre ellas menciona la necesidad de incluir la perspectiva de género en el estudio del abuso de sustancias psicoactivas; resalta la doble marginalidad de este grupo de mujeres: por su condición de género y alta marginación. Por otro lado sugiere que deben reforzarse los programas comunitarios dirigidos a niñas en riesgo de salir de o abandonar sus hogares, actuar sobre los condicionantes que propician su salida a las calles, en especial la violencia doméstica y malas prácticas de crianza.

Continúa Medina-Mora afirmando que una vez en las calles, las niñas deben ser protegidas de la violencia y del abuso; que las organizaciones gubernamentales y de la sociedad civil deben acercarse a ellas para prevenir el abuso de sustancias psicoactivas, la exposición a la violencia y su eventual detención. Deja clara la necesidad de establecer programas orientados a atender a estos grupos, que contemplen tratamiento comunitario, ambulatorio e internamiento para la atención de las adicciones y de otras co-morbilidades médicas y psiquiátricas.

Finaliza la autora resaltando la necesidad de revisar las leyes que rigen a las menores infractoras, y contar con mejores propuestas que consideren los derechos humanos.

10. Como resultado de la investigación y de los hallazgos reportados en los diferentes artículos de investigación, se elaboró una Manual de Capacitación para el personal técnico penitenciario titulado *Mujeres, prisión y drogas. Intervención desde la perspectiva de género y reducción del daño* (Romero y Durand, 2007), cuya finalidad fue proveer herramientas para lograr una intervención dirigida a las mujeres que consumen sustancias adictivas en prisión en cuatro temas que resultaron prioritarios: consumo de alcohol y drogas con énfasis en el embarazo; violencia, depresión y consumo de crack.

El manual *Mujeres, prisión y drogas* está descrito ampliamente en el capítulo de capacitación de este mismo libro. Baste decir aquí que fue diseñado para capacitar al personal técnico penitenciario a fin de darles herramientas para evaluar a la población femenina que cuidan y brindarles estrategias de intervención breves, sencillas y útiles.

Martínez y cols. (2008), llevaron a cabo un estudio no experimental, transversal, descriptivo y correlacional. Se realizó en el Centro de Rehabilitación Social (CERESO) del estado de Morelos (México) para establecer relaciones causales de las conductas delictivas en mujeres.

La muestra se integró con 200 mujeres recluidas en un rango de edad de 19 a 75 años, cuya media fue de 36.7 años. El 86% de las mujeres tenían hijos, de las cuales 18.7% tuvo o había tenido a sus hijos en el CERESO. El perfil criminológico de acuerdo con este grupo de investigadores, incluyó el tipo de delito cometido y la sentencia dictada. Con mayor frecuencia las mujeres cometieron daños contra la salud (51%), seguido por secuestro (13%), robo (9%), homicidio (8%), violación (4%), falsificación de documentos (1%) y de otro tipo (10 por ciento).

Se determinó un perfil psicológico, en el que se incluyó la problemática familiar, presencia de depresión y violencia. Sobre la problemática familiar reflejaron adicción dentro de la familia (25%), agresión física o verbal (17%), desempleo o falta de dinero (40%) y celos o infidelidad (18 por ciento).

Las mujeres presentaban depresión severa (20%), moderada o leve (33%) y depresión alta (47%). Además niveles muy altos de violencia intrafamiliar (78%) y ellas mismas habían sufrido violencia grave (22%). También se encontró historia de consumo de alcohol y drogas previo al encarcelamiento, con consumo abusivo de alcohol (33%), y consumo de drogas (71%). En estas usuarias de drogas, se detectó consumo excesivo (42%), y las sustancias fueron analgésicos (40.5%), la cocaína (9.5%) y tranquilizantes (7 por ciento).

Respecto a factores clínicos, se encontró que a mayor presencia de síntomas de depresión, se cometían delitos contra la salud que iban de 49 a 61% en los diferentes niveles de depresión. Ésta variaba en aquellas con hijos que convivían con ellas y las que no los tenían, siendo mucho mayor en las mujeres que reportaron no tenerlos.

El más reciente estudio es la investigación de Pulido y cols. (2009), quienes realizaron una investigación con el fin de determinar la frecuencia de los síntomas depresivos en una muestra de mujeres recluidas en dos prisiones del estado de Veracruz: los penales de Pacho Viejo y Fortaleza San Carlos, a fin de identificar factores sociodemográficos asociados con estos síntomas.

Realizaron un estudio exploratorio y descriptivo en mujeres de 18 a 50 años, aplicando la escala de depresión de Hamilton y su puntaje se relacionó con las características sociodemográficas de las participantes (edad, estado marital, número de hijos, actividad laboral dentro del penal y número y frecuencia de visitas que recibía) y su situación jurídica, tipo de delito y tiempo de sentencia. Entre sus resultados más importantes se encuentran que todas las mujeres estudiadas en ambos penales presentaron síntomas depresivos. Se encontró un mayor puntaje de depresión en las mujeres con hijos que en las que no los tenían (25.3 ± 0.9 frente a 21.8 ± 1.3 ; $P < 0.05$); el grupo de mujeres que recibía visitas semanalmente presentó un puntaje (15.0 ± 1.3) significativamente menor que los grupos restantes ($F[4.46] = 30.7$; $P < 0.0001$). No se encontraron diferencias significativas asociadas con estatus marital, situación laboral, la edad, tipo de delito y tiempo de sentencia.

Entre sus principales conclusiones se encuentran que los programas de readaptación social deben fomentar el contacto permanente de estas mujeres con hijos, familiares y amigos.

Conclusiones

Las diferencias por género en experiencias de hombres y mujeres en prisión y el acceso a servicios y actividades, generalmente muestra discriminación hacia las mujeres presas. Un tema que resalta y es evidente es que las condiciones de las prisiones de mujeres son peores que las deplorables condiciones de las prisiones de varones. 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 por algún custodio, las mujeres en prisión parecen tener, por mucho, peores condiciones que los varones en los reclusorios. La presencia en sus historias de vida de abuso sexual reiterado, desde la infancia hasta la vida adulta coloca a las mujeres en mayor riesgo de presentar síndromes de estrés postraumático, además de la presencia crónica de síntomas depresivos o el abuso de sustancias para aminorar el malestar provocado por las experiencias violentas recibidas.

Recomendaciones

La estancia de las mujeres en prisión debe considerarse como un espacio privilegiado de intervención para disminuir riesgos y daños por el consumo de sustancias adictivas. Basándonos en las recomendaciones propuestas por el National Institute of Drug Abuse (NIDA; 2007) podemos concluir que:

1. El abuso de sustancias psicoactivas es un problema de salud que afecta funciones cognitivas, conductuales y fisiológicas que contribuyen a su uso continuado y por tanto, requiere de ayuda para superar el consumo, más aún en la población que se encuentra en prisiones.
2. La recuperación de la adicción requiere tratamiento efectivo y evaluado.

3. El tratamiento deberá durar lo suficiente a fin de que la mujer, en este caso, pueda aprender nuevas habilidades para evitar el uso de las sustancias y no reincidir en la conducta que la llevó a la prisión.
4. Es necesario que en todos los centros de readaptación social femeniles en México se realicen evaluaciones rutinarias en torno al consumo de sustancias. Además, hay que valorar los problemas que la literatura nos reportó vinculados con el uso tales como: depresión, violencia en todas sus manifestaciones, estrés postraumático, impulsividad, pero también déficits que las mujeres pueden venir arrastrando a lo largo de la vida como el déficit de atención, impulsividad y carencia de un entorno saludable.
5. La intervención en las prisiones podría incluir la reducción del daño como estrategia, dado que en un gran porcentaje las mujeres de los estudios revisados han iniciado su consumo antes de ingresar y éste puede agravarse simplemente como consecuencia del encierro.
6. El personal técnico penitenciario podría trabajar con el personal de salud de las prisiones a fin de monitorear y coadyuvar en la prevención de recaídas.
7. El espectro de problemas en salud mental que presentan las mujeres en prisión de manera comórbil con el abuso de sustancias, requiere de un enfoque de tratamiento integrado donde el uso de medicamentos no sea desechado, pero si cuidadosamente vigilado para evitar nuevas dependencias a sustancias.
8. Se necesitan nuevas investigaciones en donde se incluya también al personal que labora en las prisiones, tomando en consideración que no sólo las mujeres presas pueden presentar problemas con el abuso de sustancias y la salud mental, sino todas las personas que comparten el ambiente carcelario. De esta manera el ambiente de prisión podría, en la medida de lo posible, contar con condiciones más favorables.

Referencias

- Azaola E., *El delito de ser mujer. Hombres y mujeres homicidas en la ciudad de México: historias de vida*. CIESAS y Plaza y Valdez, 1996, México.
- Azaola E., Nuevas tendencias de la criminalidad femenina. En Del Olmo R., *Criminalidad y criminalización de la mujer en la región andina*, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo PNUD, Comisión Andina de Juristas, Fundación José Félix Ribas. Nueva Sociedad, 1998, Venezuela, pp. 35-48.
- Azaola E., Género y justicia penal en México, 2007, <http://www.dplf.org/uploads/1190750270.pdf>
- Azaola E., Las mujeres en el sistema de justicia penal y la antropología a la que me adhiero. *Cuadernos de Antropología Social*, 2005, 22:11–26.
- Colmenares E., Romero M., Rodríguez E., Durand A., Zaldívar G., La doble marginalidad: niñas infractoras y consumo de sustancias psicoactivas. *Género y Salud en Cifras*, 2007, 5(1): 7-13.
- Cravioto P., Medina-Mora M. E., De la Rosa B. Galván F., Tapia-Conyer R., Patrones de consumo de heroína en una cárcel de la frontera norte de México: Barreras de acceso a tratamiento. *Salud Pública de México*, 2003, 45(3):181-190.
- Cuevas A., Mendieta R., Salazar E., *La mujer delincuente bajo la ley del hombre*, Pax México. Librería Carlos Césarman, 1992, México.

- DEMAC, Libertad en la palabra. Antología DEMAC. Literatura Carcelaria. Documentación y Estudios de Mujeres, A.C. 2000, México.
- DEMAC, Liberando historias, Literatura Carcelaria femenina. Tomo I. Documentación y Estudios de Mujeres, A.C. 2007, México.
- DEMAC, Fragmentos de dignidad, Vidas de mujeres en prisión, Documentación y Estudios de Mujeres, A.C., 2010, México.
- Durand A.L., Experiencias de abuso sexual en la infancia y consumo de sustancias adictivas en mujeres internas en centros de procuración de justicia del Distrito Federal. 1-108, México, Universidad Nacional Autónoma de México, 2004.
- Galván J., Romero M., Rodríguez E., Durand A., Colmenares E., Saldívar G. La importancia del apoyo social para el bienestar físico y mental de las mujeres reclusas. *Salud Mental*, 2006, 29(3):68-74.
- Lima Malvido M.L., *Criminalidad femenina. Teorías y reacción social*, Porrúa, 3ª ed. corregida y aumentada, 1988, México.
- Makowsky S., Las flores del mal. Identidad y resistencias en las cárceles de mujeres. Tesis de maestría. FLACSO, 1994, México.
- Makowsky S., Identidad y subjetividad en cárceles de mujeres. *Revista de estudios sociológicos*. 1995, 14. El Colegio de México.
- Martínez P., Carabaza R., Hernández A., Factores de riesgo pre disponibles a la delincuencia en una población penal femenina, *Enseñanza e Investigación en Psicología* 2008, 13(2):301-318.
- Medina-Mora M.E., Perspectivas para las políticas públicas sobre abuso de sustancias psicoactivas en mujeres marginales. *Género y Salud en Cifras*, 2007, 5(1): 27.
- Mier y Terán M. C., Schnaas L., Vargas G., Belsasso G., Farmacodependencia en una cárcel de mujeres en la ciudad de México, *Cuadernos Científicos CEMEF*, 1974, 1, Publicación de Trabajos de Investigación, I, Nov.: pp. 67-97.
- NIDA, *Principles of Drug Abuse treatment for criminal justice populations*, National Institutes of Health. U.S., Department of Health, 2007, EUA.
- Núñez Miranda C., Las mujeres indígenas presas por delitos contra la salud, Tesis de doctorado en Pensamiento y Cultura en América Latina en el Instituto de Pensamiento y Cultura en América Latina, 2004, México.
- Núñez Miranda C., *Deshilando condenas, bordando libertades*, Video realizado por el Grupo de estudios sobre la mujer Rosario Castellanos A.C. y el Instituto Nacional de las Mujeres, 2005, México.
- Pérez Reverte A., *La reina del sur*, Alfaguara, España, 2002.
- Pulido-Criollo F., Rodríguez-Landa J.F., Colorado-Martínez M.P., Factores sociodemográficos asociados con los síntomas depresivos en una muestra de mujeres reclusas en dos prisiones de México. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 2009, 26 (3):209-215.
- Rodríguez E., Romero M., Durand-Smith A., Colmenares E., Saldívar G., Experiencias de violencia física ejercida por la pareja en las mujeres en reclusión, *Salud Mental*, 2006,29(2):59-67.
- Romero M., Estudio de las adicciones en mujeres y su relación con otros problemas de salud mental, Tesis para la obtención del grado de doctora en antropología, Instituto de Investigaciones Antropológicas, Facultad de Filosofía y Letras, 1998, UNAM.

- Romero M., Aguilera R.M., ¿Por qué delinquen las mujeres? Perspectivas teóricas tradicionales. Parte I, *Salud Mental*, 2002, 25(5): 10-22.
- Romero M., ¿Por qué delinquen las mujeres? Vertientes analíticas desde una perspectiva de género. Parte II, *Salud Mental*, 2003, 26(1):32-41.
- Romero M., *Mujeres y prisión: Una mirada a su salud Mental*, Liberaddictus, México, 2004.
- Romero M., Women in prison with alcohol problems: Why gender-responsive policies matter, *Contemporary Drug Problems*, 2007,34: 411-426.
- Romero M., Rodríguez E., Durand A., Colmenares E., Zaldívar G., Mujeres en prisión y abuso de sustancias adictivas. *Género y Salud en Cifras*, 2007,5(1): 14-20.
- Romero M., Durand A., Abuso de sustancias adictivas en mujeres marginales, aspectos metodológicos relacionados con su estudio, *Género y Salud en Cifras*, 2007,5(1) 3-6.
- Romero M., Durand A., *Mujeres, prisión y drogas. Intervención desde la perspectiva de género y la reducción del daño*, Instituto Nacional de Psiquiatría, Fundación Río Arronte, 2007, México.
- Saldívar G., Romero M., Rodríguez E., Durand-Smith A., Colmenares E., Perception of mutual violence in incarcerated women's intimate partner relationship in México City. *International Journal of Prison Health*, 2006, 2(1):35-47.
- Scherer J., *Máxima Seguridad. Almoloya y Puente Grande*, Nuevo Siglo, Aguilar, 2001, México.
- Torres P., *Mujeres asesinas*, 2008. Sitio oficial. [http:// www.mujeres asesinas.tv/](http://www.mujeres asesinas.tv/)

Autor	Título	Año	Temática	Método	Población
Mier y Terán C., Schnaas K., Vargas C., Belsasso G.	Farmacodependencia en una cárcel de mujeres en la ciudad de México.	1974	Conocer el panorama de la farmacodependencia en mujeres delincuentes; movilidad social, ingresos personales y familiares; estabilidad de estructura familiar y características de personalidad.	Investigación cuantitativa realizada a través de cuestionarios y pruebas psicológicas.	24 mujeres adictas de un centro penitenciario y dos grupos control con características semejantes al grupo de interés.
Azaola Garrido E., José Yacamán C.	Las mujeres olvidadas. Un estudio sobre la situación actual de las cárceles de mujeres en la República Mexicana.	1996	El delito y las circunstancias bajo las cuales lo cometieron; el trato que recibieron ella y sus familiares por parte de la policía en el momento de la detención.	Combinación de técnicas de trabajo derivadas de las ciencias sociales que abarca desde el análisis de documentos hasta la investigación de campo (observación, grupos focales) y la aplicación de cuestionarios, entrevistas abiertas y el análisis estadístico.	2 424 mujeres. Estudio sobre los establecimientos penitenciarios del Distrito Federal; la zona norte (Tijuana, Reynosa, Matamoros, Monterrey) zona sur (Tuxtla Gutiérrez, Morelia, Jalapa y Veracruz, Acapulco); zona centro (Puebla, Cuernavaca, Nezahualcóyotl, Tlalnepantla), Guadalajara.
Azaola Garrido E.	El delito de ser mujer. Hombres y mujeres homicidas en la ciudad de México.	1996	Relatos de vida.	Historias de Vida.	Hombres y mujeres que han cometido homicidios.

Autor	Título	Año	Temática	Método	Población
Romero M.		1998	Relatos de mujeres pertenecientes a un grupo social no dominante; constituyó una fuente rica de conocimiento de valores contra hegemónicas porque revelan la realidad de las vidas que desafían o contradicen las reglas genéricas.	Historia de vida.	21 niñas menores infractoras, mujeres ubicadas en prisión, mujeres en centros de tratamiento y mujeres en grupos de autoayuda.
Romero M., Aguilera R.	¿Por qué delinquen las mujeres? Parte I. Perspectivas teóricas tradicionales.	2002	Conocer qué tipo de delitos e infracciones prevalecen más en las mujeres y revisar el estado de conocimiento en torno a las teorías O.	Revisión documental. Ensayo.	Mujeres delincuentes.
Romero M.	¿Por qué delinquen las mujeres? Parte II. Vertientes analíticas desde la perspectiva de género.	2003	El objetivo del presente trabajo es describir y analizar de qué forma se puede comprender, desde la perspectiva de género, la criminalidad femenina, al tomar en consideración cuatro ejes analíticos: poder, controles, violencia y equidad.	Revisión documental. Ensayo.	Mujeres delincuentes.
Cravioto P., Medina-Mora ME., De la Rosa B., Galván F., Tapia-Conyer R.	Patrones de consumo de heroína en una cárcel de la frontera norte de México: Barreras de acceso a tratamiento.	2003	Se describieron características sociodemográficas y patrón e historia de consumo.	Investigación cuantitativa, transversal por encuesta.	Mujeres usuarias de heroína del CERESO de Ciudad Juárez, Chihuahua.

Autor	Título	Año	Temática	Método	Población
<p>Romero M. (compiladora). Libro. Autores de capítulos: Ortiz, Rodríguez E., Galván J., Colmenares E., Ramos L., Arango de Montis I., Durand A., Medina-Mora M.E., Romero M.</p>	<p>Mujeres en prisión: una mirada a su salud mental.</p>	<p>2004</p>	<p>El objetivo del libro es dar cuenta de diversos temas vinculados con la delincuencia femenina:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trastorno por déficit de atención e hiperactividad y el desarrollo infantil. • Diversas formas de explotación infantil y su impacto en la salud mental. • Las mujeres y la depresión. • La mujer maltratada por su pareja íntima. • La sexualidad de las mujeres en prisión. • Abuso sexual y sus consecuencias en la salud mental. • Las mujeres y el abuso de sustancias • La reducción del daño por el abuso de drogas en mujeres . 	<p>Revisión documental y ensayos.</p>	<p>Mujeres en prisión.</p>
<p>Rodríguez E., Romero M., Durand A., Colmenares E., Zaldívar G.</p>	<p>Experiencias de violencia física ejercidas por la pareja en mujeres en reclusión.</p>	<p>2006</p>	<p>Describir los tipos de violencia física ejercida por la pareja sentimental antes de ingresar al reclusorio en un grupo de mujeres ubicadas en prisión.</p>	<p>Estudio transversal, cuestionario y entrevista semi-estructurada.</p>	<p>213 mujeres del Centro Preventivo Femenil Oriente y el Centro de Readaptación Social Femenil Tepepan.</p>
<p>Galván J., Romero M., Rodríguez E., Durand A.</p>	<p>La importancia del apoyo social.</p>	<p>2006</p>	<p>Identificar las principales fuentes de apoyo social en las mujeres presas de dos centros penitenciarios e indagar si la presencia o ausencia de apoyo social tiene un impacto sobre el bienestar físico y mental.</p>	<p>Estudio transversal, cuestionario y entrevista semi-estructurada.</p>	<p>213 mujeres del Centro Preventivo Femenil Oriente y el Centro de Readaptación Social Femenil Tepepan.</p>

Autor	Título	Año	Temática	Método	Población
Zaldívar G., Romero M., Rodríguez E., Durand A., Colmenares E.	<i>Perception of mutual violence in incarcerated women's intimate partner relationships in Mexico City.</i>	2006	El propósito de este artículo fue determinar el grado de violencia física recibida e infringida en sus relaciones de pareja en los últimos dos años en una muestra de mujeres en prisión. Más de la mitad de mujeres reportaron haber sufrido algún tipo de violencia a manos de sus parejas alguna vez en la vida. En los dos últimos años, una de cada cuatro vivió episodios de violencia.	Estudio transversal, cuestionario y entrevista semi-estructurada.	213 mujeres del Centro Preventivo Femenil Oriente y el Centro de Readaptación Social Femenil Tepepan.
Colmenares E., Romero M., Rodríguez E., Durand A., Zaldívar G.	La doble marginalidad: niñas infractoras y consumo de sustancias adictivas.	2007	Descripción de las causas o motivos por los cuales las menores infractoras pierden su libertad, describir la frecuencia del consumo de sustancias psicoactivas.	Estudio transversal, cuestionario y entrevista semi-estructurada.	73 menores infractoras.
Romero M., Rodríguez E., Durand A., Colmenares E., Zaldívar G.	Mujeres en prisión y abuso de sustancias adictivas.	2007	Describir la frecuencia y el patrón de consumo de drogas médicas e ilegales, alguna vez en la vida y actual. Además se describen los delitos cometidos, los problemas asociados con el consumo, la dependencia y el uso de drogas intravenosas.	Estudio transversal, cuestionario y entrevista semi-estructurada.	213 mujeres del Centro Preventivo Femenil Oriente y el Centro de Readaptación Social Femenil Tepepan.
Romero M.	<i>Women in prison with alcohol problems: why gender responsive policies matter.</i>	2007	Describir el consumo de alcohol de un grupo de mujeres en prisión.	Estudio transversal, cuestionario y entrevista semi-estructurada.	213 mujeres del Centro Preventivo Femenil Oriente y del Centro de Readaptación Social Femenil Tepepan.

Autor	Título	Año	Temática	Método	Población
Martínez P., Carabaza R., Hernández A.	Factores de riesgo predisponentes a la delincuencia en una población penal femenina.	2008	Establecer las relaciones causales de las conductas delictivas en mujeres.	Estudio no experimental, transversal, descriptivo y correlacional.	200 mujeres del Centro de Re- habilitación Social (CERESO) del estado de Morelos (México).
Pulido-Criollo F., Rodríguez-Landa J.F., Colorado- Martínez M.P.	Factores sociodemográficos asociados con los síntomas depresivos en una muestra de mujeres recluidas en dos prisiones de México.	2009	Determinar la frecuencia de los síntomas depresivos, los factores sociodemográficos asociados con estos síntomas.	Estudio exploratorio y descriptivo.	Mujeres en prisiones del estado de Veracruz: los penales de Pachco Viejo y Fortaleza San Carlos.

El consumo de drogas en el embarazo en México

Énfasis en el alcohol

Francisco Páez Agraz

Introducción

Los procesos de concepción, gestación y parto experimentados por la mujer, así como el desarrollo fetal y la transición de la situación intra a extra uterina vivida por el producto, son complejos. Todos están sujetos a una interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales que distan mucho de ser entendidos con base en la evidencia científica disponible.

La situación de gestación para la mujer implica actualmente, por un lado, el reconocimiento de que requiere de niveles de soporte social variable para garantizar acceso a servicios médicos, adecuada alimentación, niveles mínimos de seguridad social que favorezcan el desarrollo óptimo del producto y bienestar de la madre. Este escenario deseable está limitado por desventajas económicas, sociales y culturales.

Al mismo tiempo, la responsabilidad del resultado del proceso y de la gestación, ha sido transferida a la mujer en lo individual. El énfasis en el cuidado de la propia salud como deber, tiene serias implicaciones y consecuencias que pueden ocurrir por conductas o riesgos ejecutados durante el embarazo, exista o no conocimiento de una relación causa-efecto negativo, que le son adjudicados a la mujer como individuos.

Estos aspectos son particularmente relevantes cuando se pretende proponer políticas públicas relacionadas con el consumo de alcohol y drogas ilícitas en el embarazo (Lemus, 2009).

Consumo de drogas y alcohol en el embarazo

El consumo de productos naturales o derivados artesanales con efectos psicotrópicos (alcohol, tabaco, marihuana, opio, hoja de coca y hongos, entre muchos) ha sido demostrado a partir del estudio del desarrollo de la humanidad en su fase civilizada, estimada en un periodo de 20 000 años. No es fácil descartar la probabilidad de su consumo en épocas anteriores.

En la época moderna, con el desarrollo de la ciencia y la tecnología, se aislaron las moléculas que producen en forma directa el efecto psicotrópico. Además, la misma tecnología para desarrollar nuevos medicamentos ha sido utilizada para diseñar nuevas drogas psicotrópicas, con fines lícitos o no (Villanueva, 2001).

El consumo de sustancias psicoactivas se ha incrementado en mujeres en los últimos 50 años y esta tendencia parece continuar. Otros capítulos de este libro abordan el fenómeno de manera más amplia.

El sustento científico de las consecuencias del consumo de otras sustancias psicoactivas (sobre todo ilegales) en el embarazo es limitado por razones metodológicas. En la tabla 1 se describen los efectos de las drogas ilegales más utilizadas sobre la gestación o el desarrollo del producto (Greenough y Kassim, 2005).

La evidencia científica para la persona que consume estas sustancias es más limitado que para el alcohol, debido al consumo múltiple de éste y a la mayor dificultad para establecer la asociación específica entre exposición al agente y efecto.

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.

Tabla 1. Drogas y Embarazo

Droga	Efectos sobre el embarazo	Efectos sobre el producto
Marihuana	Parto prematuro.	<ul style="list-style-type: none"> • Fertilidad disminuida (por el consumo masculino). • Bajo peso al nacer. • No se ha demostrado que se asocie a mayor número de defectos al nacer. • Puede asociarse a efectos de supresión perinatal. • Puede tener consecuencias en el desarrollo posterior.
Cocaína	<ul style="list-style-type: none"> • Parto prematuro. • Desprendimiento de placenta. • Riesgo incrementado de aborto. 	<ul style="list-style-type: none"> • Bajo peso al nacer. • Síndrome de supresión al nacer. • Reducción en diámetro craneal. • Defectos congénitos (anormalidades cerebrales, deformidad craneal, facial, ocular, cardíaca, en extremidades, intestinos, genitales y tracto urinario). Ninguna específica descrita para el consumo de ésta sustancia. • Problemas en el desarrollo ulterior.
Anfetaminas y Extasis	<ul style="list-style-type: none"> • Aborto. • Parto prematuro. 	<ul style="list-style-type: none"> • Bajo peso al nacer • Síndrome de supresión neonatal • No se ha asociado a defectos congénitos al nacer • Problemas en el desarrollo a largo plazo.
Opioides	<ul style="list-style-type: none"> • Síndrome de abstinencia en el parto. 	<ul style="list-style-type: none"> • Bajo peso al nacer. • Síndrome de supresión neonatal.

Fuente: Greenough y Kassim, 2005.

La teratogénesis: descripción

Los efectos que produce un elemento del medio ambiente sobre el embarazo y el producto son difíciles de establecer de manera definitiva. Su estudio científico serio arrancó a nivel mundial con el caso de la Talidomida; este medicamento fue comercializado como hipnótico-sedante, pero a la postre produjo un cuadro de malformación congénita serio, caracterizado por la aplasia de las extremidades superiores e inferiores. Más de 20 000 recién nacidos/as resultaron afectados/as (Mc Bride, 1961). A partir de entonces los agentes que pueden afectar el desarrollo del producto (medicamentos, alimentos, productos químicos, emisiones de energía, entre otros muchos) reciben una evaluación y seguimiento para detectar teratogénesis por parte de entidades públicas, educativas o asociaciones científicas.

Las limitaciones metodológicas para el estudio científico del tema que nos ocupa, requieren una breve descripción para sustentar el discurso.

En primer término, la mayoría de los embarazos en el mundo se producen de manera fortuita y la mujer puede exponerse a múltiples sustancias antes de saber de su estado gestante. Se estima que 86% de las mujeres consumen por lo menos un medicamento durante el embarazo. El control de la exposición a factores de otra índole (contacto con contaminantes ambientales, metales pesados, infecciones, etcétera) es todavía más difícil de estimar.

En México, está reportado que la mujer gestante consume “remedios” dirigidos a molestias generales y asociadas con el embarazo en particular. Entre éstas se mencionaron las siguientes: manzanilla, romero, hierbabuena, té de las siete flores, albahaca, comino, limón, orégano, hojas de guayaba, té de maíz, ruda, flores de noche buena y poleo ingeridas solas o combinadas.

La manzanilla contiene proazulenos, terpenos, flavónicos, taninos, alcanfor, y cumarinas, sustancias de reconocidos efectos antiinflamatorios, antisépticos y antiespasmódicos. En algunas literaturas se recomienda su uso moderado durante el embarazo, y en otras se menciona como contraindicada durante el embarazo (Villanueva, 2001).

Entre 3 y 5% de embarazos terminan con algún defecto al nacimiento. Para establecer la asociación causal de un factor con defectos en el nacimiento se requiere cumplir con criterios mínimos. En la tabla 2 se describen los principios aceptados que rigen la teratología como rama de la ciencia (Wilson, 1977).

Tabla 2. Principios de la Teratología

La susceptibilidad a la teratogénesis depende del genotipo de individuo y la manera en la que interactúa con factores ambientales.
La susceptibilidad a agentes teratogénicos varía de acuerdo con el estado de desarrollo en el momento de la exposición.
Los agentes teratogénicos actúan sobre vías específicas (mecanismos) sobre células y tejidos para iniciar una embriogénesis anormal (patogénesis).
Las manifestaciones finales del desarrollo anormal son la muerte, la malformación, el retardo en el crecimiento y el trastorno funcional.
El acceso de influencias ambientales adversas a los tejidos, depende de la naturaleza de las influencias (del agente).
Las manifestaciones de un desarrollo anormal se incrementan de acuerdo con el incremento en la dosis, desde una ausencia de efecto al nivel letal total.

* Fuente: Wilson, 1977

No es ético hacer investigación con el objetivo de establecer los efectos de una molécula o intervención sobre el proceso de embarazo y/o sus efectos sobre el producto. La investigación clínica con fines de autorización, enfatiza que la participación de mujeres en investigación clínica requiere el uso de métodos anticonceptivos eficaces (para la consulta de los procedimientos aprobados para la investigación clínica de nuevas drogas, en donde se advierte este asunto: <http://www.fda.gov/BiologicsBloodVaccines/DevelopmentApprovalProcess/InvestigationalNewDrugINDorDeviceExemptionIDEDevelopmentApprovalProcess/ucm094300.htm>).

Espectro de trastornos por alcohol sobre el feto (ETAF):

Descripción (Hoyme, May, Kalberg y cols., 2005).

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 incluye, de acuerdo con la clasificación del Instituto de Medicina de Canadá modificados, son:

- Síndrome por alcohol fetal (SAF) CON exposición materna al alcohol confirmada.
- Síndrome por alcohol fetal (SAF) SIN exposición materna al alcohol confirmada.
- Síndrome por alcohol fetal parcial (SAFP) CON exposición materna al alcohol confirmada.
- Defectos congénitos relacionados con el alcohol (DCRA)
- Trastornos en el neuro-desarrollo relacionados con el alcohol (TNRA)

El SAF es la variante más fácil de reconocer clínicamente y es la principal causa no genética de discapacidad intelectual en el mundo occidental. Además del consumo confirmado de alcohol por parte de la madre debe haber:

- a) Evidencia de un patrón característico de anomalías faciales menores, incluyendo al menos 2 de las siguientes:
 - Acortamiento de la fisura palpebral (\leq Percentil 10).
 - Borde del mermix labial superior delgado (de acuerdo con la guía labio/filtrum)
 - Filtrum suave (de acuerdo con la guía labio/filtrum)
- b) Evidencia de retraso en el crecimiento prenatal y/o posnatal:
 - Talla o peso en percentil ≤ 10 , ajustado para normas raciales si están disponibles.
- c) Evidencia de crecimiento cerebral deficiente o morfogénesis anormal, incluyendo ≥ 1 de los siguientes:
 - Anormalidades cerebrales estructurales.
 - Circunferencia craneal ≤ 10 percentil.

Cuando se cumplen los criterios anteriores pero no se confirma el consumo de alcohol se asigna el diagnóstico de SAF sin consumo confirmado. El SAFP requiere diagnóstico cuando se cumple el criterio "a", y al menos uno de los criterios "b" o "c", o bien un patrón de alteraciones en la conducta o en el desempeño de funciones neuropsicológicas específicas.

Para diagnosticar DCRA, debe estar presente el criterio "a" y una de las malformaciones congénitas asociadas con el alcohol (consultar la bibliografía fuente para mayor especificidad).

Finalmente, el diagnóstico de TNRA debe estar cumplido el criterio "b" y el patrón de alteraciones en la conducta o en el desempeño de funciones neuropsicológicas específicas. Consumo de alcohol en el embarazo y epidemiología del ETAF en población mexicana.

El consumo de alcohol durante el embarazo es variable de acuerdo con patrones sociales y culturales de diversa índole. En las naciones islámicas prácticamente no se da porque la religión prohíbe el consumo de alcohol. Por otro lado, en ciertos países el consumo de alcohol en el embarazo acarrea problemas legales a las mujeres que lo hacen (Badry, 2009).

En México no existe regulación explícita al respecto. El estudio científico del tema es limitado, con predominio de análisis de sub poblaciones dentro de las encuestas nacionales de adicciones. Aunque se investiga sobre el resultado del parto, es difícil construir bajo esta metodología una aproximación a la incidencia y prevalencia del ETAF.

Destaca el estudio de Borges, López-Cervantes, Medina-Mora, Tapia-Conyer y cols. (1993), quienes encontraron que de un total de 7 710 mujeres entrevistadas, 16.8% refirió haber consumido alcohol durante su último embarazo. Respecto al resultado del embarazo, 3.8% terminó en aborto espontáneo, 1.2 en muerte intrauterina y 1.1% en malformaciones congénitas. La presencia de indicadores de dependencia al alcohol durante el embarazo tuvo una razón de momios de 4.51 para predecir parto prematuro y 16.29 bajo peso al nacer.

Otro estudio de Berenzon, Romero, Tiburcio, Medina-Mora y cols. (2007) reseña a mujeres que acudieron a centros de tratamiento para el consumo de alcohol; encontraron que el parto prematuro y las malformaciones congénitas fueron significativamente más frecuentes en mujeres que aceptaron haber consumido alcohol durante el embarazo.

Montesinos, Altuzar y Benitez (2004) reportaron el resultado de la exploración del consumo de alcohol en dos unidades de medicina familiar del IMSS en Tapachula, Chiapas. Entrevistaron a 132 mujeres embarazadas de las cuales 45.5% reportó haber consumido bebidas alcohólicas. El dato no fue identificado en ningún caso por el médico familiar. No se reporta el resultado del embarazo.

Otra publicación, más distal del tema, es el estudio de Borges, Garrido, Cárdenas, Ibarra y cols. (1993): exploró la relación entre consumo de alcohol parental y muerte posneonatal. En este estudio, el consumo de alcohol de la madre durante el embarazo, la lactancia o en el último año no se asociaron con la muerte del/a niño/a en la edad definida.

En estudio Backstrand, Goodman, Allen y Peltó (2004) encontraron que el consumo de pulque en comunidades rurales durante el embarazo se asoció con una disminución en el crecimiento de talla y peso del mes 1 al 57. No especifican la presencia de ETAF.

Aunque el síndrome de abstinencia neonatal no se incluye entre los ETAF, constituye sin duda un problema asociado al consumo de sustancias en el embarazo, sobre todo cercano al momento del parto. Gutiérrez-Padilla, González-Garrillo, Gómez-Velazquez, De la Torre-Gutiérrez y cols. (2008) evaluaron la frecuencia del síndrome en una unidad de cuidados intensivos neonatales en hijos/as de madres con dependencia a sustancias en Guadalajara, Jalisco. De 2 628 neonatos/as ingresados/as en el periodo de evaluación, 92 (3.5%), desarrollaron el síndrome.

Se han publicado también estudios cualitativos relacionados con el consumo de alcohol en la gestación (Romero y Gómez, www.infoadictos.net; Vega y Gutiérrez, 1998) así como artículos de revisión relacionados indirectamente con el tema (Katz y Lascano-Ponce, 2008).

No se encontró algún estudio que evaluara explícitamente la prevalencia de ETAF en México.

Conclusiones

Propuesta de políticas públicas

De todas las acciones que pueden implementarse y afectan a la mujer que utiliza drogas, en definitiva la atención al consumo de alcohol y la identificación de sus consecuencias sobre los/as neonatos/as, es la más factible de ser implementada. Existen formas confiables para la medición

de la magnitud de sus efectos y cuentan con una adecuada relación costo efectividad a nivel social (Bhuvanewar, Chang, Epstein y Stern, 2007).

Recomendaciones generales y acciones específicas (Tabla 3).

- Prevención antes de la gestación: Campañas informativas y atención a mujeres con consumo problemático de alcohol que desean embarazarse (Elliott, Coleman, Suewongpat y Norris, 2008).
- Prevención durante el embarazo (Hicks, Sauve, Lyon, Clarke y cols., 2003): escrutinio clínico y de marcadores biológicos, así como tratamiento del consumo de alcohol durante la gestación.

Dos instrumentos han mostrado detectar de manera más adecuada el consumo de alcohol en el embarazo. El TWEAK (del inglés, tolerancia, preocupación, descubriendo el problema, amnesia e interrupción del consumo) y el TACE (Del inglés, Tolerancia, disgusto, interrumpir el consume y descubriendo el problema). La Organización Mundial de la Salud acepta que no existe una evaluación clínica óptima, pero sí que es importante explorar el consumo en el embarazo para facilitar el tratamiento.

Los marcadores biológicos del consumo de alcohol en el embarazo son complicados para implementar de manera generalizada.

- Prevención durante el parto: Equipo preparado para el nacimiento de un bebe con problemas congénitos potenciales
- Evaluación de presencia de etaf en el/la neonato/a: Entrenamiento de profesionales en la detección del etaf. Se requiere capacitación técnica específica para el reconocimiento de las entidades, no sólo al nacer sino a lo largo del desarrollo.
- Seguimiento del desarrollo de niños y niñas con etaf: Proveer los niveles de soporte necesarios para un adecuado desarrollo de niños y niñas con ETAF.
- Intervención posterior al parto sobre problemas relacionados con el alcohol en la madre para favorecer una mejor crianza.

En México existe la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, dirigida a la atención de la mujer durante embarazo, parto y puerperio y del/a recién nacido/a. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio. En ningún apartado de la misma se hace referencia al consumo de drogas ilícitas, alcohol o tabaco, aunque sí hace referencia a la valoración del riesgo-beneficio al prescribir medicamentos.

Por otro lado en la Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-1999, para prevención, tratamiento y control de adicciones, se menciona sólo marginalmente el síndrome de alcohol fetal; pero no hace referencia específica a las acciones de información e intervención cuando una mujer que consume drogas o alcohol resulta embarazada ni de las consecuencias que puede acarrear sobre el producto.

El consumo de alcohol y drogas suele estar asociado (consumo múltiple), Sin embargo, el énfasis en el objetivo de limitar en consumo de alcohol en la gestación, supera los beneficios de dirigirse en un mensaje público a todas las drogas.

No está demostrado que exista una cantidad de alcohol mínima o tiempo de consumo, por lo que el mensaje debe dirigirse a la abstinencia total del consumo en el embarazo.

La creación de un centro o unidad de estudio y seguimiento de mujeres gestantes con consumo de sustancias para México es importante para documentar variaciones poblacionales.

Los estudios de seguimiento de neonatos/as expuestos/as a drogas y/o alcohol en el embarazo en el proceso de desarrollo ulterior aportan información que favorece la prevención y también pueden permitir la intervención oportuna sobre los hallazgos que se encuentren.

Proponer que sea incluido de manera explícita en la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993 (Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del/a recién nacido/a. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio) la exploración sobre consumo de alcohol, tabaco y drogas ilícitas antes y durante la gestación y de ser afirmativo canalizar a servicios de atención a estas condiciones. De la misma manera, establecer la detección y reporte de los ETAF con fines de atención y prevención de complicaciones en el desarrollo.

Tabla 3. Propuesta de políticas públicas en México

Recomendación General	Acciones específicas
Prevención previa a la gestación	<ul style="list-style-type: none"> • + Campañas informativas. • + Atención a mujeres con consumo problemático de alcohol que desean embarazarse.
Prevención durante el embarazo	<ul style="list-style-type: none"> • Tamizaje clínico. • Detección de marcadores biológicos. • Tratamiento del consumo de alcohol durante la gestación.
Prevención durante el parto	<ul style="list-style-type: none"> • Equipo preparado para el nacimiento del producto con problemas congénitos potenciales.
Evaluación de presencia de ETAF en el/la neonato/a	<ul style="list-style-type: none"> • Entrenamiento de profesionales en la detección del ETAF.
Seguimiento del desarrollo de niños con ETAF	<ul style="list-style-type: none"> • Proveer los niveles de soporte necesarios para adecuado desarrollo de niños y niñas con ETAF.
Intervención posterior al parto en la mujer	<ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento de problemas relacionados con el consumo problemático de la madre, observando necesidades para una mejor crianza de su hijo/a.

Referencias

- Backstrand J.R., Goodman A.H., Allen L.H. y Peltó G.H., Pulque intake during pregnancy and lactation in rural Mexico: alcohol and child growth from 1 to 57 months. *European Journal of Clinical Nutrition* 2004; 58:1626-1634.
- Badry D., Fetal Alcohol Spectrum Disorder Standards: Supporting Children in the Care of Children's Services. *First Peoples Child & Family Review* 2009; 4(1):47-56.

- Berenzon S., Romero M., Tiburcio M., Medina-Mora M.E. & Rojas E., Riesgos asociados al consumo de alcohol durante el embarazo en mujeres alcohólicas de la Ciudad de México. *Salud Mental* 2007; 30(1):31-38.
- Bhuvaneshwar C.G., Chang G., Epstein L.A. y Stern T.A., Alcohol Use During Pregnancy: Prevalence and Impact. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry* 2007; 9(6):455-460.
- Borges G., Garrido F., Cárdenas V, Ibarra J. & Bobadilla J.L., Parental Alcohol Consumption and Postneonatal Mortality. *Journal of Community & Applied Social Psychology* 1993; 3:17-27.
- Borges G., López-Cervantes M., Medina-Mora M.E., Tapia-Conyer R & Garrido F., Alcohol consumption, Low Birth Weight and Patern Delivery in the National Addiction Survey (Mexico). *The International Journal of Addictions* 1993; 28(4):355-368.
- Elliott L., Coleman K., Suewongpat A. y Norris S., Fetal Alcohol Spectrum Disorders (FASD): systematic reviews of prevention, diagnosis and management. *HSAC Report* 2008; 1(9).
- Greenough A. & Kassim Z., Effects of substance abuse during pregnancy. *The Journal of the Royal Society for the Promotion of Health* 2005; 125 (5): 212.
- Gutiérrez-Padilla J.A., González-Garrillo A.A., Gómez-Velazquez F.R., De la Torre-Gutiérrez M., Ávalos-Wizar L.M., García-Hernández H., Rodríguez-Medina D., López-Gallo L., Martínez-Verónica R., Hijos de madres adictas con síndrome de abstinencia en terapia intensiva neonatal. *Bol Mes Hosp Inf Mex* 2008; 65:276-281.
- Hicks M., Sauve R.S., Lyon A.W., Clarke M. y Tough S., Alcohol Use and Abuse in Pregnancy: An Evaluation of the Merits of Screening. *The Canadian Child and Adolescent Psychiatry Review* 2003; 12(3):77-91.
- Hoyme H.E., May P.A., Kalberg W.O., A Practical Clinical Approach to Diagnosis of Fetal Alcohol Spectrum Disorders: Clarification of the 1996 Institute of Medicine Criteria. *Pediatrics* 2005;115 (1):39-47.
- Katz G. y Lazcano-Ponce E., Intellectual disability: definition, etiological factors, classification, diagnosis, treatment and prognosis. *Salud Pública de México* 2008; 50 (suppl. 2): s132-s141.
- Lemus C., *The cultural history of pregnancy*, Tesis doctoral, Northern Illinois University. 2009.
- Mc Bride W.G., *Thalidomide and congenital anomalies*, Lancet, 1961, 2: 1358.
- Montesinos J.E., Altúzar M. y Benitez F., Alcoholismo durante el embarazo: un problema de salud subestimado. *Ginecol Obstet Mex* 2004; 72:508-514.
- Romero M. y Gómez C., La mujer embarazada con problemas de adicciones: consideración de género, investigación y tratamiento. *Perinatol. reprod. Hum* 1997;11(4):207-16, oct.-dic.
- Vega L. y Gutiérrez R., La inhalación deliberada de hidrocarburos aromáticos durante el embarazo de adolescentes consideradas de la calle. *Salud Mental* 1998; 21(2):1-9.
- Villanueva L.A., (2001), El embarazo desde una perspectiva farmacológica." *Rev Hosp Gral Dr M Gea González* 2001; 4:32-38.
- Wilson J.G., Current status of teratology. General principles and mechanisms derived from animal studies, en Wilson J.G., Fraser F.C., editores. *Handbook of Teratology. 1. General principles and etiology*. Nueva York: Plenum Press, pp. 47-74, 1977.

Autor	Título	Año	Temática	Método	Población
Borges y cols.	<i>Alcohol consumption, low birth weight, and preterm delivery in the national addiction survey (Mexico).</i>	1993	Consumo de alcohol y efectos perinatales.	Cuantitativo. Reanálisis de la encuesta nacional de adicciones.	5 234 mujeres mexicanas mayores de 18 años.
Borges y cols.	<i>Parental Alcohol Consumption and Postneonatal Mortality. Journal of Community & Applied</i>	1993	Consumo de alcohol en padres y mortalidad de 1 a 56 meses.	Cuantitativo. Casos y controles	Recién nacidos mexicanos: 157 casos y 468 controles.
Romero	La mujer embarazada con problemas de adicciones: consideración de género, investigación y tratamiento.	****	Testimonio de vida de una mujer-adicta-madre.	Cualitativo. Estudio de caso.	Una mujer mexicana.
Vega y cols.	La inhalación deliberada de hidrocarburos aromáticos durante el embarazo de adolescentes consideradas "de la calle".	1998	Consumos de inhalables en adolescentes en situación de calle.	Cualitativo. Entrevistas a profundidad y grupos focales.	84 adolescentes mexicanas en situación de calle.
Backstrand y cols.	<i>Pulque intake during pregnancy and lactation in rural Mexico: alcohol and child growth from 1 to 57 months.</i>	2004	Relación entre ingesta de pulque y crecimiento/peso en niños.	Cuantitativo. Descriptivo.	58 duplas madre/hijo mexicanos habitantes de zonas rurales.
Borges y cols.	<i>Alcohol consumption, low birth weight, and preterm delivery in the national addiction survey (Mexico).</i>	1993	Consumo de alcohol y efectos perinatales.	Cuantitativo. Reanálisis de la encuesta nacional de adicciones.	5 234 mujeres mexicanas mayores de 18 años.
Borges y cols.	<i>Parental Alcohol Consumption and Postneonatal Mortality. Journal of Community & Applied</i>	1993	Consumo de alcohol en padres y mortalidad de 1 a 56 meses.	Cuantitativo. Casos y controles	Recién nacidos mexicanos: 157 casos y 468 controles.

Autor	Título	Año	Temática	Método	Población
Romero	La mujer embarazada con problemas de adicciones: consideración de género, investigación y tratamiento.	1997	Testimonio de vida de una mujer-adicta-madre.	Cualitativo. Estudio de caso.	Una mujer mexicana.
Berenzon y cols.	Riesgos asociados al consumo de alcohol durante el embarazo en mujeres alcohólicas de la ciudad de México.	2007	Patrones de consumo de alcohol en mujeres y consecuencias en sus hijos.	Cuantitativo. Descriptivo.	200 mujeres que solicitaron tratamiento por consumo de alcohol.
Katz y cols.	<i>Intellectual disability: definition, etiological factors, classification, diagnosis, treatment and prognosis.</i>	2008	Identificación de discapacidad intelectual.	Revisión de la literatura.	No aplica.
Cutiérrez-Padilla y cols.	Hijos de madres adictas con síndrome de abstinencia en terapia intensiva neonatal.	2008	Síndrome de abstinencia neonatal en hijos de madres consumidoras de drogas.	Cuantitativo. Descriptivo.	2 628 neonatos de madres consumidoras de drogas.
Vega y cols.	La inhalación deliberada de hidrocarburos aromáticos durante el embarazo de adolescentes consideradas "de la calle".	1998	Consumos de inhalables en adolescentes en situación de calle.	Cualitativo. Entrevistas a profundidad y grupos focales.	84 adolescentes mexicanas en situación de calle.
Backstrand y cols.	<i>Pulque intake during pregnancy and lactation in rural Mexico: alcohol and child growth from 1 to 57 months.</i>	2004	Relación entre ingesta de pulque y crecimiento/ peso en niños.	Cuantitativo. Descriptivo.	58 duplas madre/hijo mexicanos habitantes de zonas rurales.
Montesinos y cols.	Alcoholismo durante el embarazo: un problema de salud subestimado.	2004	Confirmación de uso de alcohol en mujeres embarazadas.	Cuantitativo. Descriptivo.	132 mujeres mexicanas mayores de 18 años.

Nota: Sólo se incluyen los artículos dirigidos específicamente al tema de estudio en población mexicana. No se incluyen los artículos mexicanos que mencionan de manera distal la relación entre alcohol y embarazo. Las referencias de artículos internacionales sobre el tema se incluyen en el apartado de referencias bibliográficas del texto.

Codependencia: una revisión de sus distintas aproximaciones en México

Rodrigo A. Marín Navarrete,

Liliana B. Templos Núñez, Lorena Larios Chávez

Introducción

El panorama nacional e internacional reporta el crecimiento epidemiológico del consumo de sustancias psicoactivas y con éste el aumento en la prevalencia de trastornos relacionados con su consumo. Las implicaciones de los trastornos por uso de sustancias han sido durante mucho tiempo estudiadas por diversos grupos de investigadores/as en el mundo, dando así apertura a distintas líneas que pretenden indagar etiología, prevención, diagnóstico y pronóstico de estos padecimientos. Aunado a ello, se ha vislumbrado un fenómeno concomitante que no sólo impacta directamente a la rehabilitación del/a paciente adicto/a, sino que representa un problema en sí mismo ya que merma la salud integral de las personas que conviven y/o han convivido con una persona consumidora de sustancias. A este fenómeno se le ha llamado “codependencia”.

El fenómeno de la codependencia es por demás complejo y, al igual que el alcoholismo y la adicción a sustancias, puede analizarse desde diversas perspectivas o aristas; por ejemplo, desde la filosofía de los Doce Pasos y los Grupos de Ayuda-mutua hasta enfoques basados en evidencia científica, que inclusive denominan de distinta forma este fenómeno.

Asimismo, la relevancia de realizar una investigación documental en este tema, no solamente se circunscribe a la descripción y análisis del material publicado respecto a este fenómeno, sino también al desarrollo de una sensibilización con respecto al impacto en la salud pública que puede llegar a tener la no prevención y la no atención oportuna de las personas que conviven y/o convivieron con una persona consumidora de sustancias psicoactivas.

En virtud de lo expuesto anteriormente, se pretende desarrollar un análisis documental alrededor del concepto de codependencia y sus distintas aproximaciones, considerando para el desarrollo de éste: evolución histórica, origen de los grupos de ayuda-mutua para la atención de la codependencia, introducción del concepto en México, perspectiva de género, análisis de sus distintas aproximaciones científicas y, finalmente, se proponen recomendaciones y necesidades.

Desarrollo histórico del concepto de codependencia

El uso del término codependencia se ha incrementado en los últimos años y es difícil saber con precisión el momento en que se inician las relaciones codependientes; sin embargo, se ha observado que personas que se crían en familias disfuncionales donde predominan actitudes inadecuadas de padres y madres como sobreprotección o rechazo hacia algún hijo/a o hijos/as, dificultades conyugales que repercuten en los/las hijos/as con carencias afectivas y además tienen algún familiar con abuso de sustancias psicoactivas —cualquiera que sea— tienden a desarrollar conductas codependientes. En éstas la persona se involucra de manera obsesiva en tratar de resolver los problemas del/a otro/a, invirtiendo toda su energía en controlar la vida de

los/las demás perdiendo el control de su propia vida, de la cual sí tiene control (Lisansky, 1989; Frank y Kadison, 1992; Miller, 1994; Delgado, Pérez, 2004).

El origen del fenómeno de la codependencia tiene lugar tras la creación del primer grupo de Alcohólicos Anónimos (AA) en 1935 en Akron, Ohio. Las esposas de los integrantes de AA esperaban a que sus esposos salieran de sus juntas; al estar reunidas se percataron de su necesidad de hablar, dando origen al grupo de Al-Anon y al concepto de "co-alcoholismo" que más tarde evolucionaría al término de codependencia (Edmundson, Byrne y Rankin, 2000).

En un inicio, los programas de tratamiento de sustancias psicoactivas se centraron y dirigieron principalmente a la persona adicta dejando de lado a la familia, impidiendo obtener un tratamiento óptimo y exitoso. En un estudio con familiares cercanos a usuarios y usuarias de sustancias psicoactivas se encontró que éstos poseen mayor vulnerabilidad a presentar problemas de salud (Natera, Mora y Tiburcio, 1999), situaciones que se manifiestan a través de sufrimientos intangibles ante entornos de tensión y desesperanza. Por ello autores/as como Guevara (1993) sugieren que la inserción del concepto de codependencia se utiliza para calificar el padecimiento al que la familia de un/a alcohólico/a se ven expuestos. Asimismo, dicho/a autor/a hace hincapié en el cuidado del manejo de los términos, ya que éstos estructurarán el pensamiento y la conducta.

Por ello, el término "co-alcoholismo" resulta estar ligado exclusivamente a los y las integrantes de la familia que también son alcohólicos/as. No obstante, lo que muchas veces la familia comparte con el/la alcohólico/a es la dependencia; por lo tanto, ambos/as son dependientes: el/la adicto/a a la sustancia psicoactiva y el o la integrante de la familia al adicto o a la adicta, surgiendo así la relación codependiente (Zerwekh y Michaels, 1989). Sin embargo las relaciones codependientes no se presentan exclusivamente en los trastornos relacionados con el consumo de sustancias: se pueden presentar en la interacción con diversas enfermedades como diabetes, retraso mental, otro tipo de conductas compulsivas e impulsivas, cáncer, Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y trastornos de conducta alimentaria, entre otros (Blanco-Picabia y Antequera-Jurado, 1999 y Fuller y Warner, 2000).

Tabla de definiciones

Para desarrollar esta aproximación al término "codependencia" se realizó una recopilación de algunas definiciones obtenidas de las diferentes publicaciones revisadas, las cuales son condensadas en una tabla de definiciones de dicho concepto que se presenta a continuación (véase tabla 1).

Origen de los grupos de ayuda-mutua para la atención de la codependencia

Se menciona que, cuando las esposas de los miembros que iniciaron Alcohólicos Anónimos se reunían para esperar a sus esposos que asistían a las reuniones, se percataron de su propia necesidad de buscar un cambio.

Mientras esperaban, conversaban sobre sus propias dificultades y trataban de ayudarse mutuamente para buscar soluciones mediante la aplicación de los Doce Pasos de AA a sus propias vidas, dando apertura a formar otros grupos de ayuda-mutua (Central Mexicana de Servicios Generales de los Grupos de Familiares Al-Anon, A.C., 2005).

Tabla 1. Tabla de definiciones del término “codependencia”

Autor	Algunas definiciones de “codependencia”.
Cermak (1986)	La <i>codependencia</i> es una enfermedad de las relaciones intra o interpersonales.
Robert Subby (1991)	La <i>codependencia</i> es un estado emocional, psicológico y conductual desencadenado cuando un individuo ha estado expuesto prolongadamente a una serie de reglas opresivas, mismas que limitan la abierta expresión de sentimientos al igual que la expresa discusión de problemas personales e interpersonales.
Larsen (1984)	Son conductas aprendidas, autoderrotantes, o defectos de carácter que producen una disminución en la capacidad de iniciar o de participar en relaciones amorosas.
Haaken (1990)	La <i>codependencia</i> es un término diagnóstico que ha aumentado su uso en el ambiente clínico y de autoayuda; generalmente se refiere a una entidad particularmente común entre mujeres, basado en el cuidado y una excesiva responsabilidad por los/las demás.
Kellogg (1990)	La <i>codependencia</i> se distingue por la falta de relación con uno mismo, es por ello que la persona busca relacionarse de una manera enfermiza con los/las demás. En el fondo de la <i>codependencia</i> , como en el fondo de todas las adicciones hay un inmenso vacío.
Beattie (1991)	La <i>codependencia</i> es la manera en que la enfermedad afecta a otros miembros de la familia. Una persona codependiente es quien ha permitido que la conducta de otra persona le afecte y está obsesionada con controlar la conducta de esa persona.
Pérez y Delgado (2003)	La <i>codependencia</i> es un patrón de comportamiento que se caracteriza por mantener una relación con dependencia afectiva hacia una persona, la cual a su vez depende de otro objeto sea o no de tipo afectivo.
Hollis (1985)	El <i>codependiente</i> es la persona que es adicta a la adicción de otra persona.

Lois W. y su amiga Anne B., esposas de miembros fundadores de AA, se convirtieron en cofundadoras de la hermandad para las y los familiares y amigos/as de los/las alcohólicos/as. Junto con la ayuda de otros/as miembros pioneros/as, lograron consolidar estos grupos y brindar orientación, guía y servicio bajo el nombre de “Grupos de Familia Al-Anon”. Su literatura menciona que adaptan los Doce Pasos de AA, con el objetivo de ayudar al alcohólico y a sí mismas. Por otro lado, al ser una hermandad joven e inexperta recapitulan las Tradiciones de AA ajustadas a las necesidades de Al-Anon para registrarse bajo determinadas guías que consolidan a la hermandad (Central Mexicana de Servicios Generales de los Grupos de Familiares Al-Anon, A.C., 2005).

Los Doce Pasos fueron formulados de manera clara, asertiva y precisa; utilizan el tiempo pasado para compartir experiencias y brindar guía continua para la recuperación actual (Central Mexicana de Servicios Generales de los Grupos de Familiares Al-Anon, A.C., 2005). La literatura de Al-Anon explica que en los tres primeros Pasos, se trabaja la necesidad de aceptar e

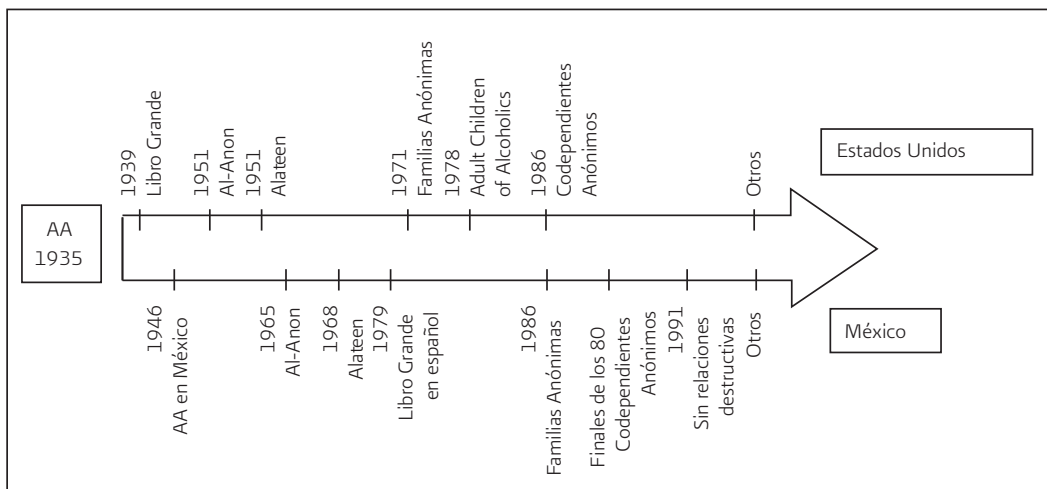
incorporar la ayuda de un Poder superior externo a la persona que guía sus pensamientos y acciones. Asimismo, estos tres pasos demuestran mantener una asociación activa y factible para incorporar dicho poder. Del Cuarto al Séptimo Paso se señala la manera de superar las faltas personales promotoras de la mayoría de los problemas. El Octavo y Noveno Paso buscan la reparación, aliviando los sentimientos de culpa y confusión. El Décimo Paso refuerza el autoconocimiento para continuar el reconocimiento de las faltas personales y el trabajo sobre ellas, considerando el esfuerzo en los Pasos anteriores. El Undécimo Paso profundiza en la relación con el poder superior mediante la oración y meditación. Por último, el Duodécimo Paso fomenta la práctica y aplicación de los Pasos, así como transmitir el mensaje a otras personas que se encuentren en situaciones similares extendiendo la ayuda (Central Mexicana de Servicios Generales de los Grupos de Familiares Al-Anon, A.C., 2005).

Ante la necesidad de mantener relaciones dependientes afectivas que obstaculizan la rehabilitación de la persona que depende de otro objeto, el programa de los Grupos de Familia Al-Anon es una fuente de inspiración para que surjan diversos grupos de ayuda-mutua que, en su mayoría, se rigen bajo los Doce Pasos y las Doce Tradiciones adaptados a sus respectivas finalidades. En la tabla 1 del anexo se presentan organizaciones de ayuda-mutua que de alguna forma están basadas en el programa de los Doce Pasos. Cada una de estas organizaciones, ofrece reuniones con otras personas con los mismos problemas; en sus sesiones los integrantes reportan compartir experiencias personales y trabajar bajo el programa de los Doce Pasos. Así se brindan un apoyo y comprensión de la enfermedad familiar, dando oportunidad a la recuperación a través del cambio de juicios y actitudes que favorezcan el crecimiento de su autoestima, desarrollando relaciones sanas y satisfactorias con las personas que les rodean.

Los grupos de Al-Anon y Alateen mencionan que su objetivo principal radica en ayudar, comprender, animar y ofrecer consuelo a familiares y amigos/as de alcohólicos/as, practicando como ya se ha dicho los Doce Pasos y las Doce Tradiciones. De esta forma, al menos estas dos organizaciones pioneras postulan no estar aliadas a ninguna religión, secta, entidad política, institución u organización, no apoyan ni combaten ninguna causa, y no existe cuota alguna para hacerse miembro. Esta situación ayuda a la organización a mantener intacta su razón de ser: “la ayuda-mutua”.

Por todo lo anterior, se puede concluir que los grupos de ayuda-mutua se formaron ante la necesidad real de compartir de manera personal las experiencias de vivir con un/a alcohólico/a manteniendo relaciones codependientes. No obstante, se revisaron las páginas *web* oficiales de otras organizaciones de ayuda-mutua cuyos objetivos también se encuentran centrados en la atención del familiar de la persona consumidora de sustancias, así como en la promoción de relaciones sanas: Adult Children of Alcoholics, Familias Anónimas, Codependientes Anónimos, Sin Relaciones Destructivas y Divorciados Anónimos (véase Figura 2).

Figura 1. Evolución histórica de grupos de ayuda mutua para la codependencia



Al-Anon, Alateen

Al-Anon está dirigido a las y los familiares más cercanos del alcohólico. A nivel mundial cuenta con 26 000 grupos en 131 países y en más de 34 idiomas (Al-Anon Family Group, 2004). Reportan que el primer grupo de Al-Anon que se forma en México es en 1965 por un miembro de AA en Mérida, Yucatán. En la actualidad existen 3 500 grupos oficiales de Al-Anon diseminados alrededor de la República Mexicana y se constituye como Asociación Civil bajo el nombre de Central Mexicana de Servicios Generales de los Grupos Familiares Al-Anon, A.C., en septiembre de 1973.

En Al-Anon, según la experiencia que reportan los y las miembros, se aprende a enfrentar la obsesión, la angustia, la ira, la negación y los sentimientos de culpa que la familia de las y los alcohólicos/as experimenta. Asimismo, refieren que al acudir al grupo, los y las miembros aligeran las cargas emocionales al compartir experiencias, fortalezas y esperanzas con el grupo. Dejan así de centrarse en la o el familiar alcohólico/a para ocuparse de sí mismos/as, descubriendo sentimientos de autoestima, amor y crecimiento espiritual. Ello genera un cambio en la actitud que beneficia la vida propia sobre la cual sí se tiene autoridad (Central Mexicana de Servicios Generales de los Grupos Familiares Al-Anon, A.C., comunicación personal, 11 de mayo, 2010).

Ante el éxito y aceptación de los grupos Al-Anon, en 1957 la literatura de Alateen menciona que un estudiante de secundaria de California, EUA, sintió la necesidad de compartir sus experiencias con otros jóvenes instaurando los grupos de "Alateen" (Central Mexicana de Servicios Generales de los Grupos de Familiares Al-Anon, A.C., 2005). Esta hermandad se integra con adolescentes de 12 a 18 años cuyas vidas han sido afectadas por el consumo excesivo de alcohol de un/a familiar o un/a amigo/a íntimo/a (Al-anon, Family Group, 2004). Se reporta en la actualidad la existencia de 2 300 grupos Alateen en el mundo; en México, el primer grupo se creó en 1968.

Dentro de la República Mexicana refieren contar con 600 grupos activos con una asistencia promedio de cinco miembros por cada grupo, aproximadamente; sin embargo destacan que este número varía debido a lo fluctuante que puede llegar a ser la población (Ayllón, 1998). Las reuniones de Alateen siguen el programa de los Doce Pasos y las Doce Tradiciones de AA, ya que aseguran que la solución de los problemas es su objetivo primordial. A través de compartir experiencias, fortalezas, esperanzas y dificultades, los y las jóvenes Alateen reportan enseñarse solidariamente nuevas estrategias eficaces para confrontar sus problemas a través de la ayuda y comprensión mutua de los y las integrantes. Además, refieren aprender que no son responsables ni del alcoholismo ni del comportamiento de nadie; que no pueden cambiar ni controlar a nadie, excepto a sí mismos; se saben responsables de desarrollar sus propias aptitudes a pesar de lo que ocurra en el hogar, y que tienen el poder para empezar a construir una vida de experiencias satisfactorias y provechosas. Al lograr este aprendizaje, lo que esperan los miembros Alateen es una modificación en patrones de conductas codependientes aprendidas en el núcleo familiar y remplazarlas por otras más adaptativas (Al-Anon Family Group, 2004).

Adult Children of Alcoholics (ACA o ACoA)

Se trata de una fundación establecida en Nueva York en el año de 1978 por Tony A. y otros/as miembros del grupo Alateen, encaminada a promover la recuperación de personas adultas de los efectos de haber crecido en una familia disfuncional, donde el consumo de alcohol estaba presente. Esta recuperación se logra a través de compartir información y experiencias entre los y las integrantes del grupo y al aplicar a sus vidas, en parte o completamente, los Doce Pasos de Alcohólicos Anónimos, reconociendo asimismo que existe un Poder Superior que puede introducir a los miembros del grupo hacia la recuperación.

Dentro de las características que estos/as miembros reportan, está el tener una personalidad dependiente y estar dispuestos a todo por mantener una relación a cambio de no sentirse abandonados/as emocionalmente. Las y los miembros de ACoA plantean que estas relaciones suelen ser inseguras como las que de niños/as mantuvieron con sus padres/madres alcohólicos/as. Estas características se enlistan en un documento conocido como Laundry List (creado por Tony A.) que fue posteriormente redactado como un texto de auto-ayuda por Jack E. Dicho documento es rector, ya que en él se plasma su filosofía y sus principios de recuperación, de tal suerte que es empleado en cada reunión de ACoA (<http://www.adultchildren.org/>). Cabe mencionar que dentro de la investigación realizada no se encontró reporte alguno de actividad de esta organización en México.

Familias Anónimas

Familias Anónimas es un grupo de ayuda-mutua que surge ante la preocupación de un grupo de familiares que se ha visto seriamente afectado en sus habilidades para funcionar adecuadamente, ante los problemas de alguien cercano a ellos.

El primer grupo nace en 1971 y en la actualidad cuentan con un estimado de 500 grupos distribuidos en 21 países aproximadamente. Manifiestan que la República Mexicana cuenta con 180 grupos. No obstante, reportan no poseer datos estadísticos referentes al número de

miembros, por lo que se denomina población flotante. El primer grupo de Familias Anónimas en México surge en 1986; mencionan que las y los miembros de estos grupos buscan aprender a partir de las experiencias propias y compartidas de las y los miembros ante los intentos que han hecho para lidiar con alguna problemática. A decir de las y los miembros, compartir miseria, errores e intentos fallidos para una supuesta solución, les ayuda a sentirse mejor con ellos/ellas mismos/as, emprendiendo el camino hacia la recuperación, mediante estrategias que facilitan la convivencia con quien tenían el conflicto (<http://familiasanonimas.org.mx>; <http://familiesanonymous.org>)

Codependientes Anónimos

En 1986 nace Codependientes Anónimos (CoDa), dirigido a hombres y mujeres que necesitan desarrollar relaciones sanas y satisfactorias. Refieren utilizar e introducir en sus vidas el programa de los Doce Pasos y Doce Tradiciones para forjar relaciones honestas y libres con ellos/as mismos/as y con los/las demás, experimentando, de este modo, una liberación del estilo autodestructivo por el que se regían. Indican que cuentan con 1235 grupos de Codependientes Anónimos en el mundo, donde enseñan cómo vivir la vida mediante un proceso de crecimiento individual en el cual cada persona va creciendo a su propio paso. De esta forma, las y los miembros reportan que, al reunirse, se apoyan y comparten el proceso de autodescubrimiento que cada persona va consiguiendo en cada reunión, al punto de aprender a amarse a sí mismos/as y aceptando su historia personal y sus conductas codependientes. Según refieren al incorporar el programa de Codependientes Anónimos, se puede alcanzar un nuevo nivel de dicha, aceptación y serenidad (<http://www.coda.org>).

Por otra parte mencionan que el primer grupo de CoDa en México se ubicó en la colonia Mixcoac, Distrito Federal a finales de los años ochenta del siglo xx, sin embargo, se cree que hubo otros grupos en otras colonias, pero es difícil corroborar dicha información. Según reporta la oficina de Codependientes Anónimos en México, en nuestro país existen 43 grupos registrados a nivel nacional. Reportan no conocer la cantidad de personas que acuden a cada grupo, ya que tal información, según la organización, no se considera necesaria para el funcionamiento del programa, además de que la población asistente es fluctuante (Codependientes Anónimos, comunicación personal, abril, 2010).

Sin Relaciones Destructivas

En una publicación, Rodiles (2001) refiere que los orígenes de los grupos de Sin Relaciones Destructivas “Escuela para la vida” surgen en octubre de 1987, bajo el nombre de Adictos a las Relaciones Destructivas y con la participación de Guadalupe González Macías. Ella aprovechó su experiencia y necesidad de detener el patrón de relaciones posesivas, demandantes y culpígenas que mantenía con sus parejas, fundando una red de apoyo, que brindaba atención a mujeres que tendían a relacionarse de forma autodenigrante y progresivamente dañina, proporcionando un esquema de recuperación. Asimismo, argumenta que los patrones conductuales de las y los adictos/as a las relaciones destructivas se asemejan a las conductas de las y los dependientes de sustancias, de tal forma que incorpora el modelo de los Doce Pasos de Alcohólicos Anónimos (AA) como método de recuperación (Rodiles, 2001). En su página oficial de Internet,

mencionan que la asociación ha tomado diversos nombres con el paso de los años. En la actualidad se conoce como Sin Relaciones Destructivas A.C. “Escuela para la vida”, en ella se proporciona un espacio de apoyo, comprensión y respeto que favorece el desarrollo integral de cada uno de las y los integrantes, brindándoles orientación y apoyo psicológico para dicho desarrollo, por lo que el servicio grupal es gratuito y representa la razón de ser de esta asociación (<http://sinrelacionesdestructivas.com>).

Divorciados Anónimos

Divorciados Anónimos sigue el programa de los Doce Pasos de Codependientes Anónimos. Por lo tanto, es un puente de comprensión en el proceso de recuperación de la enfermedad de la codependencia; está dirigido a cualquier persona divorciada, en proceso de divorcio, separada, viuda, madre soltera o soltera mayor sin importar su edad, etnia, preferencia sexual, credo o religión. Divorciados Anónimos, refiere que le interesa saber qué quiere hacer la persona con su problema y cómo puede ayudarle el grupo. El compartir experiencias permite la identificación y ayuda a liberarse de las ataduras emocionales del pasado y del control compulsivo en el presente (<http://www.divorciadosanonimos.org.mx>).

Tras haber consultado artículos científicos, páginas de Internet y literatura oficial de las distintas agrupaciones de ayuda-mutua; incluso contacto telefónico, electrónico y personal con sus respectivas oficinas, resulta evidente que, al menos en México, ha habido una evolución en la conceptualización del constructo de codependencia. Si bien todos/as parten de la filosofía de los Doce Pasos y Doce Tradiciones originalmente creada por Alcohólicos Anónimos en 1935, es notoria la aplicación frecuente de los principios de dicha filosofía a los grupos de ayuda-mutua para la atención de la codependencia. Sin embargo, en esta evolución se observa que los grupos actualmente no se centran exclusivamente en atender el fenómeno entre una persona codependiente y un/a adicto/a a sustancias, cualquiera que éstas sean. Además de ello, buscan un autoconocimiento sobre necesidades y conflictos no resueltos, que obstaculizan el desarrollo y trascendencia como persona.

Asimismo, es posible inferir que estos grupos de ayuda-mutua para la atención de la codependencia resultan ser un movimiento de la sociedad civil, ante la necesidad de responder a una serie de aspectos que giran alrededor de la enfermedad de la adicción. Impactan de manera directa la salud biopsicosocial de las personas involucradas, de tal forma que se constituye una opción factible y económica.

Saber si estas agrupaciones son efectivas y eficaces en cuanto a su intervención no es objetivo central de este análisis, ya que se carece de evidencia suficiente para realizar comparaciones con apego a metodología científica.

Introducción del concepto en México

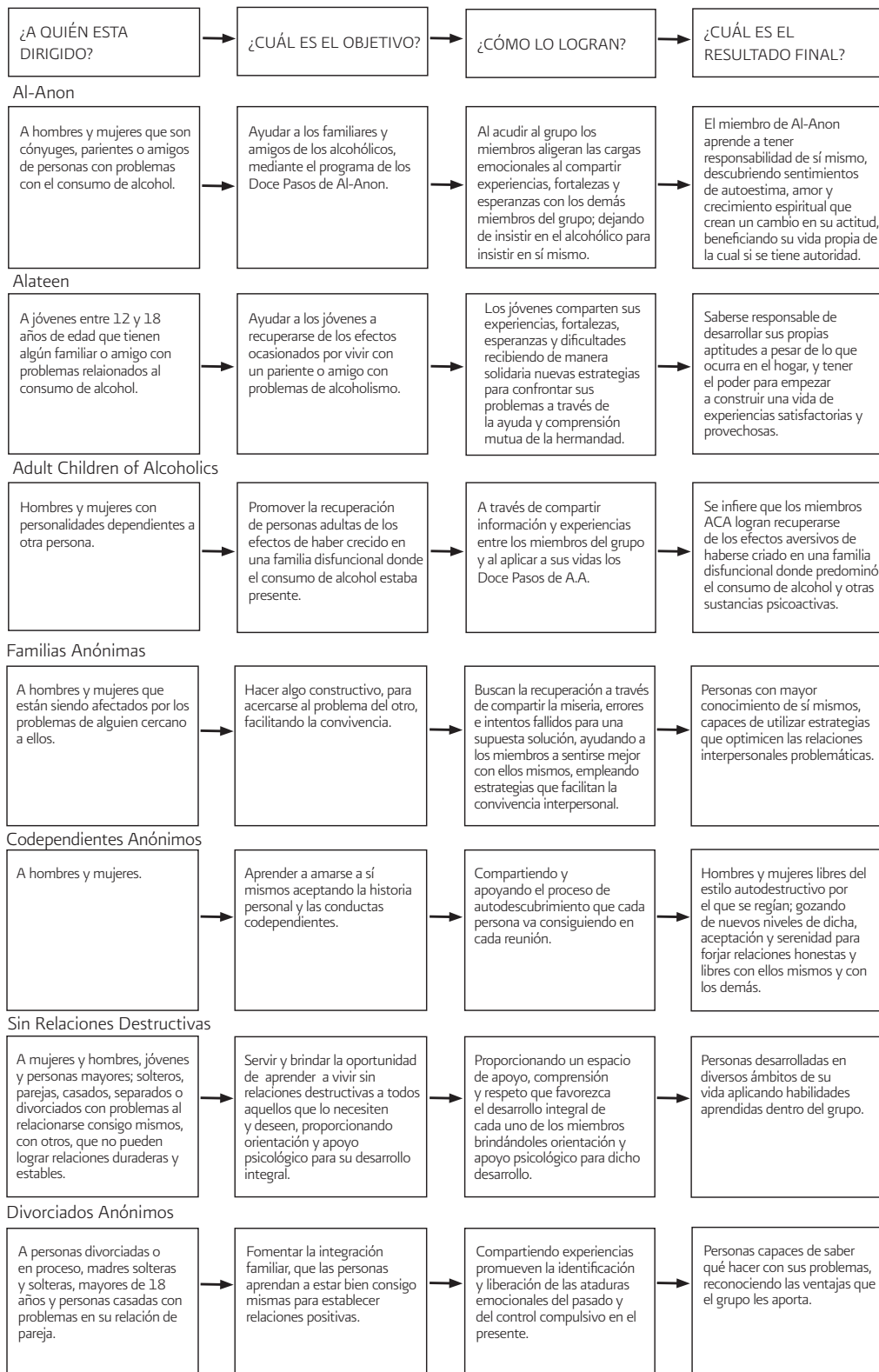
Diversos autores mexicanos (Espinoza de los Monteros, 1994 y Guevara Pérez, 1993) han identificado que la codependencia es un estilo profundamente arraigado de relacionarse en cuestiones socioculturales, donde los roles de género han jugado un papel sumamente importante. Históricamente, con su arribo a América los españoles introdujeron un nuevo orden social por

el que la mujer fue responsabilizada del bienestar familiar, siendo ejemplo de comprensión y apoyo para el esposo. De este modo, la forma de crianza y los rituales en hombres y mujeres son diferentes desde su nacimiento en cuanto a las conductas que se espera de ambos para mediar el orden social y económico, lo cual hace una diferencia en el estilo de vinculación que cada persona mantiene con otras.

Haaken (1993) hace un análisis crítico sobre la literatura contemporánea de la codependencia, donde define el rol "caregiving" (dar-cuidados) como una situación patológica que se presenta principalmente en las mujeres, sin ser exclusivo de ellas. Al ser el consumo de sustancias psicoactivas predominante en varones, Collins, citado por Favorini (1995) sugiere que el término "codependencia" se aplica, en su mayoría, a las mujeres como una manera de sobrevivir en una familia disfuncional o que presenta conductas adictivas por parte de algún/a integrante de la familia. Ello porque en el núcleo familiar aprenden que, para ser "reconocidas", "alabadas" y sentirse integradas a la familia, deben cumplir expectativas puestas en el rol de la mujer tradicional. Estas expectativas se basan en su mayoría en hacerse cargo de cumplir con el ideal de una "familia feliz", haciéndose responsables de tareas que van desde guisar hasta buscar y traer a casa al/a padre/madre, esposo/a o hermano/a que no hubiese llegado (Black, 1981; Norwood, 1985). Invierten la mayor parte de su energía en mantener relaciones libres de conflicto, sin importar lo que esto cueste repitiendo esta actitud en todas sus relaciones futuras.

A pesar de los argumentos planteados podemos suponer que el término "codependencia" surge en México junto con la aparición del grupo de ayuda a los familiares y amigos/as Al-Anon, sin embargo las relaciones codependientes se habían instaurado en México en los núcleos familiares desde muchos años atrás. Se remontan al momento en que la mujer pierde poder en la toma de decisiones sociales, económicas e incluso políticas, hasta el momento en que se consideran los conflictos maritales y familiares como la "cruz que tiene que cargar", al ser las supuestas responsables del buen funcionamiento y unión familiar (Guevara, 1993). Sin embargo, con el desarrollo social y los movimientos ideológicos feministas se ha logrado abrir temas a la discusión como la codependencia. Ello permite hacer un análisis exhaustivo de conductas disfuncionales que etiquetan a las mujeres, abriendo nuevos panoramas que ofrecen un espacio de ayuda, como los grupos de ayuda-mutua que basan su filosofía en los Doce Pasos y Doce Tradiciones de AA, con sus respectivas modificaciones.

Figura 2. Síntesis de objetivos y tareas de grupos para la atención de la codependencia



Perspectiva de género

Diversos autores han señalado que la familia es el valor más importante dentro de la cultura mexicana y, en este sentido, la mujer es un elemento crucial para mantenerla unida. De tal forma que la mujer es un agente de socialización, integración y “proveedora de cuidado”, características que la llevan a consolidar su identidad femenina mediante el ejercicio de su maternidad, que implica responsabilidades tradicionalmente consideradas el fin último de su existencia. Una existencia ambivalente que en primera instancia se define a través de la admiración de su sufrimiento y abnegación ante su rol femenino y las adversidades de la vida. Al mismo tiempo, refleja evidente inequidad en cuanto a las oportunidades de crecimiento en diversos aspectos como educación y trabajo, de donde se han visto relegadas y excluidas (Natera, Mora y Tiburcio, 1997; Medina-Mora, 2001; DiGirolamo y Salgado, 2008).

De esta forma, la identidad femenina es generalmente concebida como un agente proveedor de cuidado y crianza, en ella se deposita la responsabilidad de atender las necesidades de su familia y de resolver las problemáticas que se le presentan. Cuando existe consumo de sustancias en el núcleo familiar, la responsabilidad de la mujer se extiende a mantener el equilibrio de la familia a través de diversos mecanismos. Estos esfuerzos constituyen estereotipos femeninos de conducta ampliamente aceptados, difundidos y promovidos socialmente a pesar de las implicaciones en la salud física, mental y emocional de las mujeres (Favorini, 1995; Roehling, Koelbel y Rutgers, 1996).

Es importante señalar que estas características femeninas de sensibilidad, emocionalidad y cuidado podrían ser comparadas e inclusive equiparadas a aquellas características que poseen las personas codependientes, en el sentido de que ambas posturas parecen estar al pendiente de las necesidades del/a otro/a, anteponiéndolas a las propias y llegando entonces a un nivel de olvido de sí mismas (Haaken, 1993). Quizá es la razón principal por la cual comúnmente se considera que la codependencia es un estilo de relacionarse particular del sexo femenino: cuando existe un consumidor de sustancias, la mujer es quien generalmente asume la responsabilidad de cuidar, proteger y ayudar al/a usuario/a volcando toda su atención en éste/ésta, fracturando así la homeostasis y la estructura familiar, situación que amenaza a las y los integrantes de la familia.

Con lo anterior resulta importante hacer la distinción entre cuidado normal y patológico. Si se piensa que dar cuidado forma parte de las características femeninas, entonces se podría llegar a la conclusión que la conducta codependiente es un comportamiento típico de las mujeres y, más aún, este comportamiento podría ser transmitido a los/las hijos/as, repitiéndose entonces dichos patrones de relación (Fuller y Warner, 2000). Se ha investigado que los/las hijos/as de consumidores/as de alcohol tienden a asumir el papel de progenitores/as de los/las hermanos/as más pequeños/as, adquiriendo responsabilidades propias de un/a adulto/a, modificando su desarrollo (Cleaver, Unell y Aldgate, 1999). Por otro lado, se ha documentado que estos/as hijos/as presentan alcoholismo y abuso o dependencia a otras sustancias, tales como el tabaco y otras drogas ilegales en la etapa adulta (Sher, 1997). Es importante mencionar que, aunque la evidencia no es contundente, existen datos significativos que indican que los/as hijos/as de padres/madres alcohólicos/as presentan mayor prevalencia de síntomas de depresión, ansiedad, trastorno oposicionista desafiante, trastorno antisocial de la personalidad y trastorno por déficit de atención con hiperactividad que la población en general (Sher, 1997; Lewis, 2000).

Roehling, Koelbel y Rutgers (1996) sugieren que la codependencia es una forma de afrontar el consumo de sustancias de un/a integrante de la familia por parte de las mujeres; ya que a través de estas conductas buscan subsanar el equilibrio y los efectos negativos del consumo de sustancias. No obstante, en otro estudio se encontró que haber tenido padre/madre que ejercieran una autoridad de forma coercitiva anteponiendo las necesidades de terceros a las propias, explicaba, desde otra perspectiva, las conductas codependientes donde el sexo no hacía una diferencia significativa (Delgado y Pérez, 2004). Por lo tanto, es posible ver la codependencia como una conducta compensatoria, con el fin de proteger el entorno y la dinámica familiar de situaciones adversas, más que un signo y/o síntoma de psicopatología propio de las mujeres.

Con base en esta información, podría plantearse la interrogante sobre si tener patrones de relación codependientes son estilos aprendidos por las mujeres debido a que la sociedad los promueve; o se trata de una forma de conducta y de relacionarse en la cual el sexo no desempeña un papel importante. De ahí la importancia de llevar a cabo estudios que aborden dicha cuestión.

Aproximaciones científicas del fenómeno de la codependencia

Hasta aquí se ha abordado el fenómeno de la codependencia a partir de los enfoques de ayuda-mutua, que se han caracterizado por tener una amplia difusión y aceptación. No obstante, debe mencionarse que existen otras aproximaciones cuyo sustento científico ha permitido conocer de forma más clara, sistemática y ordenada cuáles son los efectos de convivir con un/a usuario/a de sustancias psicoactivas (alcohol y otras drogas). Dichos enfoques, aun sin emplear el término "codependencia", ofrecen un panorama de este fenómeno apoyado en evidencia empírica, que sustenta la idea de que interactuar con un/a consumidor/a de sustancias ejerce un efecto significativo en las vidas de quienes tienen una relación con dicho/a usuaria/o.

A continuación se abordan los efectos que la conducta adictiva tiene en la dinámica familiar, en la salud de los miembros y en la forma de enfrentamiento de los familiares; las barreras a los que éstos se enfrentan para solicitar ayuda ante su situación; su papel dentro de la recuperación del consumidor y los esfuerzos realizados por operacionalizar y medir la codependencia.

Efectos en las personas con algún familiar consumidor de sustancias

En los últimos años ha surgido una amplia literatura respecto a los efectos del consumo de sustancias psicoactivas en el núcleo familiar. Estos/as autores/as han documentado que las personas que viven en un ambiente familiar donde el consumo de sustancias está presente, tienen mayores dificultades para adaptarse social y psicológicamente a su entorno, además de generar deterioro, estrés y tensión constante en el interior de la familia (James y Goldman, 1971; Filstead *et al.*, 1981; Montgomery y Johnson, 1992; Orford, Natera, Davies, Nava, Mora, Rigby, Bradbury, Copello y Velleman, 1998; Hurcom, Copello y Orford, 2000; Orford, Natera, Copello, Atkinson, Mora, Velleman, Crundall, Tiburcio, Templeton y Walley, 2005).

Al respecto, Orford *et al.* (2005), mencionan que además del estrés que experimentan las personas que viven con un/a consumidor/a, también hay una constante preocupación debido a

que el consumo representa una amenaza para su familia, tanto en cuestiones económicas como en relaciones intra e interpersonales con ellos/as mismos/as y con el/la consumidor/a. Estas relaciones se presentan en cuatro facetas que se describen a continuación:

Faceta 1. Estrés

- En la interacción existe agresividad y, en algunos casos, violencia. Es común que el familiar tenga incertidumbre acerca de cómo serán las reacciones del/a consumidor/a, ya que éste/a presenta variaciones constantes en el estado de ánimo y existen manifestaciones de violencia y agresividad a través de gritos, insultos, golpes e inclusive amenazas de muerte.
- Discusiones sobre dinero y bienes materiales. El/la consumidor/a suele pedir a sus familiares dinero prestado o regalado. Cuando la ayuda económica se le niega, la o el familiar se preocupa porque aquél/aquella pueda robar para conseguirlo generándole problemas de tipo legal. También se hace presente en los familiares la preocupación de no saber para qué el/la consumidor/a empleará el dinero prestado.
- Incertidumbre sobre el paradero del/a consumidor/a y sobre su hora de llegada a casa. Esta situación se experimenta por parte del/a familiar al pensar que el/ la usuario/a se encuentra en peligro por las calles, bajo los efectos de la sustancia; vulnerable y relacionándose con personas peligrosas, sin saber cuándo llegará o en qué condiciones lo hará.

Faceta 2. Preocupación por el familiar consumidor

- Salud física y mental. Las y los familiares se preocupan por padecimientos que pueden llegar a afectar al/a consumidor/a, tales como sobredosis, cambios de peso, hipertensión, problemas en el hígado y pulmones entre otros órganos, alucinaciones, ansiedad, ideación e intentos suicidas, síndrome de abstinencia, etcétera.
- Abandono de sí mismo/a. Esta preocupación por parte del familiar se presenta ante el descuido del/a consumidor/a de sí mismo/a, de su propia salud y seguridad física, de su apariencia, de sus actividades y de sus posesiones.
- Educación y trabajo. Esta área implica intranquilidad del familiar ante la posible pérdida de trabajo, ausentismo e inestabilidad laboral y escolar de quien hace uso de la sustancia.
- Asuntos financieros. El familiar siente preocupación ante deudas, falta de liquidez monetaria, robo, prostitución para obtener dinero y gastos excesivos del/a consumidor/a.
- Frecuencia, cantidad y forma de consumo. Incluye inquietud ante la constante intoxicación en el/la consumidor/a; y al observar señales que indican que hubo consumo, así como no poder predecirlo y que el único interés del/a usuario/a sea el tomar alcohol o usar drogas.

Faceta 3. La vida familiar es amenazada por el consumo

- Cuando existe consumo, la dinámica familiar cambia por completo, afectando las áreas económica y comunicativa, o la integridad física y psicológica de las y los integrantes. Puede presentarse mayor estrés y preocupación cuando el consumo ocurre en casa, causando cambios que restringen las relaciones sociales de la familia.

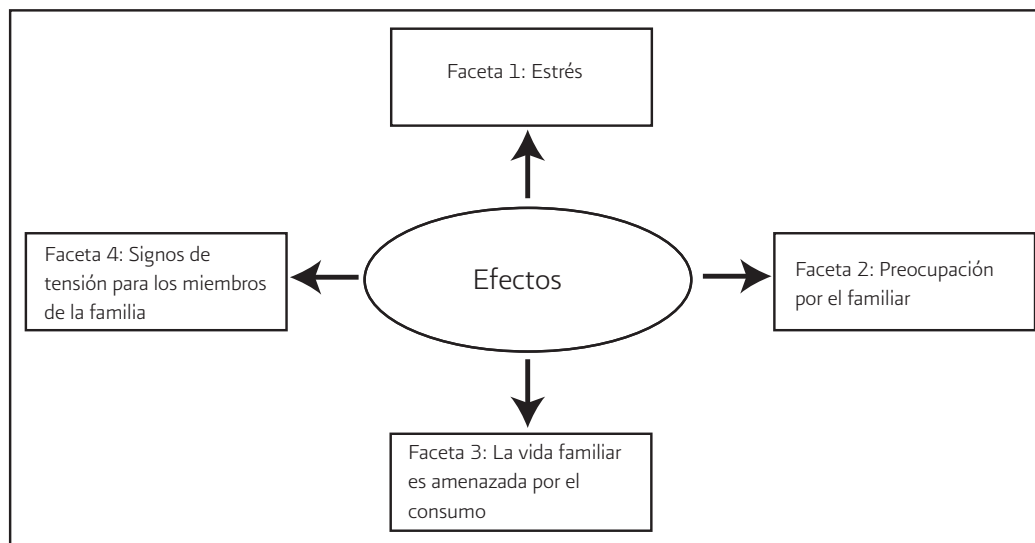
Faceta 4. Signos de tensión para las y los miembros de la familia

Estos signos de tensión se aprecian en diferentes áreas de la vida del familiar del consumidor y comprenden:

- Afectaciones en la imagen y autoestima de las y los familiares, sentimientos de minusvalía.
- Ansiedad, preocupación, mal humor, nerviosismo.
- Sentimientos de depresión, infelicidad, ideación suicida, pérdida de confianza.
- Culpabilidad y autodevaluación.
- Ira, sentimientos de haber sido traicionados/as, sentimientos mezclados de amor y odio y rechazo hacia el/la consumidor/a.
- Miedo y soledad.

Figura 3. Efectos en las personas con algún familiar consumidor de sustancias

Nota: Elaborada con fundamento en la teoría de Orford, Natera, Copello, Atkinson, Mora, Velleman, Crundall, Tiburcio, Templeton, Walley. 2005



Como resultado del estrés crónico y de la preocupación provocada al vivir con un/a consumidor/a, se presenta un cambio de roles en la familia, modificándose las interacciones de las y los integrantes, significando ese nuevo orden una forma de lidiar con la preocupación y las tensiones (Herold, Beckham y McEnry, 1991).

De acuerdo con la evidencia otorgada por diversos/as autores/as, los efectos negativos se presentan universalmente, independientemente de la cultura y el nivel de desarrollo económico (Orford, *et al.*, 1998; Orford, Natera, Velleman, *et al.*, 2001). Estos/as autores/as han conducido estudios tanto en Inglaterra como en la ciudad de México y Australia (Orford *et al.*, 2005) replicándose la evidencia antes descrita.

Hasta este punto se ha hablado sobre cómo la conducta adictiva impacta el ambiente y las relaciones familiares, pero existen otros enfoques que analizan el papel que la familia puede jugar como favorecedora del consumo de sustancias; no obstante, esta información no se incluye en este documento debido a que se encuentra fuera de los objetivos del mismo (véase Steinglass, 1980).

Como se puede apreciar y de acuerdo con los puntos tratados anteriormente, el consumo de una sustancia, y en general las conductas adictivas, no solo afectan a la o al consumidor/a como tal, sino que representa un conjunto de consecuencias que van aumentando y afectando a diversos sectores de la sociedad, marcando en definitiva a las personas que sufren de dichas consecuencias. De esto se desprende la pregunta de cómo las familias hacen frente a estos efectos adversos de la conducta adictiva, cuestionamiento que se intentará resolver en la siguiente sección del presente documento.

Estilos de enfrentamiento

La forma en que las familias han de sobrellevar estos efectos negativos es fuertemente influida por el ambiente en que se encuentran. Natera, Orford, Tiburcio y Mora (1998) han desarrollado un modelo de enfrentamiento en el que plantean 8 estilos diversos (véase figura 4 y tabla 2 del anexo). Cada uno de estos estilos tiene diversas características y son mediados por el ambiente en que cada familia está inmersa.

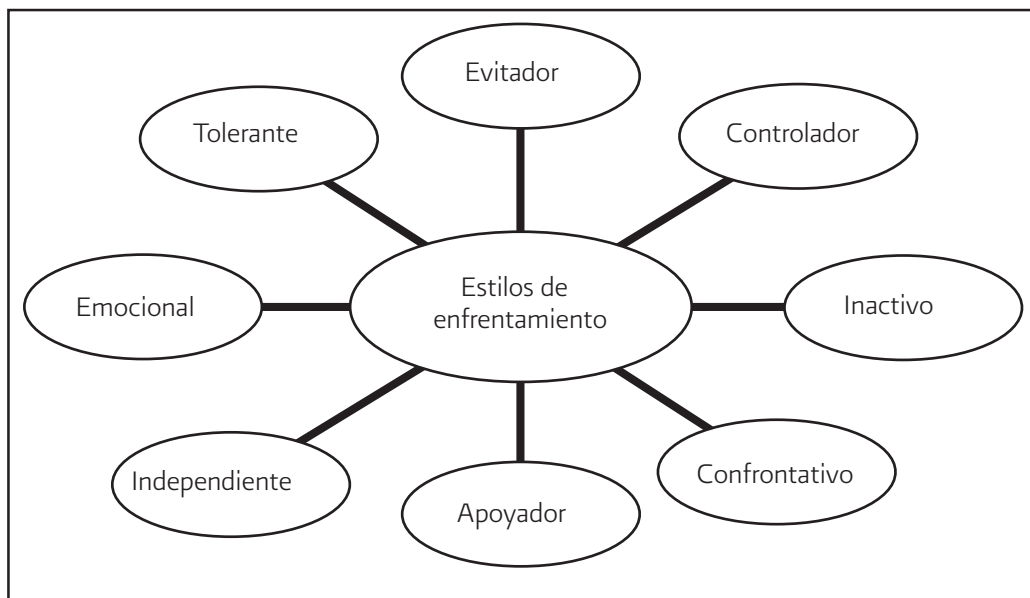
La sociedad mexicana ha sido considerada colectivista en el sentido de que “se valora la seguridad, la obediencia, el sacrificio, y en condiciones adversas se transforman a sí mismos para adaptarse a las situaciones...” (Natera, Orford, Copello, Mora, Tiburcio y Velleman, 2003, p. 9). Quizá esta aseveración puede dar la pauta de cómo la familia y principalmente las mujeres en ella, la madre y/o la esposa, se enfrentan ante el consumo, propiciando de esta forma estilos codependientes de relacionarse, debido a que se espera que sepan cómo resolver el problema o por lo menos lleven a cabo acciones que sostengan de alguna forma la dinámica familiar.

Herold, Beckham y McEnry (1991) apuntan que en las familias disfuncionales, como aquellas donde existe el consumo, los integrantes suelen responder actuando radicalmente, es decir, en ocasiones niegan por completo el problema y cualquier tipo de ayuda que se les pueda ofrecer. En el otro extremo están quienes aceptan la problemática, pero no son capaces de enfrentarse a ella de modo que ésta sea resuelta. Estos estilos traen consigo caos y un sentido de desesperanza, de no saber qué sucederá.

De lo expuesto hasta aquí surgen las preguntas de qué puede hacer el familiar para mejorar su situación y de qué recursos echar mano para contrarrestar los efectos negativos de tener un/a pariente con un problema de uso de sustancias. En la siguiente sección se exploran las barreras por las cuales las personas generalmente no piden ayuda para sobrellevar dicha problemática.

Figura 4. Estilos de enfrentamiento

Nota: Elaborada con fundamento en la teoría de Orford, Natera, Copello, Atkinson, Mora, Velleman, Crundall, Tiburcio, Templeton, Walley. 2005



Barreras de tratamiento para familiares de consumidores/as de sustancias

Cuando existe una situación de consumo en la familia pueden presentarse diversas barreras en la búsqueda de apoyo para tratar esta problemática. Natera, Mora y Tiburcio (1999) mencionan que éstas pueden abarcar desde lo familiar y microsocioal hasta lo macrosocioal. Dentro del nivel familiar se incluyen creencias y valores de la propia familia del consumidor, el miedo y la vergüenza experimentados ante la problemática, aunados a la carencia de información.

Dentro del micronivel se encuentran elementos como amigos, vecinos y obligaciones laborales y productivas que impiden acudir a tratamiento.

En el nivel macrosocioal se sitúan la cultura, los mitos, los valores y las creencias. Desde esta perspectiva, se considera que la mujer es quien debe absorber los efectos negativos del consumo en actitud abnegada, sumisa e inclusive culpable de las conductas del consumidor, al fallar quizá, en su papel como elemento socializador, cuidador y dador de seguridad y estabilidad. La madre y/o la esposa, ante esta situación deben ocultar la problemática para evitar ser juzgadas. La mujer es, desde este punto de vista, responsable del cuidado del usuario de sustancias; se debe a él y hará lo posible por ayudarlo y si no puede solucionar el problema del consumo, debe sobrellevarlo. Si a todos estos factores se añade la baja efectividad en la respuesta de los servicios de salud de nuestro país, encontramos un panorama falto de recursos de apoyo social.

Si bien es cierto que las mujeres se pueden enfrentar a diversos estereotipos y preconcepciones, también se ha dicho que son capaces de desarrollar fortalezas que les permiten emerger como fuente de bienestar, protección y cuidado para sus familias (DiGirolamo y Salgado, 2008).

Se podría entonces dar un giro en el sentido de que las adversidades pueden asimismo dar poder y decisión a las mujeres.

Otro significativo

Hasta aquí se han expuesto primordialmente los efectos que el consumo trae para las y los familiares, así como la forma en que éstos/as los enfrentan. Pero también es necesario mencionar que el familiar y en general el otro significativo (persona o personas que aunque no tengan un parentesco directo con la consumidora están involucradas en su problemática y rehabilitación) pueden representar un apoyo clave en las intervenciones destinadas al tratamiento del uso de drogas.

El hecho de que los otros significativos participen en el tratamiento del/a usuario de sustancias, se asocia con mejores resultados para el/a consumidor/a (Azrin, 1976; Hunt y Arzin 1973; Azrin *et al.*, 1982; Sisson y Azrin, 1986).

La literatura reporta que la inclusión de otros significativos y familia puede mejorar su propia situación, así como su relación con quien hace uso de la sustancia (Cheek, *et al.*, 1971; Cutter y Cutter, 1987).

Existen diversas intervenciones que involucran a los otros significativos (Copello, Velleman y Templeton, 2005); se pueden dividir en tres (véase figura 5) y se describen a continuación:

1. Intervenciones destinadas a promover que el/la usuario/a empiece un tratamiento

Se ha demostrado que la familia y las conductas que ésta lleve a cabo pueden ayudar a la y al usuario/a de sustancias a iniciar un tratamiento para abandonar el consumo (Liddle, 2004). Por ejemplo, en el modelo desarrollado por Barber y Crisp (1995), llamado "presiones para el cambio" se busca cambiar la conducta de los miembros de la familia, haciendo que el/la usuario/a de alcohol inicie un tratamiento. En la propuesta del Reforzamiento Comunitario y Entrenamiento Familiar (craft por sus siglas en inglés) se propone enganchar al/a usuario/a al tratamiento a través del trabajo con los otros significativos y de fuentes de reforzamiento ambientales para éstos/as y el/la consumidor/a mismo/a (Azrin, 1976; Azrin, Sisson, Meyers y Godley, 1982; Hunt y Azrin, 1973).

2. Intervenciones destinadas a solucionar las propias necesidades de las y los familiares del/a consumidor/a

Con el fin de apoyar a las y los familiares de consumidores/as de sustancias, se han desarrollado diversas intervenciones que se centran en las necesidades del/a familiar. Tienen como objetivo reducir los efectos negativos de vivir con un/a consumidor/a, a través del entrenamiento en habilidades y estilos de afrontamiento que permiten al/a familiar adquirir conductas más eficientes. (Dittrich *et al.*, 1984; Copello, Orford, Velleman, Templeton y Krishnan, 2000, Fairbairn, 2002; Copello, Velleman y Templeton, 2005). Estas intervenciones han demostrado ser efectivas al reducir los efectos negativos de convivir con quien usa alguna droga o alcohol. Sin embargo, son menos comunes en comparación con las destinadas a impactar directamente en el consumo del/a usuario/a (Copello *et al.*, 2009).

En este tipo de intervenciones se encuentra el modelo de Natera, Orford, Tiburcio y Mora (1998), mencionado con anterioridad. Se basa en la aproximación estrés-enfrentamiento-salud, enfocado en propiciar que las y los familiares identifiquen y reflexionen respecto a las formas en que han hecho frente al problema del consumo y a sus consecuencias para reaccionar de formas más efectivas que ayuden a reducir su tensión.

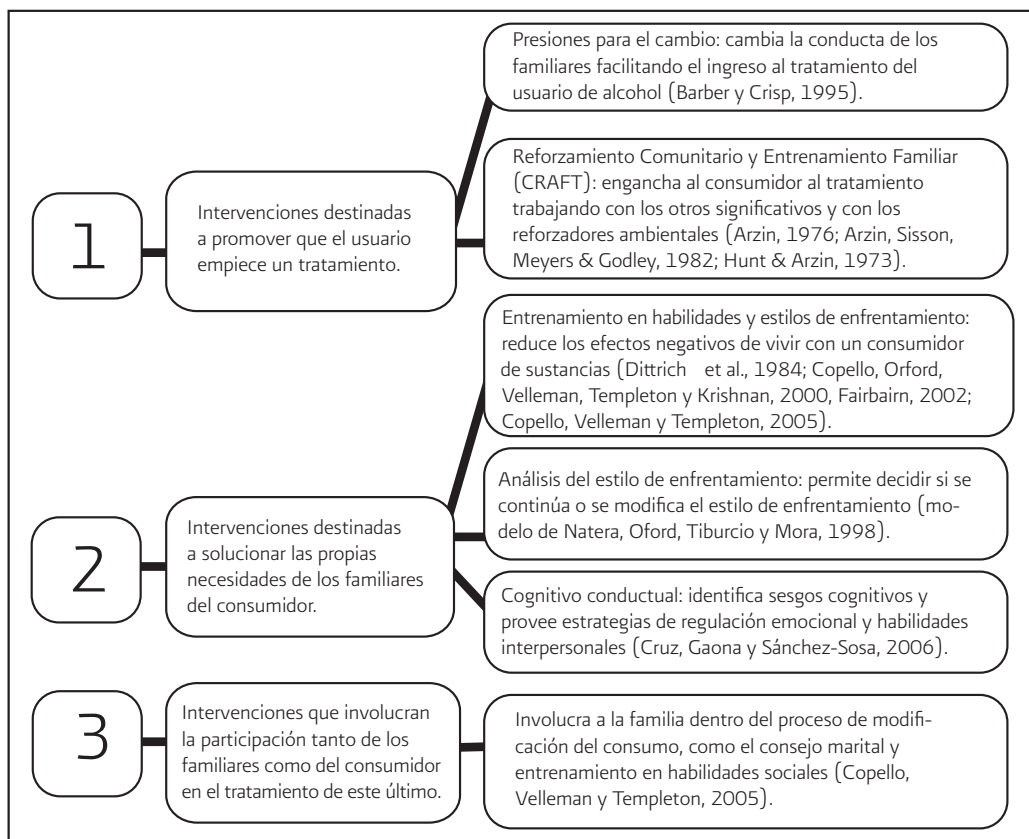
Otro modelo es la aproximación planteada por Cruz, Gaona y Sánchez-Sosa (2006). A través de un abordaje cognitivo conductual, se busca identificar sesgos cognitivos y proveer estrategias de regulación emocional y habilidades interpersonales a parejas de consumidores de alcohol, impactando directamente en la autoestima, las estrategias de afrontamiento, asertividad e incomodidad ante situaciones intimidantes.

3. Intervenciones que involucran la participación tanto de las y los familiares como del/a consumidor/a en el tratamiento de este/a último/a

En estas intervenciones se involucra a la familia dentro del proceso de modificación del consumo, promoviéndose beneficios en diferentes áreas de la vida del/a consumidor/a y sus familiares, así como la relación que existe entre ellos/as. Algunos elementos de estas intervenciones pueden ser el consejo marital y el entrenamiento en habilidades sociales (Copello, Velleman y Templeton, 2005).

Figura 5. Tipos de intervención que incluyen al “otro significativo”

Nota: Elaborado con fundamento en la teoría de: Copello, Velleman & Templeton (2005)



Escalas de evaluación de la codependencia

Tradicionalmente el término “codependencia” se ha utilizado en un nivel teórico dejando hasta cierto punto de lado su operacionalización y aproximación psicométrica, elementos que constituyen sin duda alguna el comienzo para su estudio de manera científica al proporcionar una visión medible y objetiva de este término (O’Brien y Gaborit, 2006).

En la tabla 3 del anexo se presentan instrumentos elaborados en distintas culturas para tener una aproximación psicométrica del concepto. El Instrumento de Codependencia (ICOD) realizado por Gloria Noriega Gayol y Luciana Ramos Lira con mujeres mexicanas en 2002, es un instrumento de tamizaje utilizado para detectar casos de codependencia en la relación de pareja. Cuenta con un total de 30 reactivos con respuestas de tipo ordinal (3= “no” 0= “mucho”) autoaplicable. Tiene una confiabilidad de Alpha de Cronbach de 0.9201, una validez Kappa de 0.8409 y una varianza explicada de 50.8 por ciento.

Su estructura se compone de cuatro factores: 1. Mecanismo de negación, 2. Desarrollo incompleto de la identidad, 3. Represión emocional y 4. Orientación rescatadora. Las autoras del instrumento concluyen que el ICOD posee adecuadas características psicométricas y es efectivo al detectar casos de codependencia en mujeres mexicanas que podría ser empleado con la finalidad de ofrecer tratamiento a quien lo requiera.

Holyoake Codependency Index (HCI) es otra prueba realizada por Greg E. Dear, Clare y M. Roberts en Australia en el año 2000, la cual mide la codependencia vista como un constructo con cuatro características: Enfoque Externo (*External Focusing*), Auto-Sacrificio (*Self-sacrificing*), Control Interpersonal (*Interpersonal control*), Supresión Emocional (*Emotional Supresion*). Fue aplicada en clientes de orientación psicológica (counseling) en familias con problema de abuso de sustancias, mujeres de la comunidad y estudiantes universitarios. Cuenta con 13 reactivos con respuestas en escala Likert (1. “completamente en desacuerdo”; 2. “en desacuerdo”; 3. “indeciso”; 4. “de acuerdo”; 5. “completamente en desacuerdo”); con una confiabilidad de 0.83 de Alpha de Cronbach y 0.84 de validez de constructo al correlacionar con otras variables. Su estructura factorial se conforma de tres subescalas: 1. *External focus*, 2. *Reactivity* y 3. *Self-sacrifice*. Los/las autores/as del instrumento señalan que la validez de constructo en éste es difícil de determinar debido a la escasez de estudios en que se ha utilizado. No obstante, mencionan que sus propiedades psicométricas son mejores que las de otros instrumentos que miden la codependencia.

Por último, Augusto Pérez Gómez y Diana Delgado Delgado, en el año 2003, realizaron el Instrumento de Codependencia en Colombia, para medir la codependencia con base en tres subescalas: 1. Focalización en el otro / Negligencia de sí mismo; 2. No Afrontamiento y 3. Sobrecontrol; se aplicó a dos grupos de personas. El primero se conformaba con un/a familiar consumidor/a de sustancias, mientras que el segundo grupo se constituía de personas en general de la comunidad. Cuenta con 45 reactivos y confiabilidad de Alpha Cronbach por subescalas: 1. Focalización en el otro: 0.85; 2. No afrontamiento: 0.76 y 3. Sobrecontrol: 0.85. La estructura factorial se obtiene al superponer el factor Sobrecontrol con el de Focalización en el otro formando un nuevo factor llamado “La necesidad compulsiva de ayudar”. Los/las autores/as, como parte del mismo estudio en que probaron este instrumento, se propusieron determinar si las personas que sostenían una relación afectiva con un/a consumidor/a de sustancias

psicoactivas o con alguien afectado/a por un desorden compulsivo, presentaban en mayor grado las características asociadas a la codependencia. Encontraron que las personas definidas como codependientes presentaron mayores puntajes en las escalas de la prueba. Los/las autores/as concluyen que el instrumento es adecuado para medir la codependencia y se puede utilizar en los países de habla hispana.

Recomendaciones y necesidades

De la revisión de las distintas aproximaciones en nuestro país a la codependencia, se derivan una serie de recomendaciones y propuestas para modificar y mejorar las actuales políticas, planes y programas de tratamiento. A continuación, se detalla lo más relevante:

- Comprender que la codependencia es un fenómeno existente, a pesar de no estar catalogada como una entidad mórbida bien definida dentro de los sistemas de clasificación diagnóstica de enfermedades mentales conocidos como la CIE o el DSM.
- Hacer conciencia de que a pesar de no tener una definida clasificación de la codependencia como enfermedad, las personas que la padecen, presentan cuadros sindrómicos caracterizados por conductas compulsivas, pensamiento obsesivo, alteraciones en el estado de ánimo, alteraciones del sueño, alteraciones de la conducta alimentaria, rasgos pasivo-agresivos, exacerbación de problemas psicosomáticos, alejamiento de la vida social, tolerancia al abuso físico y/o emocional, entre otras, mismas que requieren atención médica-psiquiátrica integral.
- Concientizar en que el fenómeno de la codependencia no es ajeno a la enfermedad de la adicción, sino que son fenómenos que se presentan con alta correlación, misma que hay que atender de forma integral.
- Promover e incentivar el desarrollo de investigaciones científicas que evidencien la problemática de las familias mexicanas involucradas con alguna enfermedad adictiva que complementen a las pocas existentes.
- Lograr la adherencia del programa de detección de codependencia a programas matrices similares, que están incluidos en el Sector Salud y que cuentan con subsidio del Seguro Popular.
- Crear estrategias de detección temprana del fenómeno entre familiares y figuras significativas de la persona en que recae la atención.
- Fomentar la búsqueda propositiva de casos, candidatos a recibir intervenciones a través de instrumentos sensibles y estandarizados aplicados por personal de salud.
- Prodigar servicios asistenciales oportunos sensibles a las necesidades del sector solicitante, como perspectiva de género, antecedentes de abuso, violencia, estigma y apoyo social.

Referencias

Adult Children of Alcoholics (ACA o ACoA), recuperado el 15 de Julio de 2010, de 3. <http://www.adultchildren.org/>

Al-Anon Family Group, recuperado el 30 de Marzo del 2010, de <http://www.al-anon.alateen.org>
Ayllón C., *Factores de riesgo que mantienen la codependencia en la conducta alcohólica*. Tesis de licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México, México, Distrito Federal, 1998.

- Azrin, Sisson R.W., Improvements in the community reinforcement approach to alcoholism. *Behav Res Ther*, 1976, 1:339-48.
- Azrin, Sisson R.W., Meyers R., Godley M., Alcoholism treatment by disulfiram and community reinforcement therapy. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 1982,13:105-12.
- Barber J.G., Crisp B.R., The pressures to change approach to working with the partners of heavy drinkers. *Addiction*, 1995,90:269-276.
- Beattie M., *Ya no seas codependiente*. Salvat: México, 1991.
- Blanco-Picabia A., Antequera-Jurado R., La codependencia en el actual sistema sanitario. *Suma psicológica* 1999,6,2:221-239.
- Blane H., Barry H., Birth order and alcoholism: a review, *Q.J. Stud. Alcohol*, 1973,34:837-852.
- Central Mexicana de Servicios Generales de los Grupos de Familiares Al-Anon, A.C. Los Doce Pasos y las Doce Tradiciones de Al-Anon, revisado. México, 2005.
- Cheek F.E., Franks C.M., Laucius J.L., Burtle V., Behavior modification training for wives of alcoholics. *Q. J. Stud. Alcohol* 1971,32:456-461.
- Cleaver H., Unell U., Aldgate J., *Children's needs parenting capacity: the impact of parental mental illness, problems alcohol and drug use and domestic violence on children's development*. Department of Health: Londres, 1999.
- Co-Dependents Anonymous (CoDa). Recuperado el 30 de Marzo de 2010, de <http://www.coda.org>
- Copello A., Orford J., Velleman R., Templeton L., Krishnan M., Methods for reducing alcohol and drug related family harm in non-specialist settings. *J. Ment Health* 2000,9,3:329-243.
- Copello A., Templeton L., Orford J., Velleman R., Patel A., Moore L., MacLeod J., Godfrey C., The relative efficacy of two levels of a primary care intervention for family members affected by the addiction problem of a close relative: a randomized trial. *Addiction* 2009,104:49-58.
- Copello A., Velleman R., Templeton L., Family interventions in the treatment of alcohol and drug problems. *Drug alcohol reviews* 2005,24:369-385.
- Cruz M., Gaona-Márquez L., Sánchez-Sosa J., Empowering women abused by their problem drinker spouses: effects of a cognitive-behavioral intervention. *Salud* 2006,29,5:25-31.
- Cutter C.G., Cutter, H.S.G., Experience and change in Al-Anon family groups: adult children of alcoholics. *J. Stud. Alcohol* 1987,48,1:29-32.
- Dear G., Roberts C., Validation of the Holyoake Codependency Index. *J Psychol* 2005,139,4:293-313.
- Delgado D., Pérez A., La codependencia en familiares de consumidores y no consumidores de sustancias psicoactivas". *Psicothema* 2004,16:32-638.
- Di Girolamo A., Salgado V., Women as primary caregivers in Mexico: challenges to well-being. *Salud Pública Mex*, 2008,50:516-522.
- Dittrich J., Trapold A. A treatment program for wives of alcoholics: an evaluation. *Bull Soc Psychol Addict Behav* 1984,3:91-102.
- Divorciados Anónimos. Recuperado el 30 de Marzo de 2010, de <http://www.divorciadosanonimos.org.mx>
- Edmundson R., Byrne M., Rankin E., Preliminary outcome data on a model treatment group for codependence. *Alcoholism Treatment Quarterly* 2000,18,1:93-107.
- Espinosa de los Monteros R., *Una propuesta de intervención para la codependencia alcohólica como fenómeno multifactorial*. Tesis de Licenciatura en Psicología, Universidad Autónoma de México, 1994.

- Fairbairn J.A., *The impact of intervention with relatives of treatment resistant drinkers: changes in relatives's psychological functioning and drinker's behavior.*, Department of Psychology: University of Wollongong, 2002.
- Familias Anónimas (FA). Recuperado el 30 de Marzo de 2010, de <http://www.familiasanonimas.org.mx>
- Favorini A., Concept of codependency: blaming the victim or pathway to recovery? *Soc Work* 1995,40,6:827-830.
- Filstead W., McElfresh O., Anderson C., Comparing the family environments of alcoholic and 'normal' families, *J. Alcohol Drug Educ* 1981,26:24-31.
- Frank P.B., Kadison G., Blaming by naming: battered women and the epidemic of codependence. *Soc Work* 1992,31,1:5-6.
- Fuller J., Warner R., Family stressors as predictors of codependency. *Genet Soc Gen Psychol Monogr* 2000,126,1:5-22.
- Grupos de Familia Al-Anon México. Recuperado el 30 de Marzo de 2010, de <http://www.al-anonlateen.mx>
- Guevara Pérez M., *Un enfoque de la codependencia en las esposas de enfermos alcohólicos*, tesina de licenciatura en psicología, Universidad Autónoma de México, 1993.
- Haaken J., A Critical Analysis of the Codependence Construct. *Pschiatry*. EUA 1990,53,4:396-406.
- Haaken J., From Al-Anon to ACOA: codependence and reconstruction of caregiving. *Signs: J. of Women in Culture and Society* 1993,18,2:321- 345.
- Herold S., Beckham K., McEnry P., Co-dependency as a concept in family science. *Family science review* 1991,4,4:177-187.
- Hunt G., Azrin N.A., Community-reinforcement approach to alcoholism. *Behav Res Ther* 1973,11:91-104.
- Hurcom C., Copello A., Orford J., The family and alcohol: effects of excessive drinking and conceptualizations of spouses over recent decades. *Subst Use Misuse* 2000,35,4:473-502.
- James J., Goldman M., Behavior trends of wives of alcoholics. *Q. J. Stud. Alcohol* 1971,32:373-381.
- Larsen E., *Stage II Recovery Life Beyond Addiction*. Harper Collins Publishers: EUA, 1984.
- Lewis S., Psychosocial adjustment of adult Children of alcoholics: a review of the recent empirical literature. *Clin Psychol Rev* 2000,20,3:311-337.
- Liddle H., Family-based therapies for adolescent alcohol and drug use: research contributions and future research needs. *Addiction* 2004,99:76-92.
- Lisansky E., The Concept of 'Codependency'. *Drugs and Society* 1989,3,3y4:113-132.
- Medina-Mora M., Women and alcohol in developing countries. *Salud Mental* 2001,24:3-10.
- Miller K.J., The co-dependency concept: does it offer a solution for the spouses of alcoholics? *J Subst Abuse Treat* 1994,11,4:339-45.
- Montgomery P., Johnson B., The stress of marriage to an alcoholic. *J. Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 1992,30,10:12-16.
- Natera G., Mora J., Tiburcio M., Barreras en la búsqueda de apoyo social para las familias con un problema de adicciones. *Salud Men*, 1999, número especial:114-120.
- Natera G., Mora J., Tiburcio M., El rol de las mujeres mexicanas frente al consumo de alcohol y drogas en la familia. *Revista de psicología social y personalidad* 1997,12,2:165-190.

- Natera G., Orford J., Tiburcio M., Mora J., Prevención del consumo de Alcohol y Drogas en el Trabajador y sus Familiares. *Manual para el orientador*: Instituto Nacional de Psiquiatría, México, 1998.
- Natera G., Orford J., Copello A., Mora J., Tiburcio M., Velleman R., La cohesión y el conflicto en familias que enfrentan el consumo de alcohol y otras drogas. Una comparación transcultural México-Gran Bretaña. *Acta Colombiana de Psicología* 2003,9:7-16.
- National Association for Children of Alcoholics. Recuperado el 15 de Julio de 2010, de <http://www.nacoa.org/aboutnacoa.htm>
- Noriega G., Ramos L., Construcción y validación del instrumento de codependencia (ICOD) para las mujeres mexicanas. *Salud Men* 2002,25,2:38-48.
- O'Brien P., Gaborit M., Codependency: A disorder separate from chemical dependency. *J. Clin Psychol* 2006,48,1:129-136.
- Orford J., Natera G., Velleman R., et al., Ways of coping and the health of relatives facing drug and alcohol problems in Mexico and England. *Addiction* 2001,96:761-764.
- Orford J., Natera G., Copello A., Atkinson C., Mora J., Velleman R., Crundall I., Tiburcio M., Templeton L., Walley G., *Coping with alcohol and drug problems: the experiences of family members in three contrasting countries*. Routledge: Nueva York, 2005.
- Orford J., Natera G., Davies J., Nava A., Mora J., Rigby K., Bradbury C., Copello A., Velleman R., Stresses and strains for family members living with drinking or drug problems in England and Mexico. *Salud Men* 1998,21,1:1-13.
- Pérez A., Delgado D., La codependencia en familias de consumidores y no consumidores de droga: estado del arte y construcción de un instrumento. *Psicothema* 2003,15:381-387.
- Rodiles J., ¿Adictos a las relaciones? Amores que matan. *LiberAddictus* 2001,47:1-8.
- Rodríguez M., Dauer A., *Manual de Alcoholismo, para el médico de cabecera*. Salvat: Barcelona, España, 1989.
- Roehling P., Koelbel N., Rutgers C., Codependence and conduct disorder: feminine versus masculine coping responses to abusive parenting practices. *Sex roles* 1996,35:603-618.
- Sher K., Psychological Characteristics of Children of Alcoholics. *Alcohol Health Res World* 1997,21,3:247-254.
- Sin Relaciones Destructivas Escuela para la vida. Recuperado el 8 de Junio de 2010, de <http://www.sinrelacionesdestructivas.com>
- Sisson R., Azrin N., Family-member involvement to initiate and promote treatment of problem drinkers. *J. Behav Ther Exp Psychiatry* 1986,17:15-21.
- Steinglass P., A life history model of the alcoholic family. *Fam Process* 1980,18:337-354.
- Subby R. *Lost in The Shuffle: The Co-Dependent Reality*, Health Communications, Inc: Florida, EUA, 1987.
- Tavares R., Tavares K., Vieira P., Lessa B., Azevedo R. Rosa P., Fleming M., Cocaine Addiction and Family Dysfunction: A Case-Control Study in Southern Brazil. *Subst Use Misuse* 2006,41:307-316.
- Zerwekh J.A., Michaels B., Co-dependency. Assessment and recovery. *Nurs Clin North Am* 1989,24,1:109-20.

Tabla 2. Cuadro Comparativo de Grupos de Ayuda-mutua

Organización	Mundial					Nacional				
	Número de centros	Miembros	Población a la que está dirigido	Objetivo	Año en que se fundó	Número de centros	Miembros	Población a la que está dirigido	Objetivo	Año en que se fundó
Al-Anon	26 000 en 131 países	Con un promedio de 1.3 miembros	Hombres y mujeres que son cónyuges, parientes o amigos de personas con problemas con el consumo de alcohol.	Ayudar a los familiares de los enfermos alcohólicos, practicando un programa de los 12 pasos de ayuda-mutua, comprendiendo y estimulando a los familiares aquejados por la enfermedad del alcoholismo.	1951 ¹	3 000 ²	No estimado debido a la naturaleza flotante de los miembros. ²	Hombres y mujeres que son cónyuges, parientes o amigos de personas con problemas con el consumo de alcohol.	Ayudar a los familiares y amigos de los alcohólicos, mediante el programa de los Doce Pasos.	1965 ²
Alateen	2 300	No estimado debido a la naturaleza flotante de los miembros. ²	Jóvenes entre 12 y 18 años de edad que tienen algún familiar o amigo con problemas relacionados al consumo de alcohol.	Como parte de Al-Anon, Alateen ayuda a que los jóvenes se recuperen de los efectos ocasionados por vivir con un pariente o amigo con problemas de alcoholismo. Se basa en los Doce Pasos, las Doce Tradiciones y los Doce Conceptos de Servicio.	1957 ¹	600 ²	Con una media aproximada de 5 miembros por grupo. ²	Jóvenes entre 12 y 18 años de edad que tienen algún familiar o amigo con problemas relacionados al consumo de alcohol.	Como parte de Al-Anon, Alateen ayuda a que los jóvenes se recuperen de los efectos ocasionados por vivir con un pariente o amigo con alcoholismo. Se basa en el programa de los Doce Pasos.	1968 ²

Tabla 2. Cuadro Comparativo de Grupos de Ayuda-mutua

Organización	Mundial				Nacional					
	Número de centros	Miembros	Población a la que está dirigido	Objetivo	Año en que se fundó	Número de centros	Miembros	Población a la que está dirigido	Objetivo	Año en que se fundó
Adult Children of Alcoholics (ACA o ACoA).	No se cuenta con información.	No se cuenta con información.	Hombres y mujeres con personalidades dependientes a otra persona ⁶ .	Promover la recuperación de personas adultas de los efectos de haber crecido en una familia alcohólica y disfuncional.	1978 ⁶	No existe en México.	No existe en México.	No existe en México.	No existe en México.	No aplica.
Familias Anónimas	500 aprox. en 21 países.	No estimado debido a la naturaleza flotante de la población ³ .	Hombres y mujeres que están siendo afectados por los problemas de alguien cercano a ellos	Hacer algo constructivo, para acercarse al problema del otro. Facilitando la convivencia	1971 ³	180	No estimado debido a la naturaleza flotante de la población ³ .	Hombres y mujeres que están siendo afectados por los problemas de alguien cercano a ellos.	Hacer algo constructivo, para acercarse al problema del otro. Facilitando la convivencia.	1986 ³
Codependientes anónimos	1 235 ⁴	Mínimo 2 personas en cada grupo, sin límite de cupo	Hombres y mujeres	Desarrollar relaciones sanas y satisfactorias	1986 ⁴	43 registrados ⁴ .	Mínimo 2 personas en cada grupo, sin límite de cupo	Hombres y mujeres	Desarrollar relaciones sanas y satisfactorias	A finales de los ochenta ⁴ .

Tabla 2. Cuadro Comparativo de Grupos de Ayuda-mutua

Organización	Mundial					Nacional				
	Número de centros	Miembros	Población a la que está dirigido	Objetivo	Año en que se fundó	Número de centros	Miembros	Población a la que está dirigido	Objetivo	Año en que se fundó
Divorciados anónimos	No se cuenta con información.	No se cuenta con la información.	Personas divorciadas, en proceso de divorcio, separadas, viudas, madres solteras, mayores de 18 años y personas casadas con problemas de pareja.	Fomentar la integración familiar, que las personas aprendan a estar bien consigo mismas para establecer relaciones positivas.	No se cuenta con información.	No se cuenta con información.	No se cuenta con información.	Personas divorciadas o en proceso, madres solteras, mayores de 18 años y personas casadas con problemas en su relación de pareja.	Fomentar la integración familiar, que las personas aprendan a estar bien consigo mismas para establecer relaciones positivas.	No se cuenta con la información

Tabla 2. Cuadro Comparativo de Grupos de Ayuda-mutua

Organización	Mundial				Nacional					
	Número de centros	Miembros	Población a la que está dirigido	Objetivo	Año en que se fundó	Número de centros	Miembros	Población a la que está dirigido	Objetivo	Año en que se fundó
Sin relaciones destructivas A.C. "Escuelas para la vida"	No se cuenta con la información.	No se cuenta con la información.	Mujeres y hombres, jóvenes, adultos y personas mayores; solteros, parejas, casados, separados o divorciados con problemas al relacionarse consigo mismos, con otros, que no pueden lograr relaciones duraderas y estables.	Servir y brindar la oportunidad de aprender a vivir sin relaciones destructivas a todos aquellos que lo necesiten y deseen, proporcionando orientación y apoyo psicológico para su desarrollo integral ⁵ .	No se cuenta con la información.	No se cuenta con la información.	No se cuenta con la información.	Mujeres y hombres, jóvenes, adultos y personas mayores; solteros, parejas, casados, separados o divorciados con problemas al relacionarse consigo mismos, con otros, que no pueden lograr relaciones duraderas y estables.	Servir y brindar la oportunidad de aprender a vivir sin relaciones destructivas a todos aquellos que lo necesiten y deseen, proporcionando orientación y apoyo psicológico para su desarrollo integral ⁵ .	1991

¹ Ayllón, C. (1998). Factores de riesgo que mantienen la codependencia en la conducta alcohólica. Tesis de licenciatura, Universidad Autónoma de México, México, D.F.

² Comunicación personal Al-Anon, Alateen, 11 de mayo de 2010.

³ Comunicación personal Familias Anónimas, abril de 2010.

⁴ Comunicación personal Codependientes Anónimos, abril de 2010.

⁵ <http://www.relacionesdestructivas.org>

⁶ <http://www.adultchildren.org/>

Tabla 3. Estilos de enfrentamiento

Tipo de enfrentamiento	Características	Ventajas	Desventajas	Sentimientos relacionados
Emocional	Expresión abierta y directa de emociones. Pérdida de control emocional del familiar quien actúa impulsivamente y recurre a golpes o insultos.	El familiar actúa de forma natural, sintiendo alivio al liberar tensión.	El familiar puede sentir culpa al pensar que con dichas reacciones promueven el consumo; desgaste emocional. Es posible que el usuario haga lo contrario de lo que le pide el familiar.	Enojo, sensación de haber sido lastimado, sentirse perturbado, confusión.
Tolerante	Aceptación por parte del familiar, disculpando y encubriendo la conducta del consumidor.	Se evitan discusiones y se reduce aparentemente la tensión, creando un mejor clima para los demás.	El familiar puede sentir que abusan de él, que no está enfrentando la situación y que favorece el consumo.	Impotencia, preocupación y culpabilidad.
Evitador	Conductas con el objetivo de establecer distancia física y emocional del consumidor.	Puede contribuir a que los familiares sientan menos tensión al percibir que tienen control.	El consumidor se puede sentir aislado, agravando su consumo. Puede experimentarse desunión familiar.	Dolor, amargura, rencor, tristeza.
Controlador	El familiar intenta controlar el consumo, limitando el dinero, vigilando al consumidor y haciéndole prometer que no usará más la sustancia.	Ayuda a que el familiar tenga la sensación de hacer algo positivo y que hay esperanza de cambiar.	En el usuario puede causar resentimiento. Para el familiar puede ser muy estresante tratar de controlar la conducta del usuario y muy frustrante cuando esto no se logra.	Preocupación, desesperación, cansancio extremo, sentirse responsable por el otro.
Inactivo	Falta de acción del familiar, éste no actúa por temor al usuario o porque no quiere involucrarse en el problema.	Puede ser una forma de enfrentar más apegada a la realidad y ayudar a los familiares a ser más independientes.	Los familiares siguen experimentando descontento con la situación al percibir que no hacen nada por cambiarla.	Desesperanza, indiferencia, confusión, temor, perturbación.

Tabla 3. Estilos de enfrentamiento

Tipo de enfrentamiento	Características	Ventajas	Desventajas	Sentimientos relacionados
Confrontativo	El familiar da a conocer al consumidor tranquila y abiertamente su postura respecto al consumo, le aclara que no está dispuesto a tolerarlo. Trata de hacer entrar en razón al usuario.	Da la sensación a los familiares de no dejarse manipular. Es un método más eficaz para ayudar al usuario a controlar el consumo.	El usuario puede reaccionar desfavorablemente. El familiar puede pensar que está en riesgo de alejar al consumidor o de perderlo todo.	Sensación de fuerza y tranquilidad.
Apoyador	Apoyo directo al usuario para modificar sus hábitos de consumo, impulsarlo hacia sus objetivos o ayudarlo a entrar en tratamiento.	Puede representar una asistencia más eficaz para que el usuario cambie su forma de consumo al aceptarlo en vez de rechazarlo.	Si el usuario no responde, los familiares pueden sentir que pierden el tiempo. Dificultad para distinguir entre apoyo y excesiva tolerancia.	Amor por el usuario, optimismo.
Independiente	Se busca fortalecer el bienestar del familiar al continuar con las actividades normales en la dinámica familiar.	Puede representar una ayuda para manejar la tensión y ansiedad y proteger a otros miembros de la familia alejándolos de la preocupación.	Los familiares pueden sentir que están rechazando al usuario y que no están ayudándolo.	Auto confianza, autoestima, respeto y afecto hacia sí mismos y hacia el usuario.

Tomado de: Natera, G., Offord, J., Tiburcio, M. y Mora, J., *Prevención del consumo de Alcohol y Drogas en el Trabajador y sus Familiares. Manual para el orientador: Instituto Nacional de Psiquiatría, México; 1998.*

Tabla 4. Instrumentos que miden la codependencia

Nombre de la prueba	Autores, país y año	Número de reactivos	Características y población con la que se probó	Confiabilidad	Validez	Estructura factorial y varianza explicada
Instrumento de Codependencia (ICOD)	Gloria Noriega Gayol y Luciana Ramos Lira México 2002.	30 reactivos (respuestas: 0 "no", 3 "mucho") Autoaplicación.	Instrumento de tamizaje para detectar casos de codependencia en la relación de pareja. Mujeres mexicanas.	Alpha de Cronbach : 0.9201	Kappa: 0.8409 Criterio externo: sensibilidad 76%, especificidad de 69.05%	Cuatro factores: mecanismo de negación, desarrollo incompleto de la identidad, represión emocional y orientación rescatadora. 50.8% de varianza explicada.
Holyoake Codependency Index (HCI)	Greg E., Dear Clare M., Roberts Australia 2000.	13 reactivos (respuestas: 1 "completamente en desacuerdo"; 2 "en desacuerdo"; 3 "indeciso"; 4 "de acuerdo"; 5 "completamente en desacuerdo").	Codependencia vista como un constructo con 4 características: External focusing, Self-sacrificing, Interpersonal control, Emotional suppression. Clientes usuarios de counseling para familias con problema de abuso de sustancias, mujeres de la comunidad y estudiantes universitarios.	Alpha de Cronbach: 0.83 a 0.84	Validez de constructo al correlacionar con otras variables.	Tres subescalas: External focus, Reactivity, Self-sacrifice.
Instrumento de Codependencia	Augusto Pérez Gómez y Diana Delgado Delgado Colombia 2003	45 reactivos.	Mide la codependencia con base en tres subescalas: Focalización en el otro / Negligencia de sí mismo; No Afrontamiento; y Sobrecontrol. Personas con un familiar consumidor de sustancias y personas de la comunidad en general.	Reporta Alpha de Cronbach por subescalas. Focalización en el otro: 0.85 No afrontamiento: 0.76. Sobrecontrol: 0.85	No reporta.	El factor Sobrecontrol se superpone con el de Focalización mostrando un nuevo titulado "La necesidad compulsiva de ayudar".

Apartado "Desarrollo histórico de codependencia"						
Autor	Título	Año	Temática	Método	Población	
Guevara Pérez, M.	Un enfoque de la codependencia en las esposas de enfermos alcohólicos.	1993	Ofrece un análisis acerca de la codependencia, sus orígenes e implicaciones	Tesis/ Investigación documental	No aplica	
Espinosa de los Monteros, R.	Una propuesta de intervención para la codependencia alcohólica como fenómeno multifactorial.	1994	Realiza la propuesta de un tratamiento para abordar la codependencia en mujeres y prevención primaria en población femenina adolescente.	Tesis/ Investigación documental.	No aplica	
Ayllón, C.	Factores de riesgo que mantienen la codependencia en la conducta alcohólica.	1998	Enfatiza la necesidad de implementar alternativas de tratamiento para familiares de personas consumidoras de sustancias psicoactivas que presentan conductas codependientes	Tesis/Cuantitativo.	60 personas de distintas instituciones (AI-Anon, Insame DIF, CENCA y Hospital Psiquiátrico Infantil de la Secretaría de Salud).	
Natera G., Mora J. y Tiburcio M.	El rol de las mujeres mexicanas frente al consumo de alcohol y drogas en la familia.	1997	Explora el papel que juegan las mujeres mexicanas que se enfrentan con el consumo de sustancias al interior de la familia.	Cualitativo.	20 madres y 20 esposas de un consumidor de sustancias en tratamiento o en agencias comunitarias.	

Apartado "Desarrollo histórico de codependencia"

Autor	Título	Año	Temática	Método	Población
Orford J., Natera C., Davies J., Nava A., Mora J., Rigby K., Bradbury, C., Copello, A. y Velleman R.	<i>Stresses and strains for family members living with drinking or drug problems in England and Mexico.</i>	1998	Describe los estresores y tensiones que experimentan las personas que tienen un familiar consumidor de sustancias.	Cualitativo.	24 personas (12 inglesas, 12 mexicanas) en su mayoría mujeres.
Natera C., Mora J. y Tiburcio M.	Barreras en la búsqueda de apoyo social para las familias con un problema de adicciones.	1999	Profundiza en las barreras por las cuales los familiares no buscan ayuda para atender los efectos adversos que el consumo de sustancias de un miembro de la familia trae para su salud física y psicológica.	Cualitativo.	100 personas (70 mujeres) que tuvieron un familiar (es) consumidor de sustancias.
Medina-Mora M.	<i>Women and alcohol in developing countries.</i>	2001	Descripción de la posición de la mujer y la forma en que es afectada por el consumo de alcohol en países en vías desarrollo.	Investigación documental.	No aplica.
Orford J., Natera C., Velleman R., et al.	<i>Ways of coping and the health of relatives facing drug and alcohol problems in Mexico and England.</i>	2001	Evaluó los estilos de afrontamiento, el estrés familiar y la salud personal de los participantes. Analizó la relación entre salud y estrés familiar y el estilo de afrontamiento, así como la acción moderadora de éste último en la relación entre el estrés y la salud.	Cualitativo y cuantitativo.	100 familiares de consumidores de alcohol o drogas de la Ciudad de México y 100 del suroeste de Inglaterra.

Apartado "Escala de evaluación de la codependencia"						
Autor	Título	Año	Temática	Método	Población	
Orford J., Natera C., Copello A., Atkinson C., Mora J., Velleman R., Crundall I., Tiburcio M., Templeton L. y Walley C.	<i>Coping with alcohol and drug problems: the experiences of family members in three contrasting countries</i>	2005	Aborda las formas en las que los familiares de consumidores de sustancias hacen frente a la situación, haciendo énfasis en Australia, Inglaterra y México	Libro.	No aplica.	
Cruz M., Gaona-Márquez L., y Sánchez-Sosa.	<i>Empowering women abused by their problem drinker spouses: effects of a cognitive-behavioral intervention.</i>	2006	Evalúa la efectividad de una intervención cognitivo-conductual en la autoestima y asertividad de esposas de consumidores de alcohol.	Cuantitativo.	18 mujeres cónyuges de bebedores problema que sufrían de algún tipo de abuso por parte del esposo.	
DíGiolamo A., Salgado V.	<i>Women as primary caregivers in Mexico: challenges to well-being.</i>	2008	Revisión de la literatura de los últimos veinte años con respecto al papel de la mujer mexicana dentro de la familia y descripción de los retos psicosociales y de salud a los que se enfrentan.	Investigación documental.	No aplica.	
Noriega G. y Ramos L.	Construcción y validación del instrumento de codependencia (ICOD) para las mujeres mexicanas.	1998	Muestra el proceso de construcción y de validación del icod, así como sus características psicométricas	Cuantitativo.	1ª fase: 230 mujeres que acudían a consulta a un centro de salud y que había vivido con una pareja heterosexual por lo menos un año. 2ª fase: 41 mujeres, 20 en psicoterapia por primera vez, 21 que las acompañaban.	

Sobre la atención a mujeres usuarias de drogas: cifras, barreras y modelos de tratamiento

Jorge Galván, Rodrigo Marín

Introducción

En México se reconoce cada vez más el hecho de que las mujeres con problemas de drogas tienen necesidades específicas y que éstas precisan intervenciones especializadas; no obstante, los servicios de tratamiento para mujeres consumidoras siguen siendo muy limitados con las consecuencias negativas que esto representa para su salud física y mental. A lo anterior habría que agregar la estigmatización que sufre este grupo, que por una parte favorece la ocultación del problema y por otra retarda la solicitud de ayuda para superarlo.

Por lo anterior, este capítulo tiene como objetivo documentar y analizar la información existente en nuestro país sobre algunos aspectos relacionados con el tratamiento a mujeres consumidoras de drogas: estadísticas sobre ingreso, barreras y modalidades de tratamiento, todo ello con la finalidad de identificar:

- La situación actual de las mujeres consumidoras mexicanas y sus necesidades de tratamiento.
- Las necesidades prioritarias que en materia de investigación sobre este tema sugieren los/las autores/as de los trabajos compilados.
- Las recomendaciones para modificar y mejorar los actuales programas de tratamiento.

A fin de cumplir este objetivo se realizó una búsqueda y revisión de trabajos publicados por autores/as mexicanos/as en el periodo comprendido entre los años 1980-2009. Las palabras clave utilizadas para la búsqueda fueron: mujer, drogas, modalidades de tratamiento, barreras tratamiento.

La exposición de este capítulo se centrará en tres aspectos fundamentales: en primer lugar, se abordará lo relacionado con la demanda de tratamiento; en segundo lugar, se describirán las principales dificultades que enfrentan las mujeres respecto al tratamiento. Posteriormente se expondrán algunos modelos de tratamiento existentes en el país y se analizarán con base en la evidencia de si cubren las necesidades específicas de las mujeres. Finalmente, se proponen algunas recomendaciones a partir de esta revisión.

Demanda de tratamiento

Los datos relacionados con las personas (cifras y características) que demandan tratamiento por problemas de drogas son de suma utilidad, ya que representa la base para la planificación y gestión del sistema de tratamiento.

a) Cifras

La información acumulada por encuestas sobre consumo de drogas y reportes de instituciones de tratamiento del país durante más de 20 años indica que el número de mujeres que abusan del alcohol o las drogas y que demandan servicios de tratamiento es significativamente menor que el de los hombres. Los diferentes estudios consultados señalan proporciones hombre-mujer que varían de 12.1 a 5.1, lo cual es indicativo de que ha aumentado la demanda de tratamiento por mujeres en los últimos años. Sin embargo, la solicitud de atención por parte de este grupo continúa siendo escasa. Ello refleja una condición prevaleciente en nuestro país, tanto en el pasado como en el presente; esto es, un consumo mayoritario de drogas entre varones y más dificultades para acceder a tratamiento en mujeres.

A continuación se presentan algunos datos de estudios que dan cuenta de la tendencia de la demanda de tratamiento por mujeres en distintos momentos:

Un estudio realizado en 1988 con 548 miembros de Alcohólicos Anónimos mostraba que sólo 10% de la membresía eran mujeres y este porcentaje era inferior en la provincia y en el medio rural (Rosovsky y cols., 1990). Actualmente la presencia de mujeres en los grupos AA sigue siendo menor, según un informe de 2008.

En el año 2001, el Instituto Mexicano del Seguro Social reportaba que en general la demanda de consultas por drogas era mayor en hombres que en mujeres. En los servicios de Medicina Familiar de un total de 15 704 consultas relacionadas con alcohol 13 921 correspondían a hombres y 1 783 a mujeres, lo que indicaba que los hombres acudían a consulta casi 8 veces más que las mujeres (Córdova y cols., 2001).

En relación con la demanda de atención de la población usuaria a través de la línea telefónica, el Servicio Telefónico de Orientación en Adicciones, TELCIJ, en el periodo correspondiente a 1996-2000, reportó 23 980 llamadas de consumidores hombres por sólo 6 702 mujeres. También se reporta que de 88 547 llamadas que realizaron familiares y/o amigos/as en solicitud de atención para un/a consumidor/a, 67 331 fueron hechas por mujeres. Este dato evidencia que la mujer, en la mayoría de los casos, es un apoyo importante para personas que padecen este problema, lo cual no sucede cuando ellas presentan este problema (Huesca y cols., 2001).

El Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones, refiere que en 2002 hubo una mayor afluencia de hombres que de mujeres, tanto en organismos de tratamiento gubernamentales como no gubernamentales (ONG; 10.1); y señala que la relación hombres-mujeres varía de acuerdo la droga de inicio. Por ejemplo, en los Centros de Integración Juvenil (CIJ) la razón hombres-mujeres para heroína, marihuana, alcohol, cocaína, inhalables y tabaco fue de 13.1, 12.1, 8.1, 7.1, 6.1 y 6.1, respectivamente (Tapia-Conyer y Cols., 2002).

En ese mismo año (2002) los datos de la Encuesta Nacional de Adicciones mostraba que el porcentaje de usuarios/as de drogas de 12 a 65 años que había solicitado ayuda en alguna institución era muy bajo (4.9%), y destacaba lo siguiente: sólo 57 de cada 1 000 consumidores solicitan ayuda, mientras que en las usuarias sólo 22 de cada 1 000 lo hacen. Asimismo, se señala en este mismo estudio que sólo 1.4% de los/las bebedores/as solicitó algún tipo de ayuda por sus problemas de consumo de alcohol durante el año anterior a la entrevista: la mayoría (98%) eran varones. Se apunta que el género es una de las variables asociadas con la búsqueda de atención, y se hace evidente que los hombres tienen una probabilidad ocho veces mayor de solicitar atención que las mujeres (Secretaría de Salud, 2003).

Los Centros de Integración Juvenil reportan, en un periodo de 13 años, un incremento en el número de mujeres que acuden a tratamiento por problemas relacionados con el uso de sustancias, al pasar de una mujer por cada 12 hombres en 1990, a una mujer por cada cinco hombres en 2003. En otro estudio de esta misma institución se señala que para 2005 esta proporción fue de una mujer por cada cuatro hombres. En tanto que para 2006, de 83 999, pacientes solicitantes sólo 10.3% correspondía a mujeres. Durante 2007, se reporta que de cada 100 usuarios/as que solicitaron la atención, 83 fueron hombres y 17 mujeres.

Información reciente derivada de la Encuesta Nacional de Adicciones de 2008 mostró que, sin incluir las necesidades de tratamiento para tabaco y alcohol, existen 428 819 personas que requieren de atención especializada y 3 869 093 que requieren de intervenciones breves. El 80.7% de la población requiere de prevención de drogas.

b) Características de las mujeres que solicitan tratamiento

El perfil de mujeres consumidoras es muy heterogéneo, según se demuestra en los reportes de la principal institución de tratamiento en el país. Se identificó que existen marcadas diferencias dependiendo del nivel socioeconómico y la edad de las usuarias. No obstante, parece que las características más recurrentes en las mujeres que demandan tratamiento son las siguientes: son más jóvenes y disponen de menos recursos en lo relativo a educación, empleo e ingresos; tienen hijos/as que viven con ellas y conviven con un cónyuge o pareja que consume sustancias. Las mujeres con problemas de consumo de sustancias tienen más probabilidad de haber experimentado traumas que los hombres y de sufrir con más frecuencia problemas psiquiátricos concomitantes.

c) Utilización de servicios y tipo de servicio demandado

En nuestro país son pocos los estudios que ofrecen información respecto a la utilización de servicios por parte de personas con problemas de alcohol y drogas. En estos trabajos se señala que la proporción hombre-mujer que solicita servicios de tratamiento es siempre mayor a favor del sexo masculino y que existen diferencias en el servicio utilizado tanto si se es hombre o mujer o si se abusa de las drogas o el alcohol.

En la literatura revisada se reporta que las personas que consumen drogas y alcohol se apoyan principalmente en familiares, amigos/as o personal de ministerios religiosos, siendo también una práctica frecuente el uso de remedios caseros y automedicación (Solís y cols., 1994; ENA, 1998; Medina-Mora y cols., 2001).

En cuanto al tipo de servicio utilizado, hay diferencias importantes entre usuarios/as de alcohol y de drogas y entre hombres y mujeres. Los hombres que reportaron consumir drogas en la encuesta de 1988, recurrieron con mayor frecuencia a los programas especializados (35.3%) y a los programas psiquiátricos (23.5%), mientras que las mujeres acudieron a un dispensario (57.1%), hospital general (28.5%) o centro de salud (14.2%). En el caso de consumo de alcohol, tanto hombres como mujeres asistieron a grupos de Alcohólicos Anónimos y a consulta médica privada (59%). De acuerdo con lo reportado en 1998, este patrón de utilización de servicios presentó variaciones importantes, ya que instituciones

del sector salud y del sector privado representaron las principales opciones para usuarios y usuarias de drogas. Mientras que los hombres con problemas de alcoholismo acudieron principalmente a grupos AA y las mujeres a hospitales generales (ENA, 1988 y Solís y Medina-Mora, 1994).

Recientemente, los resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones 2008 confirman lo señalado en estudios previos. Es decir sólo una pequeña proporción de los/las usuarios/as (16.1%) acude a tratamiento; los grupos de ayuda mutua son recursos importantes (11.6%), y los/las psicólogos/as (5.5%) y psiquiatras (4%) ocupan el segundo y tercer lugar, respectivamente, como fuentes de ayuda.

Barreras al tratamiento

En la literatura sobre el tema destaca un aspecto de gran relevancia relacionado con las mujeres consumidoras de drogas: las dificultades que enfrentan para acceder a tratamiento. Estas barreras u obstáculos han sido definidos como “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” (Citado en Romero y cols., 2009).

Algunas situaciones inherentes a los programas y a los y las profesionales suelen constituirse muy frecuentemente en barreras que impiden a las mujeres acceder a tratamiento. Algunas de estas situaciones tienen que ver con: *a)* la gran mayoría de los programas de tratamiento carecen de una perspectiva de género, lo que supone no tener presentes las necesidades de las mujeres; *b)* detección tardía del problema del uso de drogas en las mujeres, ya que por lo general existen muchas variables que dificultan su reconocimiento; *c)* la presencia de problemas de salud mental que enmascaran el uso de drogas y no son identificados por el personal médico de atención primaria; *d)* influencia de los estereotipos en los y las profesionales sobre las mujeres con problemas de uso de drogas; *e)* ausencia de horarios flexibles y capacidad de respuesta inmediata en los programas de tratamiento, entre otros.

En la literatura revisada se identificó que las barreras más frecuentes que encuentran las mujeres para recuperarse de su dependencia a las drogas reside en dos tipos de factores:

- Los que tienen que ver con los condicionantes sociales, personales y culturales de las usuarias.
- Factores relacionados con los programa de tratamiento

Solís y Medina-Mora, en un trabajo publicado en 1994, mencionan que muchas mujeres alcohólicas no buscan ayuda porque tienen miedo al estigma social; temen que les pueda quitar la custodia de los/las hijos/as; no tienen quien les cuide a los/las hijos/as; no saben adónde ir; tienen culpa y vergüenza, y existe una fuerte oposición por parte de la familia para que ellas acudan a tratamiento. Asimismo apuntan que las barreras más frecuentes relacionadas con las instituciones de tratamiento son la composición del equipo terapéutico, la distribución geográfica y otros factores como el costo.

Otras circunstancias que dificultan la búsqueda y obtención de los servicios han sido planteadas en varios trabajos, tales como: distancias que hay que recorrer para llegar a las instituciones, problemas de transportación; trabas burocráticas para obtener el servicio como, por ejemplo, el tener que esperar mucho tiempo para conseguir una cita, horarios poco convenientes y tener que realizar muchos trámites para acceder al servicio (Padilla y Peláez 1985; Caraveo, González-Forteza, Ramos y Mendoza, 1986; Caraveo y Mas, 1990; Tenorio, Natera y Cordero, 2000).

En un estudio con heroínómanos, Cravioto y cols. (2003) identificaron que el estigma es uno de los principales aspectos que dificultan su rehabilitación e inserción social. Además, observaron la influencia de otro tipo de variables que impiden que estos/estas usuarios/as lleguen a tratamiento, como baja escolaridad, nunca haber tenido periodos de abstinencia, no haber sufrido episodios de sobredosis, no presentar enfermedades de tipo crónico y tener más de cinco años de estar expuesto a la heroína.

Belló y cols. (2008) señalan que al fenómeno de la estigmatización deben sumarse las responsabilidades familiares, sobre todo respecto al cuidado de los/las hijos/as, lo cual se ha notificado como un obstáculo muy importante para que las mujeres soliciten un servicio de tratamiento. Asimismo, mencionan que existen factores socioeconómicos que pueden actuar como barreras de acceso en las mujeres, quienes suelen tener menores niveles de ingreso que los hombres o bien son económicamente dependientes de éstos.

En mujeres con problemas por consumo de alcohol se ha identificado que las principales barreras para buscar tratamiento tienen que ver con la estigmatización y la vergüenza; con aspectos concernientes a las relaciones de pareja y al entorno familiar, como el no contar con el apoyo de sus parientes para buscar ayuda; por no comprender y aceptar que el alcoholismo es una enfermedad y creer que pueden con el problema ellas mismas; así como con obstáculos relativos a los servicios ofrecidos como falta de confianza en los tratamientos y la preocupación porque los/las encargados/as de los servicios no comprendan sus problemas y necesidades como mujeres (Berenzon y cols., 2008).

Hernández y Galván (2009) en un estudio realizado con 65 usuarios/as de drogas para conocer la influencia de las redes sociales en la conducta de uso de drogas, señalan que las barreras más importantes que obstaculizan el ingreso a tratamiento de mujeres se relacionan con negación del problema, falta de apoyo familiar, convivencia con consumidores/as y el tratamiento inadecuado y/o maltrato existente en algunas instituciones.

Información obtenida de mujeres consumidoras de drogas en prisión mostró que para las mujeres los vínculos afectivos determinan en gran medida la no búsqueda de ayuda, como miedo a no ser aceptada por la pareja y amigos/as y el temor de perder a los/las hijos/as. Asimismo se señala que la desconfianza, el desconocimiento de la ubicación del servicio y la presencia de varones fueron consideradas por estas mujeres como barreras importantes relacionadas con las instituciones de tratamiento (Romero y cols., 2010).

La revisión de los trabajos muestra que existen importantes barreras que retrasan el acceso a tratamiento de las mujeres. La mayor parte de la información proviene de encuestas que recogen la opinión de mujeres que han tenido ya algún contacto con instituciones de tratamiento; por lo que sería conveniente obtener información sobre mujeres que todavía no han accedido a centros especializados mediante abordajes cualitativos.

Comorbilidad psiquiátrico-adictológica en mujeres

La comorbilidad psiquiátrica es un fenómeno que se ha venido estudiando de varios años atrás. Particularmente a la comorbilidad que existe entre los trastornos por consumo de sustancias psicoactivas (abuso o dependencia) y otras entidades psicopatológicas (depresión, ansiedad, etc.), se le ha dado un énfasis especial en los últimos 40 años debido a su impacto como problema de salud pública (SAMHSA y CSAT, 2005; Nanni, 2009).

Dentro de la literatura especializada se han empleado distintos términos para nombrar a esta comorbilidad. Los más empleados son: "Diagnóstico Dual", "Trastorno Dual", "Condición Dual", "Dualidad", y "Trastorno Co-ocurrente". Para fines del presente capítulo se empleará el término Comorbilidad Psiquiátrico-Adictológica por ser el que más se adapta (SAMHSA y CSAT, 2005; San Molina, 2007; Marín, 2009).

En una revisión del tema, Marín (2009) reporta que la Comorbilidad Psiquiátrico-Adictológica en particular, ha despertado un interés significativo de los/las especialistas en este campo de conocimiento científico ya que su impacto en la salud pública es amplio, pues se asocia al incremento tanto de la severidad de la sintomatología adictiva, como de la depresiva, la ansiosa, la psicótica y de conducta disruptiva según sea el caso; tal situación es susceptible de incidir en el deterioro de la calidad de vida y del funcionamiento psicosocial del/a enfermo/a, aumentando el riesgo de recaída y rehospitalización, así como de adquirir una enfermedad infectocontagiosa como VIH y hepatitis B y/o C entre otras complicaciones.

Tal situación también se encuentra asociada con una historia de acercamientos terapéuticos poco asertivos, ya que han carecido de óptica de atención integral que aborde tanto la problemática adictiva como el trastorno mental comórbido, lo que los lleva a ser poco efectivos y más costosos al atender las dos condiciones por separado (Marín, 2009; Nanni, 2009). Lo anterior, probablemente es debido a una reducida capacidad de recursos humanos entrenados y especializados ex profeso para la atención de las adicciones tanto en áreas médicas como en áreas psicológicas, además de que en México hay una larga tradición basada en la filosofía de modelos de ayuda mutua que incluso se han trasladado a escenarios de asistencia privada. Éstos carecen de una óptica de rehabilitación psiquiátrica integral para la atención de las adicciones y sus comorbilidades.

A pesar de la escasez de literatura nacional que reporta este fenómeno de comorbilidad, destacan algunos estudios realizados en hogares, como el de Caraveo y Colmenares (2002), quienes reportan que la severidad del consumo de sustancias aumenta el riesgo de desarrollar otros trastornos mentales; también señalan que los trastornos afectivos resultaron los más prevalentes en comorbilidad con trastornos por dependencia al alcohol y otras drogas, 18.2% y 34.7%, respectivamente. No obstante la comorbilidad con los trastornos por ansiedad, igual presentaron prevalencias significativas aunque menores que con los afectivos (Caraveo y Colmenares, 2002).

Por su parte, la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP) reportó que los trastornos prevalentes en una muestra probabilística de 2 500 personas fueron: ansiedad (14.3% alguna vez en la vida), seguidos por trastornos de uso de sustancias (9.2%) y trastornos afectivos (9.1%), con mayor prevalencia en mujeres los del tipo ansioso y afectivo, a diferencia de los relacionados por consumo de sustancias en hombres (Medina-Mora y cols., 2003; Medina-Mora y cols., 2005; Medina-Mora y cols., 2007).

Asimismo, en otra publicación de la ENEP se reporta que las personas que presentan episodios depresivos durante la infancia y la adolescencia tienen 18.3 veces más probabilidad de desarrollar dependencia a drogas (IC 95% 1.9-176.5, $p= 0.013$) que los/las que presentan episodios depresivos en la vida adulta. Y nuevamente las mujeres presentan mayor vulnerabilidad que los hombres bajo esta condición (Benjet y cols., 2004).

En otro estudio realizado con 231 mujeres convictas en dos centros penitenciarios del Distrito Federal, se evaluó la prevalencia de la comorbilidad del Episodio Depresivo Mayor con los Trastornos por Consumo de Sustancias (alcohol y otras drogas). Este estudio reporta que cerca de dos terceras partes de la muestra de las entrevistadas (62%) cumplieron criterios diagnósticos de haber experimentado al menos un Episodio Depresivo Mayor. Asimismo, 23.5% de la población deprimida cumplió criterios de dependencia al alcohol, y 78% cumplió criterios para dependencia a otras drogas. Lo cual indica que aproximadamente 50% de la población total evaluada presenta comorbilidad psiquiátrico-adictológica (Colmenares y cols., 2007).

Un aspecto que parece ser concluyente en diversos estudios nacionales es que la proporción del riesgo de desarrollar un trastorno por dependencia a sustancias es mayor en mujeres que en hombres cuando preexistentemente se estableció algún trastorno mental afectivo y/o ansioso (Caraveo y Colmenares, 2002; Medina-Mora y cols., 2003; Benjet y cols., 2004; Colmenares y cols., 2007).

En particular, la comorbilidad psiquiátrico-adictológica en mujeres representa un gran reto ya que los estudios reportan que, en comparación con los hombres, las mujeres con Trastornos por Consumo de Sustancias presentan tasas más elevadas de trastornos psiquiátricos diagnosticados, predominantemente de tipo ansioso, depresivo, de conducta alimentaria y de personalidad limítrofe. Asimismo en algunos estudios se señala que las mujeres son más propensas que los hombres a presentar pensamiento y conducta suicida (Leal y cols., 2002; ONUDD, 2005).

Recapitulando, es interesante que la condición comórbida entre trastornos por consumo de sustancias psicoactivas (alcohol, tabaco, otras drogas) y otros trastornos mentales (depresión, ansiedad, psicosis, etc.), resulta ser un reto para el diseño y establecimiento de programas de rehabilitación profesional para esta población afectada, pues esto implica la integración de equipos de trabajo interdisciplinario con alto nivel de entrenamiento clínico que implica un aumento en los costos de operación. Aunado a esto tras valorar la información que la investigación reporta, es claro 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.

Modelos de tratamiento

Partiendo de la complejidad de los supuestos y de las evidencias expuestas hasta ahora, resulta muy difícil hablar de un tratamiento único e ideal para la atención de mujeres con trastornos relacionados con sustancias. Los clínicos que diseñan y operan los algoritmos de atención deben tomar en cuenta una diversidad de variables, todas ellas igual de importantes para alcanzar el éxito de un programa de tratamiento que contemple los principios de costo-efectividad y costo-beneficio.

La literatura especializada en el campo es vasta y de igual magnitud es la diversidad de filosofías y definiciones existentes en relación con el término "tratamiento"; cada postura intenta definirlo a partir del marco conceptual que promueve, lo cual puede verse sesgado a aspectos morales, religiosos, existenciales, sociales, psicologistas o extremadamente biologicistas.

Es así que, para ser congruente con las posturas internacionales, partiremos del modelo biopsicosocial propuesto por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2001). Ésta define el término "tratamiento", dentro del campo de las adicciones, como el proceso que se inicia cuando un consumidor de sustancias psicoactivas entra en contacto con un centro sanitario u otro servicio comunitario, proceso que debe continuar mediante la sucesión de intervenciones específicas, en un intento por alcanzar el mayor grado de salud y bienestar posible (WHO, 1993; 1998).

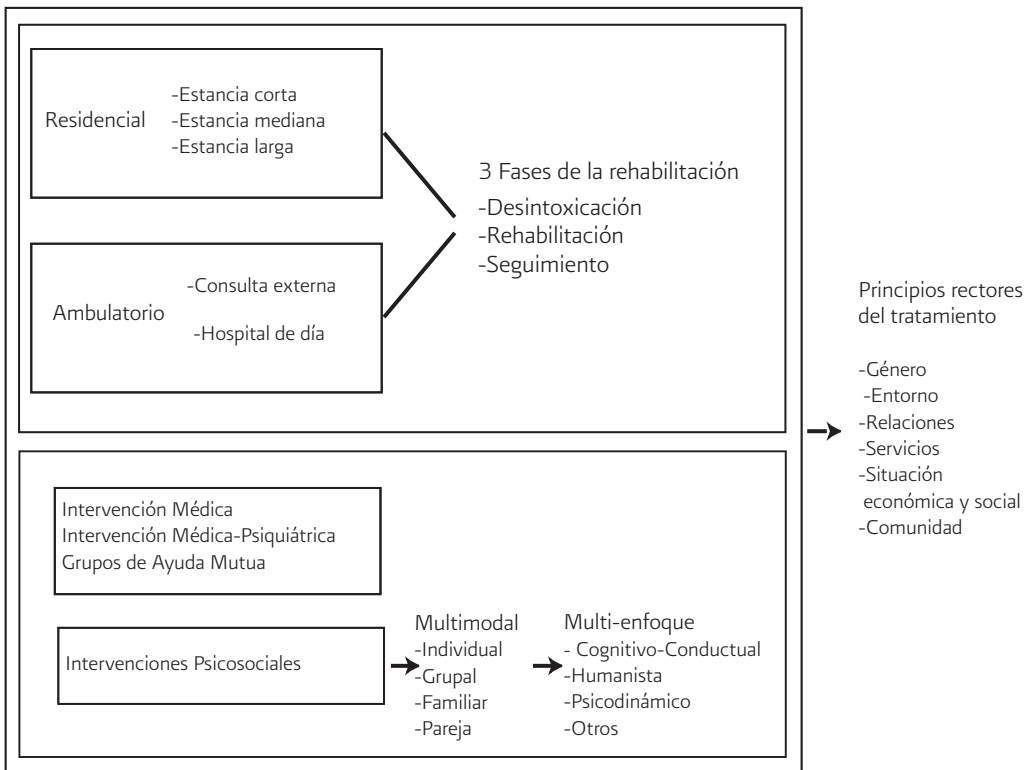
De ahí que para hablar de tratamiento, sin importar que sean dirigidos a hombres, mujeres o grupos mixtos, deben considerar características generales en tanto a configuración o diseño; es decir, pueden ser de tipo residencial o ambulatorio, pero ambos deben tomar en cuenta las tres fases básicas o estándar de todo tratamiento: Desintoxicación, Rehabilitación y Seguimiento – *Postratamiento*– (WHO, 1993; UNODC; 2002). También se debe resaltar que los programas residenciales pueden variar según el tiempo de la estancia: corta (2 a 3 semanas); mediana (4 a 6 semanas); larga (3 meses o más) y medio camino. Los de tipo ambulatorio pueden variar de igual forma en su intensidad y tiempo: consulta externa y hospital de día.

Encontrar una taxonomía con descriptores precisos es una tarea difícil ya que hay que contemplar además de lo ya mencionado, ciertas particularidades en tanto a modelos de atención; de ahí que un programa de tratamiento para mujeres requiere predominantemente de sensibilidad al género, además de cualquier posible combinación de los descriptores, de tal forma que debe tomar en cuenta seis principios rectores:

- 1) reconocer que el género es un hecho diferencial (Género),
- 2) la creación de un entorno basado en la seguridad, el respeto y la dignidad (Entorno),
- 3) elaboración de políticas, prácticas y programas favorables a las relaciones personales y que promuevan vínculos sanos con los/las hijos/as, las y los familiares, la pareja y la comunidad (Relaciones);
- 4) abordar las cuestiones relativas al uso indebido de sustancias, traumas y comorbilidad psiquiátrica ofreciendo servicios de amplio alcance, integrados y culturalmente adecuados (Servicios),
- 5) dar a la mujer posibilidades de mejorar sus condiciones socioeconómicas mediante programas de reinserción social (Situación económica y social);
- 6) finalmente, establecer un sistema de atención en la comunidad que incluya servicios de amplio alcance, inspirados en la colaboración (Comunidad) (UNODC; 2002).

Aunado a lo ya descrito, la literatura científica reporta que parte del perfil de las mujeres con trastornos relacionados con sustancias sufren de comorbilidad psiquiátrica a la vez que un alto porcentaje (55% a 99%) de ellas han reportado haber vivido en entornos violentos y haber sufrido abuso sexual, físico y/o psicológico en algún momento de su vida (Morrissey y cols, 2005; Noether y cols, 2005; Chung y cols., 2009).

Cuadro 1. Descriptores básicos del tratamiento en adicciones



Es así que las mujeres, con esta constelación de experiencias, tienen más probabilidad de presentar mayor severidad de adicción, lo que implicaría mayor índice de recaídas y rehospitalizaciones, entre otras complicaciones. Con esto, se hace evidente la necesidad de tratamientos integrales y diseñados ex profeso, que no sólo tomen en cuenta el género sino aspectos como la maternidad (Morrissey y cols, 2005; Noether y cols, 2005; Chung y cols., 2009).

Los programas y servicios de atención para la mujer consumidora de drogas en México representan uno de los mayores desafíos, ya que a la fecha la evidencia científica sobre intervenciones terapéuticas dirigidas específicamente a mujeres y sus resultados continúa siendo muy limitada.

El rezago en materia de tratamiento de mujeres, en opinión de especialistas nacionales y extranjeros, se debe en parte a que durante mucho tiempo se ha considerado el abuso de sustancias como un problema masculino. Por tanto, la mayoría de los programas de tratamiento fueron concebidos pensando en varones, y también a que se asumió erróneamente que las dinámicas del abuso de sustancias y sus tratamientos eran iguales para hombres y mujeres.

En México hay diversas perspectivas terapéuticas para atender a personas con problemas relacionados con el uso de drogas. Las hay de tipo médico-psiquiátrico o psicológico, así como agrupaciones de autoayuda o comunidades terapéuticas, entre otras, que varían respecto a sus marcos teóricos y objetivos. No obstante, esta disponibilidad, se considera que ninguno de estos servicios, hasta ahora, cubre totalmente las necesidades específicas de la mujer consumidora.

Aunque se sabe de la existencia de instituciones o agrupaciones en nuestro país que atienden sólo a mujeres, no se tiene conocimiento de los programas de tratamiento que siguen y sus resultados; esta situación evidencia la necesidad de conocer qué tipo de servicios e intervenciones están recibiendo las mujeres actualmente y sus resultados.

La literatura nacional sobre evaluación de resultados de tratamiento en población usuaria es escasa. Aun cuando se incrementó paulatinamente a partir de los años noventa, entre los estudios más destacados se encuentran: programa de autocontrol para bebedores problema, de Ayala (2001); programa de tratamiento breve para adicción a la nicotina, de Lira (2002); programa de intervención breve dirigido a adolescentes que se inician en consumo de alcohol y otras drogas, de Martínez (2003) y el de Barragán, Morales y Ayala (2003) que desarrollaron un modelo de tratamiento de reforzamiento comunitario dirigido a usuarios/as crónicos de sustancias; el trabajo de Oropeza y cols., (2007) sobre evaluación de un tratamiento breve para usuarios/as de cocaína y el de Martínez y cols., (2008) que evaluó un programa de consejo breve para adolescentes que abusan del alcohol, son de los pocos estudios con población usuaria donde se reseñan los resultados obtenidos con mujeres.

Otro aspecto que mostró esta revisión es que las publicaciones sobre intervenciones específicas de tratamiento para mujeres y sus resultados son prácticamente inexistentes. Destacan los trabajos de Romero y Durand (2007), que proponen una intervención desde la perspectiva de género y la reducción de daño para mujeres usuarias de drogas en prisión, y el de Rodríguez (2007), propuesta también de intervención de reducción de daño para atender a mujeres usuarias dedicadas a la prostitución.

A manera de recapitulación podemos señalar que es necesario partir de la consideración de que entre mujeres el abuso y la dependencia presenta problemas diferentes y requiere distintas intervenciones terapéuticas; por tanto, es de primera importancia insistir en la necesidad de integrar la perspectiva de género en los programas y servicios de atención ya existentes o bien, promover el diseño y evaluación de intervenciones específicas acordes con las características y necesidades actuales de la mujer usuaria de drogas.

Algunos aspectos que deja en claro esta revisión de la literatura nacional es que:

- Se requiere mayor información acerca de los servicios e intervenciones que reciben actualmente las mujeres usuarias y los resultados que obtienen.
- No hay investigación que apoye la utilización de determinadas técnicas de intervención para el tratamiento de la mujer usuaria.
- Los modelos conductuales y cognitivo conductuales, aun siendo las intervenciones con mejores resultados documentados en población usuaria mexicana, requieren demostrar con mayor evidencia su utilidad y/o limitaciones en población femenina.
- No hay estudios que documenten experiencias terapéuticas con mujeres usuarias embarazadas o con orientación sexual distinta.
- Atendiendo la evidencia científica mostrada en esta revisión documental, se reitera que no es posible pensar en un tratamiento único para mujeres y tener presente que recibir atención, cualquiera que esta sea, es mejor que no tenerla.

Recomendaciones para el tratamiento de mujeres consumidoras de drogas

De la revisión de los trabajos anteriores se derivan recomendaciones y propuestas para modificar y mejorar las actuales políticas, planes y programas de tratamiento a mujeres consumidoras. A continuación se detalla lo más relevante:

- Implementación de estrategias para detectar oportunamente el consumo de drogas en mujeres y motivar el ingreso a tratamiento, ya que los estudios muestran que la presencia femenina en los distintos programas de tratamiento existentes en el país es escasa. Ello representa una serie de repercusiones negativas para la salud física y mental de este grupo.
- Opciones de tratamiento específicos para mujeres adolescentes y jóvenes adultas, ya que las encuestas más recientes muestran un claro aumento de consumo en este grupo y evidencian que sus patrones de consumo y condiciones de vida son diferentes al de otras mujeres.
- Obtener información, mediante estudios cualitativos, sobre barreras al tratamiento, tanto en mujeres en esta situación como en quienes no han accedido a estos servicios, ya que de esta revisión se desprende que existe poca información basada en investigaciones sobre este tipo de experiencias.
- Asegurar que todo programa terapéutico en el país contemple las diferentes situaciones presentes en las mujeres con problemas de abuso y adicción, porque se ha mostrado en los diferentes estudios revisados que pueden ser un obstáculo para el inicio del tratamiento y fracaso del mismo:
 - Violencia.
 - Abuso sexual/físico, preferencia sexual.
 - Estigmatización.
 - Escaso/nulo apoyo social.
- Promover el tratamiento oportuno de problemas emocionales en la infancia y adolescencia, ya que los datos de las encuestas de población muestran que esta medida podría disminuir hasta la mitad los casos de dependencia entre las mujeres.
- Incluir dentro de los modelos actuales de tratamiento, intervenciones terapéuticas específicas para la atención de trastornos relacionados con la adicción, como depresión, ansiedad, trastornos de la alimentación y estrés postraumático, entre otros, ya que los estudios nacionales muestran que las mujeres que padecen este tipo de problemáticas, por lo general recurren a las drogas para encontrar un alivio inicial a sus síntomas, que posteriormente se revierten agravando su estado emocional.
- Promover modelos de tratamiento sensibles al género: la gran mayoría de los trabajos revisados destacan que los servicios de tratamiento no se han adecuado a las necesidades de las mujeres.
- De acuerdo con los resultados de investigación, se puede considerar que no hay un claro consenso que permita afirmar qué programas son más adecuados para las mujeres. Por ello es necesario fomentar la investigación en este campo a fin de obtener evidencia científica.

Hasta el momento se ha señalado en algunos trabajos que las intervenciones cognitivo-conductuales han demostrado una mayor efectividad que otro tipo de intervenciones en personas con problemas de consumo de alcohol y drogas, pero no se han diferenciado por sexo.

Referencias

- Ayala H., Echeverría L., Sobell M., Sobell L., Autocontrol dirigido: Intervenciones breves para bebedores de alcohol en México. *Revista Mexicana de Psicología* 1997, 14: 113-127.
- Barragán L., González J., Medina-Mora M.E., Ayala H., Adaptación de un modelo de intervención cognoscitivo-conductual para usuarios dependientes de alcohol y otras drogas en población mexicana: Un estudio piloto. *Salud Mental* 2005, 28 (1):61-71.
- Barragán L., Flores M., Medina-Mora M.E., Ayala H., Modelo integral de satisfacción cotidiana en usuarios dependientes de alcohol y otras drogas, *Salud Mental* 2007, 30 (3): 29-38.
- Belló M., Puentes E., Medina-Mora M.E., El papel del género en la demanda de atención por problemas asociados al consumo de alcohol en México. *Revista Panam Salud Pública/Pan Am J Public Health* 2008, 23(4)
- Benjet C., Borges G., Medina-Mora M.E., Fleiz C., Zambrano J., La depresión con inicio temprano: prevalencia, curso natural y latencia para buscar tratamiento. *Salud Pública de México* 2004, 46(5): 417-424.
- Berenson S., Medina-Mora M.E., Lara M.A., Servicios de salud mental: veinticinco años de investigación. *Salud Mental* 2003, 26 (5): 61-72.
- Berenson S., Medina-Mora M.E., Romero M., Rojas E., Comparación del uso de servicios en mujeres mexicanas con abuso y dependencia al alcohol [reporte interno] .
- Borges G., Medina-Mora M.E., Wang P.S., Lara C., Berglund P., Walters E., Treatment and adequacy on treatment of mental disorders among respondents to the Mexico National Comorbidity Survey. *Am J Psychiatry* 2006, 163(8):371-78.
- Brown V.B., y Melchior L.A., Women with co-occurring disorders (COD): treatment settings and service needs. 2008.
- Castillo I., Gutiérrez A.D., Consumo de drogas en mujeres asistentes a centros de tratamiento especializado en la ciudad de México. *Salud Mental*, 2008, 31:351-359.
- Caraveo J., González-Forteza C., Ramos L., Mendoza P., Necesidades y demandas de atención en los servicios de salud mental. *Salud Pública de México* 1986, 28 (5): 504-514.
- Caraveo J. y Mas C., Demandas de atención en salud mental. Tres diferentes ámbitos. En Instituto Mexicano de Psiquiatría (ed.), *Reseña de la V Reunión de Investigación del Instituto Mexicano de Psiquiatría*, vol. 1 (pp. 23-27), México, 1990.
- Caraveo J., Colmenares E., Los trastornos psiquiátricos y el abuso de sustancias en México: panorama epidemiológico. *Salud Mental* 2002, 25(2): 9-15
- Caraveo J., Epidemiología psiquiátrica en México: 1977-2000. Rodríguez J.J., Kohn R., y Aguilar-Gaxiola S., Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe, pp. 132-144. Estados Unidos, OPS, 2009.
- Colmenares E., Romero M., Rodríguez E., Durand-Smith A., Saldívar G., Female depression and substance dependence in the Mexico City penitentiary system. *Salud Mental* 2007, 30(6): 53-61.

- Córdova A., Muñoz O., Guarneros A., Rosales R., Camarena., *Atención de los trastornos relacionados con la farmacodependencia y adicciones*. Instituto Mexicano del Seguro Social. Observatorio Epidemiológico en Drogas. El fenómeno de las adicciones en México 2001. CONADIC, SSA. México, pp. 72-74.
- Cravioto P., Medina-Mora M.E., De la Rosa B., Galván F., Tapia-Conyer R., Patrones de consumo de heroína en una cárcel de la frontera norte de México: barreras de acceso a tratamiento. *Salud Pública de México* 2003, 45(3): 181-190
- Chung S., Domino M.E., Morissey J.P., Changes in Treatment Content of Services During Trauma-informed Integrated Services for Women with Co-occurring Disorders. *Community Mental Health Journal* 2009, 45:375-284.
- De la Rosa B., Medina-Mora M.E., Tapia-Conyer R., Cravioto P., Galván F., Patrones de consumo de heroína en una cárcel de la frontera norte de México: barreras de acceso a tratamiento. *Salud Pública de México*, 2003, 45(3): 181-190.
- Drake R. y Wallach M.A., Dual diagnosis: 15 years of progress. *Psychiatric Services* 2000, 51(9):1126-1129.
- Echeverría L., Carrascoza C., Reidl M.L., *Prevención y tratamiento de conductas adictivas*. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, 2007.
- Encuesta Nacional de Adicciones 2008*. Consejo Nacional contra las Adicciones, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, Instituto Nacional de Salud Pública y Fundación Gonzalo Río Arronte. México, 2010.
- Hernández A., Galván J., García C., *Estudio sobre los antecedentes y redes sociales de un grupo de usuarios de drogas antes del ingreso a tratamiento*. Cartel presentado en la XXI Reunión de Investigación del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, 2009.
- Huesca R., Guisa V.M., Negrete R., *Servicio Telefónico de Orientación en Adicciones: telcij*. Observatorio Epidemiológico en Drogas. El fenómeno de las adicciones en México. CONADIC, SSA. México, 2001.
- Kessler R., McGonagle K., y Zhao S., Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1994, 51:8-19.
- Leal J., Díaz A., Gutiérrez J., Alfaro J., Torres C., Íñiguez O., Alcoholismo y co-morbilidad psiquiátrica en una población de pacientes psiquiátricos y alcohólicos. *Psiquis* 2002, 11(4).
- Marín R., Comorbilidad Psiquiátrico-Adictológica: Un problema emergente. *Memorias del Congreso Mundial de Adicciones: Experiencias basadas en la evidencia*. Centros de Integración Juvenil, 2009, pp. 79-80.
- Martínez K.I., *Desarrollo y evaluación de un Programa de Intervención Breve para adolescentes que inician el consumo de alcohol y otras drogas*. Universidad Nacional Autónoma de México. Tesis de doctorado. Facultad de Psicología, México, 2003.
- Martínez K.I., Salazar M.L., Pedroza F.J., Ruiz G.M., Ayala H., Resultados preliminares del Programa de Intervención Breve para adolescentes que inician el consumo de alcohol y otras drogas. *Salud Mental*, 2008, 31:119-127.
- Medina-Mora M.E., Borges G., Lara C., Benjet C., Blanco J., Fleiz C., et al. Prevalence of mental disorders and use of services: Results from the Mexican National Survey of Psychiatric Epidemiology. *Salud Mental*, 2003, 26(4):1-16.

- Medina-Mora M.E., Borges G., Lara C., Benjet C., Blanco J., Fleiz, C., *et al.*, Prevalence, service use, and demographic correlates of 12-month DSM-IV psychiatric disorders in Mexico: results from the Mexican National Comorbidity Survey. *Psychological Medicine* 2005, 35: 1-11
- Medina-Mora M.E., Borges G., Benjet C., Lara C., Berglund P., Psychiatric disorders in Mexico: Lifetime prevalence in a nationally representative sample. *Br. J. Psychiatry* 2007, 190:521-28.
- Medina-Mora M.E., Borges G., Benjet C., Lara C., Rojas E., Fleiz C., Zambrano J., Villatoro J., Blanco J., y Aguilar-Gaxiola S., Estudio de los trastornos mentales en México: resultados de la encuesta mundial de salud mental. En Rodríguez J.J., Kohn R., y Aguilar-Gaxiola S. *Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe*. Estados Unidos [OPS], 2009: 79-89.
- Merikangas K., Metha R., Molar B., Walters E., Swendsen J., Aguilar-Gaxiola S., *et al.*, Comorbidity of substance use disorders with mood and anxiety disorders: Results of international consortium in psychiatric epidemiology. *Addictive Disorder* 1998, 23(6): 893-907.
- Morrissey, J.P., Jackson, E.W., Ellis, A.R., Amaro, H., Brown. V.B., Najavits L.M., Twelve-Month Outcomes of Trauma-Informed Interventions for Women With Co-occurring Disorders. *Psychiatric Services* 2005, 56(10): 1213-1222.
- Nanni R., *Tratado de Patología Dual*. Bioquimed Press, México, 2009.
- Noether C.D., Finkelstein N., VanDeMark N.R., Savage A., Reed, B., Moses, D.J., Design Strengths and Issues of SAMHSA's Women, Co-occurring Disorders, and Violence Study. *Psychiatric Services* 2005, 56(10):1233-1236.
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD). Tratamiento del abuso de sustancias y atención para la mujer: Estudios monográficos y experiencia adquirida. Publicación de las Naciones Unidas: ISBN 92-1-348104-7, 2005.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe sobre la salud en el mundo 2001". *Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. ISBN 92 4 3562010.
- Oropeza R., Medina-Mora M.E., Sánchez J.J., Evaluación de un tratamiento breve para usuarios de cocaína. *Revista Mexicana de Psicología*, 2007, 24(2):219-231.
- Padilla P. y Peláez O., Detección de trastornos mentales en el primer nivel de atención médica. *Salud Mental*, 1985, 8(3), 66-72.
- Rodríguez E., *Prostitución y Drogas. Intervención para reducción del daño*. México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, 2007.
- Romero M., Durand A.L., *Mujeres, prisión y drogas. Intervención desde la perspectiva de género y la reducción del daño*. México, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, 2007.
- Romero M., Gómez C., Ramiro M., Díaz A., Necesidades de atención a la salud mental de la mujer adicta. *Salud Mental*, 1997, 20(2):38-47.
- Romero M., Saldívar G., Rodríguez E., Galván J., Inequidades de género, abuso de sustancias y barreras a tratamiento en mujeres en prisión. *Salud Mental*, 2010, 33(5).
- Rosovsky H., Leyva G., Movimiento de Alcohólicos Anónimos en México. *ANALES*. Reunión de Investigación. Instituto Mexicano de Psiquiatría. pp. 5-8
- San Molina M., *Consenso de Patología Dual*. Arsmedica. España, 2007.

- Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Psiquiatría, Dirección General de Epidemiología. *Encuesta Nacional de Adicciones 2002*, México, 2003.
- Solís R.L., Medina-Mora M.E., La utilización de los servicios de atención para la salud mental por mujeres mexicanas. Resultados de dos encuestas nacionales". *Salud Mental* 1995, 17(1):7-10.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). Report to congress on the prevention and treatment of co-occurring substance abuse disorders and mental disorders. *Inventory Number: BKD467*, 2002.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) y Center for Substance Abuse Center (CSAT). Substance abuse treatment for persons with co-occurring disorders. Treatment Improvement. *Protocol*, 2005, vol. 42. [DHHS Publication núm. (SMA) 05-3992]
- Tenorio R., Natera G., Cordero M., Mujer y alcohol: características sociodemográficas de un grupo de mujeres que acuden a tratamiento. *Anales de Trabajo Social* 2000, 1:18-26.
- Tapia R., Kuri P., Cravioto P., García E., Galván F., Fernández E., De la Rosa B., Ruiz A., Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA). En *Observatorio Mexicano en tabaco, alcohol y otras drogas*. Secretaría de Salud y Consejo Nacional contra las Adicciones, 2002.
- United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). Contemporary Drug Abuse Treatment: A Review of the Evidence Base. 2002
- World Health Organization –WHO–. Approaches to treatment of substance abuse. Ginebra, 1993.
- World Health Organization (WHO). Comité de Expertos de la OMS en Farmacodependencia. 30° informe. OMS, Serie de Informes Técnicos 873. Ginebra, 1998.

Estadísticas sobre Demanda de Tratamiento

Autor	Título	Año	Temática	Método	Población
Córdova A., Muñoz O., Guarneros A., Camarena E.	Atención de los trastornos relacionados con la farmacodependencia y adicciones	2001	Estadísticas de derechohabientes que solicitan atención por problemas relacionados con el consumo de sustancias.	Cuantitativo	Pacientes con problemas de uso de drogas atendidos en el año 2000.
Huesca R., Guisa VM., Negrete R.	Servicio telefónico de orientación en adicciones. TELCIJ.	2001	Estadísticas, características socio-demográficas y datos de consumo de usuarios de drogas que solicitan ayuda telefónica.	Cuantitativo	179 578 llamadas telefónicas.
Berenzon S., Medina-Mora M.E., Lara M.A.	Servicios de salud mental: 25 años de investigación	2003	Una revisión de las investigaciones que sobre servicios de salud mental se han realizado a lo largo de veinticinco años en la DIEPS del INPRF.	Revisión	Revisión
Castillo F. y A. Gutiérrez.	Consumo de drogas en mujeres asistentes a centros de tratamiento especializado en la ciudad de México	2008	Información estadística sobre ingreso de mujeres a tratamiento.	Cuantitativo	754 usuarias
Secretaría de Salud.	Encuesta Nacional de Adicciones 2008.	2008	Datos sobre tratamiento y tipo de servicio utilizado.	Cuantitativo	Personas de ambos sexos de 12 a 65 años
Belló M., Puentes E., Medina-Mora M.E.	El papel del género en la demanda de atención por problemas asociados al consumo de alcohol en México.	2008	Demanda de atención por consumo de alcohol analizado desde la variable género.	Cuantitativo	5,406 personas identificadas como bebedores.

Barreras a tratamiento

Autor	Título	Año	Temática	Método	Población
Solís L. y Medina-Mora M.E.	La utilización de los servicios de atención para la salud mental de mujeres mexicanas. Resultados de dos encuestas Nacionales.	1994	Utilización de servicios de atención en salud mental.	Cuantitativo	ENA: 12 581 personas de 12 a 65 años de edad ^{ENEP} : 1 926 entrevistadas a personas entre 18 y 65 años de edad.
Romero M., Gómez C., Ramiro M., Díaz A.	Necesidades de atención a la salud mental de la mujer adicta.	1997	Análisis de narrativas de mujeres adictas para comprender los obstáculos que enfrentan para la atención de su salud.	Cualitativo	Mujeres adictas a sustancias psicoactivas de diversas zonas urbanas de la ciudad de México.
Tenorio R., Natera C., y Cordero, M.	Mujer y alcohol: características socio-demográficas de un grupo de mujeres que acuden a tratamiento.	2000	Análisis del perfil sociodemográfico de mujeres con problemas de alcohol que asisten a tratamiento.	Cuanti/cuali.	Mujeres consumidoras de alcohol.
De la Rosa B., Medina-Mora M.E., Tapia-Conyer R., Cravioto P., Galván F.	Patrones de consumo de heroína en una cárcel de la frontera norte de México: barreras de acceso a tratamiento.	2003	Análisis sobre las barreras de acceso a tratamiento de usuarios de heroína.	Cuantitativo	Usuarios de heroína
Romero M., Saldivar G., Rodríguez E., Galván J.	Inequidades de género, abuso de sustancias y barreras a tratamiento en mujeres en prisión.	2009	Datos sobre los principales obstáculos a tratamiento señalados por mujeres usuarias de drogas en prisión.	Cuantitativo	213 mujeres usuarias de alcohol y drogas recluidas en dos centros penitenciarios.
Hernández A., Galván J., García C.	Estudio sobre antecedentes y redes sociales de un grupo de usuarios de drogas antes del ingreso a tratamiento.	2009	Descripción de las redes sociales de los usuarios de drogas y barreras de acceso a tratamiento	Cuantitativo	65 usuarios de drogas de ambos sexos.

Comorbilidad

Autor	Título	Año	Temática	Método	Población
Caraveo J., Colmenares E.	Los trastornos psiquiátricos y el abuso de sustancias en México: Panorama Epidemiológico.	2002	Epidemiología de los trastornos psiquiátricos y abuso de sustancias.	Cuantitativo	
Medina-Mora M.E., Borges C., Lara C., Benjet C., Blanco J., Fleiz C. et al.	<i>Prevalence of mental disorders and use of services: Results from the Mexican National Survey of Psychiatric Epidemiology.</i>	2003	Datos estadísticos sobre trastornos mentales y uso de servicios.	Cuantitativo	Hombres y mujeres de 18 y 65 años
Medina-Mora M.E., Borges C., Benjet C., Lara C., Berglund P.	<i>Psychiatric disorders in Mexico: Lifetime prevalence in a nationally representative sample.</i>	2007	Prevalencia "alguna vez en la vida" de trastornos psiquiátricos	Cuantitativo	
Colmenares, E., Romero, M., Rodríguez, E., Durand-Smith A., Saldívar G.	<i>Female depression and substance dependence in the Mexico City penitentiary system.</i>	2007	Depresión y abuso de sustancias en mujeres reclusas.	Cuantitativo	213 mujeres usuarias de alcohol y drogas reclusas en dos centros penitenciarios.
Nanni R.	Tratado de Patología Dual.	2009	Patología dual.	Compendio	Compendio
Marín R.	Comorbilidad Psiquiátrico-Adictológica: Un Problema Emergente.	2009	Comorbilidad psiquiátrico adictológica.	Revisión	Revisión

Modelos de tratamiento

Autor	Título	Año	Temática	Método	Población
Ayala H., Echeverría L., Sobell M., Sobell L.	Autocontrol dirigido. Intervenciones breves para bebedores de alcohol en México.	1997	Intervenciones breves.		Usuarios de alcohol
Barragán L., Conzález J., Medina-Mora M.E., Ayala H.		2005	Intervención cognitivo-conductual.	Cuantitativo	Usuarios dependientes al alcohol y otras drogas 7 hombres y 2 mujeres
Barragán L., Flores M., Medina-Mora M.E., Ayala H.	Modelo integral de satisfacción cotidiana en usuarios dependientes de alcohol y otras drogas.	2007	Evaluar la solidez de un modelo conceptual para explicar el consumo y la abstinencia en usuarios con dependencia del alcohol y otras drogas.	Cuantitativo	20 usuarios con dependencia de consumo
Rodríguez E.	Prostitución y Drogas. Intervención para reducción del daño.	2007	Intervención de reducción del daño desde perspectiva de género.	Cuanti/Cuali	80 adolescentes y jóvenes, sexoservidoras consumidoras de drogas.
Martínez K.I., Salazar M.L., Pedroza F.J., Ruiz G.M.	Resultados preliminares del Programa de Intervención Breve para adolescentes que inician el consumo de alcohol y otras drogas.	2008	Programa de intervención breve para adolescentes usuarios de alcohol y drogas.	Cuantitativo	25 adolescentes (14-18 años) con consumo fuerte de alcohol y drogas (19 hombres y 6 mujeres).

III. CAPÍTULO DE METANÁLISIS

Consumo de alcohol y servicios de urgencia en mujeres mexicanas

Guilherme Borges

Introducción

Los accidentes y la violencia ocasionan lesiones que se pueden presentar en diferentes grados de severidad, desde aquellas en que individuo resulta, para efectos prácticos, básicamente ileso hasta aquellas cuyo resultado es la muerte. Los servicios de urgencia (SU) captan una parte pequeña de las lesiones leves y de las que ocasionan la muerte, pero estos servicios captan una parte sustancial de las lesiones moderadas y severas. Estas últimas tienen un alto costo individual y social por la atención especializada que requieren y por la discapacidad que muchas veces producen. Un escenario importante para llevar a cabo intervenciones a fin de reducir el consumo de alcohol son las salas de urgencia, ya que la prevalencia de problemas relacionados con su uso es alta y el ingreso a estas salas presenta la oportunidad de llegar a una población que de otra manera quizás no recibiría atención médica. Además, estas salas son escenarios especialmente aptos para intervenir en el consumo de alcohol, ya que el paciente ha sufrido un suceso traumático y usualmente está en buena disposición para discutir y cambiar su uso de alcohol (Gentilello y cols., 1999). Las intervenciones para reducir el consumo de alcohol en pacientes en salas de urgencia, sobre todo las llamadas intervenciones breves, han demostrado ser muy eficientes, incluso en términos de costo-beneficio, ahorrando casi cuatro dólares americanos por cada dólar gastado en detección e intervención (Gentilello y cols., 2005).

El alcohol juega un papel prominente entre los pacientes que buscan atención médica en las salas de urgencia (Cherpitel, 1977; Conigrave y cols., 1991). Varios estudios llevados a cabo en Estados Unidos y en otros países han estimado que entre 10 y 40% de los pacientes que ingresan a salas de urgencia presentan cantidades detectables de alcohol en sangre o aliento (Conigrave y cols., 1991; Borges y cols., 1999; Cherpitel, 1989; Cherpitel y cols., 2005; Robertson y cols., 1989 y Rosovsky y cols., 1989).

El uso del alcohol se encuentra presente en aproximadamente 30% de los accidentes vehiculares y entre 40 y 56% de asaltos. Adicionalmente, se ha estimado que 50% de pacientes con trauma fueron lesionados bajo la influencia del alcohol (Dunn y cols., 1997; Dyehouse y cols., 1998). Cherpitel señala que los pacientes con lesiones, comparados con los que no presentan lesiones, son de dos a cinco veces más propensos a presentar concentraciones de alcohol en la sangre; resultan muchas veces positivos en las lecturas del alcosensor que se realizan en las salas de urgencia y son los que reportan más problemas con el alcohol (Cherpitel, 1997; Cherpitel y cols., 1991). Borges y colaboradores (1998), encontraron que la dependencia al alcohol incrementó entre 1.8 a 2.9 el riesgo de ingresar a los servicios de urgencia de la ciudad de Pachuca por un accidente e incrementó este riesgo entre 1.9 a 2.8 de ingresar por una urgencia médica, comparado con la población general de esta ciudad.

Consumo de alcohol y violencia en los servicios de urgencias: el caso de las mujeres

El consumo de alcohol en mujeres repercute en diversos ámbitos. En el área familiar, muchas veces las mujeres consumidoras excesivas son abandonadas por su cónyuge, y socialmente llegan a ser rechazadas, estigmatizadas y tachadas como promiscuas. A nivel individual, destaca el que con un consumo menor de alcohol, las mujeres presentan mayores problemas físicos que los hombres. Así, las mujeres que consumen alcohol pueden presentar características y problemas similares a los hombres bebedores, pero con mayores consecuencias por su condición biológica y de género. Cabe destacar dentro de los problemas físicos relacionados al consumo de alcohol, las enfermedades del hígado (por ejemplo cirrosis), los severos síntomas premenstruales, y los daños al feto por consumir alcohol durante el embarazo (Medina-Mora y cols., 1996). Por otro lado, no sólo el consumo representa consecuencias graves, las mujeres abstemias también pueden tener problemas derivados del consumo de alcohol de personas cercanas, principalmente de su pareja, y esto puede representar un riesgo para su salud, ya que pueden llegar a ser víctimas de maltrato conyugal, o padecer enfermedades de transmisión sexual (Romero y cols., 2001; Medina-Mora, 2002).

Las mujeres víctimas de violencia por parte de su pareja llegan a sufrir múltiples lesiones que van desde los moretones, rasguños y cortadas, hasta huesos rotos, contusiones y el aborto, así como daño permanente en órganos internos, como la visión, los oídos y el cerebro (Ramos y cols., 2002). Las mujeres que padecen las consecuencias del abuso de alcohol de ellas mismas o de otros, requerirán, en muchas ocasiones, los servicios de urgencia. No obstante, no sólo son escasos los estudios en esta área sino que además los estudios en servicios de urgencia reportan una baja proporción de mujeres en sus muestras con respecto a los hombres. Esto puede deberse a que las mujeres se involucran con menor frecuencia en situaciones de riesgo, por tanto las posibilidades de sufrir accidentes u otro tipo de violencias son menores. Por otra parte, respecto a la salud mental, la depresión en mujeres ha sido reportada como factor asociado al abuso de alcohol, y se ha encontrado una relación entre consumo de alcohol, depresión, abuso sexual y violencia conyugal, y conducta suicida (que incluye, ideación, intento y suicidio consumado) (Ramos y cols., 2002).

Como se puede apreciar, el consumo de alcohol es un factor de riesgo importante con repercusiones directas en los accidentes y violencia, que son unas de las principales causas de muerte e incapacidad en México, pero aún es poco lo que conocemos a este respecto específicamente sobre las mujeres. En gran medida, esto se debe a que el consumo de alcohol por parte de las mujeres es más bajo que el de los hombres, lo que implica la necesidad de contar con investigaciones que tengan tamaños muestrales mayores que los habituales. En un trabajo previo, Wells y colaboradores (2007) mostraron que el consumo femenino en servicios de urgencia de una serie de países es siempre menor que el de los hombres pero, en forma muy importante, se encontró que las mujeres presentan riesgos similares a los hombres de tener lesiones violentas asociadas con el alcohol. Es decir, las mujeres beben menos, pero una vez que beben sus riesgos son similares.

Con el fin de investigar la prevalencia del consumo de alcohol en la población femenina atendida en los servicios de urgencia, teniendo presente la necesidad de contar con un tamaño de muestra más amplio, hemos integrado las investigaciones sobre la relación entre el consumo

de alcohol y los traumatismos y urgencias médicas en muestras representativas de pacientes de esos servicios en las investigaciones que el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente (INPRF) ha venido realizando desde 1986. El primero de estos estudios se llevó a cabo en 1986 en la ciudad de México (Rosovsky y cols., 1988), al que le siguió casi de inmediato, en 1987, un estudio similar en Acapulco, Guerrero (García y Borges, 1990). Casi 10 años después, en 1996-1997 se llevó a cabo un tercer estudio, en Pachuca, Hidalgo (Borges y cols., 1999); Borges y cols., 1998) y, finalmente, en 2002 se realizó un estudio más, en un hospital del sur (Tlalpan) del Distrito Federal (Borges y cols., 2004). El cuadro 1 resume las principales características de los 16 servicios de urgencias investigados en el país por el INPRF.

Método

Los estudios en la Ciudad de México, Acapulco, Pachuca y en Tlalpan, tienen en común la misma metodología utilizada en los estudios de Cherpitel desde mediados de los ochenta (Cherpitel, 1989). La metodología epidemiológica uniforme para la realización de estos estudios, consta de los siguientes elementos:

Sujetos: Se incluye a todos los pacientes, cuyas edades pueden variar según el estudio particular, que solicitan ser atendidos por primera vez en los servicios de urgencias, debido a una urgencia médica o traumatismo. Se excluyen personas con trastornos psiquiátricos severos y quienes reingresan a los servicios de urgencias para alguna consulta de seguimiento en el transcurso del trabajo de campo.

El equipo de investigación: Formado por supervisores y entrevistadores, compuesto por lo general de médicos, enfermeras y psicólogos, o entrevistadores profesionales especialmente entrenados en el manejo de los instrumentos.

Procedimiento: Se trabaja durante las 24 horas en que se proporciona el servicio, durante los siete días de la semana, para garantizar una muestra que incluya a todos los tipos de pacientes e igual representación de consumo de alcohol. Después de que los pacientes dan su consentimiento informado al equipo de investigación, todos los pacientes son entrevistados y se les solicita que proporcionen una muestra de aliento. Enseguida, se aplica un cuestionario en entrevista individual cara a cara. En el caso de que el sujeto se encuentre en estado crítico, se pospone la entrevista hasta que el paciente se estabilice. Todas las entrevistas se realizan al interior de los hospitales participantes.

Instrumentos

Por medio del cuestionario se obtiene información sociodemográfica así como información sobre el motivo de ingreso o consulta a los servicios de urgencias. En los estudios en servicios de urgencias, tradicionalmente la población se divide en pacientes que acuden debido a una urgencia médica (por ejemplo, por dolores, sangrado del tubo digestivo, diarrea, etc.) y en pacientes que acudieron por algún accidente, mordedura, envenenamiento o lesiones intencionales (por ejemplo, accidente de vehículo de motor, caídas de caballo, intoxicación por sustancias, riñas, etc.). Los tres primeros estudios mexicanos se hicieron tomando en cuenta ambas poblaciones. Como se mencionó, en el último estudio, realizado en Tlalpan, sólo se trabajó con pacientes de urgencias traumáticas.

Además de estos datos generales, el cuestionario incluye una muy detallada sección sobre el consumo de alcohol. Algunas de las preguntas y escalas sobre el consumo de alcohol que se incluyen en este trabajo son:

Consumo de alcohol seis horas antes del suceso

Esta información se obtiene al preguntar al sujeto si consumió cualquier bebida alcohólica seis horas antes del accidente, lesión o urgencia médica que lo trajo al servicio en cuestión. Todas las investigaciones llevadas a cabo en el país han incluido también la toma de una muestra de aliento de los participantes. El alcosensor para medir el nivel de alcohol por medio del aliento se aplica siempre y cuando no hayan transcurrido más de seis horas entre accidente o urgencia médica y el momento del ingreso del paciente al servicio de urgencia. Para este trabajo, reportamos la prevalencia de nivel de alcohol en la sangre (NAS) positivo, es decir ≥ 0.010 (10 mg de alcohol por 100 ml de sangre).

Consumo habitual

La información sobre el consumo habitual se basa en la frecuencia y cantidad de consumo que el paciente reportó ingerir en los últimos 12 meses. Para los fines de este trabajo, reportamos como medida del consumo episódico excesivo, la prevalencia del consumo de cinco o más copas en una sola ocasión por lo menos una vez al mes.

Dependencia al alcohol

En los primeros tres estudios (Ciudad de México, Acapulco y Pachuca), se hicieron varias preguntas sobre posibles síntomas relacionados con la dependencia al alcohol, aunque no se incluía una escala específica para medir la dependencia clínica. Desde la investigación realizada en Pachuca, se ha incluido una medición del síndrome de dependencia al alcohol. La dependencia al alcohol se mide a través de una sección del CIDI (Composite International Diagnostic Interview) y con los criterios del DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Revision), que se basan en signos y síntomas que se experimentaron en los últimos 12 meses. Reportamos en el cuadro 2, dos medidas de dependencia. La primera, indaga la presencia de tres o más síntomas entre los siguientes: buscar disminuir el consumo de alcohol, "lagunas mentales", tomar una copa por la mañana inmediatamente después de levantarse, manos temblorosas, permanecer intoxicado por varios días. En la segunda (para el estudio de Tlalpan únicamente) la dependencia se mide con los criterios del DSM-IV.

Atribución de la urgencia al consumo de alcohol

Entre aquellos pacientes que reportaron consumo de alcohol seis horas antes de su urgencia médica/traumática, se les preguntó si atribuían su problema al hecho de haber consumido alcohol. La proporción (obtenida únicamente entre aquellos que consumieron alcohol seis horas antes de la urgencia) nos brinda una medida indirecta de cómo los pacientes relacionan la urgencia con el consumo previo.

Análisis de datos

Presentamos prevalencias simples de consumo de alcohol entre las mujeres a través de los diferentes servicios de urgencia, con pruebas de χ^2 . Como medida de asociación entre el consumo de alcohol y el riesgo de ingresar a los servicios de urgencia por alguna lesión o por problemas médicos presentamos un análisis de *case-crossover* basado en el método del consumo usual (Borges y cols., 2004).

Resultados

La primera investigación que se llevó a cabo en la Ciudad de México en 1986, contó con la participación de los servicios de urgencias de ocho hospitales representativos del sector salud, en la ciudad de México. Los Hospitales que participaron fueron Xoco, Balbuena, La Villa y Rubén Leñero (instituciones públicas, dependientes del gobierno del Distrito Federal), la Cruz Roja (institución de asistencia privada), el Hospital Lomas Verdes (IMSS), el Hospital López Mateos (ISSSTE) y el Hospital ABC (hospital privado). La mayoría de los casos fueron por traumatismos (74%) y 35.5% fueron mujeres (Cuadro 1). En Acapulco, Guerrero se llevó a cabo en 1987 un estudio en servicios de urgencias de tres hospitales, que fueron el Hospital General de la SSA, el Hospital Magallanes (hospital privado) y la Cruz Roja, que constituyó una réplica, en varios sentidos, de los objetivos de la investigación previa del Distrito Federal. Sin embargo se captaron mucho menos traumatismos (53.6%) y se obtuvo un porcentaje de 38.3% de mujeres. Un tercer estudio, llevado a cabo en Pachuca, Hidalgo, se realizó en 1996 y 1997, en tres servicios de urgencias de los principales hospitales generales de la ciudad, pertenecientes al IMSS, ISSSTE y SSA. En Pachuca, la mayoría de los entrevistados ingresaron por problemas médicos y un porcentaje mayor de mujeres fueron entrevistadas (48%). Finalmente, en el año 2002 la Organización Mundial de la Salud (OMS) decidió llevar a cabo, de manera simultánea, una investigación en servicios de urgencias traumáticas en varios países: África del Sur, Argentina, Bielorrusia, Brasil, Canadá, China, Estados Unidos, India, México, Mozambique, Nueva Zelanda, República Checa y Suecia fueron seleccionados y han aportado datos. Aquí el 39.9% de los pacientes que se entrevistaron fueron mujeres. De acuerdo con el cuadro 1 se puede ver además que la mayoría de estos estudios se han hecho en un periodo corto de trabajo de campo. El estudio del Distrito Federal duró un total de ocho semanas (una semana en cada hospital), el de Acapulco un total de cinco semanas, un máximo de 12 semanas en Pachuca y seis y media semanas en Tlalpan. La mayoría de los hospitales participantes han sido públicos o de seguridad social, y en mucho menor medida privados. No sólo es difícil obtener la colaboración de los hospitales privados sino que también estos son muchas veces hospitales pequeños o medianos, con poco volumen de pacientes en urgencias, lo que hace que la investigación en estas instituciones sea muy costosa. Las tasas de participación de los estudios realizados en México han sido excelentes, variando desde 88 hasta 94.9 por ciento.

Para fines de este trabajo, hemos seleccionado únicamente a las mujeres que ingresaron a todos estos servicios de urgencias, para un total de 1 981 mujeres, divididas en números muy parecidos entre urgencias médicas, 903 mujeres, y traumáticas, 1 078 (cuadro 2). Éste es, por lo tanto, el trabajo que más mujeres ha logrado reunir en la literatura. Comenzando con las urgencias médicas, 37.9% tuvo menos de 30 años y 28.6% bebió alcohol en los últimos 12 meses. Entre 2.2 y 3.8% de estas mujeres tienen consumo riesgoso (ya sea dependencia, consumo consuetudinario o consumo

de cantidades elevadas, 5 o más copas en una ocasión). La prevalencia de consumo en el suceso es infrecuente, variando desde 1.1% para el NAS hasta 3.4% para el autorreporte de consumo seis horas antes del suceso. Por otro lado, las mujeres que ingresan por urgencias traumáticas tienden a ser más jóvenes comparadas con las urgencias médicas y, en general, presentan más prevalencia de consumo de alcohol habitual o en el suceso. En las urgencias traumáticas 13.6% de las mujeres ingresó por alguna violencia. Aunque la frecuencia de embriaguez reportada en el suceso es baja (3.1%) un gran porcentaje de mujeres que consumieron alcohol seis horas antes, atribuyen su traumatismo al alcohol.

Debido al número bajo de mujeres que reporta consumo de alcohol seis horas antes de la urgencia médica y la urgencia traumática, presentamos estimaciones del riesgo de ingresar a un servicio de urgencia únicamente para el total de la muestra (cuadro 3). Como se puede observar, el consumo de alcohol seis horas antes del suceso está asociado con un incremento de casi 9 veces en el riesgo de ingresar a un hospital de urgencias. Este riesgo es mayor para las mujeres jóvenes (menos de 30 años), para los ingresos traumáticos y, especialmente, para las urgencias traumáticas que implican algún tipo de violencia. El riesgo más bajo, pero aún así muy elevado, se observa para los ingresos por una urgencia médica.

Discusión

De este trabajo se puede concluir dos puntos centrales. En primer lugar, entre 28.6 y 39.4% de las mujeres que ingresan a un servicio de urgencias en México son bebedoras actuales. La prevalencia de niveles elevados de consumo habitual es baja, entre 4.1 y 2.2%, y el consumo inmediatamente antes del evento se ubicó entre 17.0 y 1.1%. Sin embargo, aunque el consumo antes del suceso es relativamente bajo, una vez que las mujeres han bebido este consumo se asoció con un muy elevado riesgo de sufrir una urgencia médica (OR=4.5) o, muy especialmente, una urgencia traumática por una violencia (OR=38.0).

Uno de los pocos estudios que contamos sobre el consumo de alcohol, y las lesiones de las mujeres que acuden a los servicios de urgencia, se llevó a cabo en tres hospitales generales en la ciudad de Pachuca, Hgo. El total de la muestra fue 1 511 pacientes, siendo que 717 (47%) eran mujeres. El 83.9% de estas pacientes eran abstemias. De las mujeres que reportaron un patrón de consumo moderado y alto, 1.0 y 3.0% respectivamente, ingresaron por accidentes y violencias y 0.4% ingresaron por problemas médicos (Romero y cols., 2001). Las mujeres bebedoras tienen entre 30 y 49 años de edad (58.6%). Los motivos por los que beben las mujeres son por interacción (acompañar a su pareja, ir a bares, sentir confianza con los hombres) (6.1%) y por emociones positivas (ser sociable, mejorar confianza, divertirse) (84.8%), 9.7% consume drogas, además de alcohol (Mondragón y Borges, 2000). Algunos de los resultados sobre mujeres y servicios de urgencia en México se derivan de trabajos sobre consumo de alcohol, violencia e ideación suicida en mujeres, los cuales forman parte de esta investigación de Pachuca. En esta población, la ideación suicida y la depresión se encontraron altamente relacionadas con el consumo de alcohol y con la violencia conyugal en estas mujeres de Pachuca (Romero y col., 2001; Ramos y cols., 2002; Mondragón y Borges, 2000 y Mondragón y Borges, 2000). Las mujeres que beben reportaron pérdidas afectivas como los sucesos de vida más frecuentes (27.6%) (Mondragón y Borges, 2000). En cuanto a la violencia contra la mujer ejercida por la pareja, que

resulta en ingresos a los SU por lesiones, se observó que por cada tres hombres que ingresaron por una situación de violencia interpersonal, ingresó una mujer. Los conocidos y la pareja son los agresores principales de las mujeres. Los hombres, considerados en su gran mayoría bebedores excesivos, estaban bajo los efectos del alcohol durante el episodio violento. Esto parece confirmar la idea de que si bien el alcohol no es una causa directa de la violencia conyugal (en este caso las mujeres no son bebedoras), suele ser un factor que incrementa el riesgo de lesiones más severas y de otros problemas como el intento de suicidio (Ramos y cols., 2002).

En el presente trabajo pudimos por primera vez reportar estimaciones del riesgo relativo de sufrir una lesión o una urgencia médica como producto del consumo de alcohol inmediatamente antes del suceso, aplicables específicamente a las mujeres de México. Nuestra conclusión es que entre las mujeres que beben hay un elevado riesgo de sufrir una lesión o urgencia médica. Otros trabajos previos han reportado también estimaciones del riesgo de sufrir urgencias traumáticas en los cuatro estudios de SU entre mujeres de México (Wells y cols., 2007; Borges y cols., 2006) o para un grupo de 12 países en varios continentes (Borges y cols., 2006). Sin embargo, ninguno de estos estudios reportó previamente las diferencias de riesgo que hemos mostrado aquí, por tipo de ingreso, edad y para las urgencias violentas. Un punto importante es que los riesgos encontrados para las mujeres, y discutidos en los trabajos previos, aunque son muy elevados no parecen ser diferentes de los riesgos que sufren los hombres que consumen alcohol. Es decir, aunque la proporción de hombres que consume alcohol en México es mayor que la proporción de mujeres consumidoras, entre las personas que ingieren alcohol los riesgos son similares para hombres y mujeres.

La igualdad en los riesgos, según lo mencionado más arriba, pone de relieve la importancia de identificar a las mujeres consumidoras. Sin embargo, existen aún muchas limitaciones para identificar el problema del consumo de alcohol en las mujeres en los servicios de salud, particularmente los de urgencias. Muchas mujeres bebedoras no son identificadas por los profesionales de la salud, debido a la falta de instrumentos de medición adecuados, de tratamientos y programas preventivos abocados exclusivamente a las mujeres (Medina-Mora, 2002). Además, el estigma que prevalece en las mujeres bebedoras es un obstáculo para diseñar programas de prevención, detección y tratamiento bajo una concepción de equidad de género. Construir alternativas de detección y tratamiento, que tomen en cuenta las necesidades propias de las mujeres que sufran directa o indirectamente de las consecuencias físicas y mentales del consumo de alcohol, se convierte en un desafío al sistema de salud.

Referencias

- Borges G., Cherpitel C., Orozco R., Bond J., Ye Y., Macdonald S., Rehm J., Poznyak V., Multicentre study of acute alcohol use and non-fatal injuries: data from the WHO collaborative study on alcohol and injuries. *Bulletin of the World Health Organization*, 2006;84:453-60.
- Borges G., Cherpitel Ch., Mondragón L., Poznyak V., Peden M., Gutiérrez I., Episodic alcohol use and risk of nonfatal injury. *American Journal of Epidemiology*, 2004;159(6):565-71.
- Borges G., Cherpitel C.J., Medina-Mora M.E., Mondragón L., Casanova L., Alcohol consumption in emergency room patients and the general population: a population-based study. *Alcohol Clin Exp Res*, 1998;22(9):1986-91.

- Borges G., Cherpitel C.J., Orozco R., Bond J., Ye Y., Macdonald S., Giesbrecht N., Stockwell T., Cremonese M., Moskalewicz J., Acute alcohol use and the risk of non-fatal injury in sixteen countries. *Addiction*, 2006;101(7):993-1002.
- Borges G., Medina-Mora M.E., Cherpitel C., Casanova L., Mondragón L., Fierro L., Romero M., "Consumo de bebidas alcohólicas en pacientes de los servicios de urgencias de la ciudad de Pachuca, Hidalgo". *Salud Pública de México*, 1999;41(1):3-11.
- Cherpitel C., *A study of alcohol use and injuries among emergency room patients. Drinking and Casualties: Accidents, Poisonings and Violence in an International Perspective*. Londres, Tavistock 1989;288-99.
- Cherpitel C.J., Pares A., Rojas J., Drinking patterns and problems: a comparison of emergency room populations in the United States and Spain. *Drug and Alcohol Dependence*, 1991;29(1):5-15.
- Cherpitel C.J., Ye Y., Bond J., Attributable risk of injury associated with alcohol use: cross-national data from the emergency room collaborative alcohol analysis project. *American Journal of Public Health*, 2005;95(2):266-72.
- Cherpitel C.J., Alcohol and Injury: a comparison of three emergency room samples in two regions. *Journal of Studies on Alcohol*, 1997;58(3):323-331.
- Cherpitel C.J., Breath analysis and self-reports as measures of alcohol-related emergency room admissions. *Journal of Studies on Alcohol*, 1989;50(2):155-161.
- Conigrave K.M., Burns F.H., Reznik R.B., Saunders J.B., Problem drinking in emergency department patients: the scope for early intervention. *The Medical Journal of Australia*, 1991;154(17):801-805.
- Dunn C.W., Donovan D.M., Gentilello L.M., Practical guidelines for performing alcohol interventions in trauma centers. *The Journal of Trauma*, 1997;42(2):299-304.
- Dyehouse J.M., Sommers M.S., Brief intervention after alcohol-related injuries. *Nursing Clinics of North America*, 1998;33(1):93-104.
- García G., Borges G., El Alcohol como factor de riesgo en los traumatismos en tres servicios de urgencias de Acapulco, Gro. *Anales Reseña V Reunión de Investigación*, Instituto Mexicano de Psiquiatría, México 1990 p. 56-63.
- Gentilello L.M., Ebel B.E., Wickizer T.M., Salkever D.S., Rivara F.P., Alcohol interventions for trauma patients treated in emergency departments and hospitals: a cost benefit analysis. *Annals of Surgery*, 2005;241(4):541-50.
- Gentilello L.M., Rivara F.P., Donovan D.M., Jurkovich G.J., Daranciang E., Dunn C.W., Villavecies A., Copass M., Ries R.R., Alcohol interventions in a trauma center as a means of reducing the risk of injury recurrence. *Annals of Surgery*, 1999;230(4):473-80.
- Medina-Mora M.E., Rosovsky H., Natera G., Mariño M.C., Cravioto P., Rojas G., Drogas, alcohol y tabaco durante el ciclo reproductivo. Langer A., Tolbert K. (Comps.), *Mujer: Sexualidad y Salud Reproductiva en México*, EDAMEX:2006;85-118.
- Medina-Mora M.E., La mujer y el abuso de bebidas alcohólicas en México. En Lara, M.A., y Salgado N., *Cálmese, son sus nervios, tómese un tecito*, 2002;71-81.

- Mondragón L., Borges G., Consumo de alcohol e ideación suicida: ¿una problemática de las mujeres?, *Primer Congreso Nacional de Especialistas en Adicciones, Dilemas y Alternativas en el México Actual y del Futuro*. Organización Panamericana de la Salud. 2000. México, Libber Addictus.
- Mondragón L., Borges G., Mujeres, alcohol y depresión: estudio en los servicios de urgencias. Primer Congreso de Mujeres y Adicciones. *Una realidad negada*. 2000. México. Grupo Addictus, SSA, CONADIC, CONMUJER, Comisión de Derechos Humanos del D.F., OPS-OMS, PNUFID.
- Ramos L., Borges G., Cherpitel C.J., Medina-Mora M.E., Mondragón L., Violencia doméstica, un problema oculto en el sistema de salud. El caso de los servicios de urgencias. *Journal of Border Health*, 2002,7(1),43-55.
- Robertson C.E., Little K., Smith H, Ritson E.B., The impact of alcohol on the acute hospital service: patient presentation, admission and the perception of alcohol use in such groups. *Alcohol and Alcoholism*, 1989;24(5):405-408.
- Romero M., Mondragón L., Cherpitel C., Medina-Mora M.E., Borges G., Characteristics of Mexican women admitted to emergency care units: alcohol consumption and related problems. *Salud Pública de México*, 2001;43:537-43.
- Rosovsky H., Garcia G., López J.L., Narváez A., El papel del consumo de alcohol en las urgencias médicas y traumáticas. *Memorias de la IV Reunión de Investigación*. México, D.F., Instituto Mexicano de Psiquiatría, 1988;261-267.
- Wells S., Thompson J.M., Cherpitel C., Macdonald S., Marais S., Borges G., Gender differences in the relationship between alcohol and violent injury: an analysis of cross-national emergency department data. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs* 2007;68(6):824-33.002.

Cuadro 1. Características de los 16 servicios de urgencias estudiados por el Instituto Nacional de Psiquiatría, 1986-2002

	Hospital	Estudio	Investigador principal	Año	Duración	N	n (%) Mujeres	% Traumatismos	Tasa de respuesta	Tipo de servicio
1	XOCO ^c	Ciudad de México	H. Rosovsky	1986	1 semana p/hospital	352			88%	Público
2	La Villa ^c					331				Público
3	Balbuena ^c					203				Público
4	Ruben Leñero ^c					314				Público
5	Cruz Roja					293				Público
6	ABC					69				Privado
7	A. López Mateos ^d					352				Seguridad Social
8	Lomas Verdes ^e					274				Seguridad Social
Subtotal						2188	776 (35.5)	74.0		
9	General-SSA ^c	Acapulco	G. García	1987	5 semanas	242			87%	Público
10	Cruz Roja					275				Público
11	Magallanes					123				Privado
Subtotal						640	245 (38.3)	53.6		

Cuadro 1. Características de los 16 servicios de urgencias estudiados por el Instituto Nacional de Psiquiatría, 1986-2002

Hospital	Estudio	Investigador principal	Año	Duración	N	n (%) Mujeres	% Traumatismos	Tasa de respuesta	Tipo de servicio
13	General-SSA ^c Pachuca	G. Borges	1996 1997	12 semanas	460			93%	Público
14	General-ISSSTE ^d			4 ½ semanas	351				Seguridad Social
15	General-IMSS ^e			5 semanas	606				Seguridad Social
Subtotal					1417	680 (48.0)	47.4		
16	Cea González (sólo traumatismos) Tlalpan	G. Borges/ L. Mon- dragón	2002	6 ½ semanas	702	280 (39.9)	100	94.9%	Público
TOTAL					4947	1981 (40.1)			

^c Secretaría de Salud y Asistencia (SSA).

^d Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado (ISSSTE).

^e Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).

Cuadro 2. Principales resultados en los estudios en servicios de urgencias, 1986-2002, según ingreso por traumatismos o urgencias médicas para las mujeres

Estudio	N	Porcentajes (%) de problemas médicos						
		<30 años	Bebedora actual	Depen (3+)	5 copas +	NAS	Alc. 6 hrs	
1 Ciudad de México	301	37.2	40.2	3.3	6.0	1.0	5.3	
2 Acapulco, México	145	46.9	48.3	2.8	No aplica	2.3	6.9	
3 Pachuca, México	457	35.5	14.7	1.3	2.4	0.6	1.1	
4 Tlalpan, México	No aplica	--	--	--	--	--	--	
TOTAL	903	37.9	28.6	2.2	3.8	1.1	3.4	

Cuadro 2. Principales resultados en los estudios en servicios de urgencias, 1986-2002, según ingreso por traumatismos o urgencias médicas para las mujeres

Estudio	N	Porcentajes (%) de traumatismos									
		Violencia	<30 años	Bebedora actual	Depen (3+)	5 copas +	NAS	Alc. 6 hrs	Embriagada	Atribución*	
1 Ciudad de México	475	18.0	43.4	41.3	1.5	3.4	4.3	5.9	2.5	61.5	
2 Acapulco, México	100	18.4	55.0	43.0	4.1	No aplica	12.5	17.0	11.0	87.5	
3 Pachuca, México	223	11.8	40.8	18.4	0.9	1.8	4.2	4.0	0.5	75.0	
4 Tlalpan, México	280	6.1	38.9	51.8	No aplica	6.1	6.7	5.7	3.2	43.4	
TOTAL	1078	13.6	42.8	39.4	----	—	----	5.5	3.1	65.2	

Na: no se aplica.

*porcentaje calculado entre aquellas que reportaron consumo seis horas antes de la urgencia

NAS+: Nivel de alcohol en la sangre ≥ 0.01

BC: Bebedor consuetudinario

Depen: 3 o más de los siguientes síntomas: buscar disminuir el consumo de alcohol, reminiscencia, tomar una copa por la mañana inmediatamente después de levantarse, manos temblorosas, permanecer intoxicado por varios días.

5 copas +: consumió cinco o más copas en los últimos 12 meses.

Cuadro 3. Estimación del riesgo de ingresar a servicios de urgencias debido al consumo de alcohol seis horas antes del evento en mujeres

	OR*	IC 95%		
Todos los ingresos.	8.6	5.3	-	14
En menores de 30 años.	10.9	8	-	14.9
En mayores de 30 años.	6.6	4.9	-	8.9
Ingresos Médicos.	4.5	3.2	-	6.4
Ingresos Traumáticos.	12.5	9.4	-	16.6
Ingresos Traumáticos NO-Violentos.	9.3	6.6	-	13
Ingresos Traumáticos Violentos.	38.0	20.1	-	71.9

*OR (odds - ratio)

Consumo de alcohol y drogas en la población femenina: Un análisis de los componentes sociales y de género a través de las encuestas nacionales

Clara Fleiz, Jorge Villatoro, Ma. Elena Medina-Mora,
Ma. de Lourdes Gutiérrez, Midiam Moreno,
Michelle Bretón, Natania Oliva,
Marycarmen Bustos, Miguel Ángel Brambila

Introducción

En México, el panorama epidemiológico de las adicciones muestra cómo al tradicional problema del abuso de alcohol entre los varones de edad media se han sumado las mujeres y los/as adolescentes, que copian los modelos adultos asociados con frecuencia al consumo y la embriaguez. Lo mismo sucede con las drogas ilegales, ya que también se ha observado un incremento en su uso sobre todo en las generaciones de mujeres más jóvenes, que están entre los 12 y 17 años, comparadas con las de mayor edad (Medina-Mora, Natera, Borges, Cravioto, Fleiz *et al.*, 2001; SS, CONADIC, INP, INSP, 2009). Asimismo, en población escolar la brecha en el consumo de drogas entre hombres y mujeres se ha acortado (Villatoro, Gutiérrez, Quiroz, Moreno, Gaytán *et al.*, 2009).

Estas prácticas de consumo recientemente incorporadas por las mujeres, constituyen un mayor riesgo para su salud porque, a diferencia de los hombres, ellas son más vulnerables a los efectos del alcohol y otras drogas por cuestiones biológicas, psicológicas y sociales. En el caso del alcohol, la evidencia científica ha mostrado que la mujer se intoxica más rápidamente que el hombre con la misma cantidad, después de controlar peso y talla. Una de las causas se debe al hecho de que la mujer tiene más proporción de grasa que de agua en el organismo, y debido a que el alcohol es más soluble en el agua que en la grasa, se concentra más en el organismo femenino que en el masculino (NIAAA, 1997). Asimismo, ellas son más proclives a desarrollar comorbilidad psiquiátrica con otros trastornos como la depresión y ansiedad (Dawson y Archer, 1992; NIAAA, 1997).

Por otra parte, las normas socioculturales establecen marcadas diferencias en la conducta esperada para hombres y mujeres, con una mayor tolerancia para los primeros y mayores castigos para las segundas, lo que genera que las consumidoras sean más rechazadas, experimenten más problemas y con frecuencia oculten su consumo (Medina-Mora, 2002).

A pesar de que la evidencia científica ubica a las mujeres como un grupo de mayor riesgo, la investigación epidemiológica en adicciones ha profundizado más en estudiar el consumo en la población masculina, probablemente porque ellos presentan las prevalencias más elevadas y, en consecuencia, desarrollan más problemas que visiblemente están relacionados (accidentes, delitos, problemas en el trabajo) (Brismar y Bergman, 1998).

En cambio, la mayor parte de la información disponible acerca de las mujeres se limita a tópicos específicos relacionados sobre todo con los efectos del alcohol en sus cuerpos y su salud reproductiva (Romero, Medina-Mora y Fleiz, *en prensa*). Parece que no es coincidencia el hecho de que la investigación se haya focalizado en estos temas, vinculados con la presencia de ciertos estereotipos de género que también permean la producción académica en esta materia,

ya que culturalmente se espera que las mujeres desarrollen un papel exitoso en su rol de madres y protectoras de los cuidados de los miembros de la familia, por lo que el consumo de cualquier droga limitaría el pleno ejercicio de estos mandatos culturales.

En este contexto, las Encuestas Nacionales de Adicciones (ENA) a pesar de ser estudios que proporcionan información muy rica y actualizada sobre la problemática en cuestión, no han sido lo suficientemente explotadas para visibilizar el consumo en las mujeres, y sus problemas relacionados (SSA, 1990; SSA, DGE, 1994; SS, DGE, IMP, CONADIC, 1998; SS, CONADIC, INP, DGE, INEGI, 2002; SS, CONADIC, INP, INSP, 2009).

Por lo tanto, el objetivo de este trabajo es identificar en la población femenina las prevalencias, tendencias y componentes socioculturales asociados al consumo de alcohol y otras drogas, a partir de un análisis más específico de las encuestas en hogares.

¿Qué son las encuestas de adicciones en hogares?

Son estudios realizados con población general cuya misión principal es conocer la extensión del uso/abuso de sustancias, las características de las personas que usan drogas, los problemas asociados con el uso/abuso, las tendencias del problema y las variables que incrementan el riesgo de la experimentación, el abuso y la dependencia a sustancias.

En México, las primeras encuestas en hogares fueron realizadas entre 1974 y 1986 en algunas ciudades seleccionadas del país, por la doctora Ma. Elena Medina-Mora, del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. Posteriormente, en 1988, se levantó la primera Encuesta Nacional de Adicciones, la segunda se realizó en 1993; la tercera en 1998; la cuarta en el 2002 y, recientemente, la quinta en 2008 (SSA, 1990; SSA, DGE, 1994; SS, DGE, IMP, CONADIC, 1998; SS, CONADIC, INP, DGE, INEGI, 2002; SS, CONADIC, INP, INSP, 2009).

Estas investigaciones se ejecutan mediante la aplicación de cuestionarios estandarizados en formato cara a cara en el hogar de los individuos seleccionados, a una muestra representativa de la población de 12 a 65 años que tiene un lugar fijo de residencia. Las personas son seleccionadas de manera aleatoria, sistemática y además es necesario que hablen español.

Las encuestas en hogares proporcionan información que permite estimar la prevalencia del consumo de drogas; es decir, la proporción de la población que consumió “alguna vez en su vida” (prevalencia de vida), la que lo hizo durante “el último año” y en el “último mes” previo a la entrevista. La información es analizada por frecuencia y cantidad de uso y problemas asociados, así como por variables sociodemográficas, como la edad, sexo, escolaridad y empleo.

Estos estudios epidemiológicos, de carácter transversal, son los más utilizados para las comparaciones internacionales, ya que permiten obtener una “fotografía” de la situación, en un momento y lugar determinados. Son estudios que muestran la situación global de una ciudad, estado o país y no sólo la de los grupos que están siendo más afectados por el consumo de drogas. Sin embargo, estas encuestas son costosas y requieren muchos recursos técnicos y humanos, por lo que pocos países las realizan de manera continua. Otra limitación que tienen es que no permiten acceder a información sobre otro tipo de población que no vive en hogares, como los detenidos en cárceles, los niños en situación de calle o los que están hospitalizados (Secretaría de Salud, 1999).

Otros estudios en hogares que se han realizado en nuestro país relacionados con el consumo de drogas son la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en población adulta (Medina-

Mora, Borges, Lara, Benjet, Blanco *et al.*, 2003), la Encuesta de Salud Mental en Adolescentes de la Ciudad de México (Benjet, Borges, Medina-Mora, Fleiz, Blanco *et al.*, 2007), las encuestas en hogares realizadas en cuatro ciudades (Tijuana, Ciudad Juárez, Monterrey y Querétaro) en 2005 (Medina-Mora, Fleiz y Villatoro, 2006), la de hogares de la ciudad de México (Fleiz, Medina-Mora, Villatoro, Juárez, Rojas *et al.*, 2007) y la encuesta estatal de Yucatán en 2005 (Urquiaga, Medina Mora, Fleiz y Villatoro, *en prensa*). Además, se han llevado a cabo encuestas en población escolar de nivel medio y medio superior desde 1970 y a nivel nacional en 1991. La ciudad de México es la única entidad en el país que cuenta con mediciones sistemáticas en escolares, efectuadas cada tres años desde 1997 (Villatoro *et al.*, 2009) y en Tamaulipas se han efectuado tres mediciones en dicha población (Gaither, Soto, Pérez, Soto y Villatoro, 2004).

En general, estos estudios ofrecen un marco de cambios en el contexto nacional de las adicciones y la salud mental que obliga a los sectores educativos y de salud a continuar con el desarrollo de programas de intervención y tratamiento, así como a desarrollar políticas públicas acordes a las necesidades y cambios recientes.

¿Cuáles son algunos de los hallazgos principales de estos estudios?

Los diversos sistemas de información del país han mostrado que el consumo de cocaína se ha estabilizado, que la marihuana sigue en incremento, aunque estos aspectos tienen variaciones a nivel regional (SS, DGE y SISVEA, 2009, Gutiérrez y Castillo, 2009). Asimismo, en los datos de la encuesta de estudiantes de la Ciudad de México del 2003 (Villatoro, Medina-Mora, Hernández, Fleiz, Amador *et al.*, 2005) se encontró una situación similar, incremento en el consumo de marihuana, ligero decremento en el consumo de cocaína y, como nueva situación, un repunte en el consumo de inhalables.

Por supuesto, los cambios y comportamientos no son iguales en todo el país. Estas mismas fuentes de información señalan que la frontera norte del país tiene un comportamiento diferente, incluso entre ella misma. Mientras que en Matamoros el consumo es menor a las otras ciudades fronterizas, Nuevo Laredo, Reynosa y Ciudad Juárez muestran un alto nivel de consumo de cocaína y una alta problemática de consumo de heroína. Por otra parte, las ciudades fronterizas de Sonora y Baja California también muestran problemas por el consumo de estas sustancias, pero presentan ya altos índices de consumo de metanfetaminas, tanto en aquellos que asisten a un servicio de salud en adicciones como en la población abierta y escolar de la entidad. Incluso, en el caso de Sonora está documentado un alto porcentaje de esta sustancia en la ciudad capital. Esto coincide mucho con lo que pasa en los Estados Unidos de Norteamérica, donde el mercado natural de las metanfetaminas es California y se le ha agregado Arizona.

Otro elemento relevante en la frontera es que el consumo en Ciudad Juárez ha alcanzado los niveles de Tijuana y la principal contribución viene del rango de los menores de edad entre los 12 y los 17 años, de manera que estas dos ciudades son las de mayor consumo de sustancias en el país, aun por encima de la Ciudad de México. Por supuesto, realizar diagnósticos de esta naturaleza en otros estados es importante para conocer con mayor claridad su situación.

En el centro del país se encuentra una problemática intermedia, aunque la Ciudad de México muestra un nivel de consumo de drogas entre el centro del país y las dos ciudades fronterizas mencionadas con anterioridad. Asimismo, en algunos estados donde se han hecho estudios

en estudiantes ha habido un incremento importante en el consumo de drogas. Destaca Aguascalientes, con una problemática importante en el abuso de alcohol, que alcanza al 40% de la población de bachillerato, valor casi 10% por arriba del estado más cercano.

En el sur del país, especialmente en Yucatán, estado donde se tiene una encuesta de hogares y una de estudiantes, la problemática se conserva como la más baja del país, incluso al analizar la ciudad capital del estado. Las prevalencias del consumo son menores, aunque para la región es importante tomar en cuenta la necesidad de contar con un estudio específico en la ciudad de Cancún, Quintana Roo, donde, debido a su situación turística, se piensa hay un alto consumo de drogas.

Por otra parte, se observa actualmente que las mujeres han incrementado su consumo de drogas. De manera específica, el reporte de la encuesta del 2006 muestra que en algunas delegaciones de la Ciudad de México hay una mayor prevalencia de mujeres que consumen alcohol y tabaco y hay indicios de que en algunas drogas ilegales comienzan a parecerse las prevalencias de consumo a las de los hombres, como lo muestran los resultados de la encuesta de Nuevo León y se aprecia que la distancia entre hombres (6.8%) y mujeres (6.3%) de secundaria es muy pequeña (Villatoro, Gutiérrez, Quiroz, Juárez y Medina-Mora, 2007).

Estos resultados globales, derivados de los últimos estudios epidemiológicos, indican claramente cómo la incorporación de la mujer a la cultura de consumo es hoy en día una realidad que va en ascenso y que principalmente está involucrando a los sectores más jóvenes.

Método

Para efectos de este capítulo, se presentan los resultados de las Encuestas Nacionales de Adicciones 1988, 1998 y 2002, y se procede a su correspondiente descripción metodológica.

Diseño de muestra. Las tres encuestas han partido de un diseño muestral probabilístico, estratificado,¹ polietápico² y con selección de conglomerados en varias etapas de muestreo.³ Para ello se usó en cada estudio el marco cartográfico y de datos a nivel localidad y Área Geoestadística Básica (AGEB) del Censo General de Población y Vivienda de 1980 para la primera medición y el Censo Nacional de Población de 1995 para las dos encuestas restantes; todos realizados por el Instituto Nacional de Geografía, Estadística e Informática (INEGI).

Para la selección de la muestra de las tres mediciones, primero se calculó el tamaño total de la muestra y después éstas se asignaron proporcionalmente al tamaño de la población en cada entidad federativa. Para aquellas entidades con ciudades definidas como áreas metropolitanas, la muestra se distribuyó primero en dichas áreas y posteriormente en el "resto" del estado; en las entidades sin áreas metropolitanas la muestra se asignó en forma proporcional. En la segunda fase de asignación de la muestra se conformaron las Unidades Primarias de Muestreo (UPM), que se seleccionaron con el método de Probabilidad Proporcional al Tamaño (PPT), con base en el número de habitantes, otorgando mayor probabilidad de selección a las más pobladas, para después efectuar en las áreas de listado en muestra la selección sistemática de viviendas. Finalmente, en la ENA 88 y 98, al interior de cada vivienda se elaboró un listado de todos los integrantes de la misma entre 12 y 65 años de edad y mediante una tabla de números aleatorios

¹ Las unidades de selección son agrupadas por características similares geográficas y socioeconómicas.

² La unidad última de selección (vivienda) es seleccionada después de varias etapas.

³ Previamente se conforman conjuntos de unidades muestrales de los cuales se obtiene la muestra.

se seleccionó a uno de los ocupantes para realizar la entrevista. La ENA 2002 siguió un proceso diferente para la selección de la vivienda y del individuo, que consistió en seleccionar al individuo más próximo a cumplir años.

Tamaño de muestra. Como puede observarse en el siguiente cuadro, el tamaño de muestra difirió en cada estudio. No obstante, se mantuvieron los mismos parámetros muestrales para conservar la representatividad y los estándares metodológicos requeridos en estudios de esta naturaleza. En todas las mediciones se ajustó un tamaño de muestra para cubrir 20% de no respuesta por vivienda, un nivel de precisión del 3%, un nivel de confianza del 95% y un efecto de diseño de 2.3 a 3.5 para valores de parámetros que oscilaron entre el 20% y el 50%.

Viviendas en muestra y población total entrevistada de las Encuestas Nacionales de Adicciones

	Número de viviendas visitadas	Población total entrevistada
ENA 1988	15 000	12 580
ENA 1998	11 400	9 594
ENA 2002	14 020	11 252

Población objetivo. Los sujetos elegibles en las tres encuestas fueron residentes habituales de viviendas dentro del rango de 12 a 65 años. La ENA 2002 fue la primera que incluyó población rural, además de urbana.⁴

Una vez que las viviendas incluidas en muestra fueron visitadas, cada una de las proporciones de las variables estudiadas se ponderó, para extrapolarlas a la población en general bajo estudio.

Procedimiento. En las tres mediciones, previo al operativo de campo, se llevó a cabo la capacitación del personal que participaría en el levantamiento, para lo cual, en las dos primeras encuestas, se concentró al personal en la Ciudad de México y para la ENA 2002 en Aguascalientes, donde un equipo especializado de instructores impartió la capacitación sobre los instrumentos de selección de los individuos y sobre adicciones. En cada entrenamiento se capacitó cuidadosamente a los encuestadores para que conocieran la caracterización de los diversos tipos de drogas y las formas habituales de consumo, las unidades de medida a utilizar para determinar los consumos de alcohol, así como prevenirlos sobre algunas situaciones que pueden presentarse cuando se tocan los temas relativos al consumo de drogas, tales como suspicacia, búsqueda de consejo y canalización a centros de atención especializada.

Durante la fase práctica de cada curso, los entrevistadores ejercitaron la aplicación de los cuestionarios, la ubicación de manzanas, el recorrido sistemático y el proceso de selección de entrevistados.

Adicionalmente, cada estudio contó con manuales de los instrumentos psicométricos y del operativo de campo, que contienen los lineamientos generales a seguir por los encuestadores, la técnica de la entrevista, el recorrido sistemático de manzanas, la visita a hogares y la selección de los individuos.

⁴ Una población urbana se compone de localidades de 2 500 habitantes o más, mientras que una rural se caracteriza porque tiene un número menor a los 2 500 habitantes.

Una vez concluida la etapa de capacitación del personal se inició el trabajo de campo. En la ENA 1988 y 1998 se formaron 10 equipos de encuestadores en promedio y un supervisor por equipo. Las actividades de este último fueron la organización y supervisión de las actividades de listado y selección de los segmentos de viviendas, la asignación de cargas de trabajo y la verificación de la calidad de la información recabada. Para la ENA 2002 se contó con un equipo de encuestadores y dos supervisores para cada entidad federativa.

En todos los estudios durante el trabajo de campo se realizó una estricta supervisión de los/as entrevistadores/as para corroborar tanto la correcta localización de las áreas en muestra, una adecuada presentación y aplicación de los instrumentos de campo, como verificar que el/la entrevistador/a visitó la vivienda y entrevistó a la/s persona/s seleccionada/s. También se revisó el correcto llenado de los cuestionarios que no se supervisaron directamente en campo antes de enviarlos a la oficina central para su codificación y captura. Toda la no respuesta estuvo sujeta a una supervisión del 100%.

Instrumento. Para cada encuesta, la información se recabó utilizando cuestionarios estandarizados que se aplicaron mediante una entrevista cara a cara, los cuales contienen los indicadores básicos propuestos por la Organización Mundial de la Salud para evaluar uso/abuso y dependencia a sustancias, así como los problemas que se asocian con esta práctica. Incluyen además preguntas que permiten identificar al usuario de acuerdo con variables sociodemográficas; percepción social del consumo, factores de riesgo para el inicio y el abuso de sustancias.

Resultados

Respecto a la ENA 1988, casi una tercera parte se ubicó en el rango de edad de los 18 a 24 años. Poco más de la mitad de la población refirió estar casada (59.5%). El 91.4% de las seleccionadas profesaban la religión católica. Finalmente, sólo 9.1% de las participantes completó estudios universitarios. En la encuesta de 1998, 34.8% de las encuestadas se ubicó en el rango de edad de los 31-45 años. Más de la mitad estaban casadas (57.6%) y la mayoría pertenecía a la religión católica (85.6%). En cuanto al nivel de estudios, la mayor proporción de la población sólo contaba con estudios de primaria (37.1%). En la ENA 2002, más de la tercera parte de la población encuestada se encontraba entre los 31 y 45 años (34.3%). 54.9% estaban casadas. Casi 90% pertenecían a la religión católica. En cuanto al nivel de estudios, la mayor parte de la muestra únicamente contaba con estudios de primaria (35.3%) (Cuadro 1).

Cuadro 1. Características de la muestra femenina de las tres Encuestas Nacionales de Adicciones

	Población femenina					
	ENA 1988		ENA 1998		ENA 2002	
	N	%	N	%	N	%
Edad						
18-24	4 253 252	28.2	5 580 254	25.3	5 335 584	22.1
25-30	2 924 337	19.4	4 370 842	19.8	4 719 638	19.5
31-45	4 726 971	31.3	7 667 532	34.8	8 297 529	34.3
46 o más	3 182 986	21.1	4 426 716	20.1	5 819 456	24.1
Estado civil						
Casada	8 961 648	59.5	12 686 470	57.6	13 280 385	54.9
Unión libre	970 203	6.4	1 993 164	9.0	2 454 915	10.2
Separada	332 161	2.2	1 091 618	5.0	1 222 159	5.1
Divorciada	236 914	1.6	429 421	1.9	516 759	2.1
Viuda	646 425	4.3	844 487	3.8	1 098 003	4.5
Soltera	3 905 935	25.9	4 990 055	22.6	5 599 734	23.2
Religión						
Católica	13 760 991	91.4	18 873 750	85.6	21 631 094	89.5
Protestante o evangélica	781 305	5.2	2 117 419	9.6	1 329 696	5.5
Judaica	27 439	0.2	10 288	**	--	--
Ninguna	338 638	2.2	902 304	4.1	586 609	2.4
Otra	154 385	1.0	136 714	0.6	624 808	2.6
Escolaridad						
Ninguna	1 375 953	9.1	1 471 094	6.7	1 472 018	6.1
Primaria	6 831 389	45.4	8 177 085	37.1	8 539 901	35.3
Secundaria	4 064 380	27.0	6 174 137	28.0	4 873 543	20.2
Preparatoria o vocacional	1 347 091	9.0	3 957 620	18.0	5 368 852	22.2
Licenciatura	1 373 710	9.1	2 215 262	10.0	3 722 674	15.4
Posgrado	53 312	0.4	50 147	0.2	195 219	0.8

En 1988, 63.5% de la población femenina fue abstemia, es decir, no consumió alcohol el año previo al estudio, cifra que también incluyó a aquellas que nunca habían bebido alcohol. No obstante, en 1998 y 2002 esta proporción disminuyó ya que más mujeres se incorporaron al consumo (55.3% y 57.4%, respectivamente). Al comparar el índice de bebedoras actuales, se observó un incremento del 8% en el consumo de las mujeres urbanas entre 1988 y 1998, que pasó de 36.5% a 44.6%, y descendió a 42.7% en el 2002. El índice de abuso/dependencia evaluado mediante indicadores del ICD-10 alcanzó casi 1% en las tres mediciones (Cuadro 2).

Cuadro 2. Tendencias de consumo de alcohol en la población femenina

	Población urbana			Población urbana y rural
	1988	1998	2002	2002
No bebedora	32.0	37.7	34.6	41.2
Ex-bebedora	31.5	17.6	22.8	21.7
Bebedora actual	36.5	44.6	42.7	37.2
Abuso/dependencia	0.6	1.0	0.8	0.6

Por grupos de edad, se observó que la proporción de bebedoras actuales incrementó de 1988 a 2002 sobre todo en las mujeres de 18 a 24 (35.5% y 48.3%, respectivamente) y de 25 a 30 años (43.4% y 44.5%). Asimismo, el consumo actual en las mujeres de 31 a 45 años aumentó de 1988 a 1998, ya que pasó de 39.1% a 48.4%, y descendió en 2002 al 43.2%. En la cohorte de mayor edad (46 años o más), el consumo actual fue menor en las tres mediciones en comparación con las cohortes más jóvenes. Respecto al abuso de alcohol, los datos reflejaron que este índice tuvo un incremento continuo en cada medición, especialmente en las mujeres más jóvenes (6.9% en 1988, 8.3% en 1998 y 11.7% en 2002). Por otra parte, el índice de dependencia disminuyó de 1988 a 2002 en las cuatro cohortes de edad (Cuadro 3).

Cuadro 3. Tendencias en el consumo de alcohol por grupos etarios en la población femenina

Edad	Nunca ha consumido			Ex-bebedora			Bebedora actual			Abuso de alcohol			Dependencia al alcohol		
	%			%			%			%			%		
	1988	1998	2002	1988	1998	2002	1988	1998	2002	1988	1998	2002	1988	1998	2002
18-24	34.5	40.5	32.5	30.0	13.1	19.2	35.5	46.4	48.3	6.9	8.3	11.7	1.9	1.3	1.2
25-30	27.6	39.2	31.6	29.0	19.3	23.9	43.4	41.5	44.5	7.4	8.5	8.1	0.6	0.8	0.3
31-45	30.0	34.8	35.7	30.8	16.7	21.1	39.1	48.4	43.2	9.3	10.4	8.2	1.4	1.0	1.0
46 +	35.9	37.8	37.3	36.5	23.4	27.5	27.6	38.8	35.2	4.8	7.5	5.3	3.7	1.1	0.4

Por estado civil, los resultados mostraron que la prevalencia del consumo actual incrementó de 1988 a 2002 especialmente entre las separadas (41% y 45.6%, respectivamente), las divorciadas (40.7% y 52.4%, respectivamente) y en las solteras (41.1% y 51.8%, respectivamente). Entre las casadas y las viudas el consumo actual fue menor en las tres mediciones. Respecto al abuso de alcohol, los datos reflejaron tendencias similares a las antes descritas ya que este índice tuvo un incremento de 1988 a 2002, primordialmente entre las mujeres separadas (10% y 13.8%, respectivamente), las divorciadas (11.2% y 20.3%, respectivamente) y las solteras (8.5% y 12.1%, respectivamente). Por otra parte, el índice de dependencia en 1988 fue mayor entre las separadas (8%), en 1998 entre las divorciadas (3.6%) y en 2002 en las viudas (3.4%) (Cuadro 4).

Cuadro 4. Tendencias en el consumo de alcohol por estado civil en la población femenina

	Nunca ha consumido			Ex-bebedora			Bebedora actual			Abuso de alcohol			Dependencia al alcohol		
	1988	1998	2002	1988	1998	2002	1988	1998	2002	1988	1998	2002	1988	1998	2002
Estado Civil	%			%			%			%			%		
Casada	32.6	38.4	36.7	32.2	17.6	23.8	35.3	43.9	39.5	6.1	8.2	6.0	1.3	0.9	0.3
Unión libre	31.6	37.3	34.7	33.9	20.5	25.3	34.6	42.3	40.0	13.4	11.9	8.5	2.1	0.8	1.2
Separada	33.7	32.5	33.2	25.4	25.8	21.2	41.0	41.7	45.6	10.0	7.3	13.8	8.0	2.9	1.1
Divorciada	34.9	24.6	17.1	24.4	11.0	30.5	40.7	64.3	52.4	11.2	17.9	20.3	--	3.6	0.2
Viuda	33.8	36.9	37.7	40.3	24.8	29.7	25.9	38.3	32.5	5.9	7.5	3.8	3.9	0.7	3.4
Soltera	30.4	38.6	30.8	28.6	14.2	17.4	41.1	47.2	51.8	8.5	9.4	12.1	1.8	1.0	1.0

En cuanto a la religión, se observó que principalmente las mujeres que profesaban la religión protestante o evangélica tuvieron los índices mayores de abstención (57.1% en 1988, 60.9% en 1998 y 50% en 2002) en comparación con las mujeres pertenecientes a otras religiones como la católica (30.6% en 1988, 35.2% en 1998 y 32.8% en 2002). Asimismo, la abstinencia en los doce meses previos a cada estudio fue mayor en 1988 entre las mujeres de religión judaica (35.8%) y en las dos mediciones posteriores entre las protestantes (19.2% y 32.1%, respectivamente).

En cuanto al consumo actual, los resultados indicaron que la prevalencia incrementó sobre todo de 1988 a 1998 entre las mujeres católicas (37.5% y 47.1%, respectivamente) y entre las que no tenían ninguna religión (45.3% y 52.9%, respectivamente). No obstante, en 2002 el consumo actual disminuyó en estos dos grupos.

En cuanto al abuso de alcohol, la prevalencia fue mayor en 1988 entre las mujeres que respondieron tener “otra” como opción en religión (15.5%). En 1998 y 2002 el índice de abuso fue mayor en las que no tenían ninguna religión (14.9% y 11.7%, respectivamente). Por último, la dependencia al alcohol fue superior en 1988 entre las mujeres que no tenían ninguna religión (5%), y en las otras dos encuestas entre las mujeres católicas (1.2% en 1998 y 0.8% en 2002) (Cuadro 5).

Cuadro 5. Tendencias en el consumo de alcohol por religión en la población femenina

	Nunca ha consumido			Ex-bebedora			Bebedora actual			Abuso de alcohol			Dependencia al alcohol		
	%			%			%			%			%		
Religión	1988	1998	2002	1988	1998	2002	1988	1998	2002	1988	1998	2002	1988	1998	2002
Católica	30.6	35.2	32.8	32.0	17.7	22.4	37.5	47.1	44.8	7.3	9.4	8.6	1.7	1.2	0.8
Protestante o evangélica	57.1	60.9	50.0	24.8	19.2	32.1	18.1	19.9	17.9	4.2	3.0	4.0	--	**	0.4
Judaica	56.8	100.0	--	35.8	--	--	7.4	--	--	7.4	--	--	--	--	--
Ninguna	29.7	32.4	47.8	25.0	14.7	17.8	45.3	52.9	34.3	12.8	14.9	11.7	5.0	0.6	--
Otra	33.5	52.9	48.7	32.7	9.8	20.7	33.9	37.3	30.6	15.5	--	1.2	2.6	--	--

** El porcentaje obtenido es menor a 0.1

En cuanto a la escolaridad, se encontró que las mujeres sin instrucción educativa y las que sólo habían estudiado hasta la primaria presentaron los niveles más altos de abstinencia en las tres mediciones. Contrariamente, el consumo actual fue mayor entre las mujeres con estudios de preparatoria, licenciatura y posgrado. Vale la pena destacar que en las mujeres con licenciatura este índice incrementó significativamente entre 1988 y 2002, al pasar de 49.7% a 61.1%; tendencia que fue similar entre las de posgrado, ya que el consumo actual pasó de 48.4% a 59.9%, en el mismo periodo. Con relación al abuso de alcohol, se registró un aumento de 1988 a 2002, especialmente entre las mujeres con licenciatura (9.4% y 12.1%, respectivamente). En tanto que la dependencia tuvo un decremento de 1988 al 2002 en la mayoría de los niveles educativos; únicamente se registró un aumento entre las mujeres de preparatoria, que pasó de 0.1% a 0.8% (Cuadro 6).

Cuadro 6. Tendencias en el consumo de cualquier droga por escolaridad en la población femenina

	Nunca ha consumido			Ex-bebedora			Bebedora actual			Abuso de alcohol			Dependencia al alcohol		
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	
Escolaridad	1988	1998	2002	1988	1998	2002	1988	1998	2002	1988	1998	2002	1988	1998	2002
Ninguna	40.2	49.2	43.4	34.9	22.4	27.3	25.0	28.3	29.2	8.2	6.9	4.7	7.1	0.6	2.4
Primaria	38.1	43.9	41.7	31.1	19.2	24.7	30.8	36.9	33.6	6.1	9.1	7.0	2.4	1.4	0.5
Secundaria	26.9	37.0	35.2	31.9	15.8	24.2	41.2	47.2	40.6	7.2	7.5	8.3	1.0	0.9	0.8
Preparatoria o vocacional	21.5	29.1	30.3	28.4	19.2	20.4	50.1	51.7	49.3	11.4	9.6	8.7	0.1	1.1	0.8
Licenciatura	19.5	25.2	20.7	30.8	11.4	18.2	49.7	63.3	61.1	9.4	12.5	12.1	0.7	0.4	0.5
Posgrado	39.0	11.3	20.9	12.7	--	19.2	48.4	88.7	59.9	3.8	--	3.6	--	--	--

Respecto al uso de drogas, los resultados de las tres encuestas mostraron prevalencias inferiores al 1%. No obstante, hay que señalar algunos cambios importantes en las preferencias de las mujeres, registrados entre 1988 y 2002. Los datos de la primera encuesta mostraron que las anfetaminas fueron las drogas de mayor uso (0.7%), seguidas de los tranquilizantes (0.6%) y la marihuana (0.4%).

En 1998, la marihuana pasó al primer lugar de consumo (0.7%), los tranquilizantes ocuparon el segundo lugar (0.5%) y la cocaína apareció en el tercer sitio (0.3%). En 2002, el consumo de marihuana se duplicó y se mantuvo en el primer lugar (0.8%), mientras que la cocaína continuó en ascenso y pasó al segundo lugar de preferencia (0.5%). Los inhalables y los alucinógenos presentaron prevalencias muy bajas de consumo en las tres mediciones (Cuadro 7).

Cuadro 7. Tendencias en el consumo de drogas médicas e ilegales alguna vez en la vida en la población femenina

Drogas	1988	1998	2002
	%	%	%
Tranquilizantes	0.6	0.5	0.7
Sedantes	0.1	0.1	0.3
Anfetaminas	0.7	0.2	0.4
Mariguana	0.4	0.7	0.8
Cocaína	0.0	0.3	0.5
Inhalables	0.1	0.1	0.1
Alucinógenos	0.0	0.1	0.1

Por grupos de edad, se observó que la prevalencia de consumo de cualquier droga aumentó de 1988 a 2002, principalmente entre las mujeres de 25 a 30 años; mientras que las mujeres de 31 a 45 años presentaron un consumo superior (3.3%) en 1988, que disminuyó en las mediciones de 1998 y 2002 (1.9% y 1.8%, respectivamente). Estos datos indican cómo a partir de la segunda Encuesta Nacional de Adicciones, las generaciones de mujeres más jóvenes fueron las más afectadas por el uso de drogas y desplazaron a las cohortes de mayor edad. Esta misma tendencia se observó en el consumo de drogas ilegales, ya que en 2002 las generaciones más jóvenes presentaron una prevalencia mayor a la encontrada en 1988 y 1998 (Cuadro 8a).

Cuadro 8a. Tendencias en el consumo de cualquier droga por grupos etarios en la población femenina

	Cualquier droga alguna vez			Cualquier droga último año			Cualquier droga ilegal alguna vez			Cualquier droga ilegal último año		
	%			%			%			%		
Edad	1988	1998	2002	1988	1998	2002	1988	1998	2002	1988	1998	2002
18-24	2.0	2.9	3.2	0.9	1.7	0.9	0.2	1.8	2.5	0.1	0.4	0.3
25-30	2.1	2.4	4.1	0.9	0.4	0.8	0.2	0.8	2.3	--	0.1	0.1
31-45	3.3	1.9	1.8	1.0	0.5	0.5	0.8	0.7	0.6	0.2	--	0.1
46 o más	1.5	1.8	2.9	0.9	0.4	0.5	**	0.4	0.6	**	--	--

** El porcentaje obtenido es menor a 0.1

En 1988, la prevalencia de consumo de opiáceos fue mayor entre las mujeres de 46 años o más (0.5%) y en la medición de 2002 únicamente las mujeres de 18 a 24 años reportaron su uso (0.3%). En cuanto a los tranquilizantes, la prevalencia más elevada se registró entre las mujeres de 25 a 30 años en el 2002 (2.1%) y entre las de 46 o más en 1998 y 2002, con una prevalencia de 1.3% en ambas mediciones. Los sedantes y barbitúricos fueron sustancias de menor consumo. Por último, el uso de anfetaminas disminuyó casi en todas las cohortes entre 1988 y 2002 (Cuadro 8b).

Cuadro 8b. Tendencias en el consumo de drogas médicas por grupos etarios en la población femenina

	Opiáceos			Tranquilizantes			Sedantes y barbitúricos			Anfetaminas		
	%			%			%			%		
Edad	1988	1998	2002	1988	1998	2002	1988	1998	2002	1988	1998	2002
18-24	0.1	0.9	0.3	1.2	0.7	0.5	0.2	--	0.1	0.7	0.8	0.3
25-30	--	0.8	--	1.2	1.4	2.1	--	0.8	--	0.5	0.2	0.7
31-45	**	0.7	--	0.8	0.8	0.8	0.2	0.2	0.5	0.6	0.5	0.2
46 o más	0.5	1.3	**	0.4	1.3	1.3	--	0.2	1.0	1.3	0.6	0.9

** El porcentaje obtenido es menor a 0.1

La marihuana y la cocaína fueron las drogas ilegales de mayor consumo y crecimiento entre las mujeres más jóvenes en las tres mediciones. En cuanto a la primera sustancia, la prevalencia en 1988, en la cohorte de 18 a 30 años fue igual al 0.2%, cifra que aumentó al 1.6% en 2002. La cocaína tuvo un crecimiento significativo de 1988 a 2002 entre las mujeres de 18 a 24 años (0.1% y 1.4%, respectivamente) y de 1998 a 2002, entre la cohorte de 25 a 30 años (0.3% y 1.2%, respectivamente). El consumo de alucinógenos fue significativamente superior en 2002 entre las mujeres de 18 a 24 y en las de 46 a 65 años. El uso de inhalables fue bajo en las tres mediciones y únicamente mostró un incremento entre las mujeres de 25 a 30 años de 1998 a 2002 (Cuadro 8c).

Cuadro 8c. Tendencias en el consumo de drogas ilegales por grupos etarios en la población femenina

	Marihuana			Cocaína			Alucinógenos			Inhalables		
	%			%			%			%		
Edad	1988	1998	2002	1988	1998	2002	1988	1998	2002	1988	1998	2002
18-24	0.2	1.1	1.6	0.1	0.9	1.4	**	0.3	0.4	0.1	0.3	0.1
25-30	0.2	0.6	1.5	--	0.3	1.2	--	--	--	**	0.1	0.2
31-45	0.8	0.7	0.6	**	0.1	0.1	**	0.1	--	**	--	**
46 o más	**	0.4	0.5	--	--	0.1	--	--	0.1	**	--	--

** El porcentaje obtenido es menor a 0.1

Por estado civil, la prevalencia de consumo de cualquier droga alguna vez en la vida aumentó significativamente de 1988 a 2002 entre las mujeres divorciadas (1.5% y 6%, respectivamente) y en las que vivían en unión libre (1.8% y 4.2%, respectivamente).

En lo que respecta a las drogas ilegales, se observó esta misma tendencia, aunque es importante señalar que el consumo en las mujeres solteras también tuvo un incremento importante de 1988 a 2002 (0.3% y 2.1%, respectivamente) (Cuadro 9a).

Cuadro 9a. Tendencias en el consumo de cualquier droga por estado civil en la población femenina

	Cualquier droga alguna vez			Cualquier droga último año			Cualquier droga ilegal alguna vez			Cualquier droga ilegal último año		
	%			%			%			%		
Estado Civil	1988	1998	2002	1988	1998	2002	1988	1998	2002	1988	1998	2002
Casada	2.4	2.0	2.4	0.9	0.7	0.4	0.4	0.7	0.7	**	**	--
Unión libre	1.8	3.0	4.2	0.4	0.3	0.6	0.2	2.7	2.9	--	--	0.3
Separada	3.7	3.1	3.6	3.0	0.8	0.7	2.3	0.9	1.9	2.1	--	--
Divorciada	1.5	6.9	6.0	--	1.3	3.7	--	3.6	2.0	--	--	--
Viuda	2.2	0.9	1.2	1.0	--	--	0.4	0.6	0.6	0.3	--	--
Soltera	2.2	2.0	3.2	0.9	1.4	1.1	0.3	0.6	2.1	**	0.4	0.3

** El porcentaje obtenido es menor a 0.1

La prevalencia de consumo de opiáceos fue considerablemente mayor entre las mujeres casadas (0.6%), separadas (2.2%) y solteras (0.7%) en 1998. En cuanto a los tranquilizantes y los sedantes, no se observaron cambios importantes en las tres mediciones relacionados con el estado civil, mientras que la prevalencia de anfetaminas fue significativamente superior entre las mujeres divorciadas que participaron en las dos primeras encuestas (1.2% en 1988 y 1.9% en 1998) (Cuadro 9b).

Cuadro 9b. Tendencias en el consumo de drogas médicas por estado civil en la población femenina

	Opiáceos			Tranquilizantes			Sedantes y barbitúricos			Anfetaminas		
	%			%			%			%		
Estado Civil	1988	1998	2002	1988	1998	2002	1988	1998	2002	1988	1998	2002
Casada	0.1	0.6	0.1	0.6	0.5	1.1	0.1	--	0.2	1.2	0.3	0.4
Unión libre	--	--	--	0.4	0.3	0.6	0.1	--	0.2	0.5	**	1.1
Separada	--	2.2	--	0.6	--	0.5	0.3	--	0.4	--	--	0.8
Divorciada	--	--	--	--	1.3	0.2	--	--	3.7	1.2	1.9	--
Viuda	--	--	--	0.5	--	0.3	--	--	--	0.9	0.2	0.3
Soltera	0.5	0.7	0.1	0.9	0.5	0.7	0.1	0.1	0.2	0.3	**	0.7

** El porcentaje obtenido es menor a 0.1

En lo que respecta al uso de drogas ilegales, se observó que entre las mujeres que vivían en unión libre la marihuana fue la droga que tuvo el mayor crecimiento de 1988 al 2002 (0.2% y 2.1%, respectivamente), así como entre las divorciadas (0% y 1.5%, respectivamente) y en las solteras (0.2% y 1.2%). Con respecto a la cocaína, los cambios más significativos se presentaron entre las mujeres que vivían en unión libre (0% y 1.2%, respectivamente) y entre las solteras (0.1% y 1.5%, respectivamente). En cuanto a los alucinógenos, la prevalencia fue nula en 1988 en todos los grupos; mientras que en 1998 únicamente se registró consumo en las mujeres que vivían en unión libre y en 2002 el crecimiento más significativo se dio entre las mujeres divorciadas (0.6%). En lo que se refiere a los inhalables, se registró una prevalencia baja en todos los grupos y en las tres mediciones; únicamente las mujeres separadas fueron las que tuvieron un consumo mayor en 1988 en comparación con las encuestas posteriores (Cuadro 9c).

Cuadro 9c. Tendencias en el consumo de drogas ilegales por estado civil en la población femenina

	Mariguana			Cocaína			Alucinógenos			Inhalables		
	%			%			%			%		
Estado Civil	1988	1998	2002	1988	1998	2002	1988	1998	2002	1988	1998	2002
Casada	0.4	0.6	0.6	**	0.1	0.1	**	**	--	**	0.2	0.1
Unión libre	0.2	1.5	2.1	--	2.0	1.2	--	0.8	0.2	--	--	0.2
Separada	2.1	0.9	1.9	--	--	1.0	--	--	0.5	0.2	--	--
Divorciada	--	3.6	1.5	--	--	--	--	--	0.6	--	--	--
Viuda	0.4	0.6	0.6	--	--	--	--	--	--	--	--	--
Soltera	0.2	0.5	1.2	0.1	0.3	1.5	**	--	0.2	0.1	--	**

** El porcentaje obtenido es menor a 0.1

En cuanto a la religión, se observó que el uso de cualquier droga creció de 1988 a 2002 entre las mujeres católicas (2.2% y 2.8%, respectivamente), las protestantes (2.4% y 3.3%) y entre las que no tenían ninguna religión (5% y 5.5%, respectivamente).

La mayor prevalencia de uso de drogas se registró en 1988 entre las mujeres que respondieron tener "otra" como opción en religión (7.2%) En tanto que la prevalencia de cualquier droga en el último año fue significativamente mayor en 1988 entre las mujeres que no tenían ninguna religión (3.4%), así como entre las que pertenecían a cualquier otra (7.2%).

Por otra parte, el consumo de drogas ilegales alguna vez en la vida presentó incrementos importantes de 1988 a 2002 en todos los grupos, pero particularmente entre las mujeres que no tenían ninguna religión (1.7% y 5.1%, respectivamente) (Cuadro 10a).

Cuadro 10a. Tendencias en el consumo de cualquier droga por religión en la población femenina

	Cualquier droga alguna vez			Cualquier droga último año			Cualquier droga ilegal alguna vez			Cualquier droga ilegal último año		
	%			%			%			%		
Religión	1988	1998	2002	1988	1998	2002	1988	1998	2002	1988	1998	2002
Católica	2.2	2.1	2.8	0.8	0.8	0.6	0.4	0.9	1.3	0.1	0.1	0.1
Protestante o evangélica	2.4	1.6	3.3	0.8	0.1	1.7	0.2	0.3	1.3	--	--	0.4
Judaica	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
Ninguna	5.0	5.4	5.5	3.4	1.8	0.3	1.7	3.6	5.1	0.5	0.9	0.3
Otra	7.2	1.5	2.0	7.2	--	0.2	--	1.5	0.6	--	--	--

La prevalencia de opiáceos incrementó entre las mujeres católicas de 1988 a 1998 (0.1% y 0.7%, respectivamente). Con relación a los tranquilizantes, las mujeres protestantes o evangélicas incrementaron su consumo considerablemente en este mismo periodo (0.6% y 1.6%, respectivamente), mientras que las mujeres pertenecientes a otra religión disminuyeron significativamente el consumo de estos medicamentos en estos mismos años (6.3% y 0.2%, respectivamente).

En cuanto a los sedantes y barbitúricos, se encontró que el consumo se presentó únicamente entre las mujeres de religión católica en 1988 y 2002 (0.1% y 0.3%, respectivamente) y protestante o evangélica (0.9%) en el 2002 (Cuadro 10b).

Cuadro 10b. Tendencias en el consumo de drogas médicas por religión en la población femenina

	Opiáceos			Tranquilizantes			Sedantes y barbitúricos			Anfetaminas		
	%			%			%			%		
Religión	1988	1998	2002	1988	1998	2002	1988	1998	2002	1988	1998	2002
Católica	0.1	0.7	**	0.6	0.4	0.9	0.1	**	0.3	0.9	0.2	0.5
Protestante o evangélica	0.9	0.3	0.2	0.6	0.9	1.6	--	--	0.9	1.1	0.2	0.7
Judaica	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
Ninguna	1.6	0.9	--	1.3	--	--	--	--	--	2.1	0.9	0.4
Otra	6.3	--	0.5	6.3	--	0.2	--	--	--	0.9	--	0.9

** El porcentaje obtenido es menor a 0.1

Con relación a las drogas ilegales, las mujeres católicas presentaron un consumo de marihuana significativamente mayor en 1988 y 1998 (1.2% y 1.0%, respectivamente). Asimismo, en 1998 las mujeres que profesaban otra religión tuvieron un consumo significativamente mayor de esta sustancia. La prevalencia de cocaína fue menor en 1988, principalmente entre las mujeres católicas, las protestantes y las que profesaban otra religión en comparación con los datos obtenidos en 2002. Es importante destacar que en 1998 el consumo de esta misma sustancia fue superior al de 2002 entre las mujeres que no profesaban ninguna religión. En cuanto a los alucinógenos, las mujeres católicas y nuevamente entre las que no profesaban una religión, reportaron un mayor índice de consumo en 1988 en comparación con las encuestas posteriores (0.1% y 0.5% respectivamente). Finalmente, el uso de inhalables fue mayor en 1988 que en 2002, principalmente entre las mujeres protestantes y también entre las que no profesaban alguna religión (1.2% y 0.2%, respectivamente) (Cuadro 10c).

Cuadro 10c. Tendencias en el consumo de drogas ilegales por religión en la población femenina

	Marihuana			Cocaína			Alucinógenos			Inhalables		
	%			%			%			%		
Religión	1988	1998	2002	1988	1998	2002	1988	1998	2002	1988	1998	2002
Católica	1.2	1.0	0.5	0.1	0.4	0.4	0.1	--	**	0.1	0.1	0.1
Protestante o evangélica	0.3	1.2	0.6	--	0.9	1.2	--	0.4	**	1.4	--	**
Judaica	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
Ninguna	3.4	1.6	3.6	0.5	1.1	0.1	0.5	--	--	1.2	0.2	--
Otra	1.2	6.4	0.3	--	2.6	0.7	--	--	0.2	--	--	0.2

** El porcentaje obtenido es menor a 0.1

En cuanto a la escolaridad, se encontró que el consumo de cualquier droga alguna vez se incrementó principalmente de 1988 a 2002 entre las mujeres de secundaria (2.1% y 4.4%, respectivamente) y entre las de preparatoria o vocacional (1.8% y 2.9%, respectivamente), mientras que el uso de cualquier droga ilegal creció en todos los niveles educativos, pero principalmente entre las mujeres con estudios de posgrado (2.4% y 3.6%, respectivamente) (Cuadro 11a).

Cuadro 11a. Tendencias en el consumo de cualquier droga por escolaridad en la población femenina

	Cualquier droga alguna vez			Cualquier droga último año			Cualquier droga ilegal alguna vez			Cualquier droga ilegal último año		
	%			%			%			%		
Escolaridad	1988	1998	2002	1988	1998	2002	1988	1998	2002	1988	1998	2002
Ninguna	2.7	**	1.5	1.9	--	0.5	0.1	**	0.8	--	--	--
Primaria	2.0	1.8	2.0	0.5	0.9	0.4	0.5	0.8	0.8	0.1	0.1	**
Secundaria	2.1	3.4	4.4	1.0	1.0	1.2	0.1	1.1	1.9	**	0.1	0.1
Preparatoria o vocacional	1.8	1.9	2.9	0.5	0.4	0.9	0.2	1.1	1.5	0.1	0.1	**
Licenciatura	4.9	2.3	3.0	1.9	1.0	0.4	0.9	1.3	1.8	--	0.3	0.3
Posgrado	7.4	--	3.6	5.0	--	--	2.4	--	3.6	--	--	--

** El porcentaje obtenido es menor a 0.1

La prevalencia de opiáceos fue mayor en 1988 y 1998 en las mujeres con estudios de secundaria y licenciatura, mientras que en 2002 fue mínima en casi todos los grupos educativos. El consumo de tranquilizantes tuvo un crecimiento significativo entre 1988 y 1998 en el grupo de mujeres sin escolaridad, que pasó de 0.1% a 0.4%. Los sedantes y barbitúricos fueron poco consumidos por las mujeres; la prevalencia más alta se registró en 1998 entre las mujeres con estudios de licenciatura (0.9%). La prevalencia de anfetaminas fue considerablemente mayor en 1988 y 1998 en las mujeres con estudios de preparatoria o vocacional (0.9% en ambas mediciones) (Cuadro 11b).

Cuadro 11b. Tendencias en el consumo de drogas médicas por escolaridad en la población femenina

	Opiáceos			Tranquilizantes			Sedantes y barbitúricos			Anfetaminas		
	%			%			%			%		
Escolaridad	1988	1998	2002	1988	1998	2002	1988	1998	2002	1988	1998	2002
Ninguna	--	--	--	0.1	0.4	--	--	--	--	--	--	--
Primaria	--	0.3	**	0.8	1.2	1.1	0.2	0.1	0.9	1.1	0.6	0.3
Secundaria	0.1	1.6	--	0.9	0.9	1.4	0.3	0.1	0.1	0.1	0.6	1.0
Preparatoria o vocacional	0.1	1.1	0.3	1.6	0.4	1.3	--	0.1	0.7	0.9	0.9	0.2
Licenciatura	0.5	0.8	--	0.8	1.7	0.5	**	0.9	--	0.8	**	0.4
Posgrado	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

** El porcentaje obtenido es menor a 0.1

El consumo de drogas ilegales tuvo un crecimiento importante entre 1988 y 2002 en los diferentes niveles educativos. La marihuana creció considerablemente en este periodo en las mujeres sin escolaridad, entre las de secundaria y preparatoria. Asimismo, la cocaína creció principalmente entre las mujeres de primaria, secundaria, preparatoria y licenciatura. Mientras que la prevalencia de alucinógenos e inhalables fue muy baja en los diferentes niveles educativos en 1988 y 1998, no obstante en 2002 el consumo de estas sustancias creció significativamente, sobre todo en las mujeres con nivel de estudios de preparatoria (Cuadro 11c).

Cuadro 11c. Tendencias en el consumo de drogas ilegales por escolaridad en la población femenina

	Marihuana			Cocaína			Alucinógenos			Inhalables		
	%			%			%			%		
Escolaridad	1988	1998	2002	1988	1998	2002	1988	1998	2002	1988	1998	2002
Ninguna	0.1	**	0.8	--	--	--	--	--	--	--	--	--
Primaria	0.5	0.8	0.7	**	0.1	0.2	**	--	0.1	**	0.1	0.1
Secundaria	0.1	0.5	1.4	**	0.4	1.0	**	--	0.1	**	0.3	--
Preparatoria o vocacional	0.1	0.9	0.4	0.1	0.3	0.8	--	--	0.2	0.2	--	0.2
Licenciatura	0.9	1.3	1.8	**	1.0	1.0	--	1.0	0.1	--	--	--
Posgrado	2.4	--	2.5	--	--	--	--	--	--	--	--	1.1

** El porcentaje obtenido es menor a 0.1

La búsqueda de tratamiento por el consumo de drogas es una práctica poco común entre las mujeres y los datos de las tres encuestas así lo mostraron. En 1988 casi 5% de las usuarias de drogas solicitó ayuda profesional, cifra que aumentó en 1998 a 6.6%; pero que disminuyó considerablemente en 2002 al 2.9% (Cuadro 12).

Cuadro 12. Tendencias en la búsqueda de tratamiento por el consumo de drogas en la población femenina

	Población femenina		
	1988	1998	2002
Ha solicitado tratamiento por el consumo de drogas	4.9	6.6	2.9

Por tipo de servicio solicitado, los resultados de 1998 indicaron que poco más de la mitad de las mujeres que solicitaron tratamiento lo hicieron en instituciones de carácter privado, 41.6% acudió al sector salud y sólo 7% asistió a instituciones de tipo religioso. Es importante subrayar que en la encuesta de 2002 la búsqueda de atención en las instituciones anteriores tuvo un decremento considerable ya que la mayoría de las mujeres acudió a otro tipo de instituciones (68%) (Cuadro 13).

Cuadro 13. Tendencias en la búsqueda de tratamiento por el consumo de drogas en la población femenina

	Población femenina	
	1998	2002
<i>Ha solicitado tratamiento por consumo de drogas en:</i>		
Instituciones del sector salud (hospital general, centro comunitario, servicio psiquiátrico)	41.6	10.6
Instituciones médicas privadas	51.4	21.4
Instituciones religiosas	6.9	--
Otras instituciones	--	68.0

Conclusiones

Los principales resultados del estudio mostraron, respecto al uso de alcohol, los siguientes aspectos:

- En 1998 y 2002 la proporción de abstemias disminuyó ya que más mujeres se incorporaron al consumo de alcohol.
- Al comparar el índice de bebedoras actuales, se observó un incremento del 8% en el consumo de las mujeres urbanas entre 1988 y 1998, que pasó de 36.5% a 44.6% y descendió a 42.7% en el 2002.
- Por grupos de edad, la proporción de bebedoras actuales incrementó de 1988 a 2002, sobre todo entre las mujeres de 18 a 24 (35.5% y 48.3%, respectivamente) y de 25 a 30 años (43.4% y 44.5%).
- En la cohorte de mayor edad (46 años o más) el consumo actual fue menor en las tres mediciones en comparación con las cohortes más jóvenes.
- El abuso de alcohol tuvo un incremento continuo en cada medición, especialmente en las mujeres más jóvenes, de 18 a 24 años (6.9% en 1988, 8.3% en 1998 y 11.7% en 2002).
- Por estado civil, la prevalencia de consumo actual incrementó de 1988 a 2002, especialmente entre las separadas (41% y 45.6% respectivamente), divorciadas (40.7% y 52.4%, respectivamente) y solteras (41.1% y 51.8%, respectivamente) en comparación con las casadas y las viudas.
- Asimismo, el abuso de alcohol tuvo una tendencia al incremento de 1988 a 2002 entre las separadas (10% y 13.8%, respectivamente), las divorciadas (11.2% y 20.3%, respectivamente) y las solteras (8.5% y 12.1%, respectivamente).

Mientras que el índice de dependencia fue mayor en 1988 entre las separadas, en 1998 entre las divorciadas y en 2002 en las viudas.

- En cuanto a la religión, las mujeres que profesaban la religión protestante tuvieron los mayores índices de abstención en las tres encuestas, en comparación con las mujeres católicas.
- El consumo actual incrementó de 1988 a 1998 principalmente entre las mujeres católicas (37.5% y 47.1%, respectivamente) y entre las que no tenían ninguna religión (45.3% y 52.9%, respectivamente).
- El abuso de alcohol fue mayor en 1988 entre las mujeres que respondieron tener “otra” como opción en religión (15.2%); mientras que en 1998 y 2002 el índice de abuso fue mayor en las que no tenían ninguna religión (14.9% y 11.7%, respectivamente).
- En 1988 la dependencia al alcohol fue superior entre las mujeres que no tenían ninguna religión y en las otras dos encuestas, entre las católicas.
- Por escolaridad, se encontró que las mujeres sin instrucción educativa y las que sólo habían estudiado hasta la primaria presentaron los niveles más altos de abstención en las tres encuestas.
- El consumo actual fue mayor entre las mujeres con estudios de preparatoria, licenciatura y posgrado. Entre las de licenciatura este índice incrementó considerablemente de 1988 a 2002, ya que pasó de 49.7% a 61.1%; tendencia que fue similar entre las mujeres que estudiaron el posgrado (48.4% y 59.9%, respectivamente).
- El abuso de alcohol tuvo un incremento de 1988 a 2002, especialmente entre las mujeres con licenciatura (9.4% a 12.1%).

Por otra parte, con relación al uso de drogas en la población femenina se observó lo siguiente:

- En 1988 las anfetaminas fueron las sustancias de mayor uso, mientras que en 1998 la marihuana pasó al primer lugar de consumo (0.7%), los tranquilizantes ocuparon el segundo lugar (0.5%) y la cocaína apareció en el tercer sitio (0.3%). En 2002, el consumo de marihuana se duplicó respecto a 1988 y se mantuvo en el primer lugar (0.8%), mientras que la cocaína continuó en ascenso y pasó al segundo lugar de preferencia (0.5%).
- Por grupos de edad, se encontró cómo a partir de la segunda encuesta nacional de adicciones, las mujeres más jóvenes, de 18 a 24 y de 25 a 30 años de edad, fueron las más afectadas por el uso de drogas y desplazaron a las cohortes de mayor edad. Esta misma tendencia se observó con el consumo de drogas ilegales, ya que de 1988 a 2002 la prevalencia aumentó en estas dos generaciones y disminuyó en la cohorte de 31 a 45 años. Es importante señalar que entre las mujeres 46 años o más se observó un ligero incremento en el uso de drogas ilegales entre 1998 y 2002, que pasó de 0.4% a 0.6%.
- La prevalencia más alta de consumo de opiáceos, se encontró entre las mujeres de 46 años o más en 1998. En tanto que la prevalencia de tranquilizantes más alta se detectó entre las mujeres de 25 a 30 años en el 2002. Los sedantes y barbitúricos fueron sustancias de menor consumo en casi todas las cohortes de edad, mientras que la prevalencia de anfetaminas disminuyó en casi todas los grupos etarios entre 1988 y 2002.
- La marihuana y la cocaína fueron las drogas ilegales de mayor consumo entre la población femenina.

El uso de marihuana creció de 1988 a 2002 principalmente entre las mujeres de 18 a 24 y de 25 a 30 años, mientras que la cocaína creció de 1988 a 2002, sobre todo entre las de 18 a 24 años.

- Por estado civil, la prevalencia de consumo de cualquier droga alguna vez en la vida, aumentó significativamente de 1988 a 2002 entre las mujeres divorciadas (1.5% y 6%, respectivamente) y entre las que vivían en unión libre (1.8% y 4.2%, respectivamente). En lo que respecta a las drogas ilegales, se observó esta misma tendencia, aunque es importante señalar que el consumo en las mujeres solteras también se duplicó de 1988 a 2002 (0.3% y 0.6%, respectivamente).
- La prevalencia de consumo de opiáceos fue considerablemente mayor entre las mujeres casadas (0.6%), separadas (2.2%) y solteras (0.7%) en 1998. Por otra parte, la prevalencia de anfetaminas fue significativamente superior entre las mujeres divorciadas que participaron en las dos primeras encuestas (1.2% en 1988 y 1.9% en 1998).
- La marihuana fue la droga que tuvo el mayor crecimiento de 1988 al 2002 entre las mujeres que vivían en unión libre (0.2% y 2.1%, respectivamente), entre las divorciadas (0% y 1.5%, respectivamente) y en las solteras (0.2% y 1.2%). Respecto a la cocaína, los cambios más significativos se presentaron entre las mujeres que vivían en unión libre (0% y 1.2%, respectivamente) y entre las solteras (0.1% y 1.5%, respectivamente).
- En cuanto a la religión, se observó que el uso de cualquier droga creció entre las mujeres católicas (2.2% y 2.8%, respectivamente), las protestantes (2.4% y 3.3%) y entre las que no tenían ninguna religión (5% y 5.5%, respectivamente). En tanto que la prevalencia de cualquier droga en el último año fue significativamente mayor en 1988 entre las mujeres que no tenían ninguna religión (3.4%), así como entre las que pertenecían a cualquier otra (7.2%).
- El consumo de drogas ilegales alguna vez en la vida incrementó significativamente de 1988 a 2002 en todos los grupos, pero particularmente entre las mujeres que no tenían ninguna religión (1.7% y 5.1%, respectivamente).
- Por nivel educativo, el consumo de cualquier droga alguna vez incrementó principalmente de 1988 a 2002 entre las mujeres de secundaria (2.1% y 4.4%, respectivamente) y entre las de preparatoria o vocacional (1.8% y 2.9%, respectivamente), mientras que el uso de cualquier droga ilegal creció en todos los niveles educativos, pero principalmente entre las mujeres con estudios de posgrado (2.4% y 3.6%, respectivamente).
- La búsqueda de tratamiento por el consumo de drogas es una práctica poco común entre las mujeres y los datos de las tres encuestas así lo mostraron. En 1988 casi 5% de las usuarias de drogas solicitó ayuda profesional, cifra que aumentó en 1998 a 6.6%; pero que disminuyó considerablemente en 2002 al 2.9%.
- Por tipo de servicio solicitado, los resultados de 1998 indicaron que poco más de la mitad de las mujeres que solicitaron tratamiento lo hicieron en instituciones de carácter privado, 41.6% acudió al sector salud y sólo un 7% asistió a instituciones de tipo religioso. En 2002, la búsqueda de atención en las instituciones anteriores tuvo un decremento considerablemente ya que la mayoría de las mujeres acudió a otro tipo de instituciones (68%).

Recomendaciones

Una de las aportaciones de este trabajo fue que por primera vez se analizaron los datos de tres Encuestas Nacionales de Adicciones (1988, 1998 y 2002) exclusivamente con población femenina. Además, se estudió la relación del consumo de alcohol y otras drogas en este grupo, con algunas variables socioculturales como la edad, el estado civil, la religión y el nivel de estudios; lo que permitió visibilizar quiénes son las mujeres que se encuentran más vulnerables.

En este contexto, se encontraron datos reveladores que reflejaron cómo las mujeres de 18 a 24 y de 25 a 30 años de edad, las que no cuentan con una pareja (divorciadas, solteras, separadas), las que no profesan alguna religión y las que tienen niveles más altos de instrucción educativa son las que más consumen alcohol y drogas médicas e ilegales.

Con relación a la edad, estos datos son consistentes con los que encontrados en otros sistemas de diagnóstico que señalan cómo la incorporación de las mujeres a la cultura de consumo alcohol y sustancias psicoactivas es un fenómeno reciente que afecta a las jóvenes. Esta situación es preocupante porque indica que las mujeres jóvenes constituyen un foco importante de promoción del consumo y también de abuso. Por lo tanto, es prioritario incrementar esfuerzos preventivos dirigidos especialmente a las mujeres que están en este rango de edad pues, además de los riesgos psicológicos, enfrentan otros relacionados con su salud física, considerando que se encuentran en la etapa reproductiva.

Una evidencia contundente fue encontrar que las mujeres que no tienen pareja —especialmente las divorciadas— son quienes más han experimentado con el alcohol y otras drogas. Desde una mirada de género, es importante reflexionar qué es lo que las motiva al uso de estas sustancias. Una hipótesis sugiere que en las sociedades con roles de género tan tradicionales, las mujeres que rompen con estos mandatos —como las divorciadas— enfrentan mayor estrés social porque son más estigmatizadas. Además, es probable que las mujeres divorciadas o separadas trabajen doble jornada para proveerse a sí mismas y, en muchos algunos casos, a sus hija/os. De ahí que el consumo de alcohol y otras drogas pueda representar un medio adaptativo a los desafíos y exigencias del entorno.

Derivado de lo anterior, es prioritario considerar que, dadas las características de estas mujeres, se requiere prevención e intervención en los centros de trabajo que incluyan un enfoque de género, pues hasta ahora los programas de tratamiento en el área laboral están dirigidos principalmente a las necesidades de la población masculina.

Por otra parte, profesar una religión representa un recurso importante de protección ante el consumo de drogas, por ejemplo la religión protestante promueve la abstinencia. En este contexto, los datos comparativos de los tres estudios mostraron consistentemente que las mujeres que no tenían ninguna religión se involucraron más en el uso de sustancias, mientras que las mujeres protestantes tuvieron los índices mayores de abstinencia de alcohol. Se requiere analizar el papel que juega la espiritualidad en la prevención.

De acuerdo con la literatura, la incorporación de la mujer en la cultura de consumo de alcohol y otras drogas a nivel mundial se ha dado principalmente en poblaciones urbanas y se ha asociado con cambios de roles y con mayor disponibilidad de recursos económicos. Los datos encontrados en este análisis, mostraron esta tendencia ya que el incremento se dio sobre todo en las mujeres con mayor nivel de escolaridad en quienes posiblemente las transformaciones sociales

relacionadas con los cambios en los roles de género han tenido mayor influencia. En este sentido, se requiere reorientar el significado de los valores asociados con la independencia y autonomía, los cuales se refuerzan a medida que se tiene un mayor crecimiento profesional, ya que el acceso a la educación ha sido uno de los logros más importantes alcanzados por las mujeres.

Por otra parte, el análisis de las tres encuestas de adicciones permitió identificar que es necesario diseñar indicadores orientados a evaluar el consumo de alcohol y otras drogas en mujeres indígenas, lesbianas o que presentan alguna discapacidad, con la finalidad de visibilizar las problemáticas específicas que presentan. Hasta el momento, carecemos de esta información y es muy probable que estos grupos enfrenten riesgos mayores y diferentes al resto de las mujeres y de los varones, derivados de sus condiciones culturales y sociales.

Asimismo, una limitación más de estos estudios es que, a pesar de que en algunas mediciones se han incluido indicadores específicos relacionados con la salud reproductiva, el embarazo, la violencia y el consumo de drogas, su medición no ha tenido continuidad en las diferentes encuestas, lo que ha impedido conocer las tendencias y comprender la dinámica de las problemáticas en cuestión.

Con relación a la búsqueda de tratamiento, por parte de la población femenina, se encontró que es una práctica poco común. De hecho, de 1988 al 2002 la proporción disminuyó. Esta situación merece especial atención, porque es altamente probable que los servicios de salud no estén diseñados para atender las problemáticas de las mujeres. También es posible que ellas no acudan a tratamiento porque no cuentan con la suficiente información y, en consecuencia, no saben a qué lugar asistir.

Cualquiera que sea la respuesta, es un hecho que se requiere incorporar la perspectiva de género en el diseño de los programas de intervención y tratamiento, ya que como pudo apreciarse las mujeres presentan riesgos específicos derivados de su edad, estado civil, religión, nivel escolar y, además, de su condición biológica.

Referencias

- Benjet C.; Borges G.; Medina-Mora M.E.; Fleiz C.; Blanco, J., *et al.*, Prevalence and socio-demographic correlates of drug use among adolescents: results from the Mexican Adolescent Mental Health Survey. *Addiction*, 2007; 102: 1261–1268.
- Brismar, B. y Bergman, B. *The significance of alcohol for violence and accidents. Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 1998; 22: 299-306.
- Dawson, D. y Archer A. Gender differences in alcohol consumption: Effects of measurement. *British Journal of Addiction*, 1992; 87(1): 119-123.
- Fleiz C.; Medina-Mora M.E.; Villatoro J.; Juárez F.; Rojas E., *et al.*, *Encuesta de Adicciones y Seguridad en el Distrito Federal 2006*. Reporte ejecutivo. México: Instituto Nacional de Psiquiatría, Gobierno del Distrito Federal, 2007.
- Gaither L.E.; Soto, M.; Pérez R.; Soto M.A. y Villatoro J.A., Encuesta sobre el Consumo de Drogas en la Comunidad Escolar de Enseñanza Media y Media Superior. Tamaulipas 2000. En *Observatorio Epidemiológico en Drogas 2003: El fenómeno de las adicciones en México*. México: CONADIC, Ssa, 2004.
- Gutiérrez López A.D. y Castillo Franco P.I., *Tendencias del consumo alguna vez en la vida de*

- drogas en Centros de Integración Juvenil. Segundo semestre de 2004-Primer semestre de 2009.* México: Centros de Integración Juvenil, A. C., Dirección de Investigación y Enseñanza, Subdirección de Investigación. [Consultado: 6 de Septiembre de 2010. En: http://www.cij.gob.mx/Especialistas/pdf/10_01e.pdf]
- Medina-Mora M.E.; Natera G.; Borges G.; Cravioto P.; Fleiz C., *et al.*, Del siglo xx al tercer milenio. Las adicciones y la salud pública: drogas, alcohol y sociedad. *Salud Mental*, 2001; 24 (4): 3-9.
- Medina-Mora M.E., La mujer y el abuso de bebidas alcohólicas en México. En: Lara M.A. y Snyder N. (eds.). *Cálmese, son sus nervios, tómese un tecito... La salud mental de las mujeres mexicanas.* México: Pax México, 2002.
- Medina-Mora, M.E.; Borges, G.; Lara, C.; Benjet, C.; Blanco, J. et al. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental*, 2003; 26: 1-16.
- Medina-Mora M.E.; Fleiz C.; Villatoro J., *Encuesta de Consumo de Alcohol, Tabaco y Drogas, 2005. Ciudad Juárez, Monterrey, Tijuana y Querétaro. Reporte ejecutivo.* México: Secretaría de Salud, Consejo Nacional contra las Adicciones, 2006.
- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA). *Alcohol and health. Ninth Special Report on Alcohol and Health Marks Research Gains.* Rockville, Maryland: National Institute on Drug Abuse, 1997.
- Romero M.; Medina-Mora M.E. y Fleiz C., *Approaching alcohol consumption from a gender perspective. Differences, gaps, biases and proporsals for an equitative research and action* [en prensa].
- Secretaría de Salud, Consejo Nacional contra las Adicciones, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, Instituto Nacional de Salud Pública. Quinta Encuesta Nacional de Adicciones. Reporte Nacional. México: Instituto Nacional de Salud Pública; 2009.
- Secretaría de Salud, Dirección General de Epidemiología y Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones. *Reporte Nacional 2008.* México: Secretaría de Salud, 2009. [Consultado: 6 de septiembre de 2010. En: http://www.dgepi.salud.gob.mx/sis/sisVEA%202008/INFORMES/sisvea_nal_2008.pdf]
- Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Adicciones 1988. México: SSA, Instituto Nacional de Psiquiatría, 1990.
- Secretaría de Salud. *Encuesta Nacional de Adicciones 1993.* Tomos I, II y III México: Secretaría de Salud, Dirección General de Epidemiología, 1994.
- Secretaría de Salud, Subsecretaría de Prevención y Control de Enfermedades, Instituto Mexicano de Psiquiatría, Dirección General de Epidemiología, Consejo Nacional Contra las Adicciones. *Tercera Encuesta Nacional de Adicciones.* México: Secretaría de Salud, 1998.
- Secretaría de Salud, Consejo Nacional contra las Adicciones, Instituto Nacional de Psiquiatría, Dirección General de Epidemiología, Instituto Nacional de Geografía y Estadística. *Cuarta Encuesta Nacional de Adicciones. Resumen Ejecutivo.* México: Secretaría de Salud, 2002.
- Secretaría de Salud, Consejo Nacional contra las Adicciones. *El consumo de drogas en México: Diagnóstico, tendencias y acciones.* México: Secretaría de Salud, Consejo Nacional contra las Adicciones, 1999.
- Urquiaga X.; Medina-Mora M.E.; Fleiz C. y Villatoro J., *Encuesta Estatal de Adicciones en Yucatán 2005* [en prensa].

- Villatoro J.; Medina-Mora M.E.; Hernández, M.; Fleiz C.; Amador N., *et al.*, La encuesta de estudiantes de nivel medio y medio superior de la ciudad de México: noviembre 2003. Prevalencias y evolución del consumo de drogas. *Salud Mental*, 2005; 28(1): 38-51.
- Villatoro J.; Gutiérrez M.L.; Quiroz N.; Moreno M.; Gaytán L., *et al.*, Encuesta de estudiantes de la Ciudad de México 2006. Prevalencias y evolución del consumo de drogas. *Salud Mental*, 2009; 32: 287-297.
- Villatoro, J.; Gutiérrez, M.; Quiroz, N.; Juárez, F. y Medina-Mora M.E., *Encuesta de consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en estudiantes de Nuevo León, 2006*. México: Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, 2007.

El consumo de heroína en mujeres de Ciudad Juárez: una aproximación cualitativa a su trayectoria, consecuencias y tratamiento

*Patricia Cravioto, María Elena Medina-Mora,
Ingris Peláez, Rebeca Robles y Martha Romero*

Introducción

Tradicionalmente, las investigaciones realizadas en torno al consumo de heroína se habían realizado con el principal objetivo de obtener información sobre frecuencia, cantidad, patrones de consumo, vías de administración y factores de riesgo asociados, así como resultados provenientes de investigación básica. Esto permitió conocer la magnitud del fenómeno del uso y abuso de esta sustancia, sin embargo era necesario dirigir esfuerzos para entender su naturaleza, es decir, la expresión y vivencia en cada contexto particular. Fue por ello necesario ahondar en otras metodologías de investigación, como el enfoque cualitativo, que han permitido conocer parte de la naturaleza de este fenómeno. Este tipo de estudios han permitido abordar aspectos psicológicos, sociales y culturales relacionados al consumo de este tipo de droga y con un factor relevante que ha sido la perspectiva de género.

El estudio que a continuación se describe tuvo como objetivo permitirnos conocer y construir cómo era la naturaleza que se presentaba alrededor de este fenómeno, y no sólo entre los consumidores varones como se ha descrito en gran parte de la literatura, sino contar con información de mujeres que usan y abusan de la heroína. Los enfoques metodológicos que se utilizaron fueron, para la primera parte, entrevistas de corte epidemiológico y un modelo matemático para estimar el número de usuarias y usuarios específicamente de esta droga, y para conocer su naturaleza dentro del enfoque cualitativo se realizaron entrevistas a informantes clave, grupos focales y entrevistas a profundidad. A través de su análisis se ha podido describir la trayectoria de uso de heroína, las consecuencias asociadas y las opciones y barreras a tratamiento de mujeres que viven en Ciudad Juárez (Chihuahua), una de las localidades caracterizada como zonas de alto riesgo para el consumo de esta droga, entre otras muchas razones por su ubicación geográfica, al ser una ciudad hermana con El Paso, Texas en la frontera México-Estados Unidos de Norteamérica (EUA).

Uso de la heroína en México: el caso de la frontera México-Estados Unidos de Norteamérica

Históricamente, el uso de la heroína en México se ha concentrado en las ciudades de la frontera norte de nuestro país y los Estados Unidos de Norteamérica. Desde la década de los ochenta, cuando los registros de uso de esta droga eran muy bajas, es decir, menores al 1% (Natera y cols., 1991; Castro, 1986; Medina-Mora, 1978; Secretaría de Salud, 1988, 1993; Tapia-Conyer y cols., 1990; Terroba, 1979), la proporción de usuarios que se atendieron en la región Noroccidental de México fue hasta 10 veces superior a la que registró en el centro, mientras que en la región sur no presentó caso alguno (Secretaría de Salud, 1996).

Este panorama empeoró en la década de los noventa, y se incrementó el número de usuarios de heroína, así como la demanda de atención en centros de tratamiento no gubernamentales. Además, a partir de esa década se pudo constatar que la edad de inicio del consumo de heroína era cada vez menor, y también pudo observarse, a través de los registros del Sistema de Vigilancia Epidemiológico de las Adicciones (SISVEA), que la demanda de tratamiento por parte de las mujeres aumentaba (Tapia-Conyer y cols., 2000).

En 1998, en la ciudad de Tijuana se registró, a partir de los datos de una encuesta, que 0.7% de los individuos habían utilizado heroína alguna vez en la vida (Rojas y cols., 2008). Por otro lado, el SISVEA reportó que para el año 2000 hasta 3% de quienes acudían a tratamiento habían iniciado su consumo con este tipo de sustancia. Asimismo, Linares y cols. (2003) refieren en un análisis el incremento en la frecuencia de pacientes que reportan al llegar a tratamiento como su droga principal, o de mayor impacto, a la heroína: 68.5% de pacientes en Ciudad Juárez, 58% en la ciudad de Mexicali, 43.3% en Tijuana y 39% en Ensenada.

Resultados semejantes se obtuvieron en la Encuesta de Adicciones a Población General de Wallisch y Spence (2006) entre 2002 y 2003, en el estado de Texas (El Paso, Río Grande y comunidades rurales), en donde hasta 2.2% de los adultos reportaron haber utilizado la vía intravenosa para consumir drogas, entre las que destacaba la heroína.⁵

Por otro lado, el análisis que realizan Villatoro y cols. (2006) en estudios realizados en población estudiantil revelan que al menos en Baja California y Sonora el consumo de sustancias en general entre 1991 y 2006 se incrementó. En la tabla 1 pueden observarse los datos estratificados por sexo, en donde el incremento de uso de la heroína también aumentó en el grupo femenino.

Tabla 1. Consumo de heroína en estudiantes de Baja California y Sonora por sexo: Comparación de proporciones de usuarias (os) entre 1991 y 2006

Año	1991		2006	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Baja California	0.7	0.4	4.8	1.0
Sonora	0.3	0.2	0.2	1.4

Fuente: Villatoro y cols., 2006.

Nota: Se incluye a estudiantes de séptimo a noveno grado (equivalentes al nivel de secundaria) que reportan uso experimental de la sustancia.

⁵ La heroína es utilizada por más del 70% de los que emplean drogas inyectables (Secretaría de Salud, 2001) y al menos el 90% de los usuarios de heroína se la administran por inyección (Maxwell y cols., 2006).

Actualmente, según el SISVEA⁶ de México y la base de datos TEDS de la Administración de Servicios para Abuso de Sustancias y Salud Mental de EUA (SAMHSA, por sus siglas en inglés), un porcentaje significativamente mayor de usuarios de heroína de ambos países solicita atención en los centros públicos y privados para el tratamiento de adicciones en la frontera,⁷ en comparación con los de los países en su conjunto. En la tabla 2 puede observarse esta información (Maxwell y cols., 2006).

Tabla 2. Comparación de porcentajes (%) de admisiones a tratamiento (n) por uso de heroína en EUA-México: Por país, fronteras y ciudades hermanas*

Año	Todos los progs. de tratamiento en México	Todos los progs. de tratamiento en EUA	Progs. de tratamiento en la frontera de México	Programas de tratamiento en la frontera de EUA	Progs. tratamiento en ciudades hermanas México-Texas	Progs. tratamiento en ciudades hermanas Texas-México
1996	11% n=12 784	14% n=1 643 731	37% n=3 402	36% n=194 056	20% n=401	24% n=1 709
1997	11% n=16 625	15% n=1 607 957	42% n=4 184	32% n=196 103	34% n=345	24% n=2 698
1998	11% n=21 268	14% n=1 712 268	46% n=4 706	28% n=207 858	23% n=327	21% n=4 167
1999	11% n=22 504	15% n=1 725 885	36% n=6 052	28% n=234 038	38% n=1 859	20% n=5 333
2000	13% n=22 385	15% n=1 782 141	32% n=7 915	28% n=227 557	40% n=2 956	24% n=4 627
2001	16% n=27 538	16% n=1 794 980	35% n=11 890	23% n=223 988	48% n=5 034	24% n=4 148
2002	18% n=47 966	15% n=1 909 569	36% n=22 767	20% n=257 793	50% n=7 904	15% n=4 769
2003	15% n=57 979	15% n=1 841 522	34% n=23 996	17% n=244 431	45% n=8 100	13% n=5 100

* Adaptada de: Maxwell y cols., 2006.

⁶ El sisvea es el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicción en el nivel nacional. Inició en 1991 cubriendo ocho ciudades de los seis estados de la frontera México-eua; y ahora cubre 53 ciudades en las 32 entidades federativas del país. Compila datos de admisiones por tipo de droga en centros de tratamiento, servicios médico-forenses, salas de urgencias y otras fuentes, para proveer información periódica del problemas de uso de drogas en el país, identificando cambios en el patrón de consumo, grupos de riesgo, nuevas drogas, y factores asociados (Bucardo et al., 2005).

⁷ Los estados fronterizos que se incluyen en este análisis fueron: Baja California (Tijuana), Sonora (Hermosillo y Agua Prieta), Chihuahua (Cd. Juárez), Coahuila (Piedras Negras), Nuevo León (Monterrey) y Tamaulipas (Nuevo Laredo, Reynosa y Matamoros). Se consideran ciudades hermanas: Cd. Juárez y El Paso, Piedras Negras y Eagle Pass, Nuevo Laredo y Laredo, Reynosa y Edimburgo/McAllen, así como Matamoros y Brownsville.

Como puede observarse en la tabla 2, desde hace más de una década el uso de drogas inyectables era ya un problema importante en la frontera de México-EUA, y conforme pasó el tiempo fue mayor también en las ciudades hermanas que colindan entre México y Texas. Más del 90% de las personas que las utilizan lo hacen a diario (Maxwell y cols., 2006). Desafortunadamente los autores de este estudio no estratificaron los datos por sexo, pero señalan que, al menos para el caso de las ciudades hermanas, un porcentaje mucho menor de mujeres acudió a tratamiento por uso de heroína. De las 3 149 admisiones a los programas mexicanos y 651 a programas en Texas, respectivamente 95% y 79% de la población usuaria eran hombres (Maxwell y cols., 2006).

Sin embargo, el número de mujeres afectadas por el consumo de heroína y sus consecuencias no es menor, y es justamente por esta droga que se solicita con más frecuencia el tratamiento especializado en adicciones en las ciudades de la frontera, particularmente en Ciudad Juárez, donde, de acuerdo con los datos de la Reunión Binacional México-EUA, llegó hasta un 69% la demanda de tratamiento durante el 2001.

Al revisar la literatura se encontró que algunas poblaciones pueden caracterizarse como vulnerables para el consumo de este tipo de droga. Así, un estudio realizado por Cravioto y cols. (2003), encontró que hasta 26.4% de los internos de una cárcel de Ciudad Juárez habían usado heroína en los últimos seis meses. Por su parte, otro estudio de Cepeda (2006) reportó que un porcentaje considerable de sexoservidoras en la frontera México-Estados Unidos (Texas-Ciudad Juárez) han utilizado o utilizan actualmente heroína: hasta 14% la han usado alguna vez en la vida, 12% la usaron durante el último mes. La edad de inicio para el uso de heroína fue a los 23 años, la misma que para el uso de drogas de prescripción (barbitúricos), tan sólo un año después de la reportada para el inicio del consumo la cocaína, y a dos de entrar a trabajar como sexoservidoras. En promedio consumen heroína 13 días al mes, y hasta 15% la utiliza cuando se encuentra trabajando como sexoservidora. Esta población de mujeres resulta especialmente vulnerable también para contagiarse del VIH/SIDA, en tanto su trabajo como sexoservidoras y por el uso compartido de inyecciones (Magis, 2007).

Sin duda, algunas características particulares de estas poblaciones y zonas fronterizas explican el complejo problema de salud que tienen estos individuos. Desentrañar y modificar en la medida de lo posible tales males político-sociales reeditarán en la comprensión y atención adecuada del fenómeno de las adicciones en su conjunto, y del abuso de heroína en lo particular. De acuerdo con el estudio de Wagner y cols. (2002), en nueve zonas rurales de México, los niveles más altos de uso de drogas se presentaron justamente en comunidades con menores signos de cohesión social, identidad cultural y capacidad para integrar los cambios.

Tijuana y Ciudad Juárez: dos metrópolis, una realidad común

Con el fin de conocer el contexto geográfico, social y económico de la frontera de Tijuana y Ciudad Juárez a continuación se describen algunos aspectos.

Las dos ciudades más grandes de la frontera México-EUA son Tijuana y Ciudad Juárez, y se consideran entre los mayores epicentros para el tráfico y abuso de drogas (Brouwer, 2006; Bucardo, 2005). Desde hace décadas experimentan el más amplio volumen de intercambio

personal y comercial fronterizo en el mundo (Large, 1999).⁸ Ello produce modos transculturizados de vida, importantes “choques culturales” (Vélez-Ibáñez, 1999) y riesgos de todo tipo para la salud de sus pobladores, como el uso y abuso de drogas. Así, el espacio de la frontera está determinado no sólo por la contigüidad territorial sino por la funcionalidad cotidiana que la vecindad permite.

El Paso es la cuarta ciudad más grande del estado de Texas y la 17ª en aquel país. Sin embargo es la ciudad más pobre de Texas y la cuarta más pobre de la nación norteamericana.

Las comunidades mexicanas que pueblan en su mayoría esta ciudad reciben diariamente a miles de estadounidenses que vienen por horas o fines de semana a realizar compras (SSA-Frontera Norte, 1994; OPS, 1991). Es sabido que cualquier tipo de droga se puede conseguir en El Paso o atravesando la frontera, en Ciudad Juárez. Como consecuencia de su situación geográfica estratégica, la franja fronteriza ha sido prácticamente inundada no sólo de trabajadores que buscan migrar al país vecino por mejores oportunidades de trabajo, sino también por grupos organizados que al margen de la legalidad han creado una extensa red de producción, venta y distribución de drogas al interior de Estados Unidos (Del Olmo, 1994; Fernández-Menéndez, 1999).

Ciudad Juárez se ubica como uno de los principales municipios del estado de Chihuahua y junto con Baja California, Sonora, Sinaloa, Nuevo León y Tamaulipas forman la frontera norte del país. La migración es un factor importante en el crecimiento de su población. Está considerada como uno de los centros maquiladores más importantes de México y ha sido lugar de especial atención nacional por el asesinato de mujeres jóvenes empleadas de esta industria.⁹ La agresión a la mujer es una alarmante constante en esta entidad (Ravelo y cols., 2006)¹⁰. Además, históricamente es una de las ciudades del norte de México que registra las cifras más elevadas de consumo de drogas —incluidos los inhalables, o las drogas médicas fuera de prescripción—. De 1998 a 2005 se incrementó sustancialmente el consumo entre las mujeres, de 4.0 a 7.7% para el consumo alguna vez en la vida, y de 0.6 a 2.0% para el último año (Rojas, 2009)¹¹.

La adicción a la heroína y sus consecuencias negativas en la salud (que van desde náuseas, vómitos y abscesos hasta problemas serios de salud mental como depresión y ansiedad, SIDA, hepatitis C y endocarditis infecciosa) (Cortés y cols., 2005; Moyer y cols., 2008; Valdespino y cols., 2007; Aguilar y cols., 2000; Cravioto y cols., 2006) y en el ámbito social (destacando la desintegración familiar, la deserción escolar y la pérdida de identidad social) (Cravioto y cols., 2006) no pueden verse en forma aislada y debe reconocerse el ambiente que rodea a

⁸ Se estima que el 60% de sus habitantes provienen de otras partes de México, y que aproximadamente arriban 300 personas por día, con lo que existe una población de 250 000 individuos (Secretaría de Relaciones Exteriores, 2004).

⁹ De acuerdo con la Procuraduría General de Justicia del Estado de Chihuahua, de 1993 a mayo de 2005 se cometieron 364 homicidios de mujeres, y entre octubre de 2004 y agosto de 2005 se presentaron 670 denuncias de desapariciones de niñas (59), adolescentes (448) y mujeres adultas (163). Las causas de estos crímenes implican diversidad de factores: económicos, sociales, culturales, políticos e institucionales (Pérez y cols., 2002).

¹⁰ Esta violencia es tanto simbólica como real, incluso sexual; se propaga de su centro de trabajo (maquiladora) a la calle, es parte de su vida cotidiana; y aunque se han llevado a cabo esfuerzos heroicos por resolver el problema (Rabelo y cols., 2006), la impunidad y la ineficiencia de las autoridades encargadas de impartir justicia le perpetúan llevándolo al terrero institucional.

¹¹ Para el caso de los hombres las cifras fueron, en 1998: 17.5% alguna vez en la vida y 5.3% en el último año; y en el 2005; 30.0% y 5.4%, respectivamente.

los/as consumidores/as desde una perspectiva integral, sin etiquetamientos de criminalidad, entendiendo que pertenecen a un grupo socialmente marginado, con escasa participación de los servicios que brinda el estado y en un medio tan dinámico y *sui géneris* como el que constituye la frontera mexicano-estadounidense.

Ello no implica, por supuesto, que se desconozca el papel que juegan otros factores en la farmacodependencia, como los relacionados con la droga (capacidad de producir refuerzos positivos y negativos), y con la propia persona (variables biológicas y psicológicas como la edad, el sexo, la carga genética, la personalidad, los trastornos de base, etcétera.) (Romani, 1993). Sólo así podrá lograrse un tratamiento integral para las/os usuarias/os de ésta, como de otro tipo de drogas.

Atención de la adicción a la heroína en la frontera: servicios/elementos de rehabilitación y barreras a tratamiento

Desde los años setenta, Suárez-Toriello estudió el primer brote importante de 800 casos con dependencia a heroína tratados en los Centros de Integración Juvenil (CIJ) en Tijuana, B.C., único centro con unidad de desintoxicación en aquel momento. Más del 90% había iniciado su adicción en esa ciudad (Suárez-Toriello 1989; Medina-Mora, 1978; Castro, 1986; Terroba, 1979).

En Ciudad Juárez, para el año 2000, la heroína era ya la cuarta droga de mayor preferencia para los adictos que demandaban tratamiento (8.1%) (Tapia-Conyer y cols., 2000); y fue por estos niveles de consumo que se vio la necesidad de abrir el primer programa gubernamental para el tratamiento de heroína con base en la metadona en el 2001 (Bucardo, 2005), más de tres décadas después de que se instaló en el lado norteamericano de la frontera (Texas) (Maddux, 1981, citados en: Maxwell y cols., 2006).

Entre los factores que han demostrado ser útiles para la rehabilitación de los pacientes destaca el componente religioso. El estudio de Esquivel y cols. (2005) permitió constatarlo en tanto su vertiente cualitativa: la rehabilitación de las/os y usuarias/os de heroína en la frontera de nuestro país permitió conocer estrategias de tratamiento centradas en prácticas tales como orar durante el día y leer la Biblia, y aunque en muchos casos se sigue el programa de 12 pasos de AA, el énfasis del tratamiento es usualmente en “valores espirituales y del ser humano”, en “la fuerza y la voluntad”, el “temor a Dios y la fe”.

En un estudio realizado en el 2003 (Cravioto, 2003) pudo constarse la baja proporción de usuarios de heroína que recibían atención especializada, pese a que el 90% de quienes consumen heroína cubren los criterios diagnósticos de dependencia. En poblaciones especiales como la ubicada en la penitenciaria, en donde la dependencia en usuarios de heroína llegaba a 95%, 36% nunca había recibido tratamiento alguno para este problema.

Las barreras para recibir tratamiento en esta población incluyeron desde un bajo nivel de escolaridad —más frecuente en las mujeres—, hasta el número de veces que lograban permanecer en abstinencia o limpias —menor en las mujeres—, la cantidad de veces que han presentado sobredosis y el tiempo que han estado expuestos o a la droga —que fue mayor entre las mujeres— así como tener una enfermedad crónica (que no se estratificó por sexo) (Cravioto, 2003).

Otro estudio interesante en relación con barreras a tratamiento fue el de Moyer y cols. (2008), que aunque no estableció diferencias por sexo (y sólo incluyó 8% de mujeres), sí realizó comparaciones del lugar de residencia de usuaria/os de drogas inyectables (Tijuana vs. Ciudad Juárez), demostrando que aunque comparten algunas características también presentan diferencias a tomar en cuenta para el desarrollo de programas de prevención y atención. Los autores determinaron las barreras y oportunidades perdidas con relación a la toma de la prueba de VIH/SIDA, tan frecuente en esta población (12% en la muestra en cuestión, y 14.3% en las ciudades de la frontera norte de México, según Cortés y cols., 2005).

El análisis multivariado demostró que los factores relacionados con el no realizarse la prueba de VIH en Tijuana fueron: ser hombre, pasar más de 12 horas al día en la calle, nunca haber sido diagnosticado por una infección de transmisión sexual por un médico, y no saber cómo se transmite el VIH/SIDA. En contraste, para los usuarios de drogas inyectables de Ciudad Juárez, los factores de riesgo para evaluarse fueron: no haber vivido o trabajado fuera de México durante la última década (lo que podría reflejar una mejor disposición de servicios de salud al respecto en Estados Unidos), no estar casado, no haber recibido tratamiento para su adicción (en donde se insiste más en la detección del VIH/SIDA) y no saber cómo se transmite el VIH/SIDA.

Aquellos que reportaron no saber cómo se transmite el VIH/SIDA tienen mayor probabilidad de no hacerse la prueba correspondiente: cinco veces mayor en Tijuana y hasta ocho veces más en Ciudad Juárez. Ello implica una utilización inadecuada de las pruebas voluntarias en escenarios públicos y la necesidad de expandir la educación gratuita sobre el VIH y las estrategias para su detección, así como de integrarle a los servicios y localidades frecuentadas por los usuarios de drogas inyectables en estas ciudades fronterizas.

Género y adicción a la heroína en la frontera

En 2006, Galván y cols. reportaron el desarrollo de una metodología para estimar el número de usuarios/as de heroína en México, con base en el cual estimaron datos más precisos, incluyendo a las mujeres. En Ciudad Juárez, 63.9% de ellas inició el consumo entre los 21 y 30 años, en comparación con 58% de los hombres.¹²

En la tabla 3 se presentan los patrones de uso de la sustancia entre las mujeres de la frontera norte en las que la heroína es la droga de mayor impacto (6% del total) (Cortés y cols., 2006).

¹² El 23% de las mujeres inició el consumo de heroína entre los 31 y 40 años (vs. 23.2% de los hombres), 6.6% antes de los 20 años (vs. 11.9% de los hombres), 4.9% entre los 41 y 50 años (vs. 6.0% de hombres), y 1.6% después de los 50 (vs. 1.1% de los hombres).

Tabla 3. Heroína como droga de mayor impacto*: Patrones de consumo en Mujeres de la Frontera Norte**

Variables	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Edad de inicio		
10 -14 años	n=17	43.5
15 -19 años	n=14	34.1
Uso diario de la sustancia		
1 sola vez	n=31	77.2
2 a 3 veces	n=62	15.6
Más de tres veces	n=22	5.6
Vía de administración		
Intravenosa	n=37	93.9
Intramuscular	n=4	1.0
Fumada	n=14	3.6
Inhalada	n=5	1.3

* N=6 580;

** n=394;

Nota: Los porcentajes no suman 100% (y las frecuencias (n) no suman el tamaño de la muestra). Pueden ser menores o mayores dependiendo de la variable, pues se incluyen sólo las categorías más relevantes en algunos casos, y la persona puede formar parte de dos o más dimensiones en otros. Adaptada de: Cortés y cols., 2006.

De acuerdo con el estudio de Cravioto y cols. (2003), entre las usuarias fuertes de heroína, una mayor proporción no tenía escolaridad alguna (15.8% vs. 2.9% en los hombres); aunque la mayoría se inyectaba la sustancia (73.7%), más mujeres que hombres la inhalaban (21.1% vs. 4.0%, respectivamente), la utilizaban diariamente (94.7% vs. 74.3% en hombres), la combinaban con cocaína (52.6% vs. 14.7%), y la han consumido por más tiempo (26.3% de las mujeres se han expuesto a la heroína más de 11 años, mientras que esto ocurrió en 16.9% de los varones).

Otro dato que resulta muy interesante de este estudio fue que las mujeres, a diferencia de los hombres, consiguen la droga porque la compran, se la regalan o se dedican a vender droga, mientras que un mayor porcentaje de hombres la obtiene por intercambio de objetos (que en muchas ocasiones son robados).

Además, fue menor el número de mujeres que permanecieron en abstinencia de dos a cinco veces en comparación con los hombres (5.2% vs. 19.6%, respectivamente), y también fueron más frecuentes las sobredosis por heroína (36.8% en mujeres y 30.5% en hombres) y de las que utilizaban heroína 100% cumplieron los criterios de dependencia, mientras que entre los hombres 95.2% eran dependientes.

Es de esperarse que las barreras para el tratamiento de esta adicción muestren también variaciones por sexo. Para conocerlas y modificarlas resulta indispensable comenzar por su evaluación en cada contexto en particular. Van Den Bergh (2007) propone que las mismas condiciones que constituyen riesgos para el desarrollo de la adicción en las mujeres pueden

ser las barreras para su tratamiento. Éstas incluyen: 1) el estigma, que en la mujeres es triple: de no femenina, débil moralmente y promiscua sexualmente; y que propicia tanto la negativa personal para asistir a tratamiento como la falta de facilidades y servicios específicos; 2) los estereotipos de roles de género, entre los que destacan la concepción de la mujer como alguien inferior, orientada a otros, e inadecuada si no encaja en el papel socialmente programado; 3) la falta de recursos financieros, en tanto la feminización de la pobreza; 4) la victimización, que normaliza la falta de poder en forma de abuso emocional, físico o sexual, más aún en mujeres que viven en contextos francamente agresivos hacia ellas, como Ciudad Juárez; 5) la depresión y la desesperanza aprendida, que de acuerdo con Medina-Mora y cols., (2003), en México es mucho más frecuente en las mujeres, sobre todo en las que habitan en el occidente del país. Así, el estudio de los factores que obstaculizan el tratamiento de las mujeres (en este caso con adicción a heroína) sería de utilidad tanto para la prevención como para la atención oportuna del problema.

Asimismo, Van Den Bergh (2007) propone otros elementos que pueden influir en la búsqueda y apego a tratamiento de mujeres con adicciones, que también se sugieren importantes a evaluar en nuestro contexto. Tal es el caso del temor de las mujeres a ser separadas de sus hijos si se declaran adictas; de la inadecuación de los programas de tratamiento para atender a mujeres (por ejemplo: no hay instalaciones adecuadas para ayudarles a cuidar a sus hijos), y de los prejuicios de los profesionales de salud dedicados al tratamiento de adicciones sobre la mujeres en general, y aquéllas con adicción en lo particular.

Firestone y cols. (2007) abordaron el problema de la adicción a la heroína desde una perspectiva de género y con base en la metodología cualitativa. Además, el trabajo se llevó a cabo en la frontera norte del país y se encaminó al desarrollo de políticas públicas en la materia. Constituye así uno de los antecedentes más directos de este capítulo. Su objetivo fue explorar el contexto en el que hombres y mujeres utilizan drogas inyectables con base en entrevistas a profundidad. La muestra estuvo constituida por 10 mujeres y 10 hombres de Tijuana, así como 15 hombres y ocho mujeres de Ciudad Juárez. Los temas incluidos fueron: el tipo de drogas empleadas, los escenarios de inyección, el acceso a agujas estériles y las influencias ambientales. Los hallazgos más significativos en las diferencias de género fueron con relación a cómo se obtienen y usan las drogas, qué tipo de relaciones existen alrededor del consumo de la sustancia, y si tiene lugar el intercambio sexual por dinero o drogas. En términos generales, se pudo constatar que los hombres compran y se inyectan la sustancia en "picaderos", en tanto que las mujeres lo hacen con personas que conocen y son de su confianza. Estos datos permitieron plantear estrategias de tratamiento apropiadas al género del usuario de drogas inyectables. Para las mujeres se sugirió, por ejemplo, enfocarse en intervenciones basadas en las relaciones personales.

Sin embargo, la investigación de género en adicciones no es una constante, menos aún cuando se buscan estudios desde la vertiente cualitativa que se orienten al diseño de políticas públicas específicas. De hecho, aunque en el área de las adicciones la investigación epidemiológica es la más frecuente, incluso faltan estudios desde esta perspectiva en lo que respecta a la heroína (Linares, 2003) que no olviden evaluar y/o reportar las diferencias por género. Así pues, es necesario que se dirijan más y mejores esfuerzos para comprender el fenómeno de la adicción a la heroína en general, y por género en lo particular.

Material y métodos

Con la finalidad de alcanzar los objetivos del estudio se desarrolló un plan de trabajo que se dividió en varias etapas. El estudio incluyó dos tipos de técnicas etnográficas, grupos focales y entrevistas a profundidad. Todas ellas, a mujeres mayores de 18 años que en algún mes de los últimos seis meses hubieran usado heroína dos o más días a la semana u ocho o más días en uno de esos meses; residentes permanentes durante los últimos seis meses en Ciudad Juárez; así como ex usuarias de heroína.

En una primera etapa se integró el equipo de trabajo en Ciudad Juárez; se seleccionaron informantes clave para definir los sitios donde se harían las entrevistas y los grupos focales.

Ciudad Juárez no era del todo desconocida ya que experiencias previas en este lugar y en el resto de la frontera norte del país, con las encuestas de adicciones, así como la instalación del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA) en 1991 y otras investigaciones, permitieron tener una visión general de la misma. Sin embargo en esta ocasión se necesitaba hacer contacto con personas que tuvieran experiencia previa y que en la actualidad se encontraran trabajando con usuarios de drogas intravenosas en esta ciudad, de tal forma que la investigación pudiera ser examinada e interpretada a la luz de su experiencia, pues de lo contrario los resultados del estudio hubieran estado fragmentados y sin profundidad. Además necesitábamos trabajadores de campo que conocieran la lucha diaria que viven las usuarias de heroína y el deseo de dignificar su estilo de vida, que ha sido estigmatizado y marginalizado.

Durante las primeras visitas a Ciudad Juárez, una de las actividades más enriquecedoras fue la aplicación de estrategias de corte etnográfico, por medio de entrevistas con informantes clave y observación participante en aquellos sitios donde con más frecuencia acudían las usuarias de heroína. La observación sistemática en la comunidad permitió tener información sobre la accesibilidad y disponibilidad de la heroína, lenguaje con el que se conoce a esta droga, formas de uso, mezclas más frecuentes con otro tipo de sustancias, el uso de la parafernalia, precios de compra, así como percepciones y actitudes.

Ex profeso para el estudio se desarrolló una guía temática:

1. Introducción.
2. Objetivos y finalidades.
3. Presentaciones de los participantes.
4. Procedimiento del desarrollo.
5. Temas a abordar:
 - Razonamiento causal de por qué se produce el consumo y la dependencia a la heroína.
 - Caracterización del contexto social, educativo, cultural, político y económico donde tiene lugar el consumo de heroína.
 - Disponibilidad y accesibilidad de la heroína. Papel del narcotráfico.
 - Creencias y valores culturales en torno al consumo de drogas y en particular la heroína.
 - Opiniones acerca de las concepciones de poder, dinero y corrupción relacionadas con el consumo de heroína y sus consecuencias. Papel del narcotráfico.

- Papel de las instituciones (familia, escuelas, centro de trabajo, la iglesia, etcétera.) ante el consumo de drogas y ante los usuarios de heroína. Rol de las bandas o grupos.
- Papel de las instituciones de salud en cuestiones de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de los usuarios de heroína.
- Opiniones sobre los tipos de tratamiento y programas de rehabilitación.

6. Conclusiones.

Entrevistas en profundidad: tamaño y selección de la muestra

Para la realización de las entrevistas en profundidad se dio cumplimiento a criterios metodológicos en cada una de las fases de su desarrollo, de tal forma que el análisis e interpretación de los resultados fueran coherentes con los objetivos e hipótesis planteadas. Para ello también se desarrolló una guía temática de la entrevista a profundidad, donde los principales puntos fueron los siguientes:

- Datos sociodemográficos: edad actual, lugar de nacimiento, ocupación actual, grado máximo de estudios, estado civil actual, lugar de residencia actual, grado máximo de estudio de los padres, estado civil actual de los padres.
- Historia de consumo, patrones de uso de heroína y aspectos relacionados:
- Patrones de uso de heroína y otras drogas: momento de inicio del consumo en su historia como usuaria, su evolución y uso actual, tipo de heroína, frecuencia, cantidad, vía de administración hasta el momento de la entrevista. Droga de inicio en su carrera; drogas de uso posterior (ubicar orden). Drogas de uso actual.
- Identificación de periodos de abstinencia en el consumo de heroína, deseos para dejar la heroína y formas para conseguirlo. Periodos más largos y más cortos en que ha dejado de consumir la heroína y por qué. Reemplazo de la heroína por otras drogas en los periodos en que ha dejado la heroína. Razones por las que dejó de consumir la heroína; razones para volverla a consumir; razones para no volverla a consumir más, etcétera.
- Identificación de los tipos de heroína y de las vías de administración: tipos de heroína que conoce y ha usado. Formas de administración de la heroína, cómo inició a usarla, cuándo y por qué decidió cambiar de vía. Cuándo, cómo y por qué llegó a la vía intravenosa (en caso que aplique). Razones por las que cree que las personas consumen heroína. Preferencias de algún tipo de heroína. Percepción del riesgo del consumo de heroína, etcétera.
- Definición del tipo de usuaria de heroína desde el punto de vista de ella misma: características de los tipos de usuarias (experimental, moderada, fuerte) desde su percepción. Cantidades y número de veces por día que consume.
- Identificación de los patrones de consumo: tendencias del consumo (cantidad o frecuencia) entre las usuarias de heroína. Su tendencia del consumo de heroína. Opinión sobre el consumo, si es por hábito o por necesidad, etcétera.
- Efectos de la heroína: Describir los efectos que ocasiona esta sustancia en su organismo.
- Aspectos psicosociales: Identificar situaciones significativas de su niñez, adolescencia, juventud o adultez. Identificación de la percepción que tiene la entrevistada de sí misma.

Identificar los aspectos sociales y de relación asociados al uso de heroína y otras drogas. Identificar aspectos de la relación familiar, de pareja y sexual asociados con el consumo de heroína, etcétera.

- Daños asociados al consumo: identificación de los principales daños y perjuicios del consumo de heroína percibido y/o sentido por ellas, etcétera.
- Tratamiento y rehabilitación: identificación de criterios y actitudes con respecto al tratamiento y la rehabilitación. Decisión de búsqueda de tratamiento. Conocimiento de tipos de tratamiento. Opinión sobre los tratamientos de abstinencia y de otro tipo.
- Descripción de un día normal en la vida de la entrevistada.
- Disponibilidad y accesibilidad a la heroína: Lugares de consumo, formas de adquisición, compra y venta, precios, formas de pago, cantidad comprada por día o semana, grupos y organizaciones de distribución y venta, etcétera.
- Sobredosis: descripción del significado de una sobredosis y su experiencia.

Consideraciones éticas

La investigación actual concilió dos posiciones. Por un lado la conciencia de avanzar en la búsqueda de nuevos conocimientos para ponerlos al servicio de la comunidad científica y, al mismo tiempo, se promovió cuidar que las participantes no fueran vistas como objeto de investigación *per se*, sino el fin y el sentido de la misma.

Las investigaciones en torno al problema de las drogas buscan acercarse al conocimiento y comprensión de factores asociados al consumo, así como a mejorar los métodos de diagnóstico de sus consecuencias, intervención del problema en el ámbito individual y poblacional, así como a la rehabilitación y reinserción social de la población afectada. En este sentido la investigación se dice que está contribuyendo al bienestar de la humanidad, pero si no se restringe a criterios éticos claros puede entonces causar dolor innecesario. De esta forma, la ciencia y la investigación deberán estar siempre guiadas por la ética, de no ser así, puede convertirse en un fin en aras del cual se sacrifican legítimos derechos humanos.

En consecuencia, es necesario tomar en cuenta los aspectos e interrogantes éticos que pueden surgir de este tipo de estudios.

En el presente estudio todas las mujeres participantes lo hicieron con pleno conocimiento de lo que implicaba el proyecto, de las posibles consecuencias y de la posibilidad de decidir o incluso retirarse de la investigación una vez iniciada.

Estrategia analítica

Siguiendo las técnicas de la metodología de la teoría fundamentada, cada entrevista se revisó en varias ocasiones y a cada párrafo se le iba colocando un código, tomado directamente las palabras textuales de los entrevistados (Chazman, 1990).

Cuando se hallaban varios códigos que tuvieran el mismo sentido, éstos eran agrupados para constituir un concepto o familia de códigos. Posterior a esta fase interpretativa individual, cada una de las entrevistas fue contrastada a partir de las familias de códigos, para identificar los sentidos que pudieran ser compartidos por o comunes a los diferentes grupos. Con el fin

de contrastar la interpretación de los conceptos hecha por los investigadores, se realizó una triangulación de los hallazgos: los resultados fueron presentados a otras investigadoras expertas en el tema de usuarias de drogas y género.

Se analizaron las entrevistas en profundidad de tres usuarias: Malena, de 47 años, ex usuaria; Michelle, de 25 años, usuaria; y Maruca, 48 años, ex usuaria. Además, dos grupos focales: uno de usuarias (ocho mujeres participantes, todas usuarias de más de 10 años de experiencia en el uso de drogas) y uno de usuarias que hubieran experimentado por lo menos una sobredosis (siete usuarias).

Resultados

Durante el proceso analítico de los diferentes grupos se identificaron cuatro familias de códigos: Trayectoria de las usuarias de drogas; la construcción de la imagen de la usuaria de drogas: estigma social y exclusión; las propuestas de atención: perspectiva de las usuarias; y las relaciones de pareja.

Trayectoria de las usuarias de drogas

Es el proceso construido por las usuarias en su devenir y experiencia del uso de drogas que comprende de manera histórica los códigos: el inicio en el consumo, el cotidiano de las usuarias de drogas, el proceso de conseguir la droga, la convivencia entre las usuarias, los conocimientos y estrategias adquiridas durante la experiencia de ser usuarias, la venta de drogas, las consecuencias del uso crónico de la droga, la suspensión de la droga y síndrome de abstinencia (la malilla, el quebrar, el curarse), la sobredosis e incluso la muerte.

El inicio

En este grupo de usuarias el inicio del uso de drogas es alrededor de los 13 años, comenzando por lo general con la marihuana, píldoras, cocaína y, por último, la heroína; aunque no en todos los casos, algunas inician con la cocaína o las mezclas cocaína-heroina (*speed-ball*).

Una pareja usuaria mayor que ellas o una amiga es quien las inicia en el uso de drogas. Además de contar con dinámicas familiares disfuncionales, pérdidas y abandonos, y medio socioeconómico adverso; al igual que usuarios en la familia, ya sea el padre o los hermanos.

"[...]primero sí usé la marihuana, las píldoras, la cocaína... pero la que más me prendí fue de la heroína". (Michelle, 25 años, Usuaria.)

"[...]yo me puse una sobredosis. Yo trabajaba en un bar y me quitaron a mis hijos y lo que yo buscaba en mis compañeras era que... pues sí, un apoyo moral o un apoyo económico, cuando trabajaba yo de bailarina y me drogaba y me dejaron prácticamente sola y eso me dolió en serio, y me dormía con una amiga, y le dije que me la pusiera porque yo no sabía cómo hacerle, pasó un momento malo, estuve en el hospital, y después del hospital le seguí". (Grupo focal usuarias.)

“Mi novio fue el que me inyectó por primera vez, pero yo le pedí después. Tenía como trece años y tengo como 13 años usando droga, empecé con la soda (cocaína)”. (Grupo focal usuarias.)

“Cuando yo me inicié en la droga yo traía mis anillos, porque mi mamá me los regalaba, y yo busqué esas amistades y le dije: –Toma, mira, vamos a vender este anillo, vamos a venderlo y compramos un globo. Y dijo: —No seas tonta —me dijo— tú estás muy chavala. Ándale —le digo— nomás le pones poquito y tú agarras lo demás para ver qué se siente; incluso nos fuimos a una casa donde había un tecato. El tecato se enojó; me dijo: —No tú estás muy chavala, y no te metas en esto porque al rato ya te va andar. Al cabo es mía, yo la compré, y luego le hizo la pregunta: —¿Cuánto le ponemos a ella ahí? —Pos como unas 15 “gotas. No es mucho, pero sí me da vergüenza ahorita decirlo, pero sí me gustó la euforia de la droga”. (Malena,. 47 años. ex usuaria.)

“[...]fui a ver qué se sentía ¿no?... Después tiene usted un sedante, al vacío que hay en el corazón de uno, a las necesidades, la identidad, y lo planta a uno la droga, y después me hice adicta”. (Maruca. Grupo focal usuarias.)

Este inicio paulatino, les permite funcionar en la familia, en la escuela, el trabajo y poco a poco se van deteriorando las relaciones familiares, el abandono escolar y laboral.

“[...]hubo tiempo de que empecé a usar la droga, iba a la escuela drogada, trabajaba drogada y todo. Me dolía muy feo y paraba de hacer cosas un año se me van rápido y yo decía: —Se me está yendo el tiempo, no estoy haciendo nada. Un día te levantas, también los trabajos, y luego te levantas y vas al trabajo y aunque seas muy eficiente y sepas hacer tu trabajo muy bien pero te levantas y no tienes dinero para meterte droga o no tienes la droga estas malilla y ya no vas”. (Michelle. 25 años. usuaria.)

“Drogándote se te pasa el tiempo”: el cotidiano de las usuarias de drogas

Se describen las costumbres, prácticas durante el proceso de uso de la droga, incluyendo formas de venta, lugares, formas de uso, conocimiento que tienen las usuarias de los diferentes efectos de las drogas y cómo manejarlos tanto de manera individual como grupal, la autoimagen y la imagen que la sociedad construye acerca de ellas.

Conseguir la droga

Las usuarias describen las formas legales y no legales que utilizan para obtener la droga que van desde tener un trabajo que les permite comprarla hasta formas no legales de obtención: el robo, la venta misma de drogas, el intercambio del cuerpo por dosis, el cual no consideran que sea una forma de prostitución.

"[...]roba y hasta mata y hasta lo que te ha contado con tal de tener el vicio, a base de mentiras de lo que sea pero la obtienes". (Malena. 47 años. ex usuaria.)

"[...]él se sentía solo, lo que quería tener era compañía porque inclusive a veces me decía: —No te vayas te doy otros mil pesos, quédate otras cinco horas conmigo, te compro más droga. Bueno, no quería, le daba miedo que uno se fuera. Pero así así, nomás, pero así de que uno ande en la calle así no". (Michelle. usuaria.)

Convivencia entre usuarias

Ellas se describen como una familia, se cuidan entre ellas pero esa relación no siempre está libre de tensiones. Así lo describe un grupo de usuarias.

"Sí está muy bonito compartir. Sí nos queremos. El día que falta una o que se tarda mucho tiempo sin verse, y aquella no ha visto así [nos preocupamos].

"Nosotras las tecatas somos como una familia, aunque estemos así en contrapuntadas".

"Yo me siento bien porque ellas están igual que yo, así son tecatas". (Grupo focal usuarias.)

"Pos convivíamos e incluso cuando andaba una ahí en el barrio una cooperando para comprarnos la droga. Es muy diferente el convivir" [cuando se es tecata]". (Malena. 47 años ex usuaria.)

Conocimientos y estrategias adquiridas durante la experiencia de ser usuarias

Las usuarias aprenden a distinguir la calidad de la drogas, la resistencia del cuerpo ante la droga, el cambiar de tipo de drogas en situaciones que ellas consideran no adecuadas, como sería durante el embarazo, el buscar lugares anatómicos para aplicarse de la droga.

"Hay heroína buena y heroína no buena, porque hay veces que podemos pegar por decir tres, y no nos pega, y hay veces con una tenemos, es cuando está buena la droga, vale más la calidad y no la cantidad".

"A veces el cuerpo no está para aguantar".

"Hay veces que está muy bien preparada la dosis. No todas tenemos el mismo organismo". (Grupo focal sobredosis.)

"El chiste del drogadicto, que deja una droga y agarra otra y deja una y agarra otra, pero o sale de ese círculo del cual tenemos que salir[...]

“Entonces empecé a tomar unos jarabes y una tabletas que se llamaban Tusonex, que era haga de cuenta eran unas sintéticas, la adicción es peor; porque estaba embarazada y con eso me quitó lo otro de encima [heroína]” (Malena, 47 años, ex usuaria, 5 hijos.)

“Pa’ que la heroína sirva, te metes todo el gramo, entonces como me la metí en la carne y te pega más en la vena.

Antes me picaba y picaba mucho hasta que me hallaba una vena, no le miento hasta duraba una hora y me picaba más de 30 veces.

Me buscaba y me dejaba toda sangrienta y no me hallaba y ahora yo creo por lo que estoy embarazada, los pechos los tengo me están creciendo y me están saltando las venas alrededor de los pechos”. (Michelle, 25 años, usuaria, embarazada al momento del estudio, un hijo y embarazo de gemelos.)

Conocen cuáles son sus límites como usuarias para evitar una sobredosis:

“[...]no más una vez me he querido doblar, siempre me da miedo usar de más, ponerme 30 gotas, me da miedo, pesar de que estoy adicta y sé que mi cuerpo puede aguantarlas, me da miedo, me pongo nomás veinte, o sea nunca me pongo más porque me puedo doblar con los 30 o con los 35, entonces siempre son 20 gotas... eso sí son 15 como que no me siento conforme, no me va hacer nada, necesito a fuerza los 20.

Yo sé que mi regla de usar droga es tanto, si me meto más de los que es, sé que me va a pasar algo, ahora si agarro una feria y me voy a pique y pique, ya sé que es nomás para picarse, entonces eso es lo que hace que venga la patada”. (Grupo focal sobredosis.)

E incluso ante situaciones donde no les es posible inyectarse, utilizan la heroína por otras vías; las mezclan con otras drogas o el consumo de alcohol, como lo describen estas usuarias:

Yo la he usado [la heroína] una vez que caí a la judicial, me fui con tres gallos hasta allá y ya me lo daba, y éramos dos personas que estábamos ahí, y la use por la nariz.

Yo también duré tres meses poniéndome por la nariz en el CERESO. A mí no me hizo nada, estaba, yo sentía bien, es más si hubiera querido ahí me hubiera matado, encerrada, y luego malilla, y luego la desesperación.

Es diferente no se siente igual, le duele el cuerpo más. Con la heroína va directa y por la nariz no, la nariz baja para acá en todo.

[A veces] se las mezclan con cocaína, [pero no con alcohol]: porque me da mucho asco y luego a veces no se puede hablar, ¿verdad?

“[Otra usuaria] yo sí, casi a diario, tomo cerveza o vino y me inyecto, doy un toque y cuando puedo compro la pastillita para mí”. (Grupo focal de usuarias y de sobredosis)”

La venta de drogas

El convertirse en vendedoras de drogas va ligado a la necesidad de obtener un ingreso para su autoconsumo, que en el relato de estas mujeres es un último recurso en su trayectoria de uso; esto es, cuando han perdido sus trabajos, el apoyo familiar y alguna fuente de ingreso como la venta de pertenencias. En general en muchas de estas narraciones la venta es apoyada y aun forzada por la pareja; e incluso es motivo de desacuerdo por el riesgo que implica para ellas la cárcel, el abandono de los hijos y el riesgo para la salud.

“[...]yo el tiempo que vendimos era una gran pelea que teníamos yo y él, me entiendes, porque sí era mucho dinero y sí teníamos algo pero eso yo también decía mira “este” llega a venir la federal, llegan a venir el DIF y me quitan al niño, me van a quitar al niño si nos llegan a agarrar, mira hay mucha droga el niño puede abrir un globo, se puede hallar un globo, tú sabes que la heroína la puedes hasta oler y te pega y si es línea es dura mira es mejor... así nomás nuestro... vas y compras lo hacemos y no lo metemos, aquí no tener aquí para qué, entonces ira duré como dos tres semanas peleando con él hasta que dijo bueno pos no vendemos ya y no vendemos, porque donde vivimos se vende muchísimo y agarramos muchísimo dinero pero también veo al niño y prefiero que el niño esté bien, que tengamos bastante dinero es onde digo no pos si eso le va hacer mal al niño, si no va a ver”. (Michelle, 25 años, usuaria.)

Consecuencias del uso crónico de drogas

Las usuarias describen los efectos de la drogas en su cuerpo:

“[...]la cocaína y heroína te quita mucho calcio. Empiezan a caérsele a uno los dientes, a quebrársele las uñas, o sea que por eso muchas veces es más rápido que se doble uno. Porque no tiene defensas”. (Grupo sobredosis.)

“[con] la heroína me tengo que estar cuidando que no se me pudran [las venas], que yo he visto a muchachas así que traen así los pedazos pudriéndose.

No te la echas así arribita de la carne pues se te pudre el pedazo pero cuanto te lo hechas a la carne metes la aguja directa hasta adentro y no se te pudre tanto el pedazo pero si traes los brazos feos”. (Michelle, 25 años, usuaria.)

Embarazo

Estas consecuencias no se limitan a su cuerpo, sino a sus hijos. También narran la creencia de que la suspensión del uso de drogas en el cuarto o quinto mes de embarazo previene las consecuencias en sus hijos.

"[...]porque la amiga allá con la que me crié desde niña ella agarró también la heroína, tenía tres niños y el primer niño que es de la edad del mío le salió mudito también de tanta loquera.

[...]yo me la bajaba [la heroína] [ahora que estoy embarazada] por semana porque el doctor del Paso me dijo bájtela por semana, un cuartito, un cuartito al cabo no se siente y quiebras y así le hicimos la última vez que quebramos.

[...]Porque yo dije pos quiebro estando embarazada para siquiera quebrar cuando ya tenga cinco meses para que el niño lo quiebre mientras lo traigo yo adentro es lo que yo pienso". (Michelle, 25 años, usuaria.)

La malilla, el quebrar y el curarse: suspensión del uso de drogas y síndrome de abstinencia

Dentro del argot de las usuarias de drogas, el *cortarse*, suspender ya sea temporal o definitivamente el uso de drogas puede deberse a varios motivos, el tener un proceso de desgaste avanzado, el estar embarazada o por solidaridad con la pareja usuaria. Pero el precio de *cortar* es alto para ellas física y mentalmente, el aguantar la *malilla*. Ellas realizan estrategias que les permitan aguantar todo lo que sienten durante la *malilla*, ya sea como el efecto temporal del uso de la droga o como parte de la suspensión de ésta. En caso de no aguantar, contrarrestar estos efectos de abstinencia (*curarse*) con otras dosis de heroína.

El quebrar

Las usuarias viven el proceso de quebrar o dejar de usar heroína como una situación de independencia y de prosperidad aunque represente un alto costo personal y monetario.

"[...]que yo quebrando me hago todo lo que tengo que hacer, todo lo que necesito sino que nomás dejo la droga y prospero porque yo gasto mucho dinero en la droga". (Michelle, 25 años, usuaria.)

"Sólita yo la dejé, yo tuve que comprar un tratamiento para dejarla, trescientos mil pesos me costó ese tratamiento. Duré como ocho años en la droga, no podía quitármela así nada más por mí". (Grupo focal usuarias.)

La malilla

“La malilla de la soda es peor. Dan torzones, el dolor de huesos, yo ni puedo caminar me quejo, y me canso, no me da hambre, hasta el cigarro me cae mal, me amarga, así bien feo”. (Grupo focal usuarias.)

El curarse

“[La heroína] simplemente me cura de que no me siento mal, no siento frío, no me duele la panza. Me cura pero no nunca me ha pegado”. (Michelle, 25 años, usuaria.)

La vivencia de la sobredosis: el doblarse

La sobredosis es un evento en la vida cotidiana de las usuarias que produce momentos de tensión por la cercanía de la muerte, por verse reflejadas unas a otras en esta proximidad del fin pero también es una vivencia que les deja conocimiento para ayudarse, que se comparte en el proceso de recuperación de la sobredosis, cuando esto es posible.

“Una sobredosis es sueño, ahí te quedas”

“Como yo cuando me iba doblar no sentí, no sé yo cuándo caí, yo tenía mis ojos abiertos, yo los estaba viendo, me estaban cacheteando, yo sentía que me pegaban, ¿verdad? Me dolían los chingadazos, yo les quería decir que no pegaran, que no me inyectaran sal, ¿verdad?, pero no, cuando me levanté, cuando pude levantarme, porque quería hablarles y no podía, y cuando volví en sí, que me pude mover y que tuve movimiento en mis brazos, yo me levanté y me levanté a abrir, me fui corriendo, entonces mi pareja tras de mí, y yo le decía: no, vete, tú no me quieres, tú me pegaste, y me decía: pero es que estaba doblada, no te podíamos volver”. (Luisa. Grupo focal sobredosis.)

“Yo cuando me quedo doblada siento el cuerpo bien caliente, como que te duele... y otras veces no siente uno nada, depende del sistema de cada uno, el organismo de uno”. (Paty. Grupo focal sobredosis.)

Las usuarias describen las diferencias de los efectos de la sobredosis de la cocaína comparada con la heroína.

“Es más fea una sobredosis de coca que de heroína, porque de heroína te inyectas y te puedes quedar sentada y luego de la misma desesperación, que cuidado, sales más desastre”. (Bibis. Grupo focal sobredosis.)

Una sobredosis es más fácil que se dé cuando se ha pasado un tiempo sin usar drogas.

"[...]sea viene limpio, es como la gente cuando está limpia, se puede doblar hasta con cinco gotas, yo he conocido personas que con cinco gotas se han doblado". (Grupo focal sobredosis.)

Algunos usuarios salen de este evento y otros a la muerte.

"[...]un amigo de nosotros se quiso doblar y lo aliviamamos.

El que yo vi también se murió... se había inyectado speedbolazo, como dicen allá, se puso una bien suave para irse para abajo, pero se le bajó el efecto de la cocaína, luego se sentó, fue cuando empezó a bajar la heroína, y se dobló... es que se le bajó lo de la cocaína, entonces le quedó el patadón de la heroína por eso se quiso doblar". (Grupo focal sobredosis.)

El conocimiento del efecto de cada droga les permite realizar combinaciones de sustancias que pueden prevenir el llegar a *doblarse*. Ellas identifican el perfil de los que se *doblan*, en especial los varones.

"[...]porque la pastilla es una la heroína es otra y las dos nos llevan para abajo, son para abajo. Es más rápido para morirse [combinar alcohol y drogas], si yo me quisiera morir iba ahorita y me tomaba pisto, pastillas y heroína, y me muero.

[Quienes se doblan son] los pendejos, los que son arturos. Los que se atacan más drogas., los que son primerizos, los que no saben las consecuencias, los que andan limpios también". (Grupo focal sobredosis.)

"[...]los hombres son más aferrados a la droga que las mujeres. O sea yo ya lo que digo: no esto esta canijo, mejor le bajo poquito, aunque de repente se me van las riendas y amanezco en la calle toda idiota, toda babosa". (Paty. Grupo focal sobredosis.)

Una muerte muy silenciosa

La experiencia de ver a alguien morir por doblarse les produce sensación de impotencia para *desdoblarlo*, les muestra la fealdad de la muerte. Puede ser una experiencia al inicio de su trayectoria como usuarias, como la siguiente narración:

"Yo estuve con un amigo que se murió, se dobló, por una sobredosis de cocaína y heroína, con las dos. Yo estaba sentada y se quedo así doblado, trataron de volverlo en sí, y no podíamos, fue tarde, ya nomás le hicieron masaje por su cuerpo, le dieron leche, le dijeron que volviera, pero o sea no se daban... se

estaba yendo, y trataron de regresarlo. Ya fue tarde porque es una muerte muy silenciosa". (Norma. Grupo focal sobredosis.)

O puede ser una experiencia que genera consecuencias como la cárcel.

"Una persona que se me dobló. [Me acusaron] porque estaba en mi habitación, tenía huellas cuando lo quise alivianar ¿no?, ahí fue el parote de mi acusación, solita me eché la soga al cuello, y de ahí, sentenciaron a 8 años seis meses.

Yo no quise hacerlo porque yo no se la puse, él se la puso solo, el único que se fue a inyectar, yo digo que si Dios me castiga ahora sería por eso ¿verdad?, y no por haberlo matado, porque yo no mato ninguna cucaracha". (Paty. Grupo sobredosis.)

También las usuarias tienen prácticas para desdoblar y asocian el tipo de alimentación como un desencadenador de la sobredosis.

"Nosotros fue al revés, nosotros lo quisimos alivianar y creo que lo que dijo era que le habíamos echado demasiada sal, y le había explotado el hígado, en vez de ayudarlo lo matamos. Fue el que se murió ahí por el barrio, el Rigo. O sea él venía del CERESO, venía limpio, había comido carne de puerco y se había empastillado, y cuando llegamos a nuestro cuarto él se tiró, estaba ahí mi pareja y nosotros lo inyectamos, le pusimos un dime, y pues ya no volvió, lo quisimos alivianar y ya no lo pudimos volver en sí, lo que único que nos quedó fue que lo tuvimos que sacar de nuestro cuarto, porque ni él quería broncas". (Lucia. Grupo focal sobredosis.)

Una vez que pasa el evento dramático de la sobredosis y se recuperan, las usuarias manifiestan que sienten miedo que puede llevarlas a una suspensión temporal de la droga o continuar.

"[...]pues muchas veces el susto hace que se retire uno de eso, muchas veces el mismo miedo te hace seguir, seguir, como yo. A mí ha dado de la heroína y me estuve tirando un tiempo, o sea que me asusté y me fui para mi casa, allá también tenía hasta miedo salir a la calle, duré tres meses así, y volví a trabajar, usé droga porque vivía en una vecindad, y también me ganaron ahí, la heroína, me dijo carnal, me andaba doblando, me gustó la cosa esa". (Norma. Grupo sobredosis.)

"[...]yo lo único que quería era sentir fuerzas para seguir loqueando... pues a veces se asusta uno, agarra miedo, pero nunca cambia uno. Yo tuve una sobredosis a los cuatro meses de embarazo, me tiraba, no podían inyectar heroína, fue porque estaba embarazada, si me hubieran inyectado se me viene mi criatura, gracias a Dios me inyectaron cocaína, y volví". (Luisa. Grupo sobredosis.)

Vivir como ex usuaria de drogas

El miedo latente a recaer es parte de la vivencia de ser una ex usuaria, para algunas este proceso de mantenerse alejada puede ser a través de la espiritualidad (religión en este caso).

"[...]ni vuelta a nacer volvería para atrás... Si yo volviera a caer sería mi hundimiento, mi derrota. [Para evitar caer] me mantengo nada más de la oración y aquí en la iglesia, y leyendo la Biblia, ha habido descuidos espirituales, los ha habido, he bajado espiritualmente pero yo sé que es la mano de Dios la que me sostiene". (Malena, 47 años, 12 años de ser ex usuaria.)

La construcción de la imagen de la usuaria de drogas: estigma social y exclusión

La construcción de la imagen de la usuaria de drogas es un proceso complejo que va desde su concepción de autoimagen como *tecatas*, que conlleva situaciones de identidad, como lo describen las participantes: "mentirosas", "manipuladoras", que son atribuciones que asocian a su condición de mujeres y que les dan ventaja sobre los varones para la obtención, por ejemplo, de drogas. Aunque también esta conformación de la imagen se debe conceptualizar con las opiniones que tiene la sociedad (familia, servicios de salud, servicios penitenciarios) de este grupo de usuarias y que conllevan estigmatización, exclusión social y, en casos extremos, la negación a los recursos mínimos de convivencia social.

"[...]uno de mujer es más fácil conseguir que un de hombre... no me faltaba, le echaba una mentira a mi papá otra a mis hermanos... este, yo sé robar carros muy bien, me robaba un carro lo vendía en las partes y así diferentes cosas, este, echaba mentiras, había un viejo ahí que taba muy rico que vende cocaína y pos quería estar conmigo, y sí pos dame tanto y ahorita vengo, me daba tanto y me iba y nunca volvía". (Michelle, 25 años, usuaria.)

"Las mujeres batallamos menos. En un ratito la [droga] consiguen de volada, nomás pagan y dando y dando". (Grupo focal usuarias.)

La vivencia de reconfigurarse como usuarias es variable, desde las que reconocen el ser adictas pero que les permite vivir, hasta las que pierden el sentido de vida y quienes a través del proceso de dejar de ser usuarias resignifican su vida.

"[...]yo soy adicta, no me considero drogadicta, pero sí consumo más cocaína que otras, no soy adicta porque puedo vivir más y más". (Grupo sobredosis.)

Esta pérdida del sentido de la vida ofrece ante ellas mismas una sensación desesperanzadora:

"[...]no estoy haciendo nada, no hago nada ni por mí ni por el niño... me la paso curándome y no hago nada, se me va la vida en nada". (Michelle, 25 años, usuaria.)

"[...]la heroína lo ocupa todo al ser humano, cuando se es adicto lo ocupa todo, lo que es la familia, todo lo ocupa la jeringa. (Malena, 47 años, ex usuaria.)

Pero cambia cuando se convierten en ex usuarias, recobran un sentido de vida, como en el caso de Malena; esta resignificación de su vida se dio a través de la religión cristiana.

"[...]pos me valoro bien porque antes no me valoraba, me sentía menos delante de la gente interiormente y con un, cómo te puedo decir, un complejo, y hora no porque como viene uno de un mundo de droga, convive uno con pura gente, cómo se puede decir, guaja en color y en su trato pero ahora no, pos hora me siento... pues bien". (Malena, ex usuaria.)

Familia y estigmatización

También en el ámbito familiar se ve reflejada la estigmatización de las usuarias.

"[...]nos decían que las narcas y qué quién sabe qué tanto, mi suegra decía: ahíte vas a juntar con esta mariguana y que la fregada". (Michelle, 25 años, usuaria.)

Sistemas de salud, estigmatización y discriminación

La imagen que la sociedad, en especial los profesionales de la salud, tienen de las usuarias se refleja en la decisión de buscar ayuda y apegarse a tratamientos en sistemas de salud más sensibles a su problemática, como el sistema de salud de EUA. Situación que en este estudio es evidente, dada la condición fronteriza del estado de Chihuahua. Incluso, como relatan ellas, esto genera estigmatización por ser usuarias y pobres y deprecio de su condición de humanas al ser "viciosas".

"Yo me iba al chuco [EUA], al Paso, la verdad. Porque ahí lo que sí es drogadicto, no es drogadicto, ahí los tratan igual. Allá tienes atención.

Yo tengo Medic Care de allá, simplemente no tienes que pagar, si no tienes te tratan, pero aquí [México], aquí tienes que tener dinero, si no, te lleva la fregada.

Es porque somos drogadictas, no nos quieren.

Fíjese, en El Paso le dan su bolsita, trae el agua, para que enjuague las jeringas, y el Clorox, y es otro botecito, no sé cómo se llama el otro, y le dan jeringas y todo eso, y aquí ¿dónde?

Nos desprecian, qué pasó con la que estaba en el hospital: la mataron; es viciosa: una menos. Pero mire es que cuando estamos ahí (hospital), haga de cuenta que no hay nadie. Les estás gritando que te estás muriendo, que me duele... [contestan] allá, espérese, son viciosas". (Grupo focal usuarias.)

Sistema judicial, estigmatización y discriminación

La exclusión, la estigmatización, no son privativas del sistema de salud. Esto también lo manifiestan las usuarias en el sistema judicial, y se manifiesta en la experiencia comparativa entre los dos países.

“Aquí te mira un policía y ¿sabes qué?, te mira la jeringa con esa madre, la agarra y va y se la vende al otro, y sin embargo en El Paso, en El Paso te están negando que te están inyectando o dicen que simón te agarran esa madre y te la tiran, y te dan una quebrada, de que no te van a llevar, pero si te vuelve agarrar, pues así ya te vas al condado, y aquí no”. (Grupo focal usuarias.)

Esta estigmatización lleva no sólo a la exclusión social sino al maltrato, como puede verse en la siguiente descripción:

“Era tiempo de frío, una muchacha que andaba prendida y estaba tiemble y tiemble y le echaron, la oficial era muy mala, nos levantaba a patadones y a jalones de greñas, cuando estábamos dormidas, porque la lista es muy temprano ¿verdad?, y a esas horas estaba muy frío, y este le aventó un bote de agua a ella, porque a uno le daba el frío con la malilla y por eso murió esa muchacha, de aquí saben ellos”. (Grupo focal usuarias.)

Y son percibidos como delincuentes:

“Es que son rateros con placas. Es que ahora dicen los señores: no se cuiden de los malandros, ahora cuidense de los policías, así dice en las paredes, perfectamente allá en la casa está un rótulo así, o sea, pasa un cholo, no se cuiden de nosotros cuidense de los policías”. (Grupo focal usuarias.)

Los tiempos cambian

También describen que la imagen de las usuarias ha cambiado en el tiempo, se observa más personas jóvenes en el consumo y se ha perdido la discreción del consumo.

“[...]porque tú ahorita actualmente se habla de una persona que usa heroína dicen que es muy descuidada en su persona, yo he comentado eso con Lulú [otra usuaria], con mi hermano pos sí antes cuando estaba el árabe, los tecatos no iban así carnal, antes la gente bien línea, hasta boleados... Ahora es una cosa que [ha cambiado mucho], por ejemplo ahorita menciona el árabe, es una persona que vende droga en Bellavista, dice ahora es más descarado.

Él estaba en su aguaje, pero no estaba ahí, él tenía ahí quien la vendiera quien la distribuyera, pero ahora a la vuelta de la esquina hay un picadero, en la otra esquina están vendiendo los globos... ora está más descarado todo es

más descarado, porque antes en mi época no había chavalitos y ahora hasta chavalitos andan con eso.

Ayer que venía yo de aquí de la iglesia y estaba un muchacho, pobrecito me pudo hasta el alma, con una tapadera de tecate y en la pura esquina estaban los carros pase y pase y la gente venía en la cuadra y a él le importó poco, se hincó y se echó la droga en la esa de tecate y le echó agua en la jeringa y ahí mismo se la puso, no sé cuánto pero ahí se inyectó en la vena". (Malena, 47 años, ex usuaria.)

Propuestas de atención: perspectiva de las usuarias

Las usuarias, ante la pregunta de cuáles serían sus necesidades para su atención, propusieron:

1. Creación de un centro de rehabilitación en Ciudad Juárez donde se les prestara atención, que tuvieran un espacio para ser escuchadas.

"[...]yo voy a entrar órale, el jueves a tales horas, tempranito, vámonos, y ya te llevas tu cobijita, o algo en que te sientes, y estas platicando, y le estás platicando a la psicóloga, la psicóloga está en otro rollo. Uno ¿sabe qué? pues la tira a león y se chingó el pedo, así como usted me tira a mí a león, yo la voy a tirar a usted, y la que la lleva es uno, o sea porque uno es la que necesita la ayuda, no ella". (Grupo focal usuarias.)

2. Atención psicológica "para todas y no opcional" con aproximación de género.

"Las psicólogas que estén capacitadas en atender a las mujeres usuarias de drogas, y que tengan tiempo para atenderlas".

"Yo estuve en uno que en el sí duré, hasta que se salió la psicóloga, pero porque ella platicaba conmigo y como veía, convivía mucho, pero ella se salió, y me salí, y ya me daban la pastillas muy a fuerza". (Grupo focal usuarias.)

3. Atención médica 24 horas para atención de la malilla.

4. Información/capacitación/aprendizaje acerca de los efectos del uso de drogas, talleres recreativos y ocupacionales.

"A mí me gustaría, bueno de que pues hubiera así algunas pláticas de cómo se siente uno en la malilla, desde el primer día cómo estás, y para abajo, cómo te sientes. Sí, que hubiera trabajo, hacer monos, clases de verano, hacer dibujos, escribir, dibujar... Como varios trabajos, es actividad para tu mente. Es que, ¿cómo se dice?, como una escuelita de verano. Aprender algo nuevo". (Grupo focal usuarias.)

Relaciones de pareja

Las relaciones, en la mayoría de las participantes, va ligada al uso de la droga pero también reconocen que es mejor la convivencia con sus parejas cuando no la usan ya que la droga tiene efectos en el deseo sexual, el disfrute cotidiano y la disponibilidad de recursos económicos para la recreación.

“Cuando yo y él no usamos, hemos quebrado y estamos juntos, nos la pasamos más suave, vamos a conciertos, vamos a bailar, vamos a comer, vamos a patinar, vamos pa acá, vamos pa allá, muy suave porque no necesitamos la droga. En cambio cuando estamos así pos no podemos ir a muchos lados no podemos ir al cine porque no hay dinero, y luego sexualmente pus mucha parte de la semana se la pasa loco, tan loco que en las noches se está durmiendo. Y si él está bien a mí me duele algo, estoy malilla no tengo ganas de nada... la heroína te hace que no te dan”. (Michelle, usuaria de drogas, varias parejas, solo una no-usuaria de droga.)

También la convivencia con la pareja no usuaria puede llevar a reiniciar el consumo.

“[...]cuando él volvió y me embaracé de niña, pero como estaba yo ya tan hundida que... que empecé otra vez con unas pastillas que me trastornaron bastante, era una cosa espantosa, me daban... me daban unas convulsiones, pus total que... que me fui de la casa porque no aguantaba la que no... El problema era yo, el problema estaba en mí pero yo se lo echaba a medio mundo, me fui yo para Reynosa, siendo que yo nunca había salido de Juárez y mi esposo se quedó aquí en la casa”. (Malena, ex usuaria de drogas.)

La violencia de la pareja está presente en las narraciones de las mujeres usuarias tanto en la vivencia de sus primeras relaciones como antecedentes en la relaciones de sus padres.

“Entonces pus tiene uno, como usted sabe, la necesidad de... de amar y sentirse amado, sentirse quien lo quiera y, pues él era mi novio, fue mi primer novio que yo tuve y a los... pus vamos a casarnos... Era mucho mayor que yo, y los 14 años me casé, me golpeaba”. (Maruca, usuaria.)

Discusión

Estigma

Este concepto hace referencia a la interpretación que se realiza de las narraciones de las usuarias, donde se identifican las experiencias ligadas al estigma social, que no sólo implican la vivencia de los malestares que producen las drogas, el comportamiento de la sociedad hacia ellas como excluidas, etiquetadas como “drogadictas” o como las mismas usuarias se etiquetan: “tecatas”, sino la negación por parte de los servicios de salud a los derechos mínimos de atención, vulnerabilidad y de sus derechos civiles como mujeres.

El estigma se ve reflejado en las narraciones de las usuarias de droga en los diferentes niveles: individual, familiar, en los sistemas de atención de salud y en los judiciales. Como Goffman (2001) apuntaba, el estigma es un “atributo profundamente desacreditador” que conlleva a considerar a la persona o al grupo estigmatizado como peligroso para la sociedad, por lo tanto a ser discriminado y victimizado por profesionales de la salud y por el sistema judicial.

El estigma social es importante para los profesionales de la salud porque contribuye al sufrimiento de las usuarias, puede afectar su proceso de búsqueda de atención y de adherencia (alianza) al tratamiento. Las políticas de salud podrían ser orientadas a transformar este estigma social en apoyo social (Weiss, 2008).

Este estigma social también se observa en los profesionales de la salud cuando ofrecen atención a estas mujeres; por un lado los significados culturales que se aprenden de los profesionales de la salud: ver a los usuarios de drogas como “enfermos no recuperables”, “el desperdicio de recursos de salud en estos grupos”, lo cual es una barrera para ofrecer una atención adecuada (Sheard, Tompkins, 2008).

El proceso de cambio de estigmatización social a un modelo de apoyo social sería recomendable iniciarla con un programa de sensibilización cultural y de género que incluya espacios donde los profesionales de la salud y las usuarias tengan un lugar de escucha e intercambio de conocimientos hacia un proceso de recuperación del significado de la vida por parte de las usuarias y de reinserción hacia una sociedad más comprensiva, equitativa, respetando los derechos elementales de las mujeres usuarias.

Referencias

- Aguilar J., Summerson C., Endocarditis infecciosa en adictos a drogas intravenosas. Archivos del Instituto de Cardiología de México, 2000; 70: 384-390.
- Brouwer K.C., Case, P., Ramos, R., Magis-Rodríguez, C., Bucardo J., Patterson T.L., *Trends in production, trafficking and consumption of methamphetamine and cocaine in México. Subst Use Misuse*, 2006; 41(5): 707-727
- Bucardo J., Brouwer K.C., Magis-Rodríguez C., Ramos, R., Fraga, M. , García-Pérez S., *Historical trends in the production and consumption of illicit drugs in México: Implications for the prevention of blood borne infections. Drug Alcohol Depend*, 2005; 79: 281-293.
- Castro M.E., Rojas E., García G., De La Serna J., Epidemiología del uso de drogas en la población estudiantil. Tendencias en los últimos 10 años. *Salud Mental*, 1986; 9(4): 80-86.
- Cepeda A., *In the Business: substance use demands, negotiations and dependency on the U.S./ Mexico Border. Conference Paper American Sociological Association; 2006 Annual Meeting, Montreal*, pp. 1, 2p.
- Cortés M., Cravioto P., Galván F., Kuri P., Tapia-Conyer R., *Epidemiology View of AIDS and New Data on Injection Drug Use Along de Border. En: Border Epidemiology Work Group. Proceedings September 2005. US Department of Health and Human Services, National Institute of Health. National Institute on Drug Abuse*, 2005, pp- 17-19.
- Cortés M., Cravioto P., Galván F., Kuri P. , Tapia-Conyer R., *Epidemiology of Heroin Consumption on the Northern Border of Mexico. En: Border Epidemiology Work Group. Proceedings*

- September 2006. *US Department of Health and Human Services, National Institute of Health. National Institute on Drug Abuse*, 2006, p. 7.
- Cravioto P., La magnitud y naturaleza del problema de heroína en Ciudad Juárez, Chihuahua. México: Universidad Nacional Autónoma de México, 2003.
- Cravioto P., Galván F., Cortés M., Kuri P., Tapia-Conyer R., *Assessing Heroin Abuse in México: An ongoing process. En: Border Epidemiology Work Group. Proceedings September 2006. US Department of Health and Human Services, National Institute of Health. National Institute on Drug Abuse*, 2006, pp. 5-6.
- Cravioto P., Medina-Mora M.E., De la Rosa B., Galván F., Tapia-Conyer R., Patrones de consumo de heroína en una cárcel de la frontera norte de México: barreras de acceso a tratamiento. *Salud Publica de Mexico*, 2003; 45(3): 181-190
- Del Olmo R., *Las drogas y sus discursos. Drogas y Control penal en los Andes*. Lima, Perú: Comisión Andina de Juristas, 1994.
- Esquivel G., Magis C., Ortíz R., El uso de drogas inyectadas, su relación con el VIH: Estrategias de atención y prevención en el municipio de San Pedro de las Colonias, Coahuila. *Cuicuilco*, 2005; 12(033): 79-92.
- Fernández-Menéndez J., *Narcotráfico y poder*. México, D.F.: Rayuela., 1999.
- Firestone M., Mantsios A., Ramos R., Case P., Brower K., Ramos M.E., Davila W., Latkin C., Miller C., Strathdee S. A., *Qualitative Exploration of Gender in the Context of Injection Drug Use in Two US-México Border Cities. AIDA Behav* 2007; 11: 253-262.
- Galván F., Cravioto P., Cortés M., Kuri P., Tapia-Conyer R., *A methodology for estimating the number of heroin users in México. En: Border Epidemiology Work Group. Proceedings September 2006. US Department of Health and Human Services, National Institute of Health. National Institute on Drug Abuse*, 2006, pp. 10-11.
- Lange J.E., Lauer E., Voas R., *A survey of San Diego-Tijuana cross-border bingeing. Evaluation Review*, 1999; 23: 378-398.
- Linares N., El consumo de drogas inyectadas en México: Apuntes de las últimas dos décadas. *Salud y drogas*, 2003; 3: 17-35.
- Magis C., Mujeres trabajadoras sexuales. En Gayet C. (Ed.). *Prácticas sexuales de las poblaciones vulnerables a la epidemia de VIH/SIDA en México*. México, D.F.: Secretaría de Salud, Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA (CENSIDA), FLACSO México, 2007.
- Maxwell J.C., Cravioto P., Galván F., Cortés M., Wallisch L., Spence R., *Drug use and risk of HIV/AIDS on the Mexico-USA border: a comparison of treatment admissions in both countries. Drug Alcohol Depend*, 2006; 82(suppl 1): S85-S93
- Medina-Mora M.E., Prevalencia del consumo de drogas en algunas ciudades de la República Mexicana. *Encuestas de Hogares. Enseñanza e Investigación en Psicología*, 1978; IV(7): 111-125.
- Medina-Mora M.E., Borges G., Lara C., Benjet C., Blanco J., Fleiz C., Villatoro J., Rojas E., Zambrano J., Casanova L., Aguilar-Gaxiola S., "Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México". *Salud Mental*, 2003; 26(4): 1-16.

- Moyer L.B., Brouwer C., Brodine S.K., Ramos R., Lozada, R., Firestone M., Magis-Rodríguez, C., Strathdee S.A., *Barriers and missed opportunities to HIV testing among injection drug users in two Mexico-US border cities. Drug Alcohol Rev*, 2008; 27(1): 39-45.
- Natera G., Ortiz A., Casco M., Mora J., Características del consumo de heroína y otros opiáceos en México. *Salud Mental*, 1991; 14(4): 33-43.
- Organización Panamericana de la Salud. Estadísticas de salud de la frontera México-Estados Unidos. 7ª Ed. Oficina de campo, El Paso, Texas, 1991.
- Pérez M., Padilla H., Interpretaciones locales sobre la violencia en contra de las mujeres en Ciudad Juárez. *La Ventana*, 2002; 15: 195-230.
- Ravelo P., Sánchez S., Resistencia individual y colectiva ante la violencia de género. La experiencia de las obreras de las maquiladoras de Ciudad Juárez. *La Ventana*, 2006; 24: 380-404.
- Rojas E., Fleiz C., Villatoro J., Gutiérrez M.L., Medina-Mora M.E., Tendencias del consumo de drogas de 1998 a 2005 en tres ciudades de la zona corte de México: Ciudad Juárez, Monterrey y Tijuana. *Salud Mental*, 2009; 32: 13-19.
- Romaní O., Dependencia, migraciones y drogodependencias: el sistema de control social de las drogas. En Provansal, D. Migraciones, Segregación y Racismo. Actas del VI Congreso de Antropología, Tenerife, 1993.
- Secretaría de Relaciones Exteriores. Documento informativo del Gobierno de México sobre la situación en Ciudad Juárez, 2004.
- Secretaría de Salud. Frontera Norte: La salud de la vecindad. Cuadernos de Salud, núm. 3, México. D.F., 1994.
- Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Adicciones-1988 (ENA-98). Tomos Tabaco, Alcohol y Drogas. Secretaría de Salud, Instituto Mexicano de Psiquiatría, 1990.
- Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Adicciones-1993 (ENA-93). Tomos Tabaco, Alcohol, Drogas Médicas y Drogas Ilegales. Secretaría de Salud, Dirección General de Epidemiología, México, 1993.
- Secretaría de Salud, Consejo Nacional Contra las Adicciones. Programa contra la Farmacodependencia, 1996.
- Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Adicciones. Datos Epidemiológicos 1998. Secretaría de Salud. México, 2001.
- Sheard L., Tompkins C., *Contradictions and misperceptions: an exploration of injecting practice, cleanliness, risk, and partnership in the lives of women drug users*, *Qualitative Health Research*, 2008; 18:1536-1547
- Suárez-Toriello J.E., Análisis de 800 casos de farmacodependencia a heroína. En Unikel C., Gutierrez R., Ortiz A., Consumo de heroína y otros opiáceos en México. *Adicciones*, 1997; 9(1): 37-48.
- Tapia-Conyer R., Kuri P., Cravioto P., Fernández B., Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA). Informe 2000, México.
- Tapia-Conyer R., Medina-Mora M.E., Sepúlveda J., De la Fuente R., Kumate J., La Encuesta Nacional de Adicciones en México. *Salud Pública de Mexico*, 1990; 32(5): 507-522.
- Terroba G.G., Medina-Mora M.E., Epidemiología de la farmacodependencia en la ciudad de Mexicali, Baja California. *Cuadernos Científicos CEMESAM*, 1979; 11: 45-55.

- Valdespino J.L., Conde-González C.J., Olaiz-Fernández G., Palma O., Kershenobich D., Sepúlveda J., Seroprevalencia de la hepatitis C en adultos de México: ¿un problema de salud pública emergente? *Salud Publica de Mexico*, 2007; 49(supl. 3): S395-S403
- Van Den Bergh N., *Having Bitten the Apple: a feminist perspective on addictions*. En: Van Den Bergh, N. (Ed.). *Feminist Perspectives on Addictions*. New York: Springer, 1991, pp. 3-30.
- Vélez-Ibáñez C.G., *Visiones de Frontera. Las culturas mexicanas del suroeste de Estados Unidos*. México: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social y Miguel Ángel Porrúa. 1999.
- Villatoro J., Medina-Mora M.E., Gutierrez M.L., Fleiz C., Amador N., Quiroz-Del Valle N., Juárez-García F., *Drug Use among 7th-9th Grade Students in Baja California and Sonora and General Population Trends in Drug Use in Tijuana and Cd. Juarez 1998-2005*. En: *Border Epidemiology Work Group. Proceedings September 2006. US Department of Health and Human Services, National Institute of Health. National Institute on Drug Abuse*, 2006, pp. 12-16.
- Wagner F., Diaz D.B., López A.L., Collado M.E., Aldaz E., *Social cohesion, cultural identity, and drug use in Mexican rural communities*. *Subst Use Misue*, 2002; 37: 715-747.
- Wallisch L.S. , Spence, R.T. *Alcohol and drug use, abuse and dependence in urban areas and colonias of the Texas-Mexico border*. *Hisp J Behav Sci*, 2006; 28(2): 286-307
- Charmaz K., *'Discovering' chronic illness: using grounded theory*. *Soc Sc & Med*. 1990; 30(11): 1161-72,
- Goffman E., *Estigma*. Argentina: Amorrorta. 2001.
- Weiss M.G. (2008) *Stigma and the Social Burden of Neglected Tropical Diseases*. *PLoS Negl Trop Dis* 2(5): e237. doi:10.1371/journal.pntd.000023747. Sheard, L. y Tompkins, C. *Partnership in the Lives of Women Drug Users*. *Qual Health Res* 2008; 18; 1536-1547.

IV. NUEVA INVESTIGACIÓN

Barreras a tratamiento que enfrentan las mujeres: una aproximación émica y ética

Martha Romero, Jorge Galván, Mónica Martínez, Eva Rodríguez

Introducción

Hablar sobre el tratamiento dirigido a mujeres que abusan de sustancias psicoactivas integra lo que ha sido denominado como el proceso y la utilización de servicios. Este proceso lleva implícitas tres etapas: la identificación del abuso de sustancias como problema; la generación/evaluación de las opciones y el ingreso a la atención.

De acuerdo con Kail y Elberth (2002) estas tres etapas de búsqueda de ayuda son moldeadas por el género, la cultura y otros factores sociales haciendo que, para las mujeres, la búsqueda de ayuda y la referencia sean poco probables, las elecciones limitadas y las barreras a tratamiento múltiples.

Estas barreras han sido definidas por Allen (1994) como: "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" (pág. 438).

Se han realizado muy diversas clasificaciones de las barreras, siendo la más importante la división entre barreras internas, es decir, atribuibles a la propia mujer y barreras externas cuyo origen está en el entorno social donde el consumo tiene lugar.

Dentro de las barreras internas se encuentran la vergüenza y la culpa; el estigma social; el miedo; temor de perder a los/las hijos/as y/o el miedo de la reubicación de los/las hijos/as; el embarazo; la negación de los efectos negativos del consumo; la falta de confianza en los programas; falta de motivación o la idea de que se puede controlar el consumo; las mujeres con consumo no severo están menos dispuestas a tratamientos convencionales (Appel y cols., 2004; Blow, 2000; Booth y McLaughlin, 2000; Brady y Ashley, 2005; Cottew y cols., 2005; Jakonsson y cols., 2008; Jessup y cols., 2003; Kail y Elberth, 2001; Mulia y cols., 2002; Neale y cols., 2007, 2008; Sexton y cols., 2008; Sterk y cols., 2000; Wechsberg y cols., 2008).

Las barreras externas se podrían dividir en dos grandes grupos:

- 1. Barreras institucionales.** Dentro de este gran grupo se han reportado algunos impedimentos que tienen que ver con la accesibilidad en diversos aspectos: en lo económico (costo y falta de cobertura del seguro médico), respecto a las condiciones físicas o geográficas (distancia, transporte, asequibilidad, falta de espacios para los/las hijos/as, falta de privacidad), con relación a los servicios (listas de espera, programas sólo para varones, falta de seguimiento, procedimientos terapéuticos inadecuados, falta de apoyo legal, falta de información) y las relacionadas con el personal (trato a las pacientes, capacitación de los/las terapeutas, etc.) (Jessup y cols., 2003; Kail y Elberth, 2002; Mulia y cols., 2002; Neale y cols., 2007, 2008; Redko y cols., 2006; Sexton y cols., 2008; Sterk y cols., 2000; Wechsberg y cols., 2008).

2. Las barreras relacionales incluyen: (Bush y Kraft, 2001; Freitas y cols., 2007; Fisher y cols., 2002; Jessup y cols., 2003; Kail y Elberth, 2002; Sexton y cols., 2008; Sterk y cols., 2000)

- La valoración negativa de las/los prestadores de servicios de salud respecto a la mujer consumidora.
- Hostigamiento sexual de compañeros y profesionales.
- Las representaciones sociales negativas.
- Discriminación.
- Falta de apoyo de la pareja.
- Violencia de la pareja si se ingresa a tratamiento.
- Abandono del círculo social.
- Amenazas de otros/as usuarios/as o vendedores/as de drogas.
- Los favoritismos.

La revisión de la literatura nos lleva entonces a afirmar que en la construcción de una barrera a tratamiento están involucradas dimensiones tanto culturales como cognitivas, emocionales y políticas; por lo tanto, intervienen elementos objetivos y subjetivos, del contexto y relacionales.

Uno de los aspectos importantes en este estudio fue investigar las categorías émicas, es decir, los contenidos culturales que un grupo específico de mujeres con problemas de consumo de sustancias psicoactivas considera socialmente significativos para reconocer a sus integrantes y sus problemas.

Desde la perspectiva émica no es posible conocer y hablar el mundo del otro sin adentrarse y comprender las categorías desde las cuales ese otro organiza el mundo. Este enfoque establece que los fenómenos deben estudiarse dentro del sistema y con criterios y/o conceptos elegidos dentro del mismo (Olavarrieta, 2001).

Las mujeres en tratamiento o en recuperación de los problemas por abuso de sustancias representan una cultura única dentro de la cultura dominante: sus valores, creencias, actitudes y prácticas son específicas del mundo de la adicción (Lange, 2007).

Desde otro lugar, el enfoque ético permite el estudio de fenómenos o realidades desde fuera del sistema y desde esta perspectiva los criterios o conceptos usados para entender la realidad son criterios externos, importados de otras realidades. En el área de la salud esos conceptos o criterios se extraen la mayoría de las ocasiones de Estados Unidos y suponen la existencia de criterios o conceptos universales que pueden ser medibles (Olavarrieta, 2001).

Dentro del área de la salud mental en particular, son los lineamientos de la Asociación Psiquiátrica Americana expresados a través del Manual Diagnóstico en Salud Mental (DSM-IV-TR) los que marcan los criterios sobre el uso, abuso y dependencia al alcohol y otras drogas y además de la experiencia personal de los/las profesionales con este grupo de personas.

La distinción entre aproximaciones émicas y éticas (desde dentro y desde fuera de la cultura, respectivamente) es de vital importancia, pues gracias a ella se conceptualizan y comprenden fenómenos de diferente naturaleza y con diferentes implicaciones.

En este estudio, el objetivo general fue contrastar las diferentes miradas en torno al consumo de alcohol/drogas de grupos de mujeres en servicios de atención desde su propia mirada y comparar su visión con aquella de los/las profesionales de la salud mental en torno a las barreras para ingresar a tratamiento.

Método

Se trata de una investigación cualitativa que utilizó como técnica de aproximación los grupos focales.

El grupo focal es un grupo creado *ad hoc* por el/la investigador/a para propósitos inmediatos tales como la comprensión de las opiniones y puntos de vista, así como para la exploración de la forma como se generan, elaboran y negocian en un contexto social dichos conceptos. El grupo focal se constituye con aproximadamente 8 a 10 personas y es moderado a fin de generar una conversación, que es la fuente de la información y con frecuencia en un periodo específico de tiempo, una o dos horas (Hyden y Bülow, 2003).

Dada la naturaleza de la investigación cualitativa y el tamaño de muestra pequeño asociado con los grupos focales, la información obtenida no puede generalizarse a toda la población, pero es invaluable para la comprensión de vivencias y temas que desde otra perspectiva no sería posible obtener.

Participantes

Para acceder a la mirada émica se llevaron a cabo 15 grupos focales con la participación de 79 mujeres usuarias de alcohol y de sustancias psicoactivas que se encontraban en algún establecimiento de tratamiento público o privado y que quisieron participar en el estudio. Su participación se llevó al cabo bajo todas las consideraciones éticas: anonimato, confidencialidad, consentimiento informado. Las mujeres que participaron podían elegir dejar de participar en la discusión grupal en cualquier momento.

En el caso de la perspectiva ética se llevaron a cabo 4 grupos focales con profesionales del área de la salud mental: directores/as de centros de tratamiento, psicólogos/as, psiquiatras, trabajadoras/es sociales, antropólogos/as siendo el criterio para su participación la experiencia en el tratamiento de mujeres con problemas de adicciones y el deseo de colaborar en los grupos focales. Su participación fue voluntaria, anónima, confidencial y bajo consentimiento informado.

Guía de discusión en el grupo focal

Tanto en los grupos de mujeres usuarias como en los grupos de profesionales del área de la salud mental se utilizó una guía de preguntas semejante. Dicha guía cubría cuatro áreas temáticas principales: 1) ¿Por qué consumen alcohol/drogas las mujeres? 2) ¿Qué problemas tienen las mujeres que consumen alcohol/drogas? 3) ¿Qué experiencias llevan a las mujeres a solicitar ayuda profesional y qué experiencias impiden que ingresen a tratamiento? y 4) ¿Cuál sería el modelo de tratamiento ideal para una mujer con problemas de adicciones?

En este trabajo únicamente se reportan los hallazgos de la tercera pregunta: experiencias que llevan a solicitar tratamiento y barreras a tratamiento desde la perspectiva de las usuarias así como de los profesionales de la salud mental.

Las discusiones en los grupos focales fueron audiograbadas y transcritas literalmente para su posterior análisis.

Análisis

El análisis fue realizado por cuatro investigadores/as expertos/as en el área de adicciones, utilizando como fundamento analítico la teoría fundamentada que se basa en dos grandes estrategias: el método de la comparación constante y el muestreo teórico. A través del método de la comparación constante el/la investigador/a recoge, codifica y analiza datos en forma simultánea, para generar teoría y para demostrar que son plausibles las interpretaciones; así se crean categorías que surgen de los datos, significativamente apropiadas y capaces de explicar la conducta en estudio (Soneira, 2006).

Resultados

La mirada émica

Negación del problema

La negación es un rasgo común en los procesos adictivos. Con frecuencia las personas que consumen grandes cantidades de alcohol o drogas 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. La negación es un proceso fijo y no se ve afectado por la confrontación o por la evidencia. Algunos/as autores/as consideran la negación como un mecanismo psicodinámico, es decir, en términos de una defensa, y se basa principalmente en el rechazo emocional de la verdad, más que en una simple falla de *insight*. Otros/as autores/as (Rinn y cols., 2002) proponen que es más una falla cognitiva que implica una capacidad disminuida de *insight* o una incapacidad de integrar la información disponible para llegar a conclusiones obvias.

Las mujeres que participaron en los grupos lo refieren como el no darse cuenta:

“Lo que me detuvo para pedir ayuda es que yo no me daba cuenta de qué me estaba pasando, había una sensación así como de ¿on toy?, ¿quién soy?, pero no había, como se dice actualmente, una conciencia, o sea, yo sentía que algo me estaba pasando pero no alcanzaba a percatarme qué era”.

“Yo no sabía realmente que tenía la enfermedad del alcoholismo, y cuando yo llegué a la agrupación... eh... llegué con mucho dolor por el abandono de mi esposo, pero no sabía que era alcohólica, yo lo que quería era que... me enseñaran a beber, no me acordaba cómo terminaba las fiestas y... y no sabía que tenía el problema del alcoholismo entonces no pedía ayuda por esa razón”.

“Mi caso personal cuando me dan la ayuda es porque mi familia... este... ya estaba cansada, pero yo no, o sea yo no... ni quería ni concientizaba que yo tenía una enfermedad, o sea a mí eso me sonaba ridículo ¿no?, yo no visualizaba el alcoholismo, la drogadicción como una enfermedad, ni visualizaba las consecuencias que me estaba trayendo tanto física como económica y moralmente”.

Estigma y discriminación

Entendemos por discriminación a "... toda distinción, exclusión o restricción que, basada en el origen étnico o nacional, sexo, edad, discapacidad, condición social o económica, condiciones de salud, embarazo, lengua, religión, opiniones, preferencias sexuales, estado civil o cualquier otra tenga por efecto impedir o anular el reconocimiento o el ejercicio de los derechos y la igualdad real de oportunidades de las personas [... incluyendo la] xenofobia y el antisemitismo en cualquiera de sus manifestaciones" (Ley General para Prevenir y Erradicar la Discriminación, 2004, pág. 32).

De acuerdo con Gutiérrez (2008), la discriminación también puede expresarse a través de los prejuicios y éstos representan una valoración negativa de las personas, alimentada frecuentemente por una opinión desfavorable en torno al grupo al que pertenecen. Implica una idea preconcebida sobre los otros bajo el supuesto de que existe una inferioridad natural o genética en el grupo segregado, o bien una circunstancia cualquiera que establece la inferioridad de sus integrantes. También es común que se ponga un acento en las diferencias culturales, lo que explicaría la inferioridad de los otros.

Algunos testimonios dan cuenta de la vivencia de estas experiencias:

"A la mujer siempre es mal vista, siempre se ve más mal que un hombre, yo digo que es lo mismo que se ven mal tanto una mujer como un hombre, de todos modos como dicen, de todos modos no dejamos de ser el adorno de banqueta..."

"ehh... bueno en mi caso sería... la discriminación, porque bueno, de por sí por mi vestimenta o por ideas que tengo pues hay cierta discriminación ¿no?, y el hecho de ser alcohólica o drogadicta, o tener una vida ingobernable, pues por el hecho de ser mujer también, o sea, hay mayor discriminación... ya".

"... que a mí hasta la fecha pues, me es algo que yo tengo que poder... este... ir superando ¿no?, porque me he... me he sentido muchas veces... este... humillada ¿no? El que te pisoteen, el que... en mi casa te ven y te señalen ¿no?, que hay mira ahí viene la... ora sí como dicen... la putita ¿no?, este... mira ahí viene la que abandonó a sus hijos ¿no? Entonces todo eso son cosas que a mí me han hecho que yo vuelva a consumir ¿no?, el no enfrentar de que, pues yo que... sí soy enferma pero saben qué... todos somos humanos... me equivoqué pero pus hoy quiero cambiar y mucha... muchas veces la gente no lo ve así ¿no?, se te discrimina tan feo, incluso hasta la familia, ¿no?"

Para algunas mujeres la discriminación proviene de varones que poseen el mismo problema con el abuso de alcohol/drogas:

"Se puede ver, se puede decir que es más marcado en el varón alcohólico la misoginia, ¿sí? Y pues por misógino que es, primero la golpea a una y después la quiere convertir en mamá, eso es ser misógino, la neta".

“[El hombre] sigue trabajando, la mujer regresa y pues trae 4 letras aquí, ¿sí? El signo de, órale blanco, blanco fácil para poder ligar con ella, ¿sí? Si le detectan aliento alcohólico, o sea estamos en México, yo no voy hablar de otros países, México y latinos”.

“Entonces el hombre, cuando cumple su primer año, hasta mariachis le llevan y la mujer hay días que ni la familia va”.

La clase social

De acuerdo con Bordieu (2002), una clase social nunca se define únicamente por su situación y por su posición en una estructura social, es decir por las relaciones que objetivamente mantiene con las demás clases sociales; también debe muchas de sus propiedades al hecho de que las personas que la componen entran deliberada u objetivamente en relaciones simbólicas que, al expresar las diferencias de situación y de posición según una lógica sistemática, tienden a transmutarlas en *distinciones significantes*. Se tienen marcas de distinción, gracias a las cuales los sujetos sociales expresan y, al mismo tiempo, constituyen, para sí mismos/as y para los otros, su posición en la estructura social, entre ellas posiciones de prestigio.

El hecho de que una mujer de nivel socioeconómico alto consume alcohol en exceso puede vivirse como una marca de pérdida de prestigio.

“A las mujeres que van ahí al grupo [de nivel socioeconómico alto], no todas, vamos hablar del 100% un 70, un 70% ha testimoniado pero eso sólo con la amiga íntima o mi cuñada, porque no quieren que se entere el esposo, ni los hijos, ni las hijas, a pesar de que ahí había alcohol en esa casa, pero en esa casa dicen... «Nada, aquí todo pasa pero no pasa nada... no pasa nada»... Exactamente, ése es el mutis en las casa de las mujeres alcohólicas ricas y que se tienen que escapar cuando el marido [trabaja] o va a la escuela, son, son señoras, la mayoría... este... esposas de papi (risas), pues sí, y se dan sus escapadas y llegan a, a este... a su junta, su sesión, ¿sí? Y te puedo hablar de un año, de 3 años, de 6 años, ¿sí? y hasta de 10, hasta de 10 años que no sabe su familia que está en recuperación”.

La homofobia por la preferencia sexual

La homofobia es el odio irracional a los/las disidentes sexuales, a los/las que se alejan del orden social impuesto, a quienes eligen ser, o se descubren diferentes a la apariencia o conducta de los emblemas del machismo. Al mismo tiempo, las prohibiciones, persecución y castigos han convertido a la existencia LGBT (Comunidad Lésbico-Gay-Transgénero y Bisexual) en una historia de clandestinidad y resistencia (Mogrovejo, s/f).

La homofobia es el arma con la que se persigue a quienes se atreven a salir de la norma heterosexual. Así, la heterosexualidad se convierte en una institución dedicada a establecer límites de comportamiento para un orden sexual/social establecido. Bonfil (2001) afirma que los

homófobos constituyen “el brazo armado” de una sociedad intolerante que ve en ellos la realización de una labor de “saneamiento moral”. Así, en una sociedad sumamente sexista, la homofobia es el brazo armado en particular de la iglesia, del ejército, de la escuela y del ámbito público en general, concluye el autor.

“Nosotros [los homosexuales] quieras o no, efectivamente somos un grupo de marginados... O sea eres marginada por ser borracha, pero también eres una marginada porque eres una pervertida o al menos eso creen que eres”.

“Este... soy normal, lo único que tengo es una preferencia sexual diferente y diferente porque está establecido que lo normal sea que sea un hombre y una mujer, pero la naturaleza me dice que no hay problema”.

“No te la acabas, ¿sí? te empiezan a señalar, luego sale aquel: —Yo te voy a rectificar tu sexualidad. —Chingas a tu madre güey, rectifícate tú primero como hombre, ¿sí? Entonces... este... eh jajaja perdón”.

“Sufrí el rechazo a mi orientación sexual, entonces a mí me quedó claro que yo no podía hablar de esto. Por esa razón hasta el día de hoy y soy muy cuidadosa en ese sentido, ¿no? Este... eh... no hago mención, no me pavoneo, porque pues para mí es normal, o sea así soy, se acabó. Siempre hablo de mi pareja y nunca hago mención de su sexo, ¿no? o sea, pero ya son años de hacerlo, de manera respetuosa, porque es eso, no es de exhibicionismo, es mi vida privada, o sea cada quien es libre de meter a su cama a quien quiere, ¿no?, entonces yo ejerzo ese derecho, sin lastimar a nadie, pero tampoco me pongo ahí como pandero para que vengan a sonarme”.

Las mujeres homosexuales piensan que sus circunstancias de rechazo y discriminación por ser mujeres y adictas se deben a falta de educación y de respeto.

“Yo siempre he pensado que efectivamente el grave problema de la pérdida de los principios que tanto se habla hoy en día se basa en el respeto, o sea, para mí el cimiento total es el respeto, porque del respeto nace la tolerancia... este... yo te puedo hablar directamente de lo que ha sido mi ámbito laboral y mi ámbito familiar y mi ámbito social, o sea cómo me he conducido yo con toda esta gente y que en el hoy... este... una de mis... eh... dizque cuñada, porque es la hermana de mi pareja... este... me gritó ¡homosexual!, ¿no? como si fuera... este... eh... ofensivo, ¿no? y yo dije, sí ajá, que no me hace, no me hace menos, en el hoy no me preocupa eso... este... pero ah sí es cierto, pero... este... pero yo considero que se debe en... eh... desde mi punto de vista, realmente en eso, en la pérdida del respeto porque... porque si nosotros no somos educados...”.

Las posibilidades de expresar emociones con o por la pareja homosexual son mal vistas:

“Es diferente, o sea nosotros, nosotros... este... los heterosexuales pueden mostrar su cariño en la calle y nadie se escandaliza, si se dan un beso nadie se escandaliza... este... se pueden casar y nadie se escandaliza... este... si alguno está enfermo el otro lo más usual es que efectivamente esté afuera o al pendiente... Están los amigos o la familia apoyando... apoyando, yo te apoyo, yo vengo, yo te... eh... y si alguno fallece, pues vamos tiene uno todo el derecho de llorar a grito abierto y no pasa nada. En el caso de los homosexuales ¡NO! En el caso de los homosexuales... este... es trágate todo tu dolor porque se murió tu amiga, era tu amiga”.

Vínculos con los varones

De acuerdo con Lamas (1990), a pesar de los avances en la equidad de hombres y mujeres los códigos amorosos y sexuales siguen mostrando diferencias genéricas. Siguiendo a esta autora, la perspectiva femenina, que no feminista, del amor plantea que las mujeres aman más, que “aman demasiado”, identificando “amor” con una disponibilidad mayor a la fusión (Norwood, 2005). La mayoría de las veces este “amor” se vuelve una trampa para las mujeres: en su nombre se sacrifican, se autoexplotan y se enajenan. Para muchísimas mujeres esta vivencia del amor sirve para evadir un compromiso con ellas mismas, para su realización como personas, continúa la autora.

El hecho de que la cantidad de tiempo y energía que las mujeres dedican al amor sea superior a la de los hombres no quiere decir que ellas amen más o mejor. Afirmo Lamas (1990): “Mientras que el proyecto vital de los hombres es el trabajo, para las mujeres las relaciones afectivas constituyen el suyo. Lacan dice: El amor es dar lo que no se tiene. Desde ahí, la desmedida conducta amorosa de las mujeres indica la existencia de una gran carencia. Si aman demasiado a un hombre es porque no tienen otros proyectos que amar” (pág. 172).

“La dependencia hacia una persona, que en este caso sería un hombre... este... siempre ha sido ése el factor... para mí, el depender de un... de... de alguien ¿no?, sentirme sola, el aferrarme a querer tener a alguien a mi lado, o sea, aun sabiendo que es golpeador, drogadicto, alcohólico, o sea siempre me he aferrado ¿no?, ah no... éste es el bueno, eh... con éste sí voy a hacer una vida, o sea, lo único que yo he buscado es una familia ¿no?, que yo nunca la tuve, es lo que yo he buscado, pero me ha orillado a equivocarme ¿no?, a buscar el hombre equivocado, el chiste que esta vez me tuve que ir con... con un compañero... me fui con un compañero, nos dimos a la... a la fuga”.

“Bueno yo no, la verdad no pedí ayuda, fue mi marido el que la pidió y realmente siempre lo he dicho, que siempre yo soy la que debo de cambiar y debo de luchar por mi familia y luego, cuando se termina, mi marido ya no me deja venir, porque me dice: ¿A qué vas? Yo creo que ya estás bien sana, ya no pasa nada y no vas a tomar ni un trago... pero en cambio él sí, el sí puede tomar delante de mí”.

“Dejar a mis amigos, a mi novio y pues todo lo que era mi rutina diaria, o sea de estar así... este... todos los días nada más este despertando, bañarme y salirme, a estar todo el día encerrada aquí”.

“La otra vez que yo estuve yo ni terminé un mes, porque yo estaba a gusto... pero yo salí porque mi esposo todos los días venía y es que [decía]: Nunca me he separado de ella... que ya me la quiero llevar. Esa vez llegó él a dejarme cosas, prácticamente nos vimos así... porque la persona que le abrió no sabía que era mi esposo... entonces lo pasan a la sala, yo en eso salgo y pues nos encontramos... así, la verdad, yo no me quería ir... ése fue el motivo de que yo me fuera”.

Barreras de las instituciones

Desconocimiento de la ubicación

“Yo realmente no sabía, siempre estuve en casa y nunca salía, la verdad yo no sabía de estos lugares, es más no sabía ni que existían anexos ni nada, lo más que yo sabía era que pasaba por calles y decía AA, hora y media cosas así yo decía bueno, pues quién sabe, ¿no?, y llego aquí me llevo una gran sorpresa”.

Estrategias terapéuticas inadecuadas

Las mujeres participantes en los grupos focales en su mayoría reconocieron que en algunos de los denominados “anexos” es donde se practican estrategias terapéuticas que consideran inadecuadas.

“Cuando te gritan y te dicen que eres una puta, que eres una... no sé qué, que eres lo peor ¿no?, eso a mí me desagradaba mucho, que en un anexo existiera ese tipo de agresiones, porque son agresiones”.

“Cuando yo estuve anexada... cuando estuve anexada... pues sí son grupos de autoayuda, se supone ¿no?, y se ve mucho la parte... como la mujer es... este... es maltratada en ese sentido ¿no?, o sea los hombres ahí pues no... es normal que un hombre beba, se drogue, a que una mujer lo haga, como que es más... este... es más fuerte socialmente, ¿no?, el peso social es definitivamente doloroso... sí te hacen pomada”.

“O... sea te sientas en una silla y no te mueves para nada, una junta de una hora y media 5 minutos al baño, otra hora y media 5 minutos al baño, otra hora y media 5 minutos al baño todo el día en la noche es de 12 de la noche a 6 de la mañana son maratónicas”.

“En esos grupos... en esos grupos te bañas hasta después y, y eso sí te va bien, o sea sí... luego aquí no hay deportes, o sea todo esos grupos lo manejan, así con pura terapia quieren que todo el día escuches las mismas pendejadas de los... así, pasen una y otra y otra y otra y otra vez todo el día pero tienes que escucharlas”.

Violencia

“Yo pensé que era una casa de comprensión y que no iba a ser un anexo porque yo ya he estado en anexos y me ha ido... me han apaleado, me han desnudado enfrente de los hombres, me han mojado, o sea me han hecho cosas muy feas, entonces yo venía con miedo”.

“Hablan de quién se la quiere tirar, o sea siguen con su misma conducta, no hay un cambio de juicios y actitudes... Pues uno llega desamorado, el hombre llega desamorado, la mujer llega desamorada, uno quiere pertenecer y sí, te da mucha inseguridad y mucha necesidad de afecto, pues por supuesto se hace clinch y el otro teniendo a la esposa y todo [se la tira] y hasta le tienen que poner una medalla, ¡órale!”

La mirada ética

Los profesionales de la salud mental que participaron en los grupos focales coincidieron en algunos temas señalados en los grupos de mujeres, destacando la mirada social que se tiene de las mujeres con problemas de adicciones.

Negación y estigma

Algunos profesionistas de la salud mental afirman que sigue vigente en la sociedad la creencia de que el alcoholismo y los problemas de adicciones son problemas de varones y que la valoración social a las mujeres con estos problemas es negativa.

“Porque NO es una enfermedad de mujeres... Van a llegar con cosas muy graves, cuando su patología es muy grande o ya el problema es un... ya es grave”.

“Yo creo que es porque se mantiene en secreto, la mujer mantiene en secreto la adicción, mucho más que el hombre, es como algo de vergüenza, pena, entonces ya consulta cuando la patología como que es muy grave, ya como no le queda otra que consultar, pero me parece que como que se mantiene más en secreto que la adicción del hombre por pena o por estigma”.

“Por el contrario si uno la cuestiona, la juzga, entonces ella no encuentra, mhmm... una respuesta a sus necesidades y me imagino yo que entonces es cuando también abandona el tratamiento”.

“El hombre lo puede verbalizar más fácilmente, es comprendido, puede ir a los centros de rehabilitación veinte mil veces y no pasa nada, ¿no? y la... la familia lo sigue apoyando y a la mujer no, a la mujer si está en un centro, si está en la cárcel, no la ven, es abandonada”.

“Por el rol que está llevando en ese momento, es que... si es mamá, cómo me voy a ver... mis hijos se van a enterar de que soy adicta y... pensando en esta pregunta, una paciente estaba en un grupo de familia, acabó diciendo, bueno es que doctora yo no puedo decir que yo también soy adicta, porque entonces mi hijo me va a ver como un fracaso no, y soy adicta, ¿cómo le hago?”

Negación/Perder a los/las hijos/as

“Pero me he dado cuenta de que muchas veces ni por eso... eh... no están como preparadas para dejar la droga, ni porque ya exista el riesgo de perder a los hijos o de que ya realmente se los hayan quitado”.

“A lo mejor les impide acercarse a pedir ayuda, porque sería reconocer una serie de cosas delante de... los demás ¿no?, pensando en esto, de la familia principalmente porque las mamás en México todavía son mujeres muy sagradas, y muy importantes”.

Vínculos con los varones

“Los mismos hombres adictos sacan a una mujer de su tratamiento, también se somete ahí, o sea se va por, por, por lo que el hombre le diga, ¿no? y siento que iría un poquito más por ahí, así, así lo veo”.

La dinámica familiar

“Creo que ése es uno de los principales problemas de por qué el adicto se niegue a ir a tratamiento... porque se establece una dinámica en la familia en la que el adicto tiene el control y no se rompe, pues, esa dinámica. La misma familia pues obviamente no se da cuenta, la familia está centrada en que el que tiene el problema, es el que consume y recurren mucho a los anexos, por ejemplo... los internan en contra de su voluntad, etcétera, pero uno puede percibir desde afuera cómo sí se cambia la interacción en la familia, porque ya los roles están muy establecidos y es muy evidente que el adicto tiene el control, en este caso pues la mujer, ¿no? la adicta tiene el control incluso”.

Disponibilidad de tratamiento

La disponibilidad de tratamiento depende del nivel educativo:

“Es de que las mujeres que yo tengo, por lo menos adictas, pues casi todas tienen un nivel educativo mayor ¿no?, licenciatura, cosas así que entonces saben en dónde buscar más adecuadamente una ayuda especializada”.

“De acuerdo con el grupo de profesionales de la salud mental, una barrera al tratamiento es que las mujeres no tengan conciencia de que es un problema psiquiátrico y la falta de prevención”.

“Sí, falta de información que... no saben a dónde acudir, de repente saben que están mal, pero dicen bueno, ¿a dónde voy? No tienen idea ¿no?, no saben que se trata de un problema psiquiátrico”.

“Creo que primero se... también se tendría que invertir sobre la prevención, información a este grupo de mujeres, porque aunque abramos una clínica enfocada a este grupo de mujeres, por el mismo estigma social que tienen, no se van a acercar a este tipo de lugares, entonces tenemos que empezar primero a abordar el aspecto de... de forma preventiva, en la educación y ya posteriormente in... identificar a este grupo de mujeres en riesgo y posteriormente establecer una estrategia para darle la atención adecuada, yo creo que sería lo primero”.

Con relación a la preferencia sexual

A diferencia del grupo de mujeres homosexuales que mencionaron su dificultad de acceder a tratamiento, los/las profesionales de la salud mental opinaron exactamente lo contrario.

—¿Le cuesta más trabajo a una mujer lesbiana que a una mujer heterosexual llegar a tratamiento?

—Yo creo que no, la pregunta está como muy capciosa pero... este (risas y comentarios)... al contrario, yo creo que le cuesta más trabajo llegar a la heterosexual que a la homosexual...

—¿Ah sí, por qué?

— Porque yo creo que la homosexual tiene como más libertad... O sea le está diciendo al mundo que es homosexual, ¿no?”

Conclusiones

Los resultados de este estudio muestran una gran coincidencia en las opiniones de las mujeres usuarias de alcohol y drogas respecto de los obstáculos e impedimentos que experimentan para acceder a tratamiento, destacándose la estigmatización, la vergüenza, la discriminación, la falta de conciencia de enfermedad, la preocupación por el cuidado de los/las hijos/as, el temor a ser abandonadas por la pareja, la ausencia de apoyo de familiares en el caso de optar por incorporarse a tratamiento, la falta de información sobre programas de tratamiento, las experiencias negativas en instituciones de atención no gubernamentales —violencia, maltrato, negligencia, entre otras.

Un aspecto importante es la estigmatización que experimentan las mujeres adictas, misma que se traduce en una demora en la atención y en exclusión social. Para la mayoría de las mujeres entrevistadas, el uso de alcohol y drogas es la principal causa de rechazo y sanción social que padecen y que se agudizan en el caso de tener una preferencia sexual distinta. El estudio reveló que el rechazo y la exclusión no sólo son parte del proceso de atención sino que la mayoría de las veces las mujeres lo siguen experimentando aun cuando han concluido su tratamiento. En el caso de las mujeres lesbianas, cuando ingresan a las instituciones de tratamiento, por lo general ocultan su preferencia sexual para evitar el rechazo, por lo que son necesarios centros de tratamiento que cubran esta necesidad específica.

La poca comprensión y falta de capacitación de algunos/as profesionales de la salud con respecto a los problemas que presentan las mujeres consumidoras de drogas impide que se brinde a estas mujeres una atención adecuada y/o sean rechazadas del tratamiento. En algunos casos, por la creencia de que las mujeres responden mal al tratamiento, porque son más difíciles de manejar o porque tienen poco apego, o bien porque existe una tendencia a diagnosticarlas de acuerdo con los criterios del DSM-IV, cuando muchas veces las mujeres no cumplen con todos ellos, a pesar de presentar altos niveles de consumo y un gran sufrimiento asociado al mismo.

Otro aspecto que podemos concluir basado en el testimonio de estas mujeres es que los programas de tratamiento siguen careciendo de una perspectiva de género, ya que los estilos de atención y terapia no se corresponden con sus necesidades y circunstancias especiales, no toman en cuenta las dificultades que enfrentan para ingresar y mantenerse en tratamiento —por lo general se encuentran solas, sin redes de apoyo— y se presta poca atención a los problemas de salud mental que anteceden al uso de sustancias como son la depresión, las experiencias de violencia psicológica y física y de abuso sexual.

A pesar de que en los últimos años se han hecho verdaderos esfuerzos por normar las prácticas de las diferentes instituciones que brindan atención a personas con problemas de drogas (NOM-028), en este trabajo se encontró que desafortunadamente muchas mujeres, aún hoy en día, siguen enfrentando malas prácticas terapéuticas, condiciones insalubres, maltrato y violencia en algunos centros, ocasionando en casos extremos la muerte de algunas de ellas, tal fue el caso de un centro donde se llevó a cabo parte de la investigación.

Sin duda existen múltiples estrategias para disminuir las dificultades que enfrentan las mujeres para acceder a tratamiento y lograr su recuperación, sin embargo se considera que una primera tarea sería insistir en la necesidad de capacitar a los/las profesionales de la salud a fin de que tengan un mayor conocimiento y comprensión respecto de la problemática y necesidades de la mujer usuaria de drogas, ya que muchas veces la falta de pericia para identificar problemas de abuso de sustancias, la indiferencia y el rechazo se constituye en la primera barrera que enfrenta la mujer cuando acude en busca de atención, sobre todo si se toman en cuenta los resultados de diversos estudios que han señalado que una proporción importante de mujeres que tienen problemas de abuso de alcohol y drogas recurren en primera instancia a los servicios de atención primaria.

Referencias

- Allen K., Development of an instrument to identify barriers to treatment for addicted women, from their perspective. *The international journal of the addictions*, 1994; 294: 429-444.
- Appel P., Ellison A.; Jansky H. y Oldak R., Barriers to enrollment in drug abuse treatment and suggestions for reducing them: opinions of drug injecting street outreach clients and other system stakeholders. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 2004; 30(1): 129-153.
- Blow F., Treatment of older women with alcohol problems: meeting the challenge for a special population. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 2000; 24(8): 1257-1266.
- Bonfil C., Homofobia y Sociedad. La disidencia sexual y los misioneros del odio. En Bracamonte Jorge (ed.). *De amores y luchas. Diversidad sexual, derechos humanos y ciudadanía*. Programa de estudios de género. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, 2001.
- Booth B. y McLaughlin Y., Barriers to and need for alcohol services for women in rural populations. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 2000; 24(8): 1267-1275.
- Bordieu P., Condición de clase y posición de clase. *Revista Colombiana de Sociología*, 2002; VII (1): 119-141.
- Brady T. y Ashley O., *Women in substance abuse treatment: results from the Alcohol and Drug Services Study (ADSS)*. 2005. USA. Department of Health and Human Services. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Office of Applied Studies.
- Bush I. y Kraft M., Self-sufficiency and sobriety: substance-abusing women and welfare reform. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 2001; 1(1): 41-64.
- Cottew G. y Oyefeso A., *Illicit drug use among Bangladeshi women living in the United Kingdom: an exploratory qualitative study of a hidden population in East London*. *Drugs: education, prevention and policy*, 2005; 12(3): 171-188.
- DSM IV-TR. American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. <http://www.psych.org/mainmenu/research/dsmiv.aspx> [Consultado el 20 Octubre, 2010]
- Fischer B.; Chin A.; Kuo I.; Kirst M. y Vlahov D., Canadian illicit opiate users' views on methadone and others opiate prescription treatment: an exploratory qualitative study. *Substance Use & Misuse*, 2002; 37(4): 495-522.
- Freitas J.; Santos M. y Motta C., La intervención del contexto asistencial en la visibilidad del consumo de drogas por mujeres. *Rev Latino-am Enfermagem*, 2007; 15(2).
- Gutiérrez R., *Cultura política y discriminación*. México: Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación, 2008.
- Hyden L.C. y Bülow P.H., Who's talking: drawing conclusions from focus groups-some methodological considerations. *Int. J. Social research methodology*, 2003; 6(4): 305-321.
- Jakonsson A.; Hensing G. y Spak F., The role of gendered conceptions in treatment seeking for alcohol problems. *Scand J Caring Sci*, 2008; 22: 196-202.
- Jessup M.; Humphreys J.; Brindis C. y Lee, K., Extrinsic barriers to substance abuse treatment among pregnant drug dependent women. *Journal of Drugs Issues*, 2003: 285-304.
- Kail B. y Elberth M., Moving the Latina substance abuser toward treatment: the role of gender and culture. *Journal of Ethnicity in Substance Abuse*, 2002; 1(3): 3-16.

- Lamas M., Contra el amor natural. Lo que no se tiene. *Nueva sociedad*, 1990, 109 (Sept/Oct): 171-173.
- Lange B., The Prescriptive power of caring of self: women in recovery from substance use disorders. *Int. Journal of Human Caring*, 2007; 11(2): 74-80.
- Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación*. Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación, México DF, 2004, p. 32.
- Mogrovejo N., Homofobia y sexilio político. Sin fecha. <http://www.disisex.org/documentos-disidencia-sexual/iencuentro/homofobia-y-sexilio-politico.pdf> [21 de septiembre, 2010].
- Mulia N., Ironies in the pursuit of well-being: the perspectives of low-income, substance-using women on service institutions. *Contemporary Drug Problems*, 2002; 29: 711-748.
- Neale L.; Sheard L. y Tompkins Ch., Factors that help injecting drug users to access and benefit from services: a qualitative study. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 2007; 2(31).
- Neale L.; Tompkins Ch. y Sheard L., Barriers to accessing generic health and social care services: a qualitative study of injecting drug users. *Health and Social Care in the Community*, 2008; 16(2): 147-154.
- Norwood R., *Mujeres que aman demasiado*. México: Vergara, 2005.
- Olavarrieta S., Aspectos metodológicos en la investigación cross-cultural. *Revista latinoamericana de Administración*, 2001; 26: 55-78.
- Redko C.; Rapp R. y Carlson R., Waiting time as a barrier to treatment entry: perceptions of substance users. *Journal of Drugs Issues*, 2006; 831-852.
- Rinn W.; Desai N.; Rosenblath H. y Gastfriend D., Addiction denial and cognitive dysfunction: a preliminary investigation. *J. Neuropsychiatry Clin Neurosci*, 2002; 14:1: 52-57.
- Sexton R.; Carlson R.; Leukefeld C. y Booth B., Barriers to formal drug abuse treatment in the rural south: a preliminary ethnographic assessment. *Journal of Psychoactive drugs*, 2008; 40(2): 121-129.
- Soneira A.J., La teoría fundamentada en los datos (Grounded Theory) de Glaser y Strauss. En Vasilachis de Gialdino I., *Estrategias de investigación cualitativa*. Gedisa, 2006.
- Sterk C.; Elifson K. y Theall K., Women and drug treatment experiences: a generational comparison of mothers and daughters. *Journal of Drugs Issues*, 2000; 30(4): 839-862.
- Wechsberg W.; Luseno W. y Middlesteadt R., Reaching women substance abusers in diverse settings: stigma and access to treatment 30 years later. *Substance Use & Misuse*, 2008; 43: 1277-1279.

Una propuesta de capacitación para la intervención en mujeres con adicciones

Patricia Fuentes de Iturbe

Introducción

La investigación ha demostrado la necesidad de incorporar la perspectiva de género en los programas de abuso de sustancias, debido a que desde hace más de tres décadas se ha reconocido que en el tratamiento de consumo de alcohol o drogas, las mujeres y los hombres tienen diferentes necesidades biológicas, psicológicas, culturales y sociales, de ahí la necesidad de que las intervenciones en adicciones dirigidas a las mujeres incorporen perspectiva de género (Wechsberg, Luseno, Middlesteadt, 2008).

También se ha reconocido la importancia de la capacitación en intervenciones en adicciones (Colin, Keaney, Best, Harris, 2005), y específicamente el interés de identificar las necesidades de formación de recursos humanos para la atención de mujeres con problemas de alcohol y drogas (Poole, 2008).

En este contexto, y a partir de la perspectiva de género discutida en los capítulos anteriores, este trabajo presenta una propuesta de capacitación para la intervención en mujeres con adicciones basada en un estudio exploratorio sobre necesidades de capacitación del personal de organizaciones gubernamentales y sociales del país que brindan atención en adicciones, dado que se trata de un proyecto orientado a la formulación de políticas públicas.

La primera parte de este trabajo aborda el aumento en el consumo de alcohol y drogas en mujeres, las recomendaciones internacionales en materia de capacitación y perspectiva de género, y la experiencia mexicana en la disseminación de modelos de intervención en adicciones y salud mental, basados en la formación de recursos humanos; la segunda expone los resultados de un estudio exploratorio sobre necesidades de capacitación; y la tercera parte presenta una propuesta de capacitación para la intervención en mujeres con adicciones.

Antecedentes

Las adicciones constituyen un problema de salud pública que es complejo, multidimensional, multifactorial y dinámico, y tiene consecuencias adversas para la salud física y mental de los hombres y las mujeres, la familia y la sociedad. El consumo de sustancias psicoactivas conlleva una importante carga de comorbilidad médica y psiquiátrica y está fuertemente asociado a múltiples tipos de violencia.

El consumo de alcohol y drogas entre las mujeres

El consumo de alcohol y drogas ha tenido históricamente una mayor presencia en los hombres. El uso de alcohol en los varones está referido como frecuente, intensivo y problemático; en consecuencia, los tratamientos responden principalmente a las características de los hombres y no necesariamente a las necesidades de las mujeres (ONUDD, 2005, EMCDA, 2006).

En la última década, los estudios epidemiológicos de varios países están observando que la brecha de género en la prevalencia de uso de alcohol y drogas ilegales se está reduciendo en determinados grupos de edad y en ciertas drogas; mientras que el consumo de tranquilizantes y sedantes sin prescripción médica a lo largo de la vida es mayor en las mujeres (EMCDA, 2006). Los estudios indican que el consumo de alcohol y de drogas en las mujeres presenta diferentes trayectorias de uso y riesgos para la salud —daños al hígado y al cerebro y enfermedades del corazón—, debido a las diferencias biológicas, psicológicas, culturales y sociales de las mujeres (Greaves, Poole, 2007).

En México, los resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) 2008 indican que el consumo de drogas ilegales (mariguana, cocaína y sus derivados, heroína, metanfetaminas, alucinógenos) y de inhalables en la población rural y urbana entre 12 y 65 años, aumentó de 4.6 a 5.2% en relación con el observado en la ENA 2002.

En cuanto al uso de alcohol, la ENA 2008 indica que el consumo consuetudinario es más frecuente entre hombres que entre mujeres, en una proporción de 5.8 hombres por cada mujer. Sin embargo, entre las mujeres, esta manera de beber está aumentando, especialmente entre las adolescentes. La diferencia entre mujeres adultas y adolescentes (una adolescente entre 12 y 17 años, por cada 1.9 mujeres adultas mayores de 18 años) es menor que la que se observa entre los hombres (un adolescente entre 12 y 17 años por cada cinco adultos mayores de 18 años) (ENA, 2008).

Respecto al consumo de alcohol en la población mexicana, se encontró que entre la ENA 2002 y la ENA 2008 el consumo *per cápita* de la población entre 15 y 65 años aumentó en la población femenina. El grupo de edad que presenta mayor incremento es de 15 a 24 años en población masculina y de 25 a 34 años en población femenina. Para ambos sexos, el grupo con mayor incremento es el de jóvenes de 15 a 24 años (Real, Gutiérrez, Fuentes, Robles, Villatoro, Medina-Mora, 2009).

En lo que se refiere a la población adolescente, la Encuesta de Estudiantes de la Ciudad de México 2006, reporta un aumento importante en el consumo de drogas, pasando del 15.2% en 2003 al 17.8% en 2006. Según la encuesta, aumentó el uso de mariguana y de inhalables, mientras que el consumo de tranquilizantes se mantuvo estable y el de cocaína disminuyó. En el análisis según el sexo, se encontró en las mujeres un aumento en los niveles de consumo de mariguana y de inhalables (Villatoro, Gutiérrez, Quiroz, Moreno, Gaytán, Amador, Medina-Mora, 2009).

Estos datos confirman a los adolescentes y las mujeres como grupos vulnerables, no sólo porque en esta población está aumentando el consumo de alcohol y drogas y está disminuyendo la edad de inicio, sino porque las nuevas generaciones de adolescentes presentan un mayor riesgo de consumo de alcohol y de drogas, debido, entre otros factores, a la facilidad de acceso y la disponibilidad de estas sustancias y al bajo nivel de percepción de riesgo para su uso.

Esta dinámica de consumo de alcohol y drogas entre las mujeres ha llevado a diversas organizaciones a promover la investigación para entender este fenómeno con perspectiva de género —la literatura da cuenta de los hallazgos apoyados por NIDA, SAMHSA, CCSA y CAMH,¹³ en este campo—; y por otra a brindar atención a las mujeres con problemas de alcohol y drogas.

¹³ National Institute on Drug Abuse (NIDA), Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA), Canadian Centre on Substance Abuse (CCSA), Centre for Addiction and Mental Health (CAMH).

También ha llevado a los organismos internacionales a emitir recomendaciones para incorporar la perspectiva de género en los programas de prevención, detección y tratamiento dirigidos a las mujeres.

Recomendaciones de organismos internacionales para incorporar la capacitación y la perspectiva de género en las intervenciones en alcohol y drogas

Las recomendaciones, políticas y estrategias adoptadas por los organismos internacionales (OMS, ONUDD), tanto en la capacitación del personal de salud como en la incorporación de la perspectiva de género en intervenciones para el abuso de drogas y de alcohol, son las siguientes:

1. La 60ª Asamblea General de la OMS de 2007 aprobó la Estrategia para incorporar el análisis y las acciones de género¹⁴ en las actividades de la OMS; en este marco recomendó a los Estados miembros hacer énfasis en la capacitación y la sensibilización en materia de género, mujer y salud, y a incorporar una perspectiva equitativa de género en todos los niveles de atención y de prestación de servicios de salud (OMS, 2009).
2. El Programa de Acción para Superar las Brechas en Salud Mental de la OMS establece que “es necesario contar con recursos humanos con capacitación adecuada y apropiada para ampliar y mejorar todas las intervenciones en salud, y especialmente las dirigidas a los trastornos mentales, neurológicos y de abuso de sustancias”, ya que la atención de estos problemas depende en gran medida del personal de salud.

Además, especifica que “el enfoque usado para la prestación de servicios debe atender a las cuestiones de género, dado que las diferencias entre los sexos crean inequidades entre los hombres y las mujeres en cuanto al estado de salud” y dan lugar a diferencias en el acceso y el uso de la información, la atención y los servicios sanitarios (OMS, 2008).

3. El Comité de Expertos de la OMS en Problemas Relacionados con el Consumo de Alcohol, en materia de capacitación recomienda “que la oms ayude y apoye a los gobiernos para ampliar la capacidad, educando y formando a profesionales en los entornos de atención de salud, servicios sociales y justicia penal, en la aplicación de programas de detección, intervención breve y tratamiento de problemas relacionados con el alcohol” (OMS, 2007).
4. La Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD) en su estudio sobre Tratamiento del abuso de sustancias y atención para la mujer, en materia de capacitación recomienda:

¹⁴ La política de la OMS en materia de género, establece que el término género se utiliza para describir las características de hombres y mujeres que están basadas en factores sociales, mientras que sexo se refiere a las características que están determinadas biológicamente. Las personas nacen con sexo masculino o femenino, pero aprenden a ser niños y niñas que se convierten en hombres y mujeres. Este comportamiento aprendido compone la identidad de género y determina los roles de los géneros (OMS, 2002).

Capacitar al personal de centros de atención primaria para practicar cotidianamente reconocimientos que permitan detectar problemas de uso de sustancias, practicar intervenciones breves o hacer referencia a los servicios especializados para contribuir a la atención oportuna, particularmente si la detección y la intervención se practican en una etapa temprana del consumo problemático de la usuaria, lo mismo que a ampliar la estructura de tratamiento.

La capacitación no debe dirigirse únicamente a la adquisición de conocimientos y aptitudes o habilidades, sino también sobre las actitudes y creencias hacia las mujeres con problemas de alcohol y drogas a fin de lograr eficacia en el tratamiento, en particular si la intervención se realiza en una etapa temprana.

También hace énfasis en la importancia de la capacitación intersectorial entre personal de salud de centros de atención en abuso de sustancias y centros de atención primaria, como un medio para compartir conocimientos y aptitudes, establecer colaboración y superar las actitudes negativas hacia las mujeres con problemas de adicciones (ONUDD, 2005).

En congruencia con las recomendaciones de los organismos internacionales de apoyar la atención de las adicciones mediante la capacitación del personal de salud en intervenciones con perspectiva de género, en el siguiente apartado se aborda el programa de disseminación de modelos de intervención del Instituto Nacional de Psiquiatría (INP) Ramón de la Fuente, que coadyuva a la capacitación en intervenciones para mujeres con problemas de adicciones y salud mental y, se describen los recursos disponibles para la capacitación.

Modelos de intervención basados en la evidencia

Los modelos de intervención en adicciones y salud mental desarrollados por el Instituto Nacional de Psiquiatría están dirigidos a la atención de grupos de alto riesgo en el consumo de drogas que requieren intervenciones selectivas, entre los que se encuentran mujeres con depresión, niños, niñas y adolescentes en situación de calle, sexoservidoras, mujeres en prisión y familias con problemas de adicciones. Estos modelos se sustentan en la investigación epidemiológica y psicosocial desarrollada por el INP con el apoyo de diversos organismos nacionales e internacionales, entre otros, el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Internacional del Trabajo (OIT).

Los protocolos y resultados de las investigaciones, de las que se derivaron estos modelos de intervención, en diferentes momentos se sometieron a la aprobación tanto de los comités científicos de organizaciones nacionales e internacionales que los apoyaron como de los comités académicos de publicaciones científicas y de congresos de investigación, los cuales revisaron y aprobaron la rigurosidad metodológica de los trabajos de investigación tanto en la fase de estudio de la problemática de uso de alcohol y drogas en grupos vulnerables como en las fases de desarrollo de intervenciones y de prueba en las que observaron resultados favorables, dado que responden a las necesidades y características culturales y sociales de estos grupos.¹⁵ Estos procesos que implican la divulgación de la ciencia y que siguieron las investigaciones, llevaron al desarrollo de modelos de intervención en adicciones y salud mental basados en la evidencia (NIDA, 2006).

¹⁵ Informe ejecutivo del Proyecto Formación de Redes de Orientadores basada en Modelos de Intervención en Adicciones y Salud Mental. Instituto Nacional de Psiquiatría, 2009.

En una siguiente etapa, la disseminación de estos modelos de intervención siguió un proceso de traducción del conocimiento para la generación de vehículos de transferencia para convertir el conocimiento científico en práctica clínica, política pública y conocimiento social. Los vehículos de transferencia de conocimiento generados son manuales y cursos de capacitación basados en competencias, los cuales se caracterizan por el uso de un lenguaje sencillo de comprender, un contenido suficiente para aplicar y un medio versátil para facilitar su disseminación, acceso y uso.

El contenido de los cursos de capacitación abarca el contexto del problema, el papel del orientador, el modelo de intervención, así como la metodología, las herramientas y los instrumentos que requiere su aplicación. Los cursos están integrados por una estructura modular de contenidos, un conjunto de actividades de aprendizaje y los instrumentos de evaluación de conocimientos adquiridos, de habilidades desarrolladas y de actitudes generadas que se requieren para la aplicación de las intervenciones en diferentes contextos.¹⁶

A continuación se describen los cursos en intervenciones en adicciones y salud mental disponibles para la capacitación en modalidades, presencial y en línea.

Familia y adicciones. La intervención que fundamenta este curso se deriva de una amplia investigación transcultural; pretende contribuir a mejorar el bienestar de quienes rodean a los consumidores de sustancias mediante el análisis de las formas naturales de enfrentamiento. Es una intervención que puede aplicarse en múltiples escenarios que incluyen el primer nivel de atención a la salud y la comunidad, entre otros (Natera, Tiburcio, Mora, Orford, 2008).

El curso está conformado por ocho módulos y tiene como objetivo formar orientadores para intervenir y apoyar a las familias que hacen frente a una problemática de consumo de alcohol o drogas de alguno de sus miembros. Está dirigido a profesionales que trabajan en atención primaria a la salud y en educación para la salud y que colaboran en los ámbitos comunitarios como escuelas, hospitales y áreas afines al cuidado de la salud.

Intervenciones breves en adicciones para la reducción del consumo de sustancias. El curso tiene como objetivo capacitar a orientadores en la detección temprana del consumo de sustancias y en la aplicación de intervenciones breves para modificar los hábitos de consumo de alcohol y de drogas.

La formación de profesionales en intervenciones breves contribuye a ampliar las opciones de intervención en el primer nivel de atención para atender síntomas que no requieren medicamentos o no cumplen criterios diagnósticos pero están asociados a la búsqueda de ayuda.

El contenido está estructurado en seis módulos y cuenta con tres guías para trabajar con los/as usuarios/as de sustancias: a) Guía para reducir el consumo excesivo de bebidas alcohólicas; b) Guía para personas en riesgo de consumir drogas; y c) Guía para personas con problemas de consumo de drogas. También cuenta con material educativo en video para apoyar el desarrollo de competencias en técnicas específicas de entrevista motivacional.

Está dirigido a profesionales con formación en trabajo social, enfermería, psicología, medicina y áreas afines en el cuidado de la salud interesados en intervenciones alternativas para la reducción del consumo de sustancias (Tiburcio, Carreño, Martínez, Echeverría, Ruiz, 2008).

¹⁶ Fuentes, P. (2007). *Conferencia Educación a Distancia basada en competencias. Seminario Permanente de Actualización Académica. Coordinación de Universidad Abierta y Educación a Distancia. UNAM, 2007.*

Programa de intervención psicoeducativa para mujeres que presentan depresión. Este curso de capacitación tiene como objetivo facilitar la adquisición de conocimientos y desarrollar las habilidades de los profesionales de la salud para la aplicación de un programa de intervención para mujeres con depresión. Se diseñó para extender el beneficio del programa en el primer nivel de atención en salud, servicios especializados de salud mental, centros educativos y laborales, y organizaciones que brindan atención a mujeres. Se estructura en seis módulos, contiene actividades de aprendizaje individuales y colectivas, está dirigido a profesionales de la salud mental, psicólogos/as, enfermeras psiquiátricas, trabajadores/as sociales y promotores/as de la salud, que trabajan con mujeres que presentan depresión y que cuenten con experiencia en el manejo de grupos, conocimientos básicos de psicopatología, de estudios de la mujer y de género (Lara, Luna, Acevedo, 2009).

Subsistencia infantil en la calle y drogas. El Programa Abuso de Sustancias de la OMS establece que los programas dirigidos a los/las niños/as que subsisten en la calle deben orientarse a mejorar la salud integral de esta población. Para tal efecto propone el trabajo conjunto entre organizaciones gubernamentales y sociales para: a) Comprender a las niñas y niños afectados por el uso de sustancias. b) Organizar comités interinstitucionales destinados a desalentar el uso de sustancias. c) Planificar, ejecutar y evaluar las acciones interinstitucionales de prevención, protección y atención de los niños, niñas y adolescentes vulnerables al uso de sustancias.

Bajo esta premisa, se diseñó un curso para la formación de orientadores/as que abarca la conceptualización de la población objetivo, un modelo psicosocial de riesgo para comprender a la población meta, las técnicas de evaluación para el diagnóstico de grupos específicos y una metodología de intervención comunitaria para constituir comités interinstitucionales y formar planes de acción (Gutiérrez, Vega, 2008).

Prostitución y drogas; intervención para la reducción del daño. Este modelo de intervención para la reducción del daño aborda una problemática social que sólo puede comprenderse y atenderse bajo un enfoque de género. Por ello, esta intervención hace particular énfasis en la situación de las mujeres que se ven inmersas en el mundo del trabajo sexual, desde cinco vertientes: alcohol, drogas, depresión, violencia y VIH-SIDA.

Los contenidos del curso para la formación de orientadores/as abordan: El trabajo sexual femenino... ¿Problema social? El/la orientador/a ante el trabajo sexual femenino; El modelo de reducción del daño para el uso de alcohol y drogas; El programa de intervención: uso de alcohol y drogas, violencia, depresión y VIH-SIDA (Rodríguez, 2007).

Mujeres, prisión y drogas; intervención desde la perspectiva de género y la reducción del daño. La investigación que se llevó a cabo en el Instituto Nacional de Psiquiatría acerca de la problemática compleja que representa el consumo de drogas de las mujeres en prisión en México permitió identificar los aspectos específicos que debe abordar la atención de las mujeres presas con problemas de drogas y de alcohol.

El diseño y la elaboración de un plan de intervención y de atención para mujeres en prisión requirió el conocimiento previo de esa población, cuyas características especiales exigieron un planteamiento específico para la atención del consumo de sustancias y su problemática asociada, tomando en cuenta la perspectiva de las mujeres consumidoras de drogas y alcohol.

Esta situación requiere dirigir esfuerzos a la capacitación de profesionales que trabajan directamente con esta población para coadyuvar a la profesionalización de estos servicios.

Este curso de capacitación está enfocado en la identificación de las necesidades particulares de las mujeres, dado que el conocimiento de esta población permitirá elaborar políticas de intervención y estrategias que no sólo reflejarán la filosofía (reducción del daño) y pautas de acción en busca de regulaciones públicas, sino también la importancia del reconocimiento de la influencia del género y las diferencias culturales.

El curso aborda la problemática de las mujeres y el abuso de sustancias; temas relevantes a considerar al trabajar con mujeres en prisión; el tamizaje, la identificación, la evaluación y la referencia; y la reducción del daño y las intervenciones en las vertientes de alcohol y drogas, depresión, violencia y reducción del daño por uso de cocaína (Romero, Durand, 2007).

Estrés y salud mental. Este curso aborda los componentes y fases del estrés, así como las reacciones fisiológicas, emocionales, cognitivas y conductuales del estrés agudo y del crónico, con el propósito de que los y las profesionales de la salud desarrollen competencias para identificar estresores internos y externos, y para aplicar estrategias fisiológicas y de pensamiento que ayudan al mejor manejo del estrés de hombres y mujeres.

Exploración de necesidades de capacitación para la intervención en mujeres con adicciones

En la revisión de la literatura en materia de capacitación para la intervención en mujeres con adicciones se identificó un estudio de Canadá que incluyó la evaluación de necesidades de capacitación del personal de salud que proporciona atención a mujeres con problemas de alcohol y drogas en instituciones gubernamentales y no gubernamentales, cuyo propósito fue la formulación de recomendaciones para mejorar la calidad del tratamiento de mujeres y sus familias (Poole, 2008).

En México, no hay antecedente de investigación relacionado con la identificación de necesidades de capacitación para la intervención de mujeres con adicciones, por ello se consideró necesario hacer una exploración de las necesidades de capacitación del personal que brinda alguna intervención o tratamiento a mujeres con problemas de alcohol o drogas. El estudio también abordó los impedimentos que percibe el personal de los centros de atención de organizaciones gubernamentales y sociales, desde el ámbito personal, institucional y comunitario, con el propósito de diseñar un modelo de capacitación que responda a las necesidades de intervención en mujeres, con perspectiva de género.

Las preguntas de investigación fueron las siguientes: ¿Cuáles son las necesidades de capacitación del personal que brinda atención a las mujeres? ¿Cuentan los centros de atención con programas de intervención con perspectiva de género? ¿Cuáles impedimentos personales, institucionales y comunitarios identifica el personal para dar atención a las mujeres?

Objetivo del estudio

Explorar las necesidades de capacitación del personal que proporciona atención a mujeres con problemas de alcohol o drogas en organizaciones gubernamentales y sociales del país, con el propósito de fundamentar una propuesta de capacitación con perspectiva de género para la intervención en mujeres con adicciones.

Material y método

Se diseñó y piloteó un cuestionario semiestructurado de autoaplicación para explorar las necesidades de capacitación a nivel individual abarcando las siguientes dimensiones: Características sociodemográficas del personal que da atención a mujeres; características de los centros de atención gubernamentales y no gubernamentales; conocimiento de programas disponibles para la atención a mujeres con problemas de alcohol y drogas; antecedentes y necesidades de capacitación para la atención de mujeres con problemas de alcohol y drogas; los impedimentos personales, institucionales y comunitarios para trabajar con esta población, así como los sentimientos que despierta el trato clínico con usuarias, y las barreras a tratamiento de las mujeres, desde la percepción del personal que brinda atención.

El cuestionario especificó el objetivo del estudio, haciendo énfasis en que la información se manejaría de manera anónima, confidencial, y su uso sería exclusivamente con fines de estudio; se invitó a colaborar voluntariamente en la investigación, respondiendo el cuestionario.

La muestra fue seleccionada por conveniencia. En cuanto a los criterios de inclusión, participaron todas aquellas personas, profesionales de la salud o no, que brindaran algún tipo de intervención o tratamiento a mujeres con problemas de consumo de alcohol o drogas en los centros de atención en adicciones de instituciones gubernamentales y no gubernamentales distribuidos en la República Mexicana, con modalidades de atención ambulatoria, residencial y mixta, de acuerdo con la NOM-028-SSA2-2009.

Se seleccionaron principalmente centros de atención de instituciones gubernamentales, dado que se trata de un estudio orientado a la formulación de políticas públicas en género y adicciones; aunque también participaron algunas organizaciones sociales que cumplieron con los criterios de inclusión.

Se estableció contacto para solicitar la participación en este estudio de los/las profesionales de la salud de los Consejos Estatales contra las Adicciones, los Centros Nueva Vida¹⁷ (CNV) y los Centros de Integración Juvenil (CIJ)¹⁸, debido a que estas instituciones gubernamentales cuentan con una red de establecimientos especializados en atención de adicciones a lo largo del país. En algunas instituciones el cuestionario se aplicó personalmente, en otras se remitió vía correo electrónico o mensajería, durante los meses de septiembre a diciembre de 2009.

Las respuestas fueron codificadas, capturadas y procesadas en una base de datos y el análisis estadístico se hizo con el programa Stata (versión 10.1). Se realizó un análisis exploratorio de las variables incluidas en el estudio, reportando medidas de tendencia central y dispersión en variables continuas y frecuencias absolutas y relativas en variables ordinales, nominales o

¹⁷ Los Centros Nueva Vida (CNV) conforman una red de centros en todo el país. Sus funciones son: Detección temprana, intervenciones breves en adicciones, consejería, terapia individual y familiar, prevención de recaídas y canalización de casos para la atención de problemas de consumo de alcohol y drogas. La atención se ofrece mediante servicio ambulatorio y es proporcionada por médicos generales, psicólogos y trabajadores sociales.

¹⁸ Los CIJ cuentan con una red de 110 centros de prevención y tratamiento. Los objetivos de tratamiento son: Reducir o suprimir el uso de sustancias tóxicas, incluyendo alcohol y tabaco, impedir la evolución de la enfermedad adictiva, identificar y tratar los padecimientos asociados e impulsar la rehabilitación y la reinserción social. La atención se ofrece mediante servicio ambulatorio, servicio de hospitalización, a través de unidades de internamiento, y de una clínica de atención a heroínómanos. Los servicios de tratamiento son proporcionados por profesionales de la salud mental (médicos generales, psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales y enfermeros).

categorías. También se realizó un análisis bivariado de cada una de las variables de estudio, Chi cuadrada para las variables ordinales, nominales o categorías.

Resultados

Características de los profesionales de la salud

El cuestionario fue respondido por 500 personas, 173 (34.6%) hombres y 327 (65.45%) mujeres con una edad promedio de 35.3 años; cuya escolaridad fue: 317 (63.4%) con nivel de licenciatura, 137 (27.4%) habían cursado diferentes tipos de posgrado, 34 (6.8%) con nivel técnico, 10 (2%) licenciatura incompleta y sólo dos (0.4%) con primaria, secundaria o preparatoria incompleta, respectivamente (tabla 1).

Por profesiones se distribuyeron como sigue: 288 (57.6%) psicólogos/as, 63 (12.6%) médicos/as, 59 (11.8%) trabajadores/as sociales, 45 (9%) psiquiatras y 31 (6.2%) enfermeros/as (tabla 2).

Tabla 1. Escolaridad

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
Primaria	1	0.2
Secundaria	1	0.2
Preparatoria o Técnico	34	6.8
Universidad no terminada	10	2
Licenciatura	317	63.4
Posgrado	137	27.4

Tabla 2. Distribución de las profesiones del personal de centros de atención

Profesión	Frecuencia	Porcentaje
Psicología	288	57.6
Medicina	63	12.6
Trabajo Social	59	11.8
Psiquiatría	45	9
Enfermería	31	6.2
No aplica	14	2.8

En cuanto a su experiencia profesional previa en otros centros de atención en adicciones, 19 (8.2%) manifestaron no contar con experiencia previa, el resto había laborado en diferentes organizaciones gubernamentales, sociales o privadas, siendo la más frecuente (19%) en Centros de Integración Juvenil.

Características de los centros de atención

Los cuestionarios contestados procedieron de 95 municipios pertenecientes a 30 entidades federativas, correspondiendo 366 (73.20%) a la zona centro, 89 (17.80%) a la zona norte, y 45 (9%) a la zona sur del país. Las entidades de las que no se obtuvo respuesta fueron Tabasco y Oaxaca.

La zona centro, en la que se encuentra el Distrito Federal, es la que tiene un mayor número de organizaciones, dado que una parte importante de instituciones gubernamentales y sociales están localizadas en la Ciudad de México.

El cuestionario fue contestado por 469 (93.8%) personas de organizaciones gubernamentales, 28 (5.6%) de sociales y 3 (0.6%) de privadas.

El tipo de servicio que ofrecen estas organizaciones es el siguiente: 414 (82.8%) ambulatorio, 66 (13.2%) residencial, 13 (2.6%) comunidades terapéuticas y 7 (1.4%) clínica para atención a usuarios de heroína (Ciudad Juárez).

De los/las participantes en el estudio, 483 (96.6%) manifestaron brindar atención a mujeres con problemas de consumo de alcohol y 412 (82.4%) proporcionan atención a usuarias de drogas.

Necesidades de capacitación

En cuanto a la capacitación, sólo 113 (22.6%) manifestaron haber recibido algún tipo de capacitación (curso, taller) en temas de género o de mujeres y adicciones; y 95 (19%) indicaron que conocían algún programa de intervención para mujeres. Al referirse a la capacitación específica en género, manifestaron que la capacitación recibida se ha enfocado en aspectos teóricos o conceptuales sobre género, y plantean que la capacitación requerida en género debe enfocarse en la intervención.

Respecto a las necesidades de capacitación identificadas, las más frecuentes fueron: tratamiento integral de adicciones dirigido a mujeres con perspectiva de género, intervenciones psicosociales, comorbilidad —ansiedad, estrés, depresión, trastornos por estrés postraumático, trastornos de la conducta alimentaria—, género y adicciones, violencia de género y adicciones, efectos y consecuencias de sustancias psicoactivas, factores de riesgo biológicos, psicosociales y culturales, tratamiento e intervenciones para consumidoras de alcohol, embarazo y adicciones. También destacan intervenciones para las adolescentes y jóvenes, así como intervenciones para grupos vulnerables (en situación de calle, prostitutas y mujeres en prisión) (tabla 3).

Tabla 3. Necesidades de capacitación del personal

Temas	Frecuencia
Tratamiento integral de adicciones para mujeres	158
Intervenciones psicosociales (psicoeducativas, breves, TCC, sistémica, grupal, entrevista motivacional)	135
Comorbilidad (depresión, estrés, ansiedad, TEPT, TCA)	104
Género y adicciones	96
Violencia y adicciones	85
Efectos y consecuencias de consumo de alcohol en mujeres	76
Tratamiento farmacológicos	68
Consecuencias médicas y psicológicas de uso de sustancias	62
Tratamiento para mujeres con problemas de consumo de alcohol	59
Detección y diagnóstico	56
Intervenciones para adolescentes y jóvenes	54
Efectos y consecuencias de uso de drogas en mujeres	50
Salud mental	47
Embarazo y adicciones	45
Factores de riesgo biológicos y psicológicos en mujeres	40
Intervenciones para grupos vulnerables (reducción de daño, intervenciones comunitarias)	37
Consecuencias sociales y culturales de uso de sustancias	34
Tratamiento para usuarias de drogas ilegales	33
Rehabilitación y reinserción social	31
Factores de riesgo sociales y culturales en mujeres	26
Tratamiento para fumadoras	16

Necesidad de programas de atención para mujeres

Del total de los participantes, 134 (26.8%) respondieron que en las instituciones donde laboran se cuenta con algún programa de atención para mujeres o que los programas, aunque se aplican indistintamente a hombres y mujeres, son sensibles al género. Sin embargo, 450 (90.9%) expresaron que sí hay necesidad de que los centros de atención cuenten con un programa específico con perspectiva de género para mujeres con problemas de adicciones. Las justificaciones se basaron en las diferencias biológicas, psicológicas y socioculturales, lo mismo que en el aumento del consumo de sustancias en las mujeres.

Impedimentos en el ámbito personal, institucional y comunitario

Los impedimentos manifestados por los participantes en el estudio para trabajar en la atención de mujeres con problemas de alcohol o drogas están estructurados en el ámbito personal, institucional y comunitario.

Los impedimentos personales se distribuyeron de la siguiente forma: 253 (68.8%) manifestaron que el mayor impedimento es la falta de capacitación específica en intervenciones o tratamiento para mujeres con perspectiva de género, 23 (6%) la falta de tiempo, 16 (4.1%) prejuicio y discriminación, y 12 (3.1%) el trato clínico de usuarias, entre otros.

Los impedimentos de tipo institucional que los participantes mencionaron con mayor frecuencia son: 185 (30%) falta de programas específicos para la intervención con enfoque de género para mujeres, 92 (15%) falta de coordinación interinstitucional para apoyar la canalización, 56 (9%) falta de infraestructura (espacio) principalmente para el trabajo terapéutico grupal con mujeres, 45 (7.5%) falta de personal capacitado para brindar una atención integral, 41 (6.6%) falta de apoyo para capacitación —en este punto refirieron la falta de un programa de capacitación o actualización institucional o bien la falta de oportunidades para participar en actividades de capacitación—, 28 (4.5%) falta de recursos económicos de los centros, 25 (4%) falta de herramientas para la intervención, 24 (3.8%) falta de difusión y promoción de los programas y centros de atención; el resto de impedimentos representaron menos del 2% cada uno.

Asimismo, 159 (33.4%) participantes en este estudio identificaron algunos impedimentos comunitarios para brindar atención a mujeres, entre otros: 42 (26%) estigmatización social, y 20 (12.3%) aspectos culturales.

Trato clínico de usuarias

En cuanto a los sentimientos que en el personal de salud despierta el trato clínico con mujeres que solicitan tratamiento en adicciones; los resultados indican que la frecuencia de los sentimientos positivos fueron: empatía (154), interés (73), ayuda (70), solidaridad (65), compromiso (63), y respeto (62). Mientras que los sentimientos negativos se distribuyeron de la siguiente forma: tristeza (131), preocupación (94), impotencia (91), enojo (73) y frustración (61) (tabla 4).

Tabla 4. Sentimientos del personal que brinda atención a mujeres

Positivos (N=1056)	Frecuencia	Negativos (N=674)	Frecuencia
Empatía	154	Tristeza	131
Interés	73	Preocupación	94
Ayuda	70	Impotencia	91
Solidaridad	65	Enojo	73
Compromiso	63	Frustración	61
Respeto	62	Coraje	28
Compasión	59	Angustia	23
Apoyo	56	Indiferencia	21
Comprensión	54	Ansiedad	16
Alegría	44	Desesperación	16

Barreras a tratamiento

Las barreras a tratamiento de las mujeres, desde la percepción del personal de salud de los centros de atención gubernamentales y no gubernamentales, se agruparon como sigue:

Barreras personales. Entre las más frecuentes están: la vergüenza y culpa, y le siguieron, la negación del problema y resistencia a abandonar el consumo, miedo a ser rechazada y juzgada, los roles sociales, y la falta de conciencia de la enfermedad.

Barreras interpersonales. Entre las más frecuentes se encuentran: falta de apoyo familiar y de la pareja, el miedo a perder a la pareja y a los/as hijos/as, y el miedo a las represalias y la violencia.

Entre las *barreras sociales*, la más frecuente fue la estigmatización y le siguieron los problemas económicos, los problemas sociales y culturales y la discriminación.

Barreras estructurales y de programa. Entre las más importantes aparecen la falta de información y orientación, el desconocimiento de programas y servicios de atención, la falta de centros de tratamiento y de horarios flexibles, la desconfianza de recibir el tratamiento adecuado a sus necesidades, así como las experiencias negativas previas.

Finalmente, en el análisis bivariado se encontraron diferencias estadísticamente significativas: en la instituciones que cuentan con programas específicos para mujeres predominan las OSC, comparadas con las gubernamentales (67.8% vs. 24.5% $p < 0.000$); al igual que estas instituciones (OSC), los/las trabajadores/as cuentan con el antecedente de haber recibido capacitación en atención de mujeres usuarias de drogas comparados con las instituciones gubernamentales (42.8% vs. 21.3%. $p = 0.02$); esta misma relación de las instituciones se observa en los conocimientos de programas de intervención específico para mujeres (46.4% vs. 17.2%. $p = 0.001$). La identificación de impedimentos comunitarios para dar atención oportuna a las mujeres usuarias se reportó con mayor frecuencia en los profesionales que laboran en instituciones OSC comparados con los gubernamentales (56% vs. 32.1. $p = 0.04$).

Tabla 5. Barreras a tratamiento según la percepción del profesional de la salud

	Frecuencia
Barreras personales	
Vergüenza y culpa	157
Negación de adicción (no aceptar el problema, ocultarlo o minimizarlo)	120
Miedo a ser criticada, juzgada y rechazada	85
Resistencia abandonar consumo o falta de motivación al cambio	80
Roles sociales (ser casadas, cuidadoras, soporte del hogar, madres solteras)	70
Falta de sensibilización y conciencia de enfermedad	54
Bajo nivel educativo	32
Baja autoestima	24
Barreras interpersonales	
Falta apoyo familiar	119
Falta de apoyo de pareja (control de pareja, celotipia, pareja consumidora, prohibición de tratamiento)	75
Miedo a represalias (amenazas de pareja, familia, sociedad)	44
Miedo a perder pareja o hijos	37
Violencia de género	34
Repercusiones sociales	25
Barreras sociales	
Estigmatización	166
Problemas económicos	106
Problemas sociales y culturales	56
Discriminación	47
Barreras estructurales y de programas	
Falta de información y orientación	90
Desconocimiento de programas y servicios de atención	88
Falta centros de atención y programas de tratamiento	66
Falta de horarios flexibles en servicios	40
Desconfianza en programas y servicios de atención	27
Experiencias negativas previas (mal trato en centros)	19
Costos de tratamiento	17
Falta de guarderías en servicios de atención	7

Discusión

Los centros de atención de organizaciones gubernamentales y no gubernamentales cuentan con profesionales de la salud (psiquiatras, médicos/as, psicólogos/as, trabajadores/as sociales y enfermeras/os) con niveles de licenciatura y de posgrado, cuyo perfil es apropiado para el aprendizaje de intervenciones con perspectiva de género para mujeres con adicciones, lo que puede mejorar la calidad y la efectividad de atención que se podría brindar en un entorno multidisciplinario para favorecer la atención integral de las mujeres con problemas de consumo de alcohol y drogas.

Las necesidades para las intervenciones con perspectiva de género dirigidas a mujeres se enfocaron en la capacitación en temas específicos, así como en la importancia de contar con herramientas y materiales de apoyo para la formación en las tareas clave que implica el proceso terapéutico.

Los temas de capacitación identificados con mayor frecuencia fueron: tratamiento integral de adicciones dirigido a mujeres con perspectiva de género, intervenciones psicosociales, comorbilidad —ansiedad, estrés, depresión, trastornos por estrés postraumático, trastornos de la conducta alimentaria—, género y adicciones, violencia de género y adicciones, efectos y consecuencias médicas y psicológicas del consumo de sustancias psicoactivas, factores de riesgo biológicos, psicosociales y culturales, tratamiento e intervenciones breves para consumidoras de alcohol, embarazo y adicciones, así como intervenciones tanto para jóvenes como para grupos vulnerables (adolescentes en situación de calle, prostitutas y mujeres en prisión).

Entre las herramientas y materiales de apoyo para la formación y la intervención se mencionan los protocolos, guías clínicas, mejores prácticas y manuales. Las tareas clave que conlleva la intervención integral de las mujeres con adicciones y que requieren capacitación y de herramientas son: Detección, diagnóstico, desintoxicación, tratamiento, recaídas, canalización, rehabilitación y reinserción social.

Los temas de capacitación identificados son muy similares a las necesidades identificadas en una evaluación de necesidades de capacitación del personal de salud que se llevó a cabo en Yukon, Canadá, dado que las necesidades identificadas fueron: diferencias de sexo y de género en el uso de sustancias; servicios de tratamiento diseñados para mujeres, violencia y problemas de salud mental experimentados más comúnmente por mujeres, así como habilidades para prevención, reducción de daño, embarazo, síndrome fetal alcohólico, consejería para mujeres, sensibilidad de género y habilidades para proporcionar apoyo familiar (Poole, 2008).

La capacitación en perspectiva de género es planteada como una necesidad enfocada hacia las intervenciones en la práctica clínica y no sólo en aspectos conceptuales, esto es, la capacitación se debe centrar en entender cuáles son las diferencias y necesidades de género asociadas al consumo de sustancias de las mujeres y cuáles son las intervenciones clínicas que pueden responder a las necesidades de esta población. Esto es consistente con los hallazgos de la investigación en necesidades de capacitación de profesionales de la salud para el tratamiento de abuso de sustancias que indican que la capacitación debe estar enfocada en la práctica clínica, con el propósito de aumentar la confianza y las competencias del profesional de la salud para mejorar la atención de la usuaria (Colin, Keaney, Best, Harris, 2005).

Este planteamiento implica entender lo que la investigación básica, clínica y psicosocial que se ha realizado durante la última década está empezando a mostrar, por ejemplo: las diferencias de

género en los factores biológicos asociados al consumo de drogas, en las conductas de consumo de drogas, en las trayectorias y los determinantes de inicio y mantenimiento del consumo de sustancias, así como en los factores biológicos, neuroquímicos y genéticos que subyacen a la dependencia de drogas y la vulnerabilidad.

Asimismo en los estudios que se están realizando sobre diferencias de género en los factores psicosociales que aumentan el riesgo de uso en edades tempranas, como el estrés y la falta de estrategias de afrontamiento, la autoestima, la identidad sexual, el rol social y los problemas socioeconómicos. Lo mismo que los estudios de la familia que examinan la transmisión intergeneracional y la genética de abuso de sustancias desde la perspectiva de género.¹⁹

Muchos de estos estudios los está patrocinando NIDA,²⁰ por ejemplo, un estudio sobre las respuestas de hombres y mujeres expuestos a cocaína y alcohol, realizado por la Universidad de Virginia, que partió de la observación de que se consume frecuentemente alcohol y cocaína de manera simultánea y el interés de entender a qué se debía esta combinación y si los efectos eran diferentes en hombres y mujeres.²¹

El estudio mostró que las mujeres registran una gran sensación de bienestar físico y mental después de consumir cocaína, así como mayor frecuencia cardíaca después de la ingesta de alcohol. Los investigadores indicaron que aunque es imposible predecir exactamente cómo los sentimientos de bienestar pueden influir en el uso de la droga, estos sí pueden aumentar el riesgo de toxicidad. Este hallazgo, aunado a datos que indican que la cocaína es la droga ilícita más frecuentemente reportada en decesos femeninos, destaca la importancia de realizar mayores esfuerzos para que las mujeres acudan a tratamiento y de explorar cuáles modalidades terapéuticas pueden ser más efectivas. La doctora Wetherington, del NIDA, aseguró que ese hallazgo confirmaba los resultados de investigaciones realizadas con animales que muestran que las ratas hembras presentan mayores niveles de motivación para la autoadministración de cocaína, comparadas con las ratas macho, y que también pueden ser más susceptibles a los efectos reforzadores de la droga.

Los estudios también examinan las diferencias de género en la coexistencia de abuso de drogas con trastornos psiquiátricos, especialmente depresión, trastorno de estrés postraumático, la ansiedad, trastornos de la conducta alimentaria, trastorno de personalidad.

Como necesidades, también se identifica el desarrollo de actitudes para el trato clínico con las mujeres enfocadas en el manejo de la agresividad y la sensualidad de las mujeres en tratamiento.

La investigación también indica 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.

En cuanto a las formas de adoptar la perspectiva de género, los/las profesionales de la salud plantean necesidades que van desde contar con un programa específico de intervención para mujeres con problemas de alcohol o drogas y disponer de información, bibliografía y material especializado (manuales, guías), hasta contar con algoritmos, pautas o protocolos para la intervención en mujeres.

¹⁹ Overview of nida Research on Women's Health and Sex/Gender Differences.

<http://www.drugabuse.gov/whgd/WHGDIntro.html>

²⁰ National Institute on Drug Abuse (NIDA).

²¹ Se trató de un estudio doble ciego en el que participaron 8 mujeres y 9 hombres adictos a cocaína y alcohol, en el que se monitoreó el estado fisiológico y el psicológico durante y después de la administración de las drogas.

También se hace evidente la necesidad de contar con modelos de intervenciones basados en la evidencia de amplia cobertura y de alta calidad para enfocar acciones de prevención, detección y tratamiento dirigidas a las mujeres en sus diferentes etapas de la vida y con perspectiva de género que ofrezcan nuevas alternativas para la atención temprana de mujeres en riesgo o con problemas de consumo de sustancias.

Es importante observar, sin embargo, que las necesidades de capacitación varían de acuerdo con el tipo de centros de atención y el perfil del profesional de la salud. En el caso de los Centros Nueva Vida, indican que la población que atienden son jóvenes experimentadores/as, por lo tanto es importante tomar en cuenta estas limitaciones en el programa de capacitación.

Propuesta de capacitación con enfoque de competencias

Con base en los resultados del estudio exploratorio, que toma en cuenta necesidades de capacitación, impedimentos personales e institucionales y barreras a tratamiento, se presenta la propuesta de capacitación para la intervención en mujeres con adicciones.

Se propone un modelo psicopedagógico de capacitación en intervenciones en mujeres con perspectiva de género y basado en el desarrollo de competencias, dado que implica la adquisición de conocimiento, el desarrollo de habilidades y la generación de actitudes que los/las profesionales de la salud necesitan para la realización de un conjunto de tareas que requiere la atención de mujeres con problemas de alcohol o drogas en contextos sociales específicos.

En el campo de las adicciones, el enfoque de competencias se ha utilizado por Centro para el Tratamiento del Abuso de Sustancias (CSAT, por sus siglas en inglés, Center for Substance Abuse Treatment) de SAMHSA, tanto para la capacitación, como para la elaboración de guías para el tratamiento profesional de trastornos por uso de sustancias, que se ha reconocido como una práctica multidisciplinaria y compleja que requiere apoyarse en la literatura científica y teórica que se actualiza permanentemente (SAMHSA, 2007).

Marco conceptual de la competencia

Las competencias pueden abordarse desde el ámbito laboral o el educativo. En el ámbito laboral, para la Organización Internacional del Trabajo (OIT) la competencia abarca los conocimientos, las aptitudes profesionales y el saber hacer que se dominan y aplican en un contexto específico (OIT, 2005).

En el ámbito educativo, para Gonczi (1997) la competencia de las personas se deriva del dominio de una serie de atributos, que son conocimiento, habilidades y actitudes que se utilizan en diversas combinaciones para llevar a cabo tareas en una profesión. Por su parte, Miklos (2004) define la competencia como el conjunto de conocimientos, habilidades, destrezas y actitudes que aseguran a una persona el poder realizar un trabajo y producir un objeto o un servicio que cumpla con la calidad, las reglas y las normas establecidas.

En congruencia con el marco conceptual de la competencia, este modelo de capacitación que se propone está conformado por tres elementos: atributos (conocimientos, habilidades y actitudes), tareas clave y su contexto de aplicación, cuya naturaleza es relacional y holística (diagrama 1).

Atributos

Los atributos se integran por los *conocimientos* específicos que exige la práctica profesional, por las *habilidades* intelectuales, sociales y procedimentales que permiten la práctica del conocimiento y por las *actitudes*, que son los juicios evaluativos sustentados en creencias que llevan a responder de manera consistente respecto a un objeto específico (Gonczi, 1997).

En los atributos, el *conocimiento* es un saber que es declarativo, conceptual, tanto teórico como técnico; el saber también es adquirido por la experiencia o la exposición a un nuevo modelo o programa. El saber hacer, las *habilidades*, constituye el dominio de métodos y técnicas, es de tipo práctico, procedimental, porque está basado en la realización de distintas actividades intelectuales y de procedimiento, es el saber que se requiere para la ejecución de procedimientos, estrategias y técnicas; en este caso la aplicación de modelos de intervención. El saber ser, que involucra las *actitudes con respecto a un objeto*, esto es, el modelo de intervención; actitudes en torno al contexto de aplicación (mujeres con problemas de consumo de alcohol y drogas); actitudes, en este caso, desde la perspectiva del profesional de la salud (Miklos, 2004; Fuentes, 2006).

Tareas

Las tareas clave se determinan de acuerdo con el contexto y la naturaleza de las profesiones o la actividad profesional y pueden agruparse en servicios, actividades, productos y objetos. En este caso, son las tareas clave que implica la intervención.

Contexto

El *contexto* constituye el entorno que debe tomarse en cuenta para el desempeño de una tarea que se realiza mediante diversas combinaciones de atributos —conocimientos, habilidades y actitudes— para la aplicación de intervenciones específicas (Gonczi, 1997; Fuentes, 2006).

El *contexto* en el que los/las profesionales de la salud realizarán las tareas clave —detección, diagnóstico, desintoxicación, tratamiento, manejo de recaídas, rehabilitación, canalización— son los centros de atención gubernamentales y no gubernamentales distribuidos a lo largo del país.

Modelo de capacitación basado en la evidencia

Objetivo

Capacitar recursos humanos en intervención o tratamiento para mujeres con problemas de consumo de alcohol o drogas con enfoque de género con el fin de apoyar el desarrollo de competencias —conocimientos, habilidades y actitudes— del personal de los centros de atención gubernamentales y no gubernamentales.

Componentes del modelo

Este modelo de capacitación basado en competencias tiene tres componentes:

- A.** El desarrollo de programas de capacitación basados en la evidencia y con un enfoque de competencias integradas por conocimientos, habilidades y actitudes; las tareas clave que se han identificado en la intervención y el contexto de aplicación.

Conocimientos, habilidades y actitudes para la atención de las mujeres tanto en los problemas de consumo de drogas legales (alcohol y tabaco) como de drogas ilegales (mariguana, cocaína, inhalables, heroína, metanfetaminas) y de drogas médicas, sin prescripción. Así como la comorbilidad asociada al consumo de sustancias, por ejemplo, ansiedad, depresión, estrés, trastorno por estrés postraumático, TDAH, trastornos de la alimentación. Además de otras problemáticas específicas como embarazo y adicciones y problemas de violencia de género (sexual, psicológica y física).

Las actitudes a formar estarán orientadas a abordar el manejo de agresividad y de sensualidad de la paciente, como problemas de discriminación, estigmatización; además de la formación de actitudes que requiere el trato clínico en las tareas clave de detección, diagnóstico, intervención y tratamiento.

En este modelo, las tareas clave son: detección, diagnóstico, desintoxicación, tratamiento, la atención de recaídas, rehabilitación y canalización. Así como la implementación de otras intervenciones comunitarias o de reducción de daño para grupos específicos.

El contexto en el que aplicarán las tareas, basadas en los conocimientos, habilidades y actitudes serán los centros de atención, cuyo alcance incluye a las mujeres, sus familias y la comunidad a las que pertenecen.

- B.** El desarrollo de herramientas para apoyar la intervención (protocolos, algoritmos, guías clínicas; manuales, mejores prácticas y sesiones bibliográficas).
- C.** El desarrollo de programas integrales de intervención para mujeres con perspectiva de género, y de estrategias de sensibilización, orientación e información para las mujeres, sus familias y la comunidad, así como el fortalecimiento de redes interinstitucionales para apoyar la intervención.

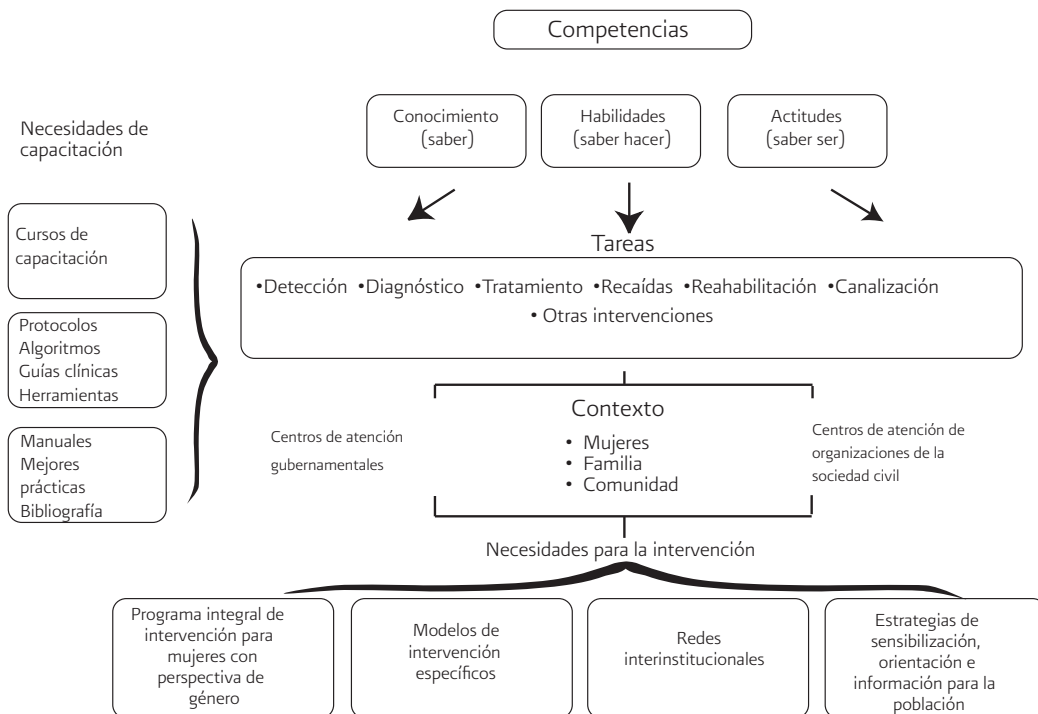


Diagrama 1. Modelo de capacitación en intervenciones en mujeres con perspectiva de género, basado en la evidencia

Desarrollo de programas de capacitación

Los programas de formación de profesionales de la salud en intervenciones selectivas con enfoque de género deben estar basados en la evidencia, como lo recomiendan los organismos internacionales.

El desarrollo de cursos de capacitación implica un proceso de traducción del conocimiento para generar vehículos de transferencia de conocimiento, con contenido suficiente para aplicar, lenguaje sencillo de comprender, instrumentos fáciles de usar y medios versátiles para su acceso y diseminación.²²

Los cursos de capacitación deben estar basados en un modelo psicopedagógico con un enfoque de competencias, centrado en el participante como eje de aprendizaje y orientado a la generación del saber (conocimiento), el saber hacer (habilidades) y saber ser (actitudes).

La construcción de estos cursos implica el desarrollo de los contenidos disciplinares y el proceso de adaptación pedagógica para facilitar el aprendizaje en intervenciones en adicciones. Esta etapa del proceso de enseñanza inicia con el diseño instruccional que conlleva la estructuración modular de los contenidos, la definición de objetivos, el diseño de actividades de aprendizaje individuales y colectivas, la determinación de los conocimientos, las habilidades y las actitudes

²² La diseminación es el proceso que sigue una innovación para migrar de su creación a su uso, con el propósito de lograr un cambio social.

que deben desarrollar los profesionales de la salud para aplicar las intervenciones, así como un sistema de evaluación de competencias que se adquieren durante la capacitación.

En este proceso también se lleva a cabo la evaluación pedagógica de contenidos de los modelos, mediante el análisis de suficiencia de contenidos en términos de profundidad y coherencia entre competencias, objetivos y actividades de aprendizaje con el fin de asegurar la calidad de aprendizaje, a través de los cursos de capacitación en intervenciones.

Este modelo de capacitación con enfoque de competencias permite la producción de cursos en modalidades presencial y en línea. La modalidad en línea conlleva la adaptación de los contenidos al medio tecnológico en una plataforma de aprendizaje para soportar la producción y administración de los cursos, usando las tecnologías que facilitan la comunicación y la interacción entre alumnos y tutores y favorecen el acompañamiento, la retroalimentación y la evaluación que requiere este proceso de aprendizaje.

En este modelo de capacitación intervienen coordinadores/as técnicos/as, profesores/as, tutores/as y estudiantes debido a que el proceso de capacitación conlleva tanto la participación activa de los/las alumnos/as, mediante la realización de actividades de aprendizaje, como el acompañamiento, la retroalimentación y la evaluación permanente de un/a profesor/a o tutor/a, quienes se comunican e interactúan usando las herramientas tecnológicas disponibles en la plataforma de aprendizaje.

Los/las tutores/as de cada curso deben tener competencias en los modelos de intervención, en el uso de la plataforma de aprendizaje y la experiencia de impartir el curso en esta modalidad.

De esta manera, los/las profesores/as o tutores/as propician la comunicación e interacción del grupo; brindan retroalimentación, orientación y acompañamiento a los/las participantes; dan seguimiento a las actividades de aprendizaje individuales y colectivas; recopilan evidencias de aprendizaje; y aplican instrumentos para evaluar el desarrollo de competencias del/a alumno/a.

Por su parte, el/la alumno/a podrá adquirir conocimientos, desarrollar habilidades y generar actitudes para aplicar intervención en adicciones para mujeres con perspectiva de género en diversos contextos. También realizan las actividades de aprendizaje programadas en el curso en línea interactuando con los/las tutores/as y alumnos/as del curso.

El uso de la tecnología para la formación de orientadores/as es aceptado y utilizado, por lo tanto constituye un medio que facilita el acceso al conocimiento, a la capacitación y a la intervención; asimismo favorece la extensión de la cobertura geográfica para beneficiar a mayores grupos de población.

Conclusiones y recomendaciones

- Capacitar recursos humanos de instituciones gubernamentales y en organizaciones de la sociedad civil del país, en intervenciones con enfoque de género para mujeres con adicciones.
- Apoyar el desarrollo de competencias (conocimientos, habilidades y actitudes) del personal en programas de intervención para mujeres con adicciones, problemas de comorbilidad y de violencia asociada en centros o servicios de atención a las adicciones.

- Apoyar la formación del personal en modelos de intervención en adicciones y salud mental, basados en evidencia para grupos específicos y que hayan sido evaluados para población mexicana.
- Facilitar el acceso a programas de capacitación que respondan a las necesidades de intervención con perspectiva de género para mujeres con problemas de consumo de alcohol o drogas.
- Establecer mecanismos para regular y avalar los programas de capacitación en intervenciones o tratamientos para mujeres con problemas de consumo de alcohol o drogas con enfoque de género y basados en la evidencia.
- Establecer mecanismos de coordinación que permitan fortalecer las redes interinstitucionales para apoyar tareas de detección, intervención y canalización para la atención de problemas asociados al consumo de drogas como son: comorbilidad, embarazo y adicciones y violencia de género que presentan más frecuentemente las mujeres.
- Desarrollar programas específicos para la intervención o tratamiento de mujeres con problemas de consumo de alcohol o drogas, con perspectiva de género, los cuales deben estar basados en la evidencia y responder tanto a las necesidades y diferencias biológicas, psicológicas, culturales y sociales de las mujeres en sus diferentes etapas de vida, como a su condición de consumo.
- Favorecer el desarrollo de protocolos, pautas y guías clínicas para apoyar la práctica clínica del profesional de la salud en el tratamiento y la intervención de mujeres con problemas de alcohol o drogas en centros de atención.
- Fomentar la generación de herramientas para la intervención en adicciones para mujeres, con enfoque de género, abarcando comorbilidad y violencia asociadas a problemas de adicciones.
- Desarrollar estrategias de sensibilización, orientación e información dirigidas a las mujeres, la familia y la comunidad respecto a que las adicciones en mujeres son un problema de salud pública que debe atenderse con el fin de reducir el estigma, orientar a las mujeres sobre los efectos que las sustancias psicoactivas tienen en su salud física y mental, informar a las mujeres sobre las alternativas de tratamiento y los centros de atención disponibles en los que puede solicitar ayuda, con el propósito de reducir las barreras para que las mujeres asistan a tratamiento.

Referencias

- Arañes C. y Marina P., Calidad asistencial y satisfacción de las mujeres en tratamiento por drogodependencias en Asturias. *Adicciones*, 2004; 16:81-90.
- Bride B.E., Adoption of effective interventions for substance-misusing women. *Subst Use Misuse*, 2008; 43: 1260-1261.
- Campbell C.I. y Alexander J.A., Health services for woman in outpatient substance abuse treatment. *Health Serv Res*, 2005; 40: 781-809.
- Colin O’Gara; Keaney F.; Best D. y Harris J., Substance misuse training among psychiatric doctors, psychiatric nurses, medical students and nursing students in a South London psychiatric teaching hospital. *Drugs: education, prevention and policy*, 2005; 4: 327-336.

- Dell C.A. y Roberts G., Research update: Training and professional development. In Alcohol use and pregnancy: an important Canadian public health and social issue. Ottawa: Public Health Agency of Canada, 2006.
- EMCDDA. Annual Report 2006; Selected issues. Luxembourg: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2006.
- Encuesta Nacional de Adicciones 2008*. México: Consejo Nacional contra las Adicciones, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, Instituto Nacional de Salud Pública, Secretaría de Salud, 2008.
- Fendrich M.; Hubbell A. y Lurigio A.J., Provider's perceptions of gender-specific drug treatment. *J Drug Issues*, 2006; 06: 667-686.
- Fuentes P., La necesidad de desarrollar competencias para utilizar las tecnologías de información. UNESCO. *Infolac*, 2006; 2: 6-7.
- Fuentes P.; Ruiz E. y Meza D., Modelo de educación a distancia basado en competencias para la formación en programas de intervención psicosocial. Memoria XXV Simposio Internacional de Computación en Educación, Redes Sociales para el Conocimiento. México: SOMECE, ILCE, 2009.
- Fuentes P., Modelo psicopedagógico para la formación de orientadores en modelos de intervención en adicciones. Memoria XII Conferencia Latinoamericana de Comunidades Terapéuticas. Veracruz, 2009.
- Greaves L. y Poole N., Overview of women's substance use. In: Highs and lows: Canadian perspectives on women and substance use. Toronto: British Columbia Centre of Excellence for Women's, Health and the Centre for Addiction and Mental Health, 2007.
- Goncz A., Problemas asociados con la implementación de la educación basada en la competencia: de lo atomístico a lo holístico. En: Formación basada en competencia laboral: situación actual y perspectivas. Montevideo, Uruguay: CINTERFOR, 1997.
- Gutiérrez R. y Vega L., Cómo prevenir y desalentar el consumo de sustancias en adolescentes, niños y niñas que subsisten en la calle. México: INP, Editorial Pax, 2008.
- Haug N.A.; Shopshire M.; Tajima B.; Gruber V. et al., Adoption of evidence-based practice among substance abuse treatment providers. *J Drug Educ*, 2008; 38: 181-192.
- Kunins H.; Gilbert, L.; Whyte-Etere, A.; Meissner P. et al., Substance abuse treatment staff perceptions of intimate partner victimization among female clients. *J Psychoactive Drugs*, 2007; 39: 251-257.
- Lara M.A.; Luna M.S. y Acevedo M., Ayudando a mujeres con depresión; Intervención Psicoeducativa. INP, Editorial Pax, 2009.
- Marcus M.T.; Brown R.L.; Straussner S.L.; Shoener E. et al., Creating change agents: a national substance abuse education project. *Subst Abuse*, 2005; 26: 5-16.
- Maslin J.; Graham H.L.; Cawley M.; Copello A. et al., Combined severe mental health and substance use problems: what are the training and support needs of staff working with this client group? *J Ment Health*, 2001; 10: 131-140.
- Matheson J.L., Women's issues with substance use, misuse, and addictions: one perspective. *Subst Use Misuse*, 2008; 43: 1274-1276.

- Miklos T., Siete estrategias de oro y un instrumento para construir la educación del futuro. México: Revista electrónica internacional *Prospectiva*, Construyendo Futuros (3). [Consultado el 17 de noviembre de 2009 en: http://ciid.politicas.unam.mx/semprospectiva/dinamicas/r_estudiosfuturo1/revista/numero%203/contenedor.html]
- Natera G.; Tiburcio M.; Mora J. y Orford J., Apoyando a familias que enfrentan el consumo de alcohol y drogas. México: INP, Editorial Pax, 2008.
- NIDA. Las drogas, el cerebro y el comportamiento: la ciencia de la adicción. EUA: National Institute on Drug Abuse, 2008.
- Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009 para la prevención, tratamiento y control de las adicciones. México: DOF, 2009.
- OIT. Recomendación 195 sobre el desarrollo de recursos humanos: educación, formación y aprendizaje permanente. Ginebra: Organización Internacional del Trabajo, 2005.
- OMS. Política de la OMS en materia de género. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2002.
- OMS. Programa de acción para superar las brechas en salud mental: Mejora y ampliación de la atención de los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2008.
- OMS. Comité de Expertos de la oms en Problemas Relacionados con el Consumo de Alcohol. Segundo Informe. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2007.
- OMS. Estrategia para incorporar el análisis y las acciones de género en las actividades de la Organización Mundial de la Salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2009.
- ONUDD. Principles of drug dependence treatment. Discussion Paper. Viena: Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, World Health Organization, 2008.
- ONUDD. Tratamiento del abuso de sustancias y atención para la mujer: Estudios monográficos y experiencia adquirida. Viena: Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, 2005.
- OPS. Alcohol, género, cultura y daños en las Américas: reporte final del estudio multicéntrico OPS. Washington, D.C: Organización Panamericana de la Salud, 2007.
- Poole N. y Colleen A., Girls, women and substance abuse. Ottawa: Canadian Centre on Substance Abuse (CCSA), 2005.
- Poole N. y Hanson G., Improving treatment and support for Yukon girls and women with substance use problems and addictions. Government of Yukon, 2008.
- Real T.; Gutiérrez R.; Fuentes P. y Robles R., Uso y abuso de alcohol: Definición, epidemiología y tratamiento. En: Medina-Mora, M.E.; Robles, R. y Cortina, D. (eds.). Evaluación de políticas públicas para el control del abuso de alcohol en México. México: Instituto Nacional de Psiquiatría, 2009.
- Rodríguez E., Prostitución y Drogas; intervención para la reducción del daño. México: INP, Fundación Gonzalo Río Arronte, 2007.
- Romero M. y Durand A., Mujeres, prisión y drogas; intervención desde la perspectiva de género y la reducción del daño. México: INP, Fundación Río Arronte, 2007.
- SAMHSA. Addiction counseling competencies: The Knowledge, skills, and Attitudes of Professional Practice. Rockville: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2007.

- Tiburcio M.; Carreño S.; Martínez K.; Echeverría L. y Ruiz E., Cómo reducir el consumo de sustancias con intervenciones breves. México: INP, Editorial Pax, 2008.
- Tomás-Dols S., *et al.*, Género y barreras de accesibilidad al tratamiento en pacientes adictos al alcohol de la Comunidad Valenciana. *Adicciones*, 2007; 19: 169-178.
- Villatoro J.; Gutiérrez M.L.; Quiroz N.; Moreno M.; Gaytán L.; Amador N. y Medina-Mora M.E., Encuesta de estudiantes de la Ciudad de México 2006. Prevalencias y evolución del consumo de drogas. *Salud Mental*, 2009; 32: 287-297.
- Wechsberg W.M.; Luseno W. y Middlesteadt E., Reaching women substance abuser in diverse settings: stigma and access to treatment 30 years later. *Subst Use Misuse*, 2008; 43: 1277-1279.
- Weisner C., Substance misuse: what place for women-only treatment programs. *Addiction*, 2005; 100: 7-8.

V. CONCLUSIÓN GENERAL

La Declaración Internacional de Derechos Humanos establece los principios de igualdad y no discriminación respecto al goce de los derechos humanos y libertades fundamentales. En particular, la Convención para la Eliminación de todas las formas de discriminación en contra de la mujer (CEDAW), fue adoptada en 1979 por la Asamblea General de las Naciones Unidas y es uno de los documentos más importantes de los derechos humanos para mujeres y niñas. Está legalmente aceptada por las partes firmantes, define la discriminación en contra de la mujer y plantea una agenda para acciones nacionales a tomarse en cuenta para asegurar la igualdad de género. El artículo 12 de la CEDAW, en particular, se refiere a la salud, a proveer cuidado materno y planeación familiar, así como también el acceso total a los servicios de salud, independientemente de la condición de salud (WHO, 2010).

El sistema de salud tiene un papel fundamental al asegurar que el instrumento de la CEDAW y otras normas, instrumentos y principios de derechos humanos sean respetados y satisfechos a través de intervenciones clave. El progreso puede impedirse por vacíos legales, regulatorios o políticos, así como también por barreras que existen tanto dentro como fuera del sector salud.

El progreso no puede ser sostenible si las tareas para asegurar y ofrecer dichos servicios por parte de los hacedores de políticas, los proveedores en salud y otros actores sociales no se reflejan adecuadamente en las leyes; no se conocen estas leyes si no son claras (WHO, 2010).

Por lo tanto, como conclusión general se propone que las acciones que se tomen para favorecer el tratamiento y la atención de mujeres consideren:

- Políticas regulatorias, que tornen obligatorio proveer el servicio a las mujeres en el mismo grado en que es ofrecido a los hombres, sin ningún tipo de discriminación por orientación sexual, edad, origen étnico, estado civil, nivel socioeconómico, embarazo, ocupación, religión o discapacidad.
- Políticas distributivas, que favorezcan el acceso y proveer atención a grupos en desventaja dentro del grupo de mujeres, como mujeres embarazadas e indígenas.
- Políticas redistributivas, que reasignen financiamiento a programas de salud mental y adicciones de mujeres.
- Capitalización, para favorecer que los programas ya existentes, brinden apoyo a las mujeres.
- Políticas éticas, que implican que el logro de las políticas anteriores se base en el bienestar, la equidad, la responsabilidad, la justicia y los derechos humanos.

EDITORES Y AUTORES

Editores

Martha P. Romero Mendoza

Estudió la Licenciatura en Psicología Clínica en la Universidad Iberoamericana, obteniendo el grado en 1979. Posteriormente estudió la Maestría en Psicología Clínica en la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México, obteniendo el grado en 1985. Cursó el Doctorado en Antropología en el Instituto de Investigaciones Antropológicas de la UNAM, obteniendo el grado con mención honorífica en 1998. Medalla Alfonso Caso 1998 por la Facultad de Filosofía y Letras. Ha desempeñado diversos trabajos: psicóloga clínica, de 1979 a 1982, en el Centro Nacional de Medicina de Aviación; posteriormente en la Dirección General de Extensión Académica de la UNAM, rectoría de 1983 a 1985 a cargo del Programa de convenios con instituciones gubernamentales y privadas para la extensión académica. A partir de 1985 ingresa al Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, en la Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Sociales, participando en proyectos multinacionales coordinados por la Organización Mundial de la Salud de investigación en adicciones. Profesora de la Facultad de Medicina desde 1985. En la actualidad imparte la materia “Metodología cualitativa”, de la Maestría en Salud Pública con área de especialidad en salud mental. Ex profesora de la Universidad Iberoamericana. Es asesora de la Organización Mundial de la Salud en el Comité sobre Políticas y Consumo de Alcohol y forma parte del Grupo Internacional de Investigación sobre Género, Cultura y Alcohol (GENACIS), coordinado por la OMS, Universidad de Berlín y Universidad de North Dakota, Estados Unidos. Mantiene un convenio de colaboración con el Hospital General de México para la asesoría e investigación en enfermedades reumáticas con un enfoque cualitativo. Tiene 117 publicaciones (68 artículos nacionales, 16 internacionales, 15 capítulos de libros nacionales, 9 capítulos de libros internacionales, 7 informes técnicos,) además de 4 libros y 5 artículos de divulgación. Fue candidata a investigadora nacional en el SNI de 1990 a 1994 y en la actualidad es Investigadora Nacional Nivel II.

María Elena Medina-Mora Icaza.

Doctora en Psicología Social por la Universidad Nacional Autónoma de México. Es miembro de El Colegio Nacional. Actualmente ocupa el puesto de directora general del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. Es miembro de la Junta de Gobierno de la UNAM desde 2003. Es Investigadora Nacional Nivel III. Forma parte de la Academia Mexicana de Ciencias, es socio titular de la Academia Nacional de Medicina y miembro del Colegio Nacional de Psicólogos. Entre otros reconocimientos, recibió el Premio Nacional de Salud Pública “Gerardo Varela”, National Award of Excellence in Research by a Senior Investigator, otorgado por el National Hispanic Science Network on Drug Abuse. Doctora Honoris Causa

de la Universidad Autónoma de Nuevo León y Provost Distinguish International Schollar de la Penn State University. Miembro del Panel de Expertos Asesores de la Organización Mundial de la Salud en las áreas de Dependencia de Drogas y Problemas Relacionados con el Consumo de Alcohol de 2000 a 2005, y de 2007 a 2009 fue miembro de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes de Naciones Unidas. Maestra de asignatura de la UNAM desde 1968. Ha dirigido, como tutor principal, 70 tesis; publicado más de 210 artículos de investigación en revistas indexadas, 7 libros y 187 capítulos de libros. Su trabajo ha sido citado en más de 1 900 publicaciones científicas.

Carlos José Rodríguez Ajenjo †

Médico cirujano, egresado de la Escuela de Medicina de León, de la Universidad de Guanajuato. Especialidad en Psiquiatría por la Dirección General de Salud Mental de la SSA, con especialidades en Psicoanálisis de Grupo (en la AMPAG) y en Terapia Familiar y de Pareja (en el Instituto Latinoamericano de Estudios de la Familia). Fue Profesor Titular de tiempo completo en la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco, en las Divisiones de Ciencias Biológicas y de la Salud y de Ciencias Sociales y Humanidades, así como en la Maestría de Psicología Social de Grupos e Instituciones entre 1980 y 2007. Profesor invitado en la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Central de Ecuador. Realizó investigaciones de modelos de tratamiento de comunidades terapéuticas en atención a menores en situación de calle, así como sobre la asistencia psiquiátrica en México. En la Administración Pública Federal, fue subdirector y director del Instituto Nacional de Salud Mental del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF); subdirector general de Operación y subdirector general de Atención a Población Vulnerable, también del DIF. En la Secretaría de Desarrollo Social fue director general de Coordinación Regional y Sectorial, así como director general de Coordinación y Vinculación en el Programa Oportunidades. Fungió como secretario técnico del Consejo Nacional contra las Adicciones, dependiente de la Secretaría de Salud.

Autores/investigadores participantes (orden alfabético)

Guilherme Borges

Es miembro Nivel III del Sistema Nacional de Investigadores, profesor titular "C" de la Universidad Autónoma Metropolitana y participa como investigador del Instituto Nacional de Psiquiatría. Es tutor del Doctorado en Ciencias Biológicas y en Ciencias en Salud Colectiva, ambas de la Universidad Autónoma Metropolitana; tutor del Doctorado en Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de México, tutor del posgrado en la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México y tutor del posgrado en la Escuela de Salud Pública de México. Tiene más de 4 000 citas a sus trabajos de investigación. El doctor Borges Guimaraes tiene publicados 220 artículos especializados. Temas de su interés son

la epidemiología aplicada a la salud mental y en particular a las adicciones. Ha realizado varios estudios sobre consumo de alcohol, accidentes e intentos de suicidio. Tiene un interés especial en los temas de migración y participa actualmente en diferentes proyectos internacionales sobre el tema de los accidentes y la salud mental/adicciones en el contexto transcultural.

Michelle Bretón Cirett

Nutrióloga egresada de la Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco. Actualmente labora en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz como Asistente de investigación. Ha colaborado como coordinadora y supervisora en seis encuestas estatales y nacionales sobre consumo de drogas.

Marycarmen Bustos Gamiño

Psicóloga egresada de la Universidad de Guadalajara, obtuvo el Award CICAD-NIDA para proyectos de investigación. Ha colaborado como asistente de investigación en tres encuestas de consumo de drogas en comunidades escolares de distintos estados en el Instituto Nacional de Psiquiatría.

Patricia Cravioto Quintana

Estudió Antropología Médica en la Escuela Nacional de Antropología e Historia. Posteriormente realizó la Maestría en Ciencias Sociomédicas con Énfasis en Epidemiología, y el Doctorado en Ciencias Médicas de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Cuenta también con un Diplomado de Calidad y Liderazgo en Epidemiología por parte de la UNAM. Desde 1990 se ha desempeñado como profesora del Programa de Maestrías y Doctorados de Ciencias Médicas, Odontológicas y de la Salud, en la Maestría de Epidemiología y Salud Mental Pública de la Universidad Nacional Autónoma de México. Actualmente es asesora en Investigación Epidemiológica del Subsecretario de Servicios Médicos e Insumos de la Secretaría de Salud del Distrito Federal (SSDF). Anteriormente ocupaba la Dirección de Investigación Operativa Epidemiológica, de la Dirección General de Epidemiología, de la Secretaría de Salud. También ha sido investigadora asociada del Instituto Nacional de Psiquiatría e investigadora del Instituto Carso de la Salud, A.C. Fue merecedora de la Medalla Alfonso Caso otorgada por la Universidad Nacional Autónoma de México, por haber sido el graduado más distinguido en 2003 del Programa de Doctorado en Ciencias. Le otorgaron la Mención Honorífica en su examen doctoral por la tesis: "Magnitud y naturaleza del consumo de heroína en Ciudad Juárez, Chihuahua".

Es autora de más de 100 publicaciones nacionales e internacionales, principalmente en el tema de adicciones al consumo de tabaco, alcohol y otras drogas, así como de diferentes enfoques metodológicos. También ha participado como ponente en múltiples reuniones nacionales e internacionales.

Clara Fleiz Bautista

Licenciada en Psicología por la Universidad del Valle de México y doctora en Psicología por la Universidad Nacional Autónoma de México. Es investigadora en Ciencias Médicas de la Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Sociales en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. Entre sus líneas de investigación se encuentran: el estudio de la depresión en varones desde una perspectiva de género; ha colaborado en la realización de las Encuestas Nacionales de Adicciones 1998, 2002 y 2008.

Certificada por la Organización Mundial de la Salud como capacitadora internacional en el manejo del Composite International Diagnostic Interview.

Es miembro del Sistema Nacional de Investigadores (Nivel I). Ha colaborado en proyectos de investigación sobre consumo de drogas y salud mental. Ha publicado distintos artículos científicos en estos temas en revistas nacionales e internacionales.

Patricia Fuentes de Iturbe

Doctora en Estudios de Información por la Universidad Nacional Autónoma de México, tiene estudios de posgrado en Comunicación Social por la Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, en Política Internacional por el Instituto de Estudios Diplomáticos Matías Romero y en Informática Aplicada por la Fundación Arturo Rosenblueth. Ha participado en cursos y seminarios de la Comisión Interamericana para el Control de Abuso de Drogas (CICAD) y de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD).

Coordina el programa de capacitación en modelos de intervención en adicciones y salud mental del Instituto Nacional de Psiquiatría. Es editora de más de 200 títulos de libros técnicos, manuales y revistas especializadas en el campo de adicciones. Ha sido tutora y profesora de cursos de capacitación en intervención en adicciones y salud mental en instituciones del sector salud, laboral y de educación. Ha sido conferencista en más de 100 congresos nacionales e internacionales en materia de adicciones. Es autora y coautora de capítulos de libros sobre tabaquismo y alcoholismo. Participa en proyectos de investigación en desarrollo de competencias y capacitación, en disseminación y traducción del conocimiento, y en programas de autoayuda *online*. Ha sido directora de información y difusión del Consejo Nacional contra las Adicciones.

Jorge Galván Reyes

Investigador en Ciencias Médicas de la Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. Es maestro en Ciencias Médicas con orientación en salud mental pública por la Facultad de Medicina de la UNAM. Su campo de interés es la investigación social en la línea de adicciones, la cual ha realizado desde 1986. Entre sus proyectos más relevantes están el estudio de los factores asociados con el inicio, mantenimiento y cese del uso de cocaína; el uso de flunitrazepam fuera de prescripción médica del Community Epidemiology Work Group de los Estados Unidos; estudio de las experiencias alucinatorias

desde una aproximación émica. Participó en un proyecto coordinado por la Organización Panamericana de la Salud sobre promoción de bebidas alcohólicas y tabaco en los ámbitos cultural y deportivo.

Actualmente se ha centrado en estudiar la influencia de las redes sociales en el comportamiento adictivo. Ha publicado muy diversos artículos en diferentes revistas nacionales e internacionales.

Filiberto Gaytán Flores

Psicólogo egresado de la Universidad Autónoma Metropolitana, asistente de investigación en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.

Ha coordinado encuestas de consumo de drogas en comunidad escolar a nivel estatal, y colaborado en artículos a nivel nacional e internacional.

Rafael Gutiérrez

Es psicólogo egresado de la UNAM y tiene estudios de Maestría en Antropología Social, en la Escuela Nacional de Antropología e Historia. Tiene una sólida línea de investigación con poblaciones infantiles vulnerables, a partir de la cual ha coordinado el piloteo en México del Street Children Project de la Organización Mundial de la Salud de 1995 a 1996 y ha sido consultor de UNICEF 2005-2006 sobre el fenómeno de la explotación sexual infantil.

Sus investigaciones sobre estas temáticas se han publicado en revistas académicas, capítulos de libros, manuales de capacitación y han impulsado su colaboración como asesor experto en comités interinstitucionales con organismos gubernamentales y de la sociedad civil, presididos por DIF Nacional y UNICEF, para desarrollar acciones de prevención contra la explotación sexual infantil, donde también está a cargo de la Subcomisión de atención de niños, niñas y adolescentes víctimas. Forma parte del Comité de protección a niños, niñas y adolescentes usuarios de internet de la Cámara de Diputados, proporcionando información útil para el diseño de políticas públicas sobre el uso de las nuevas tecnologías.

Actualmente es tutor de cursos de capacitación en línea para educadores de calle de organizaciones de la sociedad civil y promotores comunitarios de los DIF estatales. Está a cargo del desarrollo de investigaciones sobre la explotación sexual infantil en distintas partes del país (Estado de México, Guerrero y Morelos), todas financiadas por organismos oficiales de protección a la infancia.

María de Lourdes Gutiérrez López

Licenciada en psicología de la Universidad Justo Sierra. Investigadora en Ciencias Médicas del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, donde ha colaborado en diversos proyectos de investigación y participado en varios congresos nacionales. Tiene bajo su cargo el programa de prevención “Dejando huellitas en tu vida” y ha coordinado diversas encuestas a nivel estatal y nacional.

Jair Arturo Hernández Hernández

Estudió la Licenciatura en Psicología por la Universidad Veracruzana, Diplomado y Maestría en Desarrollo Organizacional por el Instituto de Estudios de Posgrado en Ciencias y Humanidades. Se ha desempeñado como colaborador en diferentes proyectos de investigación en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente y en el Instituto de Educación Preventiva y Atención de Riesgos A.C. (INEPAR). Académico en instituciones de educación superior como la Universidad Iberoamericana, Universidad Latinoamericana y Universidad de la Comunicación, impartiendo las asignaturas de Procesos Psicológicos, Sensación y Percepción, Diseño Organizacional, Métodos de Investigación y Métodos Cualitativos en Psicología. Ha participado en diferentes foros y congresos, entre los cuales destacan los organizados por el Consejo Nacional para la Enseñanza e Investigación en Psicología (CENEIP) y la Sociedad Mexicana de Psicología (SMP).

Lorena Larios Chávez

Licenciada en Psicología por la Universidad Iberoamericana, actualmente se encuentra cursando la Especialidad para el Tratamiento de las Adicciones en Centros de Integración Juvenil. Su experiencia se focaliza en áreas de tratamiento e investigación clínica en materia de adicciones y salud mental, ya que ha tenido oportunidad de trabajar de manera estrecha en la valoración de pacientes con trastornos adictivos. Actualmente es ayudante de investigación en protocolos de investigación en la Clínica de Trastornos Adictivos del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.

Miguel Ángel López Brambila

Cirujano Dentista egresado de la UNAM, ha colaborado en diversos proyectos de investigación en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. Ha supervisado y coordinado cuatro encuestas sobre el consumo de drogas en comunidad escolar a nivel estatal y fue supervisor en la Encuesta Nacional de Adicciones 2008.

Rodrigo Marín Navarrete

Es psicólogo clínico especializado en el campo de las adicciones y la salud mental, formado por la Universidad Iberoamericana (Santa Fe México), donde cursó estudios de licenciatura, maestría y doctorado. Asimismo posee estudios de especialidad en adicciones por el Centro de Estudios Superiores Monte Fénix. Profesionalmente posee experiencia en escenarios de docencia, investigación y práctica clínica, ya que se ha desenvuelto como profesor en cursos de licenciatura y posgrado en distintas universidades (Universidad Iberoamericana, Universidad Intercontinental, Facultad de Medicina de la Universidad La Salle, UNAM, etc.) impartiendo cátedra en temas como: psicopatología, adicciones, orientación psicológica (*counseling*), además de ser supervisor de prácticas profesionales en campos clínicos. Asimismo ha tenido la oportunidad de desempeñarse como clínico y jefe del Servicio de Psicología y adicciones de distintas instituciones privadas como el Hospital Ángeles Metropolitano y el Hospital Psiquiátrico "Clínica San Rafael", por mencionar las más relevantes.

Actualmente se desempeña como investigador en Ciencias Médicas adscrito a la Clínica de Trastornos Adictivos del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, y es profesor asociado del Programa de Alta Especialidad en Adicciones para Médicos Psiquiatras del INPRFM y UNAM.

Mónica Miguel Martínez Arroyo

Maestra en Ciencias de la Salud Mental Pública por la Facultad de Medicina de la UNAM, licenciada en Psicóloga por la Universidad Justo Sierra, diplomada en Ciencias de la Salud por la Facultad de Medicina de la UNAM y actualmente postula su tesis doctoral en Psicología por la UNAM con la investigación "La Experiencia Intersubjetiva de consumidores de metanfetaminas en el Distrito Federal". Desde 2001, su principal línea de trabajo son las adicciones, área en la que ha desempeñado actividades de planeación, desarrollo, investigación y evaluación, en programas y proyectos especializados tanto en prevención, como en tratamiento, para instituciones como INPRFM, CIJ y CAAF. Ha trabajado en el desarrollo y evaluación de investigaciones como Impacto del apoyo familiar y la personalidad en las respuestas adaptativas de cuidado en mujeres con cáncer de mama del Megaproyecto Nuevas Estrategias Epidemiológicas, Genómicas y Protónicas en Salud Pública de la Facultad de Medicina de la UNAM; así como en las Encuestas de adicciones en estudiantes del Distrito Federal, la Encuesta Nacional de Adicciones y en el Diagnóstico de niños en situación de calle del Estado de México.

También se ha desempeñado como docente de licenciatura y posgrado en la Universidad del Valle de México (UVM), Tecnológica de México (UNITEC) y Pedagógica Nacional (UPN); asimismo ha impartido cursos y seminarios de capacitación para profesionales de la salud en instituciones como el Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro, los Centros de Integración Juvenil (CIJ) y la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (ENEO).

Midiam Moreno López

Psicóloga egresada de la Universidad Veracruzana. En el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, ha participado en dos encuestas en hogares y siete encuestas en población estudiantil. Ha sido coordinadora operativa de algunas de las encuestas y actualmente participa en el área de diagnóstico en adicciones, principalmente en el procesamiento y análisis de datos, así como en la elaboración de reportes estadísticos.

Natania Oliva Robles

Estudió Licenciatura en Psicología en la Universidad del Valle de México. Actualmente labora en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, donde ha colaborado en tres encuestas estatales como coordinadora de diversas fases.

Francisco Páez Agraz

Médico cirujano y partero por la Universidad de Guadalajara, con especialidad en Psiquiatría General por el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, certificado por el Consejo Mexicano de Psiquiatría. Se ha desempeñado como investigador asociado en el propio INPRFM y como Jefe del Departamento de Investigación en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez. Fungió como asesor para la Dirección del Centro Federal de Rehabilitación Psicosocial de la Secretaría de Gobernación, fue subdirector de Calidad y Desarrollo Institucional del Instituto Jalisciense de Salud Mental, y es actualmente el director general del Instituto para el Fortalecimiento de Capacidades en Salud: Focus Salud México S.C. Ha sido docente en diferentes universidades nacionales, donde ha asesorado las tesis de grado de más de 50 alumnos de pregrado y posgrado. Es autor de más de 80 artículos científicos.

Ingris Peláez Ballestas

Médica cirujana por la Universidad Anáhuac. Licenciada en Arqueología por la ENEH. Maestra en Epidemiología Clínica por la Facultad de Medicina de la UNAM. Doctora en Antropología por la Facultad de Filosofía y Letras, Instituto de Investigaciones Antropológicas de la UNAM. Candidata a doctora en antropología médica y salud internacional por la Universidad Rovira et Virgil de Tarragona, España. Profesora de clinimetría y medicina basada en evidencias de la Maestría en Epidemiología del Instituto Nacional de Salud Pública. Entre sus líneas de investigación está la antropología médica aplicada a enfermedades crónicas y de estudios cualitativos en salud. Actualmente trabaja como investigadora clínica en el servicio de reumatología del Hospital General de México. Premio de investigación clínica en reumatología por el Colegio Mexicano de Reumatología. Candidata a investigadora nacional del SNI.

Claudia Rafful

Cursó la Licenciatura en Psicología en la Universidad de las Américas, Puebla, obteniendo el título con reconocimiento Magna Cum Laude. Estudió la Maestría en Ciencias en Uso Indebido de Sustancias (MSc Substance Misuse) en la Universidad de Sussex, en Brighton, Reino Unido, obteniendo el grado con mención honorífica. Ha realizado trabajo de consejería y terapia breve con jóvenes indigentes con problemas de abuso de sustancias. Actualmente es asistente de investigación en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, donde ha participado en estudios acerca del uso y trastornos por consumo de sustancias y la manera en la que éstos se relacionan con otras conductas como migración y conducta suicida. Ha participado en congresos nacionales y publicaciones internacionales.

Rebeca Robles García

Licenciada en Psicología por la Universidad Anáhuac del Norte, México; especialista en Psicoterapia Cognitivo-Conductual por el Instituto de Terapia Racional Emotiva de México, con Certificado "Primary" de The Albert Ellis Institute of Rational Emotive Therapy, maestra en Psicología Clínica y doctora en Psicología de la Salud por la Universidad Nacional Autónoma de México, con posdoctorado en Salud Mental de CONACYT-UNAM-Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. Fue jefa del Departamento de Investigación del Instituto Jalisciense de Salud Mental, Secretaría de Salud de Jalisco, donde impulsó la investigación en salud mental, haciéndose acreedora al premio Psicología Jalisco y al premio Sarquis Merrawe, entre otras distinciones. Actualmente es Investigadora de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud con sede en la Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales del Instituto Nacional de Psiquiatría; es directora académica del Instituto para el Fortalecimiento de Capacidades en Salud: Focus Salud México S.C.; y pertenece al Sistema Nacional de Investigadores CONACYT-SNI.

Eva María Rodríguez Ruiz

Tiene estudios de Licenciatura en Psicología por la UNAM. Su experiencia en investigación ha sido con poblaciones vulnerables y adicciones. Es investigadora en la Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.

Ha colaborado en investigaciones sobre mujeres, adicciones y violencia. Desarrolló el programa de intervención sobre reducción del daño en trabajadoras sexuales y tiene el curso de capacitación en línea dirigido a orientadores que trabajan con estas poblaciones para que conozcan el programa de reducción del daño y puedan atender y comprender la problemática del trabajo sexual asociado con el consumo de drogas. Asimismo ha participado en investigaciones sobre la explotación sexual infantil. Ha publicado varios artículos de investigación en revistas científicas nacionales e internacionales, manuales y capítulos de libros.

Vianney Sánchez Pineda

Psicóloga egresada de la UNAM, colabora actualmente en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. Ha coordinado tres encuestas estatales sobre consumo de drogas en escolares y fue supervisora de la ENA en 2008. Actualmente desarrolla nuevos materiales para el programa de prevención “Dejando huellitas en tu vida”.

Amalia Sandoval García

Psicóloga, egresada de la Universidad Nacional Autónoma de México, ganó el premio “Dr. Gustavo Baz Prada, 2007”. Es asistente de investigación del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. Ha participado como supervisora en diversas encuestas en comunidad escolar. También ha sido terapeuta en programas de intervención breve y actualmente trabaja en prevención de consumo de drogas en niños.

Liliana Berenice Templos Núñez

Se ha formado como psicóloga clínica cursando sus estudios de licenciatura y maestría en la Universidad Nacional Autónoma de México. Tiene experiencia profesional en diversos ámbitos de la docencia, la investigación y la práctica clínica, ya que se ha desarrollado como docente en diversas áreas de la psicología y los idiomas (inglés e italiano) en instituciones públicas y privadas. Trabajó durante seis años como técnica en polisomnografía en trastornos del sueño. Asimismo, dentro de sus habilidades profesionales se encuentran el tratamiento de adicciones desde un enfoque basado en la evidencia científica y desde una perspectiva cognitivo-conductual. En la actualidad colabora en protocolos de investigación en la Clínica de Trastornos Adictivos del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.

Leticia Vega Hoyos

Tiene estudios de Licenciatura en Psicología por la UNAM y de Maestría en Desarrollo Educativo, Diversidad Sociocultural y Lingüística por la Universidad Pedagógica Nacional. Cuenta con experiencia en la investigación de las situaciones de riesgo para la salud mental de niñas, niños y adolescentes vulnerables. Es investigadora en la Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.

Ha colaborado en estudios sobre la subsistencia infantil en las calles y es tutora de cursos de capacitación en línea dirigidos a orientadores y educadores para entrenarlos a desalentar el uso de sustancias entre poblaciones infantiles vulnerables. Ha desarrollado investigaciones sobre la explotación sexual infantil en distintas ciudades del país. Recientemente fue corresponsable en la instrumentación del diagnóstico de la ESCI para el DIF Estatal Morelos

en las ciudades de Cuernavaca, Cuautla y Jiutepec, y actualmente instrumenta el tercer y cuarto diagnósticos de la ESCI, en distintos municipios del Estado de México, para el DIF Estatal, así como también para el DIF Guerrero. Ha publicado varios artículos de investigación en revistas académicas, manuales y capítulos de libros.

Jorge Villatoro Velázquez

Psicólogo egresado de la UNAM, con licenciatura, maestría y doctorado, Investigador en Ciencias Médicas del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. Profesor de las Facultades de Medicina y Psicología de la UNAM. Responsable de las encuestas sobre el consumo de drogas en comunidad escolar y coordinador de las Encuestas Nacionales de Adicciones realizadas con la Secretaría de Salud, Consejo Nacional contra las Adicciones y el Instituto Nacional de Psiquiatría. Ha participado en diversas redes internacionales como Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas y REDLA. Miembro del SNI y de redes de investigación internacionales, ha publicado diversos artículos a nivel nacional e internacional.

Mujeres y adicciones. Se terminó de imprimir en los talleres de Impresora y Encuadernadora Progreso, S.A. de C.V. (IEPSA), San Lorenzo 244, col. Paraje San Juan, delegación Iztapalapa, México, D.F., C.P. 09830, en el mes de septiembre de 2011.

MUJERES Y ADICCIONES

www.gobiernofederal.gob.mx
www.salud.gob.mx
www.cenadic.salud.gob.mx
www.nuevavida.salud.gob.mx