

Experiencias del proceso de rehabilitación de mujeres usuarias de drogas bajo el modelo de ayuda mutua

Zamora-Siqueiros, M.E., Torres-Reyes M.A. y Burgos-Dávila, C.J. (2020). Experiencias del proceso de rehabilitación de mujeres usuarias de drogas bajo el modelo de ayuda mutua. *Revista Cultura y Droga*, 25(30), 90-113. <https://doi.org/10.17151/culdr.2020.25.30.5>

María Elena Zamora-Siqueiros*
Martha Alicia Torres-Reyes**
César Jesús Burgos-Dávila***

Recibido: 9 de diciembre de 2019
Aprobado: 4 de junio de 2020

Resumen


Objetivo: analizar los significados y las experiencias de mujeres usuarias de droga en el proceso de internamiento y rehabilitación bajo el modelo de ayuda mutua. Metodología: aproximación cualitativa desde el método biográfico. Entrevistamos a doce mujeres internas en dos clínicas de rehabilitación. Resultados: expondremos las vivencias del inicio del proceso de rehabilitación y la llegada a las clínicas de rehabilitación. Posteriormente, abordaremos la construcción de planes al concluir el tratamiento, y las motivaciones familiares para recuperar la confianza, el rol como madre responsable de sus hijos y la autosuficiencia. Conclusiones: El modelo de rehabilitación actual reproduce roles y estereotipos de género, incrementa la desigualdad social y reproduce una estigmatización que limita el proceso de rehabilitación, el desarrollo social y personal de las mujeres. De aquí se desprende, la necesidad de generar protocolos de intervención desde la perspectiva de género.


Palabras clave: adicciones, centros de rehabilitación, mujer, estudios de género, investigación cualitativa.

* Doctora en Trabajo Social por la Universidad Autónoma de Sinaloa (UAS). Centros de Integración Juvenil A.C. (CIJ, Culiacán oriente). Culiacán, Sinaloa, México. E-mail: mzelenas9@gmail.com.

 orcid.org/0000-0002-4971-1220. **Google Scholar**

** Doctora en Trabajo Social por la Universidad Autónoma de Sinaloa (UAS). Centro de Investigación y Docencia en Ciencias de la Salud (CIDOCS- UAS). Hospital Civil de Culiacán. Coordinación General Municipal de Salud del Gobierno de Culiacán. Culiacán, Sinaloa, México. E-mail: coordinacion.salud.cln@gmail.com

 orcid.org/0000-0001-5892-8547. **Google Scholar**

*** Doctor en Psicología Social por la Universidad Autónoma de Barcelona. Profesor-Investigador de Tiempo Completo. Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Sinaloa. Miembro del Núcleo Académico Básico del Doctorado en Trabajo Social, UAS. E-mail: cj.burgosdavila@uas.edu.mx.  orcid.org/0000-0001-7701-8266.

Google Scholar



Experiences of the rehabilitation process of women drug users under the mutual-aid model

Abstract

Objective: to analyze the meanings and experiences of women drug users in the involuntary commitment and rehabilitation process under the mutual aid model. **Methodology:** Qualitative approach from the biographical method. Twelve female admitted at two rehabilitation clinics were interviewed. **Results:** The experiences of the beginning of the rehabilitation process and the arrival at the rehabilitation clinics will be presented. Subsequently, the construction of plans at the end of the treatment and family motivations to regain confidence, the role as responsible mother of her children and self-sufficiency will be addressed. **Conclusions:** The current rehabilitation model reproduces gender roles and stereotypes, increases social inequality, and reproduces stigmatization that limits the rehabilitation process and the social and personal development of women. Hence, the need to generate intervention protocols from a gender perspective emerges.

Key words: addictions; rehabilitation centers; woman; gender studies; qualitative research.

Introducción

Las mujeres usuarias de drogas que ingresan a tratamientos de rehabilitación se enfrentan a diversas dificultades y obstáculos, por ejemplo, a las condiciones sociales, culturales y personales; también, a las formas en las que son diseñados e implementados los modelos de atención¹ (Castaños, Meneses, Palop, Rodríguez y Turbet, 2007). Según la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (ENCODAT 2016-2017), en México las dificultades que enfrentan las mujeres entre 12 a 17 años usuarias de drogas se relacionan con el trabajo y la educación. En el caso de los grupos de 18 a 34 años y de 35 a 65 años, el consumo

¹ Este artículo deriva de la tesis doctoral: *Trayectoria biográfica de mujeres consumidoras de drogas bajo internamiento: rehabilitación y reinserción socio familiar* (Zamora, 2019). La investigación se realizó con la beca para estudios de posgrado otorgada por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT).

está asociado a las dificultades que enfrentan al realizar las tareas domésticas. Por ello, ser mujer usuaria de drogas implica sortear obstáculos socioculturales ligados a la estigmatización, a problemas en la relación de pareja, problemas atribuibles al rol de madre, y a los trastornos generados por el consumo de drogas, como la pérdida de salud y de identidad sobre la corporalidad y los sentimientos de autopercepción negativa. Igualmente, las relaciones familiares también se deterioran. Además, no hay equidad social que haga posible un apoyo para la reinserción sociocultural y laboral (Rodríguez, Pérez y Fernández, 2017).

Según datos de la ENCODAT (2016-2017), un porcentaje menor de las mujeres de 12 a 65 años con dependencia a las drogas que han acudido a programas de tratamiento, cubre de manera parcial su tratamiento con un profesional de la salud (42,6% en el último año de 9,5% con dependencia). El 33,1% de las mujeres drogodependientes acuden al psicólogo, 21,9% a trabajo social, y 13,5% al médico familiar o general. El 3,9% de mujeres consumidoras de drogas acuden a tratamiento relativamente menor en relación con los hombres que se presentan en un 9,3%. Solo el 21,4% de hombres y mujeres consumidoras de drogas en los últimos 12 meses y el 24,5% con dependencia en el último año completaron el tratamiento con un profesional de la salud. Por tanto, el 0,5% de mujeres con dependencia y el 5,6% de mujeres sin dependencia solicitan ayuda para resolver su problema de consumo de drogas (Secretaría de Salud y CONADIC, 2019). Estos datos resaltan dos problemas centrales que enfrentan las mujeres usuarias de droga. Uno tiene que ver con el poco acceso a alternativas de tratamiento y el otro con el bajo nivel de compleción del tratamiento cuando acuden.

Según el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2015), en el estado de Sinaloa, el número de personas que consumen drogas ilegales asciende a dos millones 966 mil 321 habitantes, de las cuales 49,4% corresponde a hombres y 50,6% a mujeres. En la ciudad de Culiacán², hay 905.265 consumidores, es decir, el 31,02% de la población total.

Según Centros de Integración Juvenil, A.C (Gutiérrez, 2020) en Culiacán las características sociodemográficas y los patrones de consumo de personas que solicitan los servicios de nuevo ingreso y tratamiento son los siguientes: de 278 personas atendidas, 239 son hombres y 39 son mujeres. Esto es, que por cada siete

² Capital del estado.

hombres que acuden a servicio, acude una mujer. Las mujeres se encuentran entre los 15 a 19 años, son solteras en su mayoría y con nivel de bachillerato. Se iniciaron en el consumo de tabaco entre los 10 y 14 años, de alcohol de los 10 a los 19 y de drogas ilícitas entre los 10 a 14 años. La droga ilícita de inicio y de mayor consumo es la marihuana, manteniendo un consumo funcional que les permite cumplir con sus actividades cotidianas (Gutiérrez, 2020).

Ante estas alarmantes cifras, la respuesta institucional estatal se da a través de 13 Centros de Atención Primaria en Adicciones (CAPA), en los municipios de Ahome, Concordia, Culiacán, Escuinapa, Guasave, Mazatlán, Navolato, Rosario, Salvador Alvarado, Sinaloa de Leyva, junto a ocho Unidades Operativas de Centros de Integración Juvenil, A.C, ubicadas en Escuinapa, Mazatlán, Culiacán, Salvador Alvarado, Guasave, Ahome.

Asimismo, Sinaloa también cuenta con 435 unidades de Alcohólicos Anónimos y 20 centros residenciales certificados por el Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC, 2012) que atienden adicciones con un modelo de ayuda mutua (CENADIC, 2015). Como sugiere Torres-Reyes (2018), estamos delante de un modelo de atención a los problemas relacionados con el consumo de bebidas alcohólicas y de otras adicciones, que puede retomarse como complemento ideal para acercar el tratamiento a pacientes y familiares, por cercanía geográfica, facilidad horaria y empatía de la propia estructura formada por personas que han pasado por la misma adicción. Sin embargo, debemos insistir en la necesidad de la participación de profesionales, la supervisión y coordinación desde los servicios sociosanitarios especializados en este tipo de problemáticas (Blázquez-Morales, Pavón-León y Gogeochea-Trejo, 2015).

Siguiendo a Goffman (2009), los centros de ayuda mutua funcionan como instituciones totales, en tanto que, son “un lugar de residencia y trabajo donde un gran número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad por un periodo apreciable de tiempo comparten en su encierro una rutina diaria administrada formalmente” (p. 13). En estos espacios se establecen reglas, prácticas y rutinas que controlan las actividades, en ocasiones impiden el fortalecimiento social, intelectual y el desarrollo socioemocional de las internas (Torres-Reyes, 2018). En centros de rehabilitación que trabajan bajo el modelo de ayuda mutua, se ha documentado la limitación a derechos básicos como la alimentación, la salud y la libertad de expresión (Zamora-Siqueiros, 2019).

A partir de la descripción anterior, en la Tabla 1 presentamos la distribución de servicios para la atención de las adicciones en Sinaloa.

Tabla 1. Número de servicios para la atención de las adicciones en Sinaloa según CONADIC

Municipio	CIJ	CAPA	AA	Centros residenciales de ayuda mutua*	Total
Ahome	2	1	45	4	48
Angostura	0	0	7	0	7
Badiraguato	0	0	0	0	0
Choix	0	0	1	0	1
Concordia	0	1	11	0	1
Cosala	0	0	1	0	1
Culiacán	2	2	185	9	198
El Fuerte	1	0	17	1	19
Elota	0	0	1	1	2
Escuinapa	1	1	2	0	4
Guasave	1	1	25	0	27
Mazatlán	1	2	99	5	107
Mocorito	0	0	2	0	2
Navolato	0	2	23	1	26
Rosario	0	1	3	0	4
Salvador Alvarado	1	1	7	0	9
San Ignacio	0	0	1	0	1
Sinaloa	0	1	5	0	6
Total municipios CIJ	8	8	363	21	172
Total estatal	8	13	433	21	457

* Con certificación de CONADIC.

Fuente: Tabla elaborada a partir de Comisión Nacional Contra las Adicciones (2015).

Los datos expuestos muestran los escasos servicios institucionales que brindan atención de tratamiento a mujeres usuarias de drogas en la entidad. En Sinaloa son 20 los establecimientos de atención para las adicciones avalados por el Centro Nacional para la Prevención y control de las Adicciones (CENADIC, 2015). En su mayoría, son exclusivos para varones. Sólo dos de modalidad residencial son para mujeres. Todos se rigen, principalmente, por modelos de atención de ayuda mutua (SISVEA, 2013). Los centros de tratamiento no gubernamentales como centros de tratamiento o rehabilitación que atienden a individuos usuarios de drogas son operados por asociaciones civiles y, habitualmente, ofrecen servicios gratuitos y están a cargo de adictos en recuperación. Apoyan al adicto con base en la experiencia compartida de los miembros del grupo, avalados por la Norma Oficial Mexicana 028 del 2009.

Como se mencionó, el consumo de drogas es mayor en hombres, lo cual de alguna manera justifica que predominen los centros de atención para el sexo masculino (Rodríguez, Pérez y Fernández, 2017). La Organización de Naciones Unidas (ONU, 2015), señala que esta situación genera una subrepresentación del contexto terapéutico de tratamiento que requiere la mujer usuaria de drogas, quien tiene necesidades de atención especiales basadas socioculturalmente en su rol de madre, esposa e hija. La ONU (2005) afirma que los servicios terapéuticos disponibles no cubren necesidades específicas del cuidado de los hijos, lo que a las mujeres les hace difícil ingresar y mantenerse en los tratamientos institucionales. Se trata de barreras que les impiden integrarse al tratamiento institucional, de allí la reducción de oportunidades de tratamiento en relación con los hombres consumidores de drogas.

Otro aspecto por resaltar en las dificultades de acceso al tratamiento es el estigma de ser mujer usuaria de drogas. Puede considerarse, según lo planteado por Goffman (2006), como el producto de la relación entre atributos y estereotipos, donde el estereotipo es despreciativo y discriminatorio. En el mismo sentido, París, Pérez y Medrano (2009) afirman que el estigma en la mujer usuaria de drogas se basa en la asignación de estereotipos físicos, morales y sociales que la perjudican por hacer lo que hace. Además, este estereotipo sugiere que la mujer se está “saliendo” de su contexto específico; es decir, no está ocupando el lugar que le corresponde en la sociedad. En este sentido, el imaginario social de la mujer usuaria de drogas está asociado a una fuerte carga de depreciación de sus valores como persona en lo familiar y en lo social. En relación con el estigma de la mujer consumidora de drogas, Rekalde y Vilches (2003) consideran que unas de las consecuencias es el ocultamiento del consumo a través de distintas estrategias, como mantenerse

calladas, lo cual las conduce al aislamiento para poder sobrellevar el temor a los señalamientos sociales y al rechazo. Por consiguiente, la mujer usuaria de drogas se aleja de la familia y del contexto social próximo.

En esta misma línea de ideas, Martínez (2009) sostiene que, generalmente, el ocultamiento en el cual se mantiene la mujer consumidora de drogas acaba por despersonalizarla y fragmentarla. Suele vivir su adicción de forma radicalmente individualizada e inexistente para el contexto social donde se supone que se desenvuelve. Se trata de un problema invisible, o que sólo se visibiliza cuando el consumidor de drogas pertenece a la población masculina. En este sentido, la problemática descrita requiere de nuevas miradas que sistematicen sus particularidades tal como se dan en el mundo social, familiar y personal.

Es importante resaltar cómo en la dimensión familiar, la mujer consumidora de drogas se ve implicada en relaciones conflictivas que dañan y rompen los vínculos familiares. El núcleo familiar, que debiera asumir el rol de protección y rescate de la mujer usuaria de drogas, se pierde (Calvo, 2007). Según Ramírez (2007), el rol de la familia es otorgar recursos a sus integrantes para interactuar en la sociedad y facilitar recursos a sus miembros que coadyuven en la transición hacia a la etapa adulta. En ese tenor, la familia es un espacio que proporciona un sostén social y que supone relaciones afectivas entre sus integrantes. En este sentido, la estigmatización de la mujer usuaria de drogas limita el fortalecimiento de las redes familiares y, en consecuencia, reduce significativamente la posibilidad de una reinserción sociofamiliar.

Otro componente que se destaca en la incursión de la mujer en el consumo de drogas es el involucramiento en actividades relacionadas con el narcotráfico. Mondaca, Cuamea y Payares (2015) afirman que se trata de acciones que rompen con las reglas sociales. De hecho, la mayoría de estas mujeres comienzan a realizar actividades delictivas, y el ámbito de la delincuencia también es afín al consumo de drogas. Se trata de entornos que propician cierto empoderamiento donde el género, la belleza, el consumo y el narcomenudeo se convierten en una forma de vida cargada de violencia. En este ambiente, las mujeres sienten una autonomía (sin duda aparente) y consideran que pertenecen a un grupo social concreto.

Algunos factores que obstaculizan el acceso al tratamiento son la falta de confianza en los programas existentes, el desconocimiento de la ubicación de los centros, tener que expresar su problema en grupos donde están presentes los hombres, cuando los programas de tratamiento son para ambos sexos (Romero et al., 2010). Esto evidencia la disparidad para la mujer usuaria de drogas, en relación con el acceso al tratamiento institucional, ya que son pocos los centros que ofrecen intervención residencial que cumplan con las necesidades especiales de ser mujer usuaria de drogas. Al menos en Culiacán, solo existen dos centros avalados por CONADIC (2012), el resto son centros de ayuda mutua que no se apegan a la normatividad. Así, no sólo existen deficiencias de cobertura, sino también falta la perspectiva de género.

Según Romo (2005; 2011), los escenarios sociales y culturales donde se desenvuelven las mujeres que consumen drogas refuerzan las contradicciones de género, construyen identidades y asignan roles durante el proceso de socialización. Al respecto, Pérez y Correa (2011, p. 21) sugieren que “las diferencias entre hombres y mujeres en lo que se refiere al abuso y dependencia de sustancias psicoactivas han sido objeto de interés especialmente en los últimos 30 años”. Sin embargo, aun cuando existen antecedentes importantes del consumo de drogas en población femenina, se puede ver que los avances en cuanto a su abordaje institucional siguen centrando la atención en destrezas similares para hombres y mujeres.

Desde una dimensión política sobre el consumo de drogas, la Organización de los Estados Americanos (OEA, 2014) expone sus consideraciones sobre cuáles son las consecuencias del consumo de drogas y, en especial, cómo afecta a las mujeres, por lo que es importante incentivar y garantizar su participación en los debates actuales sobre la elaboración y la reforma de las políticas de drogas, a partir de las concepciones construidas por las sociedades patriarcales, que vulneran los derechos las mujeres forzándolas a vivir en condiciones de desigualdad de género. Todo lo antes expuesto tiene como telón de fondo un hecho irrefutable: el consumo de drogas en la población femenina va en aumento y sólo 12,8% de las usuarias de drogas acuden a tratamiento institucional mientras que del total de hombres consumidores acude 22% (ENCODAT, 2016-2017).

En continuidad con lo anterior, De Miguel (2016) sostiene que la concepción del consumo de drogas en mujeres por parte de las instituciones está vinculado a movimientos históricos y tejidos sociales variables, donde las diferentes

organizaciones sociales y de intervención producen una serie de significados que impiden ver todas las aristas del problema. Por tanto, el uso de drogas en mujeres no es una mera representación científica, sino que está basada en planteamientos moralistas y en políticas que desintensifican la atención que se les debe prestar.

A partir de lo antes expuesto, en este artículo nos preguntamos: ¿cuáles son las particularidades y experiencias vividas de mujeres usuarias de drogas en el proceso de internamiento y rehabilitación?, ¿cuáles son los significados y expectativas a futuro que construyen al recibir tratamientos basados en la autoayuda? El objetivo del artículo es analizar los significados y las experiencias de mujeres usuarias de drogas en el proceso de internamiento y rehabilitación bajo el modelo de ayuda mutua. Asimismo, comprender los roles y estereotipos de género que marcan una ruta de estigmatización, rechazo social y que generan aislamiento y ocultamiento del consumo.

Método

Nuestro posicionamiento metodológico es cualitativo con perspectiva de género (Ríos, 2012). Desde un enfoque biográfico (Fraga, 2009), nos aproximamos a elementos subjetivos, relacionales y culturales (Strauss y Corbin, 2002) de mujeres usuarias de drogas. Asimismo, partimos de la comprensión del fenómeno desde el sentido, las prácticas, la experiencia y perspectiva de quien lo vive (Íñiguez, 1999).

Realizamos doce entrevistas a profundidad (Taylor y Bogdan, 1987) a mujeres usuarias de drogas internadas en clínicas de rehabilitación de ayuda mutua, ubicadas en Culiacán, Sinaloa, México. Seis mujeres en la CR1 y seis en la CR2. Las condiciones sociodemográficas de las participantes se exponen en la Tabla 2.

Tabla 2. Condiciones sociodemográficas de mujeres entrevistadas

Participantes	Edad	Estado Civil	Estudio	Hijos	Edad Consumo	Droga de inicio	Droga de impacto	Número de internamientos
P 1	38	Casada	Primaria	3	21	Cocaína	Heroína	1
P2	40	Mamá soltera	Preparatoria	2	38	Alcohol	Cristal	2
P3	19	Soltera	Preparatoria inconclusa	0	15	Mariguana	Cristal	2
P4	28	Casada	Preparatoria	2	26	Cristal	Cristal	1
P5	32	Soltera	Preparatoria	3	19	Tabaco	Heroína	10
P6	30	Soltera	Secundaria	3	22	Mariguana	Cristal	4
P7	29	Soltera	Secundaria	1	18	Cristal	Cristal Inyectado	3
P8	22	Mamá Soltera	Preparatoria	1	16	Mariguana	Cristal	2
P9	34	Mamá Soltera	Secundaria	1	24	Alcohol	Cristal	3
P10	19	Soltera	Preparatoria	0	16	Mariguana	Mariguana	2
P11	34	Mamá soltera	Secundaria	2	27	Cocaína	Cristal	2
P12	28	Mamá soltera	Secundaria inconclusa	2		Cristal	Cristal	1

Fuente: los autores.

La estructura de la entrevista se dividió en tres apartados. Se abordaba un apartado por encuentro. En la primera sesión, se profundizaba en sus antecedentes y experiencias durante el consumo de drogas. En el segundo encuentro se abordaban sus experiencias durante el proceso de rehabilitación. En el último encuentro se conversaba sobre sus planes a futuro y su proceso de reinserción sociofamiliar.

Respecto a las consideraciones éticas, es importante mencionar que la colaboración de las mujeres en la investigación fue voluntaria. Previo a las entrevistas se les explicó en qué consistía su participación y la finalidad del estudio. Además, se les informó sobre el anonimato y la confidencialidad. Al interactuar con cada una de

las participantes, hicimos un consentimiento informado verbal para construir un compromiso colaborativo entre las entrevistadas y la entrevistadora (Begoña, 2016).

Las entrevistas se analizaron desde una lógica narrativa. Básicamente, identificamos temáticas relevantes para construir categorías desde una perspectiva sociocultural centrada en las experiencias de las participantes (Schongut, 2015). En este artículo abordamos el proceso de rehabilitación: la recepción al llegar a la clínica, las estrategias de atención y el término del proceso. En un segundo momento, exponemos la reinserción, el apoyo social, las redes de apoyo y la construcción del proyecto de vida al concluir el proceso de rehabilitación.

Resultados

Inicio del proceso de rehabilitación: llegada a las clínicas de rehabilitación

Las mujeres consumidoras de drogas acuden menos a los tratamientos de rehabilitación que los hombres. Esto tiene relación con el rol que debe cumplir la mujer en el marco de la estructura familiar y con la estigmatización social hacia la mujer consumidora a quien se la considera mala madre, mala esposa, mala hija, prostituta, vaga, egoísta, sucia, drogadicta o viciosa. Cuando una mujer inicia un tratamiento para superar su adicción, carga con diferentes culpas por no haberse ajustado al rol de género definido y establecido por la familia y por la sociedad (Lambertucci, 2018).

Algunas mujeres ingresan a los centros de rehabilitación por decisión propia, motivadas por aspectos laborales, familiares o bajo el condicionamiento de la custodia de sus hijas e hijos. La mayoría de las veces el ingreso se realiza en contra de su voluntad (Núñez y Rendón, 2012). Hernández (2010) señala que el internamiento y tratamiento tendría apegarse al respeto a los derechos humanos, y desde una perspectiva de género que aplique procedimientos no discriminatorios y que favorezcan la equidad. Sin embargo, cuando las mujeres llegan a las clínicas, muchas veces ya se han violado sus derechos humanos, por ejemplo, han sido traídas o levantadas a la fuerza. Al llegar, las mujeres manifiestan malestares físicos y emocionales que dificultan su integración a las actividades de la clínica. Además, experimentan sentimientos encontrados por haber dejado a sus hijas e hijos, o bien, sienten angustia por el aislamiento y por no saber qué pasa con sus familias. En la experiencia de P9 (CR2):

A mí me trajeron a la fuerza. Mi ex [pareja] le dijo a mi mamá y a mis hermanas que me trajeran a este lugar. Yo estaba sentada en la sala de mi casa y preguntaron por mí, entonces yo me asusté [...]. Grité como loca a mi mamá que me querían llevar. Me enojé, decía: ‘¿qué pasa? ¿por qué no hacen nada?’ La verdad es bien feo. Lo que decía yo: ‘que no veré a mi hija de 8 años’. Él [expareja] se la llevó con su actual esposa. Me subieron a la voladora y yo grité y grité. Nadie me ayudaba. Cuando llegué a la puerta de aquí [de la clínica] sentí un vacío de que no sé cómo explicarlo. Me subieron a empujones a un cuarto, me encerraron, no me preguntaron ni me explicaron nada. Hasta ahorita no sé nada de mi familia.

Para algunas mujeres, internarse en una clínica implica la pérdida de la custodia de sus hijos, del empleo, del estudio o hacer evidente su consumo de drogas ante la familia. Las mujeres carecen de estrategias para afrontar el temor a ser abandonadas y olvidadas en las clínicas (Castaños et al., 2007). El encierro se vive como un castigo y como una experiencia que rompe con los roles de género asignados culturalmente y desde los que son juzgadas, ya que dejan de cumplir como madres y como cuidadoras. Así lo relató P4 (CR1):

Pues yo cuando ya andaba muy metida en la droga, le platicué a un tío que vive en Estados Unidos. Le dije que me sentía muy mal, le pedí dinero y se enojó. Empezó a decirme que me regresara para acá, y yo no quería [...] Y así, él mandó por mí a unas personas que me trajeron a la casa de mi mamá. Seguí consumiendo aquí. Un día mi mamá me encontró consumiendo y me gritó: ‘ya está bueno, vamos a llevarte a un centro’. Entre ella y una tía me encerraron aquí. Me convencieron. Al llegar, pues me metieron a un cuarto. No me dijeron nada. Me cuidaba otra muchacha que me llevaba comida, y así puro dormir y comer. Siempre he estado enojada, pues yo no quería venir porque no vería a mis hijas. Estoy con miedo de que me las quiten.

En la mayoría de los relatos, las mujeres entrevistadas expresan que el ingreso a un proceso de tratamiento es una experiencia traumática. Entrar implica no poder decidir sobre su vida. Todo el proceso es dirigido tanto por la familia como por la clínica de rehabilitación. Desde el primer momento, algunas ceden, otras se ponen agresivas y sostienen que no quieren estar ahí. Lejos de experimentar un bienestar por el hecho de contar con ayuda para atender su problemática de consumo de drogas, enfrentan condiciones insalubres y conviven con internas con enfermedades psiquiátricas que impiden su integración a las actividades. De hecho, cuidar a las internas con cuadros

psiquiátricos se utiliza como castigo para quien se muestre “rebelde”. Las internas corren riesgos sanitarios, pues existe epidemia de piojos, la ropa se lava toda junta sin considerar que algunas de las pacientes tienen enfermedades de transmisión sexual como sífilis, gonorrea e incluso VIH. Todo esto genera bajas expectativas y desconfianza sobre la eficiencia del proceso de rehabilitación.

Por otra parte, la familia promueve el internamiento por el carácter extremo de ciertas situaciones como vivir en la calle, depresión, ansiedad, y deterioro físico, emocional y social. Estas situaciones ponen en peligro la integridad de la persona, entonces la familia apoya en el inicio del proceso de tratamiento. Conforme van pasando los meses, algunas de las familias sólo se hacen cargo de la cuestión económica y no se integran al proceso de tratamiento.

En estas clínicas de atención, es importante resaltar la carencia de un enfoque de género que visibilice las condiciones específicas de estas mujeres, esto es, sus condiciones biológicas, sociales y culturales. Asimismo, no se considera el enfoque de género como mecanismo de atención. Por lo general, los modelos de atención se basan en los ya establecidos para los hombres, lo que hace a un lado la condición de ser mujer.

Rehabilitación: actividades y estrategias en el proceso

El proceso de rehabilitación en estas clínicas se basa en los doce pasos de Alcohólicos Anónimos (AA) y en dinámicas grupales de autoayuda. El proceso de rehabilitación inicia cuando termina la fase de desintoxicación (Nanni, 2014). El programa de recuperación incluye intervenciones familiares, grupales, individuales y el desarrollo de habilidades sociales que apoyen el mantenimiento de la abstinencia de consumo de drogas. La rehabilitación de personas consumidoras de drogas requiere de diversas estrategias para el desarrollo de habilidades y competencias que permitan una reeducación psicosocial que evite el regreso al uso de drogas por parte del o de las consumidoras de drogas. Además, se debe contar con un grupo de profesionales especialistas que desarrollen dichas acciones. Igualmente, se deben respetar los derechos humanos y sociales de los usuarios y usuarias de estos servicios e informar sobre sus avances al inicio y término de su proceso (Díaz y Palucci, 2010). La cuestión es que en estas clínicas las internas no saben cuánto durará su proceso de tratamiento ni cuáles serán las estrategias para su rehabilitación. La P12 (CR2) relata así su experiencia sobre las actividades diarias:

El día inicia al levantamos a las 6 de la mañana a dar gracias a Dios, servicios, desayuno, clase con la maestra, con la psicóloga, comemos, servicio, junta o vienen hermanos, cena, servicios y a dormir. Los servicios consisten en tener la casa limpia. Me ha servido mucho, más que nada para valorarme como mujer, quererme. Todas pasan por todos los servicios. Las que se les tiene más confianza pasan a puestos mejores. Yo todo el día me la paso en la oficina, hago expedientes, checo quien llega, bitácoras, llevo el orden de cada persona que está aquí. Cuando llegas, te valora primero la psicóloga. Al principio, es muy cansado levantarte temprano a escuchar tribuna, las historias de las compañeras. Es mejor cooperar y cumplir con lo que te toca, así hago que el día pase más rápido.

Mostrar resistencia o desobedecer se traduce en frustración, malestar y castigos por mal comportamiento, puesto que los rangos de responsabilidades se otorgan en función de la participación. En el relato de la P10 (CR2):

Yo la verdad no tengo ningún cargo. No me interesa. Aquí no se respeta nada. Yo he visto cómo nos dan castigos si alguna compañera se porta mal, nos dejan en tribuna 12 horas sin dormir y nada más escuchando el discurso o tribuna de quien faltó al reglamento [...] Mira, aquí te tratan peor que a un “perro”. Las que tienen puestos abusan de su mando para desquitarse. Mira, la de la bodega no nos da la comida que nuestra familia nos trae [...] ¿Si me entiendes? Los puestos se dan para quienes apoyan a la directora en lo que hacen. Me ha tocado ver a muchachas que se revelan y las castigan. Les dan tablazos en la noche, o las dejan sin comer [...] Mira, no entiendo cómo te vas a rehabilitar. Aquí nada más caminas por tres pisos, bajas a comer y otra vez subir. Ni siquiera existen salidas de emergencia. Todo está cerrado con candados [...] Aquí estamos como los pajaritos en las jaulas queriendo volar, pero no podemos. Yo aquí siempre estoy enojada [...] Mejor yo pienso que es llevar la fiesta en paz y nada más hacer lo que me toca, para salir más pronto de este infierno.

Desde las experiencias de las entrevistadas, en estas clínicas la existencia de una organización jerárquica genera competencia por el liderazgo y al mismo tiempo funciona como una estrategia de control de la conducta. Predomina la realización de actividades que refuerzan estereotipos de mujeres hacendosas, que están atentas a su higiene personal y a la limpieza de los espacios comunes, y que cuidan de las otras.

Construcción de planes al concluir el tratamiento

Lo más difícil de esta parte del proceso es el temor. La estadía fue incierta porque no sabían el tiempo que pasarían en el centro, así que era complicado elaborar planes sobre la salida y sobre la continuidad de su tratamiento afuera. Toda esta incertidumbre se traduce en miedo ante la inminencia de la salida. A partir de los relatos de las entrevistadas, sus planes se construyen sobre tres puntos concretos: 1) motivaciones familiares para recuperar la confianza, o bien su rol como madre responsable de sus hijos; 2) no depender de los demás y ser autosuficiente; y 3) mantenerse sin consumir drogas al salir de la rehabilitación.

1) Motivaciones familiares para recuperar la confianza y el rol como madre responsable de sus hijos

Las motivaciones al salir del proceso de rehabilitación se encaminan a volver a sus hogares y recuperar la confianza de la familia. Durante el proceso de internamiento, las mujeres construyen expectativas sobre su vida. Algunas de estas expectativas surgen a partir de los mandatos de género (Gómez y Begoña, 2009). Por ejemplo, durante las entrevistas, era recurrente la motivación relacionada con el rol de ser madres y la idea de recuperar el compromiso social que tienen. A esto se refiere el relato de la P9 (CR2):

Sabes, mis planes son muchos al salir de aquí. Pero principalmente es estar con mi hija. Desde que estoy aquí, no sé nada de ella, ni de mi familia. Nada más me dejan recados. Me gusta llevarla a la escuela, hacerme cargo de sus cosas, apoyarla en las tareas, pero me da miedo que su papá no me la regrese.

En la entrevista de la P4 (CR1):

Al salir de aquí, quiero recoger a mis hijas de con mi mamá. No quiero que estén cerca de mi hermano. Ya ves que te dije la vez pasada lo que me hacía. No quiero que a ellas les pase. Además, me gusta cuidarlas. Quiero trabajar y conseguir donde vivir ellas y yo solas. Mi mamá no es buena compañía para mis hijas, por eso me desespera estar aquí lejos de ellas; casi ni las veo.

Los mandatos de género influyen en los planes que elaboran las mujeres al sentirse rehabilitadas (Missé, Macaya y Gómez, 2016). Hay que tomar en cuenta cómo la

condición de mujer rehabilitada no se ajusta a los roles que han sido asignados culturalmente a las mujeres. Como se ha visto en las entrevistas, retomar sus roles y sus actividades implica recuperar la confianza de sus familias.

2) No depender de los demás. Ser autosuficiente

Otra de las expectativas que se construyen al término del proceso de rehabilitación es ser autosuficientes económicamente y plantear proyectos de vida dirigidos a contar con un empleo o bien retomar sus estudios. Sin embargo, en los centros de rehabilitación dirigidos a mujeres usuarias de drogas se carece de programas que las preparen para la búsqueda de empleo o para impulsarlas al emprendimiento y así puedan crear negocios propios que generen recursos económicos. En la mayoría de los casos, al abandonar los centros de rehabilitación, las mujeres se encuentran en condición de dependencia económica. En este sentido, para las mujeres entrevistadas, la autosuficiencia económica es una de sus metas principales y su objetivo es responsabilizarse de su vida y la de sus hijos e hijas. Su plan es implementar estrategias para generar solvencia económica. Al respecto, la P7 (CR1) cuenta:

Me gustaría agarrar un trabajo que me mantenga ocupada. Todo para mi hija, enfocarme en ella. He trabajado en agencias de trabajo, ayudo a personas a buscar trabajos. Es fácil encontrar trabajo en Estados Unidos. Algunas dificultades es no lograr mis metas y eso es una depresión para mí [...] Eso me lleva al consumo, que no sepa manejar mis emociones por no encontrar trabajo o que mi familia no me deje salir a que busque trabajo, porque ellos creen que es malo para mí trabajar. Nunca puedo estar bien. Prefiero estar al nivel este, que no me quiero drogar [...]. Yo soy su tutora de mi hija, la principal. Quiero trabajar para hacerme cargo de mí y de mi hija.

Encontrar la solvencia económica representa para ellas la posibilidad de no depender de nadie, condición necesaria para retomar su propia vida y poder tomar decisiones. La incorporación de las mujeres usuarias de drogas al espacio laboral es uno de los aspectos más importantes en su integración a la vida social. Al mismo tiempo, tener una ocupación redituable representa la posibilidad de mejorar su salud psicológica y física. Es importante que se inserten en contextos donde se realizan actividades favorables para el desarrollo de un nuevo estilo de vida (Castaño, 2008). Ahora bien, durante las entrevistas, algunas mujeres manifiestan incertidumbre a la hora de formular planes, porque nunca se les ha explicado cuánto tiempo estarán internadas.

Al salir quiero buscar trabajo. Antes trabajaba en tiendas, pero dejaba de ir. Perdía los empleos por irme a consumir. Yo sé trabajar. Quiero hacerlo para recuperar a mi hijo [...]. Lo puedo mantener si estoy limpia de drogas. Puedo hacer muchas cosas. Desde chica he trabajado. Aquí te enseñan a maquillar y peinar, pero a veces no puedo entrar a las clases porque no tengo material y aparte tengo que limpiar todo lo que me toca [...]. Apenas cuando tú vienes descanso. Por eso te digo, mi familia me castiga, o no sé, no me ayudan a que yo aprenda aquí algo, un oficio. (P11 CR2)

En resumen, las experiencias detallan las dificultades que deben enfrentar durante la búsqueda de trabajo después del proceso de rehabilitación. Además, estas dificultades están relacionadas con la brecha de género, es decir, con obstáculos referentes al hecho de ser mujer y al doble estigma de ser adicta y ser mujer (Castaño, 2008). Asimismo, los relatos indican que los planes están marcados por la incertidumbre debido al carácter igualmente incierto del tratamiento, es decir, a la mayoría de las participantes nunca se les dice cuánto tiempo estarán internadas. Para la elaboración de un plan es necesario el involucramiento de la familia, ya que facilita el logro de las metas planteadas.

Conclusiones

En estudios recientes se resalta el incremento de mujeres consumidoras de drogas en México y particularmente en Sinaloa. En este contexto, el inicio de consumo de drogas, en el caso de las mujeres ocurre con drogas como la marihuana y la metanfetamina. Esta última es la droga de más impacto.

Los modelos de tratamiento de las clínicas de rehabilitación donde se brinda atención a mujeres usuarias de drogas se reproducen roles y estereotipos de género que acrecientan la desigualdad social y reproducen una estigmatización que limita el desarrollo social y personal de estas mujeres. Asimismo, los esfuerzos que se resaltan en la atención a esta población se observan sobrepasados en relación con el aumento del índice de usuarias de drogas, destacando el acceso a drogas de mayor impacto en la salud y en la vida social y familiar. Aun cuando se establecen políticas públicas por el Estado para la atención a personas usuarias de drogas, la ausencia de la perspectiva de género en las mismas representa un verdadero problema, sobre todo en la carencia de estrategias para el establecimiento de

nuevos horizontes que permitan abrir posibilidades de recobrar su funcionalidad social sin el establecimiento de roles tradicionales.

Las características de estas clínicas de rehabilitación satisfacen una serie de vacíos o necesidades generalizadas socialmente asumidas a partir de sensibilizar la importancia de considerar las diferencias de género que guían el actuar en el entorno social y cómo se establecen las desigualdades que se derivan de ello. Es decir, la respuesta de estos establecimientos se estructura en dar respuesta a una problemática ya existente, toda vez que sus acciones y estrategias surgen a partir de modelos arraigados, los cuales obstaculizan su visibilización y transformación.

Según las mujeres entrevistadas, el proceso de rehabilitación inicia cuando el consumo ya es problemático y, casi siempre, se atiende por la demanda de algún familiar. Las mujeres ingresan a clínicas basadas en el modelo de ayuda mutua operado en condiciones de confinamiento. Por lo general, el proceso de rehabilitación se desarrolla a través de acciones que vulneran los derechos humanos de las mujeres. Los protocolos de intervención no toman en cuenta la perspectiva de género. Las experiencias de ingreso de estas mujeres están asociadas al temor, la incertidumbre, el coraje, la tristeza, el abandono, el aislamiento y la inseguridad por no saber el tiempo que durará su tratamiento. Las internas no reciben atención profesional. La atención médica, psicológica o social es reemplazada por la asistencia de una ‘madrina’ exadicta. Esta madrina escucha, atiende, soluciona conflictos y aconseja a la interna que lo requiera.

El centro de rehabilitación funciona como las instituciones totales que describía Goffman (2006), esto es, todos los días las internas hacen lo mismo, se acompañan y se apoyan unas a otras. En el centro de rehabilitación, las mujeres asumen roles específicos, se insertan en una dinámica de relaciones jerárquicas impuesta por la institución y realizan actividades que, aparentemente, tienen como fin el bien común. Para las internas, el proceso de rehabilitación es vivido como un ‘encierro’ donde se les da entender que merecen ser castigadas por las decisiones que han tomado. Esta vivencia se refuerza por las condiciones precarias e indignas del espacio en el que se encuentran.

Por último, la familia es un factor clave en el proceso de rehabilitación de las internas (Zapata, 2009). Es un soporte para la recuperación de las mujeres usuarias

de drogas, pues cuando consumen no responden a los mandatos de género definidos por la sociedad, lo cual se traduce en ocultamiento del consumo, pérdida de hijas e hijos y estigmatización. Sin embargo, los relatos de las entrevistadas dejan claro que la familia no se integra al proceso de rehabilitación. Desde la perspectiva de las mujeres entrevistadas, sus familias las encierran para controlar el consumo de drogas y poder estar tranquilas, nada más. Las familias se desentienden del proceso de rehabilitación porque asumen que son las mujeres consumidoras quienes tienen el problema y, por tanto, son ellas las que tienen que ser atendidas. En ocasiones, las mismas clínicas sugieren que, durante el primer mes de internamiento, las internas no sean visitadas por sus familiares. Esta sugerencia tiene un impacto negativo en las internas, específicamente, las internas sienten que su familia se ha alejado y se sienten abandonadas y solas. A veces, la desatención de las familias llega al extremo de no cubrir los costos de internamiento. Esto limita y condiciona los servicios y la atención que reciben las internas y hace que su encierro sea más precario todavía.

Referencias

- Alpízar, G., F. Ortiz., V. (2016). Cuadernillo temático “Grupos de Ayuda Mutua para Pacientes en Centro de Día”. *Dirección de Tratamiento, Subdirección de Consulta Externa, Departamento Centros de Día. Centros de Integración Juvenil, A.C.* Recuperado de <http://www.intranet.cij.gob.mx/Archivos/Pdf/ctrosdia/CUADERNILLOGrupodeAyudaMutuaparaPacientes.pdf>
- Begoña, A. (2016). Investigación social cualitativa y dilemas éticos: de la ética vacía a la ética situada. *EMPIRIA. Revista de Metodología de Ciencias Sociales*, 34, 101-120. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/2971/297145846004.pdf>
- Blázquez-Morales, M., Pavón-León, P. y Gogeochea-Trejo, M. (2015). Calidad de la intervención desde la perspectiva del usuario en una comunidad terapéutica en Veracruz, México. *Revista Investigación en Salud. Universidad de Boyacá*, 2, 177-194. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/317424160_Calidad_de_la_atencion_desde_la_perspectiva_del_usuario_en_una_comunidad_terapeutica_en_Veracruz_Mexico
- Calvo, H. (2007). Redes de apoyo para la integración social: la familia. *Salud y drogas*, 7(1), 45-56. Recuperado de http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales_de_consulta/Drogas_de_Abuso/Articulos/centro_de_dia.pdf

- Castaño, V. (2008). Brecha de género en la inserción sociolaboral de las mujeres adicta en tratamiento. *Fundación Atenea Grupo GID*. Recuperado de <https://www.drogasgenero.info/wp-content/uploads/Brecha-Genero-Insercion-SocioLaboral-Mujeres.pdf>
- Castaños, M., Meneses, C., Palop, M., Rodríguez, M. y Turbet, S. (2007). *Intervención en drogodependencias con enfoque de género*. Instituto de la Mujer Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Recuperado de https://www.drogasgenero.info/wp-content/uploads/Intervencion_en_drogodependencias_con_enfoque_gen.pdf
- Centro Nacional para la Prevención y Control de las Adicciones. (2015). Recuperado de http://www.cenadic.salud.gob.mx/PDFS/ESTABLECIMIENTOS_RECONOCIDOS.pdf
- Comisión Nacional contra las Adicciones. (2015). Recuperado de http://www.cenadic.salud.gob.mx/PDFS/Directorio_CAPAS.pdf
- Comisión Nacional contra las Adicciones. (2012). Central Mexicana de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos, A.C. Recuperado de http://aamexico.org.mx/Localizacion_cam.html
- De Miguel, E. (2016). Mujeres, consumo de drogas y encarcelamiento, una aproximación interseccional. *Política y Sociedad*, 53(2), 529-549. Recuperado de <https://revistas.ucm.es/index.php/POSO/article/view/47421>
- Díaz, L. y Palucci, M. (2010). El papel de los profesionales en centros de atención en drogas ambulatorio de la ciudad de Bogotá, Colombia. *Revista Latinoam enfermagem*, (13) 573-581. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692010000700013
- Encuesta Nacional del Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (2016). *Secretaría de Salud*. Recuperado de https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/234856/CONSUMO_DE_DROGAS.pdf
- Fraga, C. (2009). El enfoque del método biográfico interpretativo. Estudio de las relaciones de clase y género. *XXVII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología. VIII Jornadas de Sociología de la Universidad de Buenos Aires*. Asociación Latinoamericana de Sociología, Buenos Aires. Recuperado de <http://cdsa.academica.org/000-062/683.pdf>
- Goffman, E. (2006). *Estigma: la identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Goffman, E. (2009). *Internados: Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Madrid: Amorrortu

- Gómez, L. y Begoña, M. (2009). Estudio comparativo de la problemática presentada por mujeres consumidoras de alcohol y otras drogas ilegales en un centro de tratamiento. Una perspectiva de género. Recuperado de <http://www.fundacioncsz.org/ArchivosPublicaciones/73.pdf>
- Gutiérrez, L. (2020). *Reporte estadístico del consumo de sustancias por sexo, entidad federativa y unidad de atención en usuarios de drogas ilícitas solicitantes de tratamiento en Centros de Integración Juvenil en el segundo semestre del 2019*. Biblioteca virtual de Adicciones CIJ, Investigaciones CIJ. Recuperado de: <http://www.biblioteca.cij.gob.mx/investigacion.asp>
- Hernández, D. (2010). Tratamiento de adicciones en Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 39(5) 153-170. Recuperado de <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-psiquiatria-379-avance-resumen-tratamiento-adicciones-colombia-S0034745014602742>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2015). *Encuesta Intercensal 2015*. Recuperado de <https://www.inegi.org.mx/programas/intercensal/2015/>
- Íñiguez, L. (1999). Investigación y evaluación cualitativa: bases teóricas y conceptuales. *Atención primaria*, 23(8), 496-502. Recuperado de <http://www.unidadocentemfyclaspalmas.org.es/resources/1+Aten+Primaria+1999.+IC+Bases+Teoricas+y+Conceptos.pdf>
- Lambertucci, C. (27 de junio de 2018). Mujeres, adicciones, invisibles. *El País*. Recuperado de https://elpais.com/politica/2018/06/26/actualidad/1530009376_934543.html
- Martínez, P. (2009). Extrañándonos de lo «normal». Reflexiones feministas para la intervención con mujeres drogodependientes. *Drogas & Género*. Madrid: Horas y horas. Recuperado de <https://www.drogasgenero.info/documento/extranandonos-de-lo-normal-reflexiones-feministas-para-la-intervencion-con-mujeres-drogodependientes/>
- Missé, M., Macaya, L. y Gómez, S. (2016). *Noctambul@s. Observatorio cualitativo sobre la relación entre el consumo de drogas y los abusos sexuales en contextos de ocio nocturno. Tercer informe anual 2015/2016*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, España. Recuperado de http://www.pnsd.mschs.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/2017_3er_Informe_Anuar_Observatorio_Noctambul@s_2015_2016.pdf
- Mondaca, A., Cuamea, G. y Payares, R. (2015). Mujer, cuerpo y consumo en microproducciones de narcocorridos. *ComHumanitas Revista científica de comunicación*, 6(1), 170-188. Recuperado de <http://www.comhumanitas.org/index.php/comhumanitas/article/view/201513>

- Nanni, R. (2014). Tratamiento de los trastornos adictivos. *Revista ciencia*, 78-89. Recuperado de https://www.revistaciencia.amc.edu.mx/images/revista/65_1/PDF/Tratamientos.pdf
- Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009 Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones. Recuperado de http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/norma_oficial_nom.pdf
- Núñez, G. y Rendón, A. (2012). Género y adherencia al tratamiento: mujeres drogodependientes de un Centro de Integración Juvenil en el Norte de México. *Revista Cultura y Drogas*, 17(19), 205-236. Recuperado de [http://vip.ucaldas.edu.co/culturaydroga/downloads/Culturaydroga17\(19\)_9.pdf](http://vip.ucaldas.edu.co/culturaydroga/downloads/Culturaydroga17(19)_9.pdf)
- Organización Mundial de la Salud. (2004). La dependencia de sustancias es tratable, sostiene un informe de expertos en neurociencias. *Centro de prensa*. Recuperado de <https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr18/es/>
- Organización de las Naciones Unidas. (ONU, 2015). Informe mundial sobre las drogas 2015. Resumen ejecutivo. *UNODC RESEARCH*. Recuperado de https://www.unodc.org/documents/wdr2015/WDR15_ExSum_S.pdf
- Organización de las Naciones Unidas. (ONU, 2005). Tratamiento del abuso de sustancias y atención para la mujer: Estudios monográficos y experiencia adquirida. Naciones Unidas, Nueva York. Recuperado de https://www.unodc.org/docs/treatment/04-55686_ebook%20Spanish.pdf
- Organización de los Estados Americanos. (2014). *Mujeres, políticas de drogas y encarcelamiento. Una guía para la reforma de políticas en América Latina y el Caribe*. WOLA, IDPC, Dejusticia, CIM de la OEA. Recuperado de <https://www.oas.org/es/cim/docs/WomenDrugsIncarceration-ES.pdf>
- París, M., Pérez, L. y Medrano, G. (2009). Estigma y discriminación hacia las y los usuarios de drogas y sus familiares. *Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación*. Recuperado de https://www.conapred.org.mx/documentos_cedoc/E05-2009-1Co.pdf
- Pascual, F. (2015). Alcoholismo y ayuda mutua. De la necesidad a la evidencia, *Revista adicciones*, 27(4), 243-245. Recuperado de <http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/viewFile/748/716>
- Pérez, A. y Correa, M. (2011). Identidad femenina y consumo de drogas: un estudio cualitativo. *LIBERABIT: Lima Perú*, 17(2), 211-222. Recuperado de <http://www.scielo.org.pe/pdf/liber/v17n2/a10v17n2>

- Ramírez, M. (2007). Los padres y los hijos: variables de riesgo. *Educación y Educadores*, 10(1), 27-37. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/eded/v10n1/v10n1a03.pdf>
- Rekalde, A. y Vilches, C. (2003). Drogas de ocio y perspectiva de género en la C.A.V. España. *Dirección de Drogodependencia del Gobierno Vasco*. Recuperado de <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd90/1101RECdro.pdf>
- Ríos, M. (2012). Metodología de las ciencias sociales y perspectiva de género. En N. Blázquez, F. Flores y M. Ríos (eds.), *Investigación feminista. Epistemología, metodología y representaciones sociales*. México: Universidad Autónoma de México.
- Rodríguez, S., Pérez, V. y Fernández, C. (2017). Inserción social de mujeres que finalizaron un tratamiento residencial por uso de drogas. *Salud y drogas*, 17(2), 45-56. Recuperado de <https://ojs.haaj.org/index.php/haaj/article/view/295>
- Romero, M., Saldívar, G., Loyola, L., Rodríguez, E. y Galván, J. (2010). Inequidades de género, abuso de sustancias y barreras al tratamiento en mujeres en prisión. *Revista Salud Mental*, 33(6), 499-506. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252010000600004
- Romo, N. (2005). Género y uso de drogas: la invisibilidad de las mujeres. *Monografías humanistas*, (5), 65-83. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6669579>
- Romo, N. (2011). La mirada de género en el abordaje de los usos y abusos de drogas. *Revista Española de drogodependencias*, 35(3), 269-272. Recuperado de https://www.aesed.com/upload/files/vol-35/n-3/v35n3_ed.pdf
- Schongut, N. (2015). Perspectiva narrativa e investigación feminista: posibilidades y desafíos metodológicos. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 5(1), 110-148. Recuperado de <https://revista.psico.edu.uy/index.php/revpsicologia/article/view/233>
- Secretaría de Salud y Comisión Nacional contra las Adicciones. (2019). *Informe sobre la situación del consumo de drogas en México y su atención integral 2019*. Recuperado de https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/477564/Informe_sobre_la_situacion_de_las_drogas_en_Mexico.pdf
- Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (2013). *Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA). Informe 2011*. Recuperado de:
- Strauss, A. y Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa: Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Medellín: Universidad de Antioquia.

- Taylor, S. y Bogdan, R. (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. México: Paidós.
- Torres, M. (2018). *Aproximación etnográfica al internamiento en residencias de tratamiento no profesional de drogodependencia en Sinaloa*. Tesis de Doctorado. Facultad de Trabajo Social, Universidad Autónoma de Sinaloa.
- Zamora, M. (2019). *Trayectoria biográfica de mujeres consumidoras de drogas bajo internamiento: rehabilitación y reinserción socio familiar*. Tesis de Doctorado. Facultad de Trabajo Social, Universidad Autónoma de Sinaloa.
- Zapata, M. (2009). La familia, soporte para la recuperación de la adicción. *Revista CES psicología*, 2(2), 86-94. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/4235/423539413007.pdf>