

## Trastornos por usos de sustancias y violencias contra las mujeres

---

M<sup>o</sup> de los Angeles Lobos Palacios, Psicóloga (Universidad de Chile). Directora Centro Tratamiento Ambulatorio Dianova, Viña del Mar

Recientemente la Organización Mundial de la Salud (OMS) reveló en su informe, “Depresión y otros Desórdenes Mentales Comunes”, que Chile se encuentra dentro de los países con más trastornos del ánimo en la región. Más de un millón de chilenos sufre ansiedad y 850 mil tienen depresión. La prevalencia de síntomas depresivos casi se triplican en mujeres y en general los trastornos de salud mental tienden a afectar más a este sector de la población (Ministerio de Salud, MINSAL, 2010; Vicente, B. y colaboradores, 2002).

Dentro de los trastornos de salud mental, el consumo problemático de drogas ha adquirido mayor visibilidad en los últimos años en la población femenina. Es un fenómeno complejo y multicausal, y tiende a estar entrelazado con otras problemáticas de índole psicosocial. De las 54 mujeres tratadas el año 2016, en el Centro de Tratamiento Ambulatorio Dianova Viña del Mar, un 83% tiene antecedentes de violencia intrafamiliar y/o abuso sexual<sup>1</sup> (Sistema de Información y Gestión de Tratamiento, SISTRAT, 2016).

El objetivo del presente artículo es evidenciar la estrecha relación existente entre los trastornos por usos de sustancias (TUS) y las violencias contra las mujeres (VCM), así como los modos en que ambos fenómenos se concatenan, desde una perspectiva de género.

El situarse desde un enfoque de género permite dar cuenta de los efectos de la socialización de género e implica identificar las problemáticas específicas que aquejan a las mujeres que acuden a nuestros centros y los efectos de haber sido socializadas como tales, incluyendo las repercusiones en su trayectoria de consumo (motivaciones, procesos de recaídas, patrones de consumo, etc.). El género es una construcción simbólica -por ende cuestionable y mutable- basado en la diferencia de los sexos, que incide en la constitución subjetiva, crea identidad y dicta pautas de comportamiento. Históricamente se ha evidenciado una desigualdad estructural entre hombres y mujeres, producto de una subvaloración del género femenino (Martínez, 2008).

Para el presente artículo, como elección ética y política, se ha escogido el término “Violencia S contra las Mujeres” (VCM). A diferencia de otros<sup>2</sup>, éste rescata el concepto de “interseccionalidad” (Crenshaw 1995, en Tornay y Oller, 2016) que da cuenta de que la opresión proviene de diversas estructuras y entiende el género como una categoría dinámica que converge con otras desigualdades, comprendiendo que los diversos ejes que van articulando las diferencias, la estratificación social y la discriminación/opresión se

---

<sup>1</sup> Hay que considerar que estos datos son recabados al inicio del tratamiento por lo cual la cifra real tiende a ser mayor ya que, por vergüenza, muchas no revelan dicha información en las primeras entrevistas o simplemente no visualizan que están inmersas en una relación de violencia.

<sup>2</sup> Violencia intrafamiliar: sitúa el foco en lo intrafamiliar tratando el tema como un asunto íntimo e invisibilizando a las mujeres, quienes son las principales víctimas; Violencia doméstica: circunscribe la violencia al ámbito privado, despojándola de su raigambre sociopolítica, obviando además la violencia estructural del Estado; Violencia de género: al aludir al género, es más amplia y no específica hacia la mujer.

encuentran interconectados (como por ejemplo: etnia, clase, género, entre otros) (Kauppert y Kerner, 2016).

Se hablará entonces desde una perspectiva feminista que visualiza el problema como sociocultural, arraigado en la violencia patriarcal, incluyendo además la violencia estructural perpetrada desde el Estado mismo. No se está entonces frente a un problema individual ni psicológico al cual, desde distintas corrientes, se ha intentado patologizar. Como bien se argumenta desde el feminismo, los hombres violentos no son enfermos mentales, sino “sanos hijos del patriarcado”.

Según la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (artículo 1º) la VCM se entiende como “cualquier acción o conducta basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado”. Las estadísticas a nivel mundial señalan que el 35% de las mujeres ha sufrido violencia física y/o sexual de pareja y que el 38% de los asesinatos de mujeres son cometidos por su pareja (OMS, 2016). Por su parte, la Red Chilena Contra la Violencia Hacia las Mujeres, registró 52 femicidios el año 2016.

Más allá de las estadísticas, es un problema severo que tiene repercusiones no sólo a nivel de la mortandad de las mujeres, sino que hay una serie de consecuencias a distintos niveles que son invisibilizadas, como por ejemplo en la salud mental de esta población y específicamente en el tema central de este artículo: los trastornos por usos de sustancias.

Las prevalencias de consumo del último año en Chile para las diversas drogas son las siguientes: cocaína 1,4%, pasta base de cocaína 0,5%, marihuana 11,3%, tabaco 22,7% y alcohol 48,9% (Servicio Nacional de prevención y rehabilitación del consumo de Drogas y Alcohol, SENDA, 2015). En la población femenina hay un mayor consumo de tranquilizantes, mientras que los hombres se inclinan más por los estimulantes (Oficina contra la droga y el delito, Naciones Unidas, UNODC, 2005, 2016).

La relación del trastorno por uso de sustancias (TUS) y las violencias se da en distintos niveles: a) El consumo de drogas puede constituirse como gatillante de actos violentos, relacionados con los efectos de las drogas. b) Comisión de delitos para obtención de recursos destinados a compra de drogas. c) Violencia sistémica vinculada al tráfico de sustancias. d) Los efectos traumáticos de la violencia (como por ejemplo: violencia política) aumentan riesgo de consumo de drogas. (UNODC, 2016).

Particularmente las mujeres que utilizan drogas están expuestas a mayor violencia que los hombres. El estigma social -violencia simbólica- que recae sobre ellas, por trasgredir los roles tradicionales asociados al estereotipo de género (buena madre-esposa), es mayor. En el ámbito judicial por ejemplo, ante un caso de violencia sexual se excusa a los maltratadores que usan drogas, siendo éstas un atenuante para su accionar, mientras que

para las mujeres son agravantes; opera la clásica asociación que vincula el alcohol u otras drogas a la virilidad en los hombres, siendo que en las mujeres se asocia a promiscuidad (aumentando el riesgo de agresiones sexuales). Asimismo reciben violencia institucional por parte de los Tribunales de Familia y dispositivos de infancia, los que son altamente maltratadores con las mujeres que son madres y utilizan drogas, lo que empeora su condición y reduce su potencial de recuperación.

A la base de todo esto encontramos la violencia estructural anclada en la desventaja intrínseca que sufren por el sólo hecho de ser mujeres (menos oportunidades educacionales, laborales, dependencia económica, entre otros), lo que genera mayor propensión a caer en un espiral de marginalidad, pobreza, microtráfico y/o prostitución (hasta un 60% de las mujeres consumidoras de drogas caen en la prostitución para financiar su adicción; en otras ocasiones sucede a la inversa: mujeres que ejercen el comercio sexual son inducidas u obligadas por sus proxenetas al consumo, como una estrategia de sometimiento) (García, 2005. Sirvent, 2005. Plaza, 2005. Del Pozo, 2005. Llopis, 2005).

Una mujer que sufre violencia tiene 15 veces más probabilidades de sufrir un Trastorno por Uso de Sustancias (TUS). En cuanto a las mujeres que se encuentran en tratamiento por TUS, son víctimas de violencia ejercida por su pareja con una incidencia tres veces superior a la de población general. A su vez, entre un 50 y 80% han sido víctimas de abuso sexual en la infancia (Llopis, 2005).

La violencia puede vivenciarse como consecuencia del consumo, como lo señala el modelo de desinhibición, donde las drogas gatillarían un descontrol de impulsos siendo las más comunes los estimulantes -que incrementan la paranoia- y el alcohol -disminuye control impulsos-. O bien el consumo de drogas puede ser una consecuencia de la violencia, que es el caso de las mujeres maltratadas que hacen un uso farmacológico de las sustancias o de automedicación (Khantzian, 1985 en Tenorio y Marcos, 2000), para reducir la ansiedad y malestar emocional que les provoca su situación.

Muchas mujeres -sometidas- son iniciadas por sus parejas en el consumo, como manera de mantener la relación o porque las obligaban, y si llegan a iniciar un tratamiento este suele ser boicoteado por su pareja maltratadora. Inmersas en una relación de dependencia relacional<sup>3</sup>, las mujeres suelen justificar el maltrato por la conducta de consumo o recaídas. En su contraparte, se encuentran aquellas mujeres independientes que, producto de la hipercompetitividad laboral sumado a una masculinización en el ejercicio de su rol, inician un consumo de sustancias a modo de tolerar el estrés de tener que compatibilizar múltiples roles en una sociedad que no da cabida para ello. En ambos casos la situación es compleja ya que las mujeres tienen propensión a generar dependencia más

---

<sup>3</sup> Conjunto comportamientos adictivos con base en la relación interpersonal. Se produce por una asimetría de rol, bien por sometimiento voluntario del miembro dependiente, bien como resultado de la dominación impositiva. Genera una disolución de la personalidad del sujeto dependiente, un hábito pasivizante y falta de autonomía. Es un fenómeno típico de la mujer que consume drogas, que se da en el 70% de casos (García, 2005. Plaza, 2005. Del Pozo, 2005. Llopis, 2005).

rápido y con peores efectos que los hombres, debido a diferencias fisiológicas y metabólicas (UNODC, 2005 y 2016).

Si bien los gatillantes del consumo de drogas en mujeres pueden ser variados (afrontar un problema, relajarse, combatir el aburrimiento, la frustración, relaciones sexuales insatisfactorias, perder peso, familias multiproblemáticas, dificultades económicas, etc.), la violencia suele ser común denominador para las consumidoras. Existe un factor sociocultural y contextual que normaliza la violencia como modo de relacionarse, existiendo pautas transgeneracionales que devienen en una interiorización de la dominación.

Las historias de violencias suelen comenzar en la infancia, con abusos sexuales infantiles (ASI), generando traumas que con posterioridad configuran Trastornos de Estrés Post Traumáticos (TEPT) y otras patologías de salud mental. Desde ahí los TUS se configuran como un mecanismo de afrontamiento al estresor. El trauma infantil va forjando una autopercepción de ser portadoras de un "estigma", lo que facilita la identificación con grupos marginales y el acceso a sustancias. En la vida adulta, las habituales experiencias de violencia se vuelven "normales" como continuación del ASI y se diluyen las barreras frente a la prostitución (Llopis, 2005).

Los ribetes que adquiera el trastorno de salud mental, sea este ligado al consumo de sustancias u otro, pueden asociarse a los modos de respuesta ante el estrés que generan las exigencias del estereotipo de género (Romo, 2003). Es así como la tensión generada, entre los roles asociados tradicionalmente a las mujeres (maternidad, dueña de casa, cuidadora, etc.) y los roles emergentes que están desempeñando en la sociedad (trabajadora, política, agente activa en el espacio público, etc.), da paso al estrés y a diversos tipos de sintomatologías y modos de afrontamiento (uso de sustancias u otros).

Se vuelve necesario visibilizar los determinantes sociales, y de estereotipos de género, asociados a la salud mental. Por ejemplo, ante las mismas quejas emocionales (cansancio o fatiga) se tiende a prescribir psicofármacos a las mujeres, patologizando el estrés cotidiano de una "triple jornada" (trabajo, labores domésticas y de cuidado) que agotaría a cualquiera. Ello ha generado un sobre diagnóstico de depresión en las mujeres y una tendencia al abuso de psicofármacos preocupante (Pla et al., 2013).

Dio Bleichmar (1991) plantea que los factores psicosociales incidentes en la depresión (dependencia, pasividad, falta de firmeza o asertividad, gran necesidad de apoyo afectivo, baja autoestima e indefensión) calzan con el estereotipo de la feminidad. «...lo que predispone a la mujer a la depresión es su propio rol. Es la feminidad misma, tal como está concebida en nuestra cultura, el factor de mayor riesgo para la depresión» (p.286). Desde ahí es importante realizar un abordaje de la salud mental desde una perspectiva de género, que considere cómo las pautas culturales que rigen el comportamiento de mujeres y

hombres va incidiendo en el malestar social que éstos generan y las eventuales patologías que desarrollan.

Habiendo revisado los modos de relación entre VCM y TUS cabe plantear algunos desafíos y consideraciones para la intervención. En virtud de la desigualdad estructural que afecta a las mujeres, es necesario invertir más esfuerzos en la integración social de éstas; en especial a las que padecen TUS cuyas barreras son mayores por el estigma, evidencian una menor capacidad de autonomía (por dependencia histórica), menor nivel educacional y acceso a trabajos de escasa remuneración.

Hacen falta dispositivos que atiendan, de manera integral, ambas problemáticas. Las Casas de Acogida, que dispone el Servicio Nacional de la Mujer y la Equidad de Género, excluyen a las consumidoras de drogas, independientemente de haber sufrido o no malos tratos. Tampoco los centros de tratamiento de adicciones tienen programas específicos para consumidoras maltratadas.

Desde el trabajo terapéutico es deseable tender a crear nuevas pautas de relación interpersonal en las que no quepa la sumisión cultural del estereotipo de género. En la misma línea hay que fomentar autocuidado, del mismo modo que se han preocupado de su relación con los demás (bajo el mandato del estereotipo de género que liga lo femenino al cuidado de los otros). La soledad y exclusión que vivencian las mujeres consumidoras de drogas impelen a ampliar sus redes de apoyo, generando grupos de autoayuda fundados en la sororidad<sup>4</sup>.

Las mujeres, al igual que cualquier persona, están expuestas a ser víctimas de acciones violentas de diversa índole. Sin embargo, su vulnerabilidad se ve aumentada por la mera condición de ser mujer. Social e históricamente, desde la cultura del patriarcado, se ha permitido –e incluso legitimado- que las mujeres sean agredidas en las áreas básicas de desarrollo de la persona: “...el maltrato en el medio familiar, la violación en el medio social y el acoso sexual en el medio laboral” (Altell y Plaza, 2005, p.105).

A pesar de que se han evidenciado avances en torno a la igualdad de oportunidades para los géneros, la brecha aún es amplia y han adquirido ribetes más sutiles. Desde ahí se torna necesario tensionar y desnaturalizar los estereotipos de género y prejuicios que circulan tanto en las propias usuarias como en los profesionales de la salud mental. Los factores psicosociales y de género dan paso a diversas formas de padecer y enfermar, así como también distintos modos de acercarse a los servicios de salud, los cuales no pueden ser obviados; de lo contrario estaríamos perpetuando la desigualdad y violencia histórica.

---

<sup>4</sup> Sororidad apela a una alianza entre las mujeres, hermandad, donde no hay jerarquía, sino que cada una reconoce la autoridad de la otra y el colectivo. Implica potenciarse a través de la reciprocidad, oponiéndose a las relaciones de competitividad y discriminación (Lagarde, 2012).

## Referencias

- Altell, G. y Plaza, M. (2005). Abuso de alcohol y violencia doméstica desde una perspectiva de género. Fundación Salud y Comunidad, Barcelona. *Revista Salud y Drogas*. Vol. 5, N°2, pp. 99-115. Recuperado de <http://ojs.haaj.org/index.php/haaj/article/viewFile/116/113#page=137>
- Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer. "Convención de Belém do Pará. (1995). Recuperado de <http://www.oas.org/juridico/spanish/tratados/a-61.html>
- Del Pozo, J. (2005). Retos y perspectivas sobre las drogodependencias y género. *Revista Salud y Drogas*. Vol. 5, N°2, pp. 117-136. Recuperado de <http://ojs.haaj.org/index.php/haaj/article/viewFile/116/113#page=137>
- García, M. (2005). Repercusiones de los malos tratos en usuarias de alcohol. *Revista Salud y Drogas*. Vol. 5, N°2, pp. 13-54. Recuperado de <http://ojs.haaj.org/index.php/haaj/article/viewFile/116/113#page=137>
- Kauppert, P. y Kerner, I. (2016). Un feminismo político para un futuro mejor. *Nueva Sociedad*, n° 26, 77-88. Recuperado de [http://nuso.org/media/articulos/downloads/4\\_TC\\_Kauppert\\_256.pdf](http://nuso.org/media/articulos/downloads/4_TC_Kauppert_256.pdf)
- Lagarde, M. (2009). La política feminista de la sororidad. *Mujeres en Red*. El periódico feminista. Recuperado de [http://www.nodo50.org/mujeresred/IMG/article\\_PDF/article\\_a1771.pdf](http://www.nodo50.org/mujeresred/IMG/article_PDF/article_a1771.pdf)
- Llopis, J. (2005). Uso de drogas y violencia de género en mujeres adictas en Europa. Claves para su comprensión e intervención. *Revista Salud y Drogas*. Vol. 5, N°2, pp. 137-158. Recuperado de <http://ojs.haaj.org/index.php/haaj/article/viewFile/116/113#page=137>
- Martínez, P. (2008). Perspectiva de género aplicada a las drogodependencias. Asociación de Entidades de Centros de Día de Drogodependencias. Salamanca, España. Recuperado de <http://www.asecedi.org/docs/GENERO.pdf>
- Ministerio de Salud, Encuesta Nacional de Salud 2009-2010. Recuperado de [www.minsal.gob.cl/portal/url/item/bcb03d7bc28b64dfe040010165012d23.pdf](http://www.minsal.gob.cl/portal/url/item/bcb03d7bc28b64dfe040010165012d23.pdf)
- Naciones Unidas, Oficina contra la droga y el delito. (2005). Tratamiento para el abuso de sustancias y atención para la mujer: Estudios monográficos y experiencia adquirida. Recuperado de [https://www.unodc.org/docs/treatment/04-55686\\_ebook%20Spanish.pdf](https://www.unodc.org/docs/treatment/04-55686_ebook%20Spanish.pdf)
- Naciones Unidas, Oficina contra la droga y el delito. (2016). Informe mundial sobre las drogas. Recuperado de [https://www.unodc.org/doc/wdr2016/WDR\\_2016\\_ExSum\\_spanish.pdf](https://www.unodc.org/doc/wdr2016/WDR_2016_ExSum_spanish.pdf)
- Organización Mundial de la Salud. (2016). Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/es/>

- Pla, I. y colaboradores. (2013). Estereotipos y prejuicios de género: factores determinantes en Salud Mental. *Norte de salud mental*, 2013, vol. XI, n° 46, pp. 20-28. Recuperado de <https://revistanorte.es/index.php/revista/article/view/6>
- Plaza, M. (2005). Abuso de alcohol y violencia doméstica desde una perspectiva de género. *Revista Salud y Drogas*. Vol. 5 N° 2, pp. 99-116. Recuperado de <http://ojs.haaj.org/index.php/haaj/article/viewFile/116/113#page=137>
- Red Chilena Contra la Violencia Hacia las Mujeres (2016). Registro de Femicidios 2016. Recuperado de <http://www.nomasviolenciacontramujeres.cl/femicidio-ano-2015/>
- Romo, N. y colaboradores. (2003). Sobre el malestar y la prescripción: un estudio sobre los usos de psicofármacos por las mujeres. *Revista española de drogodependencias*. 28 (4). pp. 372-379. Recuperado de [http://www.aesed.com/descargas/revistas/v28n4\\_5.pdf](http://www.aesed.com/descargas/revistas/v28n4_5.pdf)
- Servicio Nacional de prevención y rehabilitación del consumo de Drogas y Alcohol. (2015). Décimo primer estudio nacional de drogas en población general, 2014. SENDA, Ministerio del Interior y Seguridad Pública. Santiago. Recuperado de [http://www.senda.gob.cl/media/estudios/PG/2014\\_EstudioDrogas\\_Poblacion\\_General.pdf](http://www.senda.gob.cl/media/estudios/PG/2014_EstudioDrogas_Poblacion_General.pdf)
- Sirvent, C. (2005). Diferencias de género en la adicción e Implicaciones terapéuticas. *Revista Salud y Drogas*. Vol. 5, N°2, pp. 81-98. Recuperado de <http://ojs.haaj.org/index.php/haaj/article/viewFile/116/113#page=137>
- Sistema de Información y Gestión de Tratamiento, (2016). Recuperado de <http://sistemas.senda.gob.cl/sistrat/>
- Tenorio, J. y Marcos, J. (2000). Trastornos duales: tratamiento y coordinación. *Revista Papeles del Psicólogo*, 2000, n°77, pp. 58-63. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/778/77807708.pdf>
- Tornay, M. y Oller, M. (2016). Comunicación, decolonialidad y Género: representación de la Subalternidad desde una Perspectiva feminista decolonial. *Comunicación, Periodismo y Género*. Una mirada desde Iberoamérica Recuperado de <https://idus.us.es/xmlui/bitstream/handle/11441/48548/periodismoygenero.pdf?sequence=1&isAllowed=y#page=78>
- Vicente, B. y colaboradores. (2002). Prevalencia de trastornos psiquiátricos en Chile. Recuperado de [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872002000500007](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872002000500007)