

# Construcción socio-cultural de la feminidad<sup>5</sup>

## **Aixa Colon Ocasio**

PhD. Psicóloga Clínica, Pontificia Universidad Católica de Puerto Rico, Ponce  
 Consejera en abuso de sustancias psicoactivas, M.H.S, Universidad Central del Caribe, Bayamón, Puerto Rico  
 Correo electrónico: aixa\_colon@hotmail.com

## **Ana Plaza Montero**

Ph.D. con especialización en Psicología Clínica. Pontificia Universidad Católica de Puerto Rico  
 Correo electrónico: ana\_plaza@puopr.edu

## **Legna Vargas Batiz**

Ph.D. con especialización en Psicología Clínica. Pontificia Universidad Católica de Puerto Rico  
 Correo electrónico: legnavargas@yahoo.com

Pontificia Universidad Católica de Puerto Rico (Ponce, Puerto Rico)

Recibido: 15/10/2011  
 Aceptado: 24/04/2013

## Resumen

El género es concebido como una construcción histórico-cultural que prescribe determinadas formas de pensar, sentir y actuar para mujeres y hombres. Lo femenino y lo masculino como construcciones sociales enunciadas, interpelan a la subjetividad que se adhiere a sus cánones, reproduciendo en uno u otro sentido el imaginario social, y así sus estereotipos, prejuicios y la discriminación social concomitante. Puesto que la subjetividad es entendida como una construcción social a la vez que psicológica, la feminidad ya no es considerada una esencia, inherente a toda mujer. Es vista más como un juego de actitudes, habilidades, emociones y valores adquiridos. Los cuales influyen en la percepción y comportamiento de los entes. Son estos factores construidos socialmente, las percepciones y traumas de vidas, las que llevan a las mujeres a incurrir en conductas de riesgo como el uso de sustancias psicoactivas. Este particular, como medio de evadir la realidad. Muchas veces esta conducta desencadena en adicciones a la/las sustancias. La adicción a sustancias se ha entendido como un trastorno crónico y recidivante caracterizado por una conducta compulsiva de consumo de sustancias, con deterioro de la actividad social y laboral. De esta forma, entender y comprender lo factores bio-psico-socio-cultural de esta situación facilitarían el acercamiento psicoterapéutico en la población. La terapia psicológica, a su vez, supone la consideración de ser enmarcada en un contexto que se atempere a las necesidades particulares de la persona, en este caso, mujeres usuarias de sustancias psicoactivas ya que como seres humanos somos entes integrados.

## Palabras clave

Feminidad, masculinidad, mujeres, sustancias psicoactivas, psicoterapia.

5 Para citar este artículo: Colon, A., Plaza, A., & Vargas, L. (2013). Construcción socio-cultural de la feminidad. *Informes Psicológicos* 13(1), 65-90.

# Femininity socio-cultural construction

## Abstract

The gender is conceived as a cultural construction that prescribed certain forms of thinking, feelings and behavior for women and men. Feminine and masculine social constructions as mention here challenge the subjectivity in which they are defined, pointing out the social imaginary, as well as the stereotypes, prejudices and concomitant social discrimination. Since subjectivity is understood, both as a social and psychological construction as well. Femininity is no longer considered an essence, only related to woman. It is seen more as an acquired set of attitudes, skills, emotions and values which influence the perception and behavior of the individuals. Such socially constructed factors, the perceptions and traumas in life are the trigger, which lead women to engage in behaviors of risk such as the use of psychoactive substances as means for avoiding reality. However this behavior triggers addiction to the substances in most cases. Addiction to substances has been understood as a chronic and relapsing disorder characterized by a compulsive consumption behavior of the substance, deteriorating the social and professional environment. In this way, understanding and comprehending the bio-psycho-socio-cultural factors of this situation would facilitate the psychotherapeutic approach in the population. Consequentially Psychological therapy, seeks to adapt to the context which fits the needs of a particular person, in this case, women who use psychoactive substances, having in mind that we are all integrated humans beings.

### Keywords

Femininity, masculinity, women, psychotherapy, psychoactive substances

# Construção sócio-cultural da feminilidade

## Resumo

O gênero é concebido como uma construção histórico-cultural que prescreve certos modos de pensar, sentir e agir para mulheres e homens. O feminino e o masculino como construções sociais definidas, questionam a subjetividade que adere aos seus cânones, jogando em ambos sentidos o imaginário social, e assim os seus estereótipos, preconceitos e a discriminação social concomitante. Desde a subjetividade é entendida como uma construção social, bem como psicológica, a feminilidade não é mais considerada uma essência inerente a cada mulher. Ela é vista mais como um jogo de atitudes, habilidades, emoções e valores adquiridos. Eles influenciam a percepção e o comportamento das entidades. São esses fatores socialmente construídos, as percepções e traumas da vida, que levam as mulheres a se envolver em comportamentos de risco, como o uso de substâncias psicoativas. Neste particular, como forma de fugir da realidade. Muitas vezes, esse comportamento provoca dependência de substâncias. A dependência de substâncias é tratada como uma doença crônica e recidivante caracterizada por um comportamento compulsivo de consumo das substâncias, com o funcionamento social e profissional prejudicado. Assim, para entender e compreender os fatores bio-psico-sócio-cultural de esta situação facilita o abordagem psicoterapêutico na população. A terapia psicológica, por sua vez, envolve a consideração de ser enquadrada em um contexto que aquece com as necessidades específicas da pessoa, neste caso, as mulheres que usam substâncias psicoativas, porque como seres humanos são entidades integradas.

### Palavras chave

Feminilidade, masculinidade, mulheres, substâncias psicoativas, psicoterapia

# Introducción

Re-estructurar la feminidad es una tarea que viene realizando el feminismo desde hace varias décadas (Chapman, 2005). Dicha tarea posibilita alcanzar importantes niveles de comprensión y equidad en la labor de de-construcción de la definición clásica y canónica de la feminidad. Logrando que hoy día, a nivel académico no se admite que la mujer esté predeterminada biológicamente a ser el segundo sexo. Ya que eventualmente se da por válido que en la configuración de la identidad sexual intervienen no sólo factores genéticos; sino estrategias de poder, factores psicológicos, sociales y culturales. Es decir, elementos que no se relacionan directamente con la genética pero que son tan determinantes o más que la propia biología. En este sentido se puede afirmar que definir feminidad o mujer suscita respuestas muy variadas. De forma que, no se puede hablar de mujer sino de mujeres en forma general y no existe un modelo único, universal de feminidad.

Es por lo expuesto anteriormente y por la relevancia con el tema, que en la primera parte de este escrito se trabaja con la noción de la construcción socio-cultural de la feminidad. Teniendo como objetivo la comprensión que a través de los años se le ha adjudicado a la mujer en cuanto a roles de género y a la conducta que se espera manifieste. Dichas concepciones culturales delegadas a las féminas están directamente relacionadas con los factores bio-psico-sociales de inicio al consumo de sustancias. Los cuales se exponen de forma general en la segunda parte del ensayo. De esta forma, el papel

protagónico que juegan elementos biológicos, perceptivos y conductuales en el consumo de sustancias psicoactivas son imprescindibles para comprender las problemáticas asociadas a éstas en la mujer. Partiendo de estas premisas y del conocimiento en el tema, el acercamiento psicoterapéutico (tercera parte del escrito) debe estar acorde con las situaciones vividas y particularidades de cada una de las mujeres. Ya que las tres áreas bio-psico-social están interconectadas entre sí. De esta forma, la aproximación terapéutica debe estar atemperada a un contexto cultural mediatizado por un sin número de explicaciones y teorizaciones que deben velar por el bienestar individual de cada una de las féminas y el éxito en la deshabituación del consumo de sustancias psicoactivas.

En general las distintas explicaciones y teorizaciones coinciden en la existencia de dos constantes históricas como elementos determinantes en la construcción social de la feminidad. Una de ellas es lo que Bourdieu (2000) denomina el cuerpo de la mujer como capital simbólico, en tanto objeto de apropiación y deseo, como cuerpo para el otro. Por otra parte, se presenta a la mujer/madre, al servicio y cuidado de los demás.

De esta forma, la mujer se debate así entre dos representaciones sociales disociadas entre sí, la maternidad a ella asignada y el erotismo que remite a la mujer a una condición primigeniamente sexual/genital. La prohibición de ser para sí, se constituye a partir del surgimiento del patriarcado en un tabú cultural, cuya trasgresión es socialmente peligrosa y se vive con vergüenza y culpa, lo cual ejerce una función de control y coerción introyectados.

La ubicación de la mujer en una esfera no tradicional supone quebrantar el ideal estereotipado de mujer-madre y la coloca en el sospechoso lugar de transgresión, lo cual funciona como una fuente de represión social y psicológica que la impulsa a mantenerse dentro de los parámetros del status quo. Según Hidalgo (2003) la mujer que subvierte el lugar social asignado se le representa de manera grotesca y terrorífica en estrecha comunión con una naturaleza primitiva e incontrolada. Dicha mujer temida, dadora de vida y devoradora es afín a los mitos y tradiciones de todas las culturas ancestrales. El abandono, e incluso el sólo alejamiento del horizonte cultural de la feminidad provoca profundos sentimientos de culpa, vergüenza y depresión por una parte, y miedo, rechazo y repulsión por otra, llegando incluso a cuestionarse “la esencia femenina” como construcción histórica (Romo, 2005).

Acorde con la escasa literatura concerniente al tema, son éstos factores de transgresión, sentimientos de culpa, vergüenza, deseos de experimentación, entre otros, los que llevan a la mujer a utilizar sustancias psicoactivas como medio para olvidar problemas o añadirle a su vida un nuevo significado. Corrompiendo de esta forma con el ideal de mujer estrictamente construido. Las expectativas sociales en torno al consumo de sustancias adictivas imponen normas asimétricas e inequitativas. De acuerdo a la cultura latina, se espera que la mujer se abstenga en el consumo de sustancias psicoactivas. Cuando esto no es así, se espera que consuma únicamente en ocasiones especiales y de manera limitada durante ceremonias tradicionales. Esta situación puede considerarse por unas personas como factor de protección, no obstante,

para otras representa una situación represiva para las mujeres. Sin embargo, el consumo de sustancias adictivas por parte de los varones no sólo es socialmente aceptable sino deseable (Ortíz, Soriano, Meza, Martínez, & Galván, 2006). Son estas conductas represivas y la desigualdad existente entre los roles de género los que muchas veces propician en las féminas buscar un escape a la realidad. Apelando a las drogas como vehículo de evasión, llegando a situaciones precarias donde muchas veces lo pierden todo; recurriendo a ellas mismas y su cuerpo como medio para obtener o intercambiar dinero por drogas.

Hoy día la presión ejercida por las organizaciones en pro de igualdad de derechos para la mujer han levantado agendas y poderes públicos, que ha actuado a favor del debilitamiento de las normas sociales que regulaban el campo de la familia, de la intimidad y sexualidad (Errázuriz, 2009). Sin embargo, las mujeres que transgreden el mandato social se estigmatizan todavía como poco respetables y confiables, mala mujer y madre (Burgos, 2006). Ya que por ser consumidoras de sustancias no cumple con las premisas que socialmente se han construido que deben regir a la mujer. Es decir, por la imagen de la feminidad mal lograda (Medina, 2005).

En la última década el consumo de drogas psicoactivas en mujeres ha ido en aumento. Según las estadísticas disponibles más recientes en Puerto Rico, el 9.3% de la población femenina entre las edades de 15 a 64 años consume drogas ilícitas y el 58.9 % alcohol. Esta problemática de salud pública ha sido materia de grandes polémicas desde diversas perspectivas: políticas, éticas, de género,

social, médica y legal. Ya que la evidencia empírica ha demostrado que las conductas de uso, abuso y dependencia de drogas no dependen de un factor aislado, sino que están originadas y mantenidas por diversos factores de naturaleza multidimensional (Rivas, 2006; NIDA, 2006). Por tanto, el abordaje terapéutico, debe ser uno cónsono a la población brindada cumpliendo con las necesidades particulares de cada fémina.

A la luz de lo expuesto anteriormente, la elección de esta temática; se fundamenta por la presencia de la violencia de género y el aumento en la incidencia y prevalencia de mujeres usuarias de sustancias psicoactivas en la sociedad y su relevancia como problema social de primer orden. Tradicionalmente los estudios epidemiológicos han mostrado una prevalencia mayor en el uso de sustancias psicoactivas entre los hombres, pero encuestas epidemiológicas recientes reflejan un aumento en el uso de estas sustancias entre las mujeres, particularmente entre las adolescentes y las adultas jóvenes (NIDA, 2006).

A su vez, la escasa literatura concerniente al tema deja entrever que a pesar que es un problema social de primer orden, no se le otorga la importancia que merece. Por lo cual es muy difícil aproximarse a las realidad de las mujeres usuarias de sustancias psicoactivas. El continuar desconociendo la realidad de las féminas que consumen sustancias psicoactivas no beneficiará ni a corto ni a largo plazo la salud pública y mucho menos las condiciones socio-políticas y económicas de un país. Este particular posibilita a la presente autora a contribuir de forma general con el escrito; sirviendo como voz de alerta ante la situación tan

apremiante que se está viviendo y no está siendo atendida. Por otra parte, teniendo el convencional abordaje de este complejo problema (medidas legislativas, policiales, penales, sociales, culturales y laborales) puede complementarse con otros enfoques, desde la educación, en el que se propongan medidas de intervenciones psicoterapéuticas o medidas de prevención. El problema de la violencia de género y el uso de sustancias psicoactivas se ha convertido en un tema crucial en las sociedades en las que las políticas de igualdad no consiguen eliminar esta expresión máxima de la dominación sexista por parte de los varones (Delgado, Iraegui, Marquina, Martín, Palacio, & Plaza, 2007). La cual necesita ser estudiada e investigada más a fondo. De esta forma, es meritorio partir de la concepción social que se ha construido acerca de lo que es la feminidad, para tener una comprensión general de los conceptos expuestos en este escrito.

## Construcción socio-cultural de la feminidad

El género es concebido como una construcción socio-cultural que prescribe determinadas formas de pensar, sentir y ser para mujeres y hombres (Delgado et al., 2007). Es un referente, una especie de acumulación histórica que se juega en la cotidianidad consciente, y la mayoría de las veces inconsciente, pero con consecuencias. Lo femenino y lo masculino como construcciones sociales enunciadas, interpelan a la subjetividad que se adhiere a sus cánones, reproduciendo en uno u otro sentido el imaginario social, y así sus estereotipos, prejuicios y la

discriminación social concomitante (Noland, 2006). De esta forma, apelar a lo femenino y lo masculino no sólo son cimentaciones sociales, sino también filtro cultural, constitución subjetiva e interpretación genérica del mundo.

La adscripción de lo femenino y masculino determinará la identidad desde la cual se posesionarán, actuarán y hablarán las personalidades según sus vicisitudes históricas. El género, como orientación básica de la personalidad es estructural y constitucional, determinando la definición sexual en última instancia (Delgado et al., 2007). Lo femenino y lo masculino son coordenadas espacio-temporales que se ubican en un momento histórico, en una clase social, en una etnia y cultura determinadas. De esta forma, constituyen producciones sociales en un momento dado, por lo cual no están exentas de tensiones y se encuentran en transformación. Sin embargo, más allá de ciertas variaciones culturales, las sociedades imponen normas, patrones y pautas diferenciales a hombres y a mujeres, que ubican a estas últimas en una condición histórica de desventaja y postración. (Moya, Páez, Glick, Fernández, & Poesch, 2005).

Tanto desde las ciencias sociales, como en el arte y la cultura, la mujer fue definida como "lo otro" (Tubert, 2005). El hombre ha sido sujeto de la experiencia humana, la norma; la mujer, el enigma, lo oscuro. Lo masculino ha sido definido como lo opuesto a lo femenino, es decir lo que no es débil, lo que no es emocional, lo que es confiable, sólido, diáfano, claro, comprensible, valiente, arrojado y firme. De esta forma, se hace referencia al hombre como la razón y la mujer como la naturaleza (Mayobre, 2002).

Según una investigación realizada por Hofstede (2001) las culturas femeninas enfatizan la cooperación, apoyo social y, probablemente, refuerzan la expresividad, mientras que las culturas masculinas enfatizan la competición, las respuestas materiales, labores y refuerzan la instrumentalidad. Existe, por tanto, una relación de espejo entre las identidades masculinas y femeninas. Cambiar la definición de uno de los términos, implica un cambio en el otro. En cualquier caso, la filosofía predominante en cada época; partiendo de la íntima conexión entre saber y poder postulada por Foucault (1981) ha sido una de las prácticas discursivas utilizadas por la elite dominante como discurso de legitimación de una ideología patriarcal y como estrategia de control y dominación de una sociedad jerarquizada desde el punto de vista de los géneros.

Si en el orden simbólico es el hombre quien aparece como sujeto, la mujer queda relegada al papel de objeto, de lo otro de la masculinidad, lo que equivale a decir lo otro de la humanidad (Martínez, 2007). El sujeto hombre, desde su posición de masculinidad y humanidad, construye a ese otro en función de las relaciones de dominación existentes en toda sociedad patriarcal. Así, en el lugar de la mujer, lo femenino excluido deja un lugar vacío en el que lo otro se habrá de definir como maternidad (Gordillo, 2007). Dicho aspecto explica que la mujer entre en lo simbólico fundamentalmente en tanto madre. De esta forma, la maternidad se construye a través de las prácticas discursivas como un hecho natural y se identifica a la mujer-madre con la materia, la biología, la emoción, lo irracional. Al tiempo, que el hombre se identifica con la forma, la cultura, el pensamiento y la racionalidad (Chapman, 2005). De este

modo, se desconoce que en el sentido pleno y humano de la palabra, la maternidad no corresponde a la reproducción animal sino, como la paternidad, tiene un valor primordialmente simbólico y social.

Los efectos negativos de este proceso no se refieren sólo a los prejuicios que pueda ocasionar a una mitad de los seres humanos sino que afectan a la humanidad en su conjunto en tanto empobrecen el acervo cultural y personal. La ontologización de la diferencia sexual, que escinde las categorías de masculino y femenino, se entienden como esenciales, inmutables y ahistóricas, ejerciendo la misma violencia sobre todos los individuos, sean hombres o mujeres, puesto que los congela en unas identidades establecidas a priori (Errázuriz, 2009).

Como se ha expuesto anteriormente, existen múltiples formas de desigualdad social entre los seres humanos. Con frecuencia el miedo hacia los que no son "iguales" a lo que es lo "otro", hacia los que en distintos ámbitos no pertenece a un determinado grupo, etnia, género, etc., se erige como una muralla inquebrantable. Este hecho distancia al ser humano a pesar de las identidades comunes, compartidas más allá de las diferencias. La sociedad Latinoamericana no es la excepción ante este hecho. Hidalgo (1992) señala que la relación entre lenguaje y constitución de la subjetividad de género, conforma el eje central sobre el que se instaura la posición de la mujer como sujeto marginal. Al negársele la palabra, se le coarta la libertad y el acceso al control sobre su cuerpo y sus potencialidades creativas, el acercamiento al poder y al conocimiento. De esta forma, hablar de las relaciones de poder entre la feminidad y la masculinidad en América Latina

no puede ser a expensas de sus propios rasgos, particularidades y experiencias como colectividad humana humillada, explotada y oprimida históricamente, en un mundo marcado por diferencias abismales. Por lo que las violaciones a los derechos humanos en América Latina, más que ciertas excepciones (a lo socialmente construido por poder) que podrían denunciarse, constituyen acciones generalizadas que se cometen contra las grandes mayorías, quedando muchas veces en el silencio, protegidas por la legitimidad e impunidad de las que los mismos Estados son cómplices, contribuyendo de esta forma a perpetuar la desigualdad (Morad, Bonilla, & Oquendo, 2008).

Si se acepta que en toda sociedad patriarcal, basada en la subordinación (la mayoría de las veces por miedo y poder) de las mujeres y en la explotación y apropiación de su capacidad generadora, las teorías que dan cuenta de la diferencia de los sexos (psicoanalíticas, feministas, personalidad, género) están indefectiblemente sesgadas. Dichas teorías, son al mismo tiempo un efecto de la organización patriarcal, por lo que contribuyen a su perpetuación mediante la transmisión de su ideología y sus valores. Se deben entonces analizar, y preguntarse hasta qué punto las mismas teorías feministas podrían transmitir involuntariamente valores y modelos sexistas que se abren paso a través de la voluntad crítica.

En Puerto Rico como en casi todos los países, se ha adoptado este discurso de la domesticidad de la mujer. Sin embargo, actualmente los parámetros de la identidad femenina son habitualmente sostenidos bajo un doble eje de maternidad facultativa y de trabajo, mostrando de esta forma progreso en la lucha

feminista. Los movimientos feministas propusieron la igualdad de derechos, pero en su agenda figuraba también la mejora de las condiciones de las mujeres en campos diferentes, o específicamente femeninos, como la maternidad, la familia y los servicios de bienestar social (Vélez, 2008). Este hecho denota que poco a poco se está alcanzando un proceso de emancipación. Uno de los aspectos fundamentales en la comprensión de los procesos de emancipación de las mujeres es reconocer cómo las féminas de diferentes culturas y países han producido dinámicas sociales que han interrogado o han renegociado las limitaciones de las normas de género en vigor para alcanzar ciertos derechos y autonomía (Nash, 2006). Partiendo del reconocimiento de la situación de desigualdad en las diferentes sociedades y culturas, las estrategias emprendidas y la definición de su agenda de actividad quizás puedan ser diferenciadas en los contextos y culturas particulares.

Por otra parte, aumentando el crisol reflexivo, la clínica psicoanalítica, en efecto, muestra que la asunción consciente de una ideología feminista no basta para impedir que una mujer transmita valores y modelos opuestos a ella, que han llegado a formar parte de su estructura subjetiva a través de sus identificaciones inconscientes (Horney, 1993). No se debe olvidar que sólo se llega a ser sujetos de sus propios deseos a través de una larga historia de diferenciación y separación de la posición inicial de objeto de los deseos del otro del que alguna vez se forma parte.

Reflexionando en lo expuesto anteriormente, no es suficiente entonces, realizar un análisis de las diversas representaciones de la mujer y del proceso por el que se construyen; es preciso tener presente

que algunas de estas representaciones pueden corresponder a un objeto realmente existente en el campo natural o social. Es decir, es necesario analizar la construcción de la mujer misma como representación y sus efectos alienantes. Estos no derivan sólo del hecho de que las representaciones patriarcales de la mujer, por ejemplo, sean falsas (en el sentido de que no corresponden a la realidad de su objeto) o peyorativas sino, además, de la violencia que supone cualquier representación que pretenda reflejar una feminidad real o esencial. Violencia que es ejercida porque implica identificar lo femenino con una imagen determinada (Rivera, 2007). Es por ello que las ciencias sociales, aunque se elaboren desde una perspectiva feminista, pueden transmitir valores y modelos sexistas en la medida en que confundan la representación con una entidad dada. Las cuales postulen la unidad de la categoría mujeres, la uniformidad de las causas, estructuras o efectos de la organización social de las diferencias sexuales, y/o los intereses comunes de la totalidad de las mujeres (Errazuriz, 2009).

Si se sostiene que el signo mujer no remite al objeto mujer sino a la diferencia de los sexos que lo funda como representación, resultará imposible hablar de sexualidad femenina o de feminidad sin partir de esa diferencia y de la operación por la que se establece; la feminidad no podría ser nunca definida por sí misma sin caer en alguna forma de esencialismo. El sujeto, en general, no puede resumirse como una entidad coherente y definitiva; consecuentemente, la feminidad no consiste en un contenido fijado de una vez para siempre sino en una multiplicidad y diversidad de formas en que la mujer es construida (Gordillo, 2007). De esta

forma, es necesario reformular el problema en cierta forma "sexista". No se trata de saber qué es la mujer, cómo funciona el cuerpo femenino, en qué consiste la sexualidad femenina, cuáles son los valores propios de una cultura femenina que habría que perpetuar, desarrollar o crear. Sino más bien se trata de cómo se organiza la diferencia sexual en la cultura, las formas complejas y contradictorias a veces en que se produce la diferencia sexual a través de prácticas discursivas. Ya que la palabra, como todo símbolo, produce efectos en lo real y crea objetos históricamente existentes.

En las culturas y con ella la historia a través de los tiempos, siempre novedosos y multifacéticos, lo femenino posee un núcleo irreductible que se trasluce en el cuerpo de la mujer, en su sensibilidad, en su modo de vivir la vida afectiva y en su dedicación a todo aquello que es propiamente humano. Los papeles socioculturales asignados a la mujer no expresan muchas veces esta identidad profunda. Al contrario, expresan el frecuente dominio instrumental por parte de los varones. Sin embargo, como ya se ha presentado, hoy día gracias al avance de los estudios de género, la feminidad, y con ella la masculinidad, han sido de-construidas y desnaturalizadas. Puesto que la subjetividad es entendida como una construcción social a la vez que psicológica, la feminidad ya no es considerada una esencia, inherente a toda mujer. Es vista más como un juego de actitudes, habilidades, emociones y valores adquiridos. De esta forma, hoy día es imprescindible re-conocer los factores que yuxtaponen el balance bio-psico-social de la mujer. Los cuales de una forma u otra las mueven a recurrir a las drogas como medio catalizador para obviar su realidad.

Factores tales como los nuevos roles desempeñados, los roles asignados, la dependencia afectiva, la publicidad directa e indirecta y la influencia de los medios de comunicación, la imagen corporal, las responsabilidades sociales, las relaciones personales, la violencia directa e indirecta ejercida contra las mujeres, las nuevas situaciones vitales fruto de los nuevos roles libremente elegidos (salida al mercado laboral, cambios en el estado civil, mayor autonomía y libertad para decidir, etc.) y las nuevas formas de ocio contribuyen al inicio y mantenimiento de conductas de adicción diferenciales entre hombres y mujeres y se constituyen en verdaderas situaciones de riesgo para estas últimas (Herbst, Kay, Passin, Lyles, Crepaz, & Marín, 2007). Es importante recordar que el consumo de drogas, como conducta, es el resultado de múltiples factores. No es posible responder de forma concisa y breve a la pregunta de por qué algunas personas consumen drogas y otras no, ni pretender que esa respuesta sea válida para explicar todos los casos.

Sin embargo, y pese a que la variabilidad de fuerzas bio-psico-socio-culturales son la norma en el fenómeno de la drogodependencia en general, la literatura ha mostrado entre hombres y mujeres un peso distinto en lo biológico, psicológico, social y cultural, lo que hablaría de cuestiones específicas de género que afectan de forma diferente en el inicio, mantenimiento y cese de la conducta de consumo. Este aspecto es el que impulsa a plantearse, desde la perspectiva de género, no sólo cómo se origina y desarrolla la conducta de consumo, sino también qué variables en sí influyen y por qué algunas mujeres consumen y otras no.

## Aproximación biológico-cognitiva del abuso y dependencia a sustancias psicoactivas

A través del tiempo, la comunidad científica, en sus diferentes ramas (neurociencias, farmacología, psicología, medicina, entre otras) se han dispuesto a estudiar cómo las drogas afectan la conducta de un ser humano (Secades, García, Fernández, & Caraballo, 2007). Debido al alza en la incidencia de casos concernientes a este particular a nivel mundial, principalmente entre las mujeres, es meritorio adentrarse en el tema y detectar aquellos factores, tanto de carácter psicológico como biológico, que desencadenan en una farmacodependencia. Ya que las drogas psicoactivas son sustancias que alteran el estado de ánimo, procesos de pensamiento o conducta de un ente (Navarro, 2000).

La adicción a sustancias se ha entendido como un trastorno crónico y recidivante caracterizado por una conducta compulsiva de consumo de sustancias, con deterioro de la actividad social y laboral (Hanley & Kenna, 2008). Desde una perspectiva psiquiátrica, la adicción a sustancias, tiene aspectos tanto de los trastornos del control de los impulsos como de los trastornos compulsivos. Los trastornos del control de los impulsos se caracterizan por un aumento de la sensación de tensión o activación antes de llevar a cabo un acto impulsivo; placer, gratificación o alivio en el momento de llevar a cabo el acto, y presencia, o no, de arrepentimiento, autorreproches o culpa tras el acto. En cambio, los trastornos

compulsivos se caracterizan por ansiedad y estrés antes de llevar a cabo el comportamiento compulsivo repetitivo y alivio del estrés al llevarlo a cabo (Halguin, 2003). Cuando un individuo pasa de un trastorno impulsivo a un trastorno compulsivo, se produce un cambio de un refuerzo positivo que impulsa el comportamiento motivado a un refuerzo negativo que impulsa el comportamiento deseado.

El uso de sustancias psicoactivas se ha entendido como un trastorno que avanza desde la impulsividad hasta la compulsividad en un ciclo fracasado de la adicción compuesto por tres etapas: preocupación/anticipación, atracón/intoxicación y abstinencia/sentimiento negativo (Navarro, 2000). Diferentes perspectivas teóricas, que van desde la psicología experimental a la psicología social y a la neurociencia se yuxtaponen a estas tres etapas, que se nutren entre ellas, despertando intensidad y en última instancia, provocando el estado patológico conocido como adicción.

Abordando el tema de las drogas psicoactivas a nivel cerebral, es meritorio partir de la premisa que las drogas inducen cambios sinápticos en el cerebro, dichas alteraciones están estrechamente relacionados con el sistema nervioso central (SNC). Sin embargo, dependiendo del tipo de droga que se utilice, será su mecanismo de acción. Las drogas estimulantes del SNC aceleran el funcionamiento habitual del cerebro, provocando un estado de activación que va desde una mayor dificultad para dormir hasta un estado de hiperactividad. Las drogas depresoras del SNC inciden sobre el cerebro, de manera que su funcionamiento se torna más lento, entorpeciendo así, los procesos cognoscitivos de la persona. Por último, las drogas perturbadoras del

SNC provocan distorsiones perceptivas, y alucinaciones visuales y auditivas (Devlin, 2004).

Retomando el tema de sustancia psicoactiva, la estructura química de las mismas es muy similar a la de ciertos neurotransmisores u hormonas del SNC, por lo que pueden alterar temporalmente el funcionamiento habitual del organismo humano actuando como agonistas o antagonistas de los receptores celulares. Funcionan más como hormonas que como neurotransmisores, pues al ser consumidas penetran en el torrente sanguíneo como las secreciones glandulares y no únicamente en el cerebro, como ocurre con los neurotransmisores. La potencia de un psicoactivo depende del grado de afinidad que tenga con los neuroreceptores. La afinidad es la facilidad con la que la llave encaja en la cerradura-receptor y la abre. Es decir, el neurotransmisor es empaquetado en contenedores llamados vesículas, lo que favorece que cuando un impulso eléctrico llega al final de la neurona, esta pueda pasar a la membrana nerviosa y descargar su contenido en la hendidura sináptica. De esta forma el neurotransmisor se adhiere a los receptores, localizados en la membrana post-sináptica. Sin embargo, su estancia en ese lugar no es permanente, ya que este compuesto es despegado y removido del espacio sináptico, regresando dentro de la primera neurona. La concentración mide el número de veces que se intenta girar la llave. Las moléculas menos afines necesitan mayores oportunidades para intentar abrir las puertas y dichas oportunidades se consiguen aumentando la concentración del psicoactivo en la sangre (Kish, 2008). Por eso es que conforme la afinidad sea mayor, mayor es su potencia. Lo tóxico de una

droga no es la droga en sí misma sino las concentraciones de ésta en proporción a cierta medida, que en el ser humano es el kilo de peso. La toxicidad o el margen de seguridad de una droga está determinado por la proporción entre la dosis activa y la dosis letal (OMS, 2004).

Para que una sustancia/fármaco logre actuar, en primer lugar debe ser introducida al organismo y en segundo lugar, debe llegar al sitio de acción. En el caso de los psicofármacos, este sitio de acción está localizado en alguna parte del SNC, un sistema al que es difícil acceder porque cuenta con una protección conocida como la barrera hemoencefálica. Gracias a ella, no todo lo que entra a la sangre puede pasar hacia el cerebro y la médula espinal. Para lograrlo, las drogas psicoactivas deben ser liposolubles, ya que los lípidos (grasas) pueden atravesar fácilmente las membranas de la barrera (Kish, 2008). Para introducir un psicofármaco al organismo existen básicamente tres vías de administración: oral (la ingestión de pastillas/grageas, tabletas, gotas, plantas, bebidas o alimentos que contengan alcaloides psicoactivos), pulmonar (a través del acto de fumar, por la aspiración de polvos o la inhalación de vapores) y parenteral (por medio de una inyección que puede ser intravenosa, subcutánea o intramuscular). De esta forma, los efectos de estas sustancias psicoactivas en el ser humano son psicológicos y fisiológicos.

Los efectos psicológicos son el conjunto de sensaciones mentales que se producen en una persona bajo el efecto de cualquier sustancia psicoactiva. Hay dos aspectos que influyen profundamente en una experiencia con cualquier droga. Estos aspectos se conocen como el set y el setting. El set se refiere a lo que

el consumidor aporta personalmente a la experiencia: su fortaleza psíquica y física, las huellas mentales de su infancia, su aprendizaje vital, sus tendencias emocionales e intelectuales, sus motivaciones e intenciones, su preparación para la sesión. Es decir, el set es aquello que incumbe al individuo. El setting es el ambiente, tanto físico como humano, que rodea al consumidor durante la experiencia. En el setting se incluyen a las otras personas presentes durante la sesión (Braulowsky, 1995). Es fundamental que con ellas exista una gran confianza para que la experiencia sea positiva, puesto que las sustancias psicoactivas pueden ampliar cualquier suspicacia existente.

Los efectos fisiológicos son el conjunto de sensaciones físicas que se producen bajo el efecto de cualquier sustancia psicoactiva, tales como cambios en la temperatura corporal, alteraciones de la frecuencia cardíaca o la presión arterial, alteraciones perceptuales, entre otros síntomas (Lugo, 2010). Los efectos fisiológicos de un psicofármaco pueden verse condicionados por las afecciones orgánicas de la persona que los consume en un determinado momento y por la interacción con otros fármacos que se administren previa o simultáneamente, e incluso por la ingestión de ciertos alimentos que pueden inhibir o dificultar su asimilación (Rodríguez, Fernández, Váldez, Hernández, Ramírez, & Román, 2008). Dentro de estos efectos fisiológicos puede presentarse la dependencia física a una o varias sustancias.

Las regiones implicadas en los procesos previamente señalados son: el cerebro que está a cargo de la coordinación, el hipocampo (lóbulo temporal) de la memoria, tronco cerebral del movimiento,

lóbulo occipital de la visión, lóbulo frontal con el juicio, sistema límbico con las emociones, entre otros (Lugo, 2010). Las células nerviosas (neuronas) constituyen la unidad básica de la comunicación en el cerebro. La información es enviada de un área del cerebro a otra, a través de circuitos complejos de neuronas interconectadas, transmitidas por impulsos eléctricos de una neurona a otra. Fisiológicamente hablando de la tolerancia a drogas, esta es atribuida al camino de la recompensa al placer o a los circuitos de placer y gratificación. Las drogas activan estos circuitos que son conformados por: el área ventral tegmental (VTA), el núcleo accumbens, y la corteza prefrontal. Cuando es activado por un estímulo de recompensa (en este caso drogas), la información viaja desde el Área Ventral Tegmental hacia el Nucleus Accumbens y luego sube a la Corteza Prefrontal (Carlson, 2006).

Dependiendo de la droga de uso, el mecanismo de acción será el mismo, pero los neurotransmisores involucrados serán diferentes. La dopamina es uno de los neurotransmisores más importante involucrado en la experiencia placentera (NIDA, 2006). La mayoría de estas neuronas están localizadas en el cerebro medio, que a su vez, cuenta con las estructuras relacionadas al circuito del placer. La dopamina es empaquetada en contenedores llamados vesículas, lo que favorece que cuando un impulso eléctrico llega al final de la neurona, esta pueda pasar a la membrana nerviosa y descargar su contenido de dopamina en la hendidura sináptica. De esta forma el neurotransmisor se adhiere a los receptores, localizados en la membrana post-sináptica (Kish, 2008). Sin embargo, su estancia en ese lugar no es permanente, ya que este compuesto es despegado

y removido del espacio sináptico, regresando dentro de la primera neurona. Para que esta transmisión sea normal es importante que la dopamina no se quede en el espacio sináptico indefinidamente. Este mismo proceso de mecanismo de acción se realiza con los diferentes neurotransmisores. Los neurotransmisores asociados en este proceso son: GABA, inhibidor del sistema nervioso central, Glutamato; excitador del SNC, Serotonina; inhibidor de enojo, agresividad, temperatura corporal, humor, sueño, vómito, sexualidad y apetito. Estas inhibiciones se relacionan con sintomatología depresiva. El Acetylcholine (Ach) se asocia a acciones excitatorias (nicotina) y por último la Dopamina (DA), se relaciona con el comportamiento, cognición, motivación, humor, actividad motora, recompensa, aprendizaje, atención, entre otras (Halguin & Krauss, 2003).

En el desarrollo y mantenimiento del proceso adictivo existen diferencias claramente delimitadas entre hombres y mujeres. Entre las variables diferenciales que se han mencionado destacan: redes socio-familiares diferentes, mayor vulnerabilidad biológica (más lesiones y progreso más rápido, más efectos tóxicos con dosis menores, más historia familiar de abuso) y mayor vulnerabilidad psicosocial (parejas con trastornos por abuso de sustancias, mayor prevalencia de psicopatología, más acontecimientos vitales estresantes incluyendo abuso sexual, malos tratos en la infancia y en la adolescencia, disfunciones sexuales, entre otros). De igual forma, se presentan más consecuencias sociales (no aceptación social, soledad, complicaciones socio-laborales, pérdida de apoyo social incluyendo divorcios y separaciones, marginación); y más consecuencias psicológicas (depresión, más tentativas suicidas, más suicidios,

más ansiedad, mayor deterioro cognitivo, devaluación de estima, culpa y vergüenza entre otros) (Secades et al., 2007).

La literatura puertorriqueña revela que las mujeres son más vulnerables a las consecuencias físicas y sociales de la dependencia y del abuso de drogas (González, 2010). Aún ingiriendo la misma cantidad de drogas que los varones, las mujeres se hacen dependientes más rápido que los hombres. Dentro de las consecuencias generales de salud se presentan mala nutrición, baja auto-estima, depresión y abusos físicos y psicológicos (Lugo, 2010). Los traumas en la niñez; maltratos, agresiones sexuales, padres usuarios de sustancias, entre otros parecen ser los factores que dan origen a conductas des-adaptativas, partiendo de la premisa que la sociedad impone un ideal cognitivo-conductual a ser seguido por las mujeres (Carrión, 2010). Las cuales en edades progresivas desencadenan en violencia doméstica, devaluación de estima, consumo de sustancias, entre otros elementos vivenciados por la intensa búsqueda de evadir la realidad; su realidad. Desde la biología, se indica que existen diferencias significativas en la susceptibilidad a los efectos adversos del alcohol y diferencias en el metabolismo en función del sexo (Álvarez & Esteves, 2009).

El alcohol afecta de manera distinta al organismo femenino ya que está peor equipado para metabolizar el alcohol debido a una mayor proporción de grasa y menor proporción acuosa. Se produce una alcoholemia más elevada tras una ingesta similar a la del varón, lo que resulta más lesivo, aunque su metabolización resulte más elevada. Una de las tres enzimas del estómago que descompone

el alcohol es dos veces más eficaz en hombres que en mujeres. Por tanto, a igualdad de ingestión los daños son más graves en ellas (Robles, Matos, Deren et al., 2005).

En las mujeres el consumo de alcohol también produce osteoporosis, menopausia prematura, hipertensión, obesidad, trastornos ginecológicos, y más rápidamente que a los hombres alteraciones neurológicas. En general, el organismo femenino tolera peor el alcohol y desarrolla dependencia antes que el hombre. Esto contribuye a una mayor vulnerabilidad para sus efectos (Barragan, Flores, Medina, & Ayala, 2007).

En mujeres embarazadas pueden ocurrir complicaciones médicas serias, enfermedades infecciosas, anemia, alumbramientos prematuros, bebés bajo peso, abortos, embarazos ectópicos, neonatos con síndrome de alcohol fetal, entre otros factores por el consumo de drogas (Sosa, Colón, & Robles, 2007). El uso crónico de cocaína está asociado con cambios hormonales que interrumpen el ciclo normal de la menstruación. De igual forma afecta las hormonas relacionadas con el sistema inmune. A su vez, hace más propensas a las mujeres que a los hombres de padecer afecciones cardiovasculares (Romo, 2003). Por otra parte, el uso continuo de opiáceos disminuye la libido, crea impotencia y anorgasmia tanto en hombres como en mujeres, pero en estas últimas también provoca dismenorrea y amenorrea. Respecto a las consecuencias cerebrales de la ingesta de alcohol se ha constatado que las mujeres que consumen alcohol de forma excesiva perdían hasta el 11% de su materia gris en relación con las no bebedoras, mientras que los hombres sólo perdían el 5.6% de

esa sustancia. Igualmente, las mujeres perdían el 8% de su materia blanca y los hombres el 5% de la misma (Lugo, 2010).

En general, las consecuencias para la mujer del consumo abusivo de alcohol son múltiples: hepatitis, cirrosis, gastritis, úlceras, alteraciones en niveles de componentes sanguíneos, trastornos cardiovasculares, hipertensión arterial, osteoporosis, obesidad, cáncer de mama, aumento de la depresión y tristeza, consecuencias ginecológicas (amenorrea, menstruación irregular y síndrome premenstrual, los efectos son más fuertes justo antes del ciclo menstrual y los más débiles justo después). De igual forma, disminuye las funciones sexuales, pérdida de interés y placer sexual, en general el alcohol puede afectar a todos los órganos pero la evolución es más rápida. A nivel psiconeurológico, muestran deterioro cognitivo: déficit en percepción espacial, abstracción verbal, y de resolución de problemas. (Robles, Reyes, & Colón et al., 2004).

Hasta el momento, se ha tomado en consideración abordar el entramado que supone el consumo de sustancias, desde la particularidad biológica del cerebro. Sin embargo, es imperativo asumir una postura que posibilite el entrecruzamiento cognitivo y fisiológico. La revisión de literatura reporta que en la mayoría de las personas adictas hay una historia personal en que abundan episodios traumáticos que afectan el desarrollo de la personalidad y han contribuido a favorecer el abuso de sustancias, desencadenando el proceso adictivo. Esto sugiere que aquellos eventos traumáticos generen posteriormente pensamientos, afectos y conductas patológicas (Washton, 1995).

Siguiendo el esquema precedente, en el caso de las mujeres, el proceso de desarrollo de las percepciones afectará no sólo a quien juzgue, evalúa o establezca ciertas expectativas acerca de su conducta, sino también en la percepción de sí mismas a la hora de percibir la adaptación o inadaptación de su actitud o conducta al rol establecido (Carrión, 2010). Ya que se entiende que las creencias se viven, no se piensan. De esta forma, son parte de lo que no hace falta analizar ni justificar, en la medida que sean en lugares comunes compartidos por la sociedad. Lo real se convierte en lo que se cree acerca de lo "real". Gestando de esta forma, la identidad a partir de creencias comúnmente compartidas y éstas, a su vez, sirven de base para clasificar y ubicar las experiencias que se van viviendo. Cuando las creencias compartidas ayudan al proceso de formación de la personalidad y a conseguir una individuación sin fisuras se considera que todo va bien, en el sentido de que se satisfacen necesidades personales dentro de un marco favorable (Uribe, 2005).

Dentro de los elementos cognitivos favorables que impactan los pensamientos de la mujer se menciona el autoconcepto. Dicho concepto se define como la representación mental que la persona tiene de sí misma. Es el resultado de las interacciones sociales y de las consecuencias de su conducta en el entorno al cual pertenece cada fémina (Uribe, 2005). El consumo de sustancias afecta la autoestima, la identidad y la autoimagen; factores que son determinantes en el autoconcepto. Sin embargo, estas representaciones positivas que la mujer posee de sí misma son las que facilita las habilidades de comunicación, interpretación y principalmente, las que

contribuyen al rechazo de pensamientos y conductas de riesgo. Por ende, a medida que la fémina no posea estas cualidades, como consecuencia del uso de sustancias más propensa estará a situaciones de peligro y desventaja.

Sin embargo, no se puede negar que las percepciones son dinámicas y que van cambiando y retroalimentándose a través de nuevas conductas, nuevos estilos de vida o aspectos más globales como los cambios económicos, entre otros. Pero de la misma manera que se abre a las mujeres nuevas posibilidades de desarrollo también se observa un mayor acceso a otras conductas de signo contrario, entre las cuales está el consumo de drogas. De hecho, se aprecia un cambio de tendencias en su uso y notables diferencias intergeneracionales, hasta el punto de vislumbrar cambios respecto a la edad de inicio en el consumo, sustancia de elección, valoración de esta conducta, etc.

## Mirada psicoterapéutica de la adicción

Como se ha presentado, son muchos los conceptos y situaciones que se juxtaponen y manifiesta la mujer usuaria de sustancias psicoactivas. Por lo que es meritorio hacer una revisión de las diferentes modalidades terapéuticas que hoy día han sido investigadas y guardan relación con la temática aquí abordada. El consumo de sustancias psicoactivas por parte de féminas es una situación que acarrea un sinnúmero de factores y por ende la hacen ser una población especial. Por lo cual su abordaje terapéutico debe ser uno que se ajuste a sus necesidades

particulares y a la realidad cotidiana. Vislumbrando a la mujer como un ente bio-psico-social-espiritual.

Por efecto de los condicionantes tanto educativos como socioculturales que han acompañado y aún acompañan a la variable género, las mujeres han contado con una menor tradición gregaria, fomentándose en ellas un estilo de relación menos grupal, más diádico y vincularmente restrictivo que les dificulta el sentimiento de pertenencia a un grupo y las instala con suma facilidad en posturas evitativas, de sumisión y anulamiento (NIDA, 2006). Debido a tales circunstancias, la mujer usuaria de sustancias psicoactivas usualmente no tiene el hábito de opinar, y menos aún en situaciones heterosexuales en las que suelen inhibirse en presencia de hombres. De esta forma, el fomento de la comunicación mediante el grupo terapéutico sirve para reparar los patrones o esquemas tanto intrapsíquicos como interpersonales afectados por la adicción y quizá también por otras cuestiones previas personales o asociadas al género (Hyde, 1995). Sin embargo, existen mujeres que no son sometidas y tienen a ser un tanto manipulativas y exigentes. En este aspecto, el terapeuta tiene que poseer las competencias profesionales necesarias para ser eficaz en el proceso terapéutico.

El abordaje terapéutico en esta población especial (mujeres) debe ser uno cónsono con sus necesidades y realidad cotidiana. Desde la modalidad individual, el terapeuta debe tener en cuenta la naturaleza de los vínculos de dependencia que establecen las usuarias de sustancias psicoactivas. Por un lado, pueden ser sumisas y sufridas, siendo víctimas de muchas circunstancias. Por otra parte, se

debe prestar atención al talante manipulador, caprichoso y egoísta que desarrollan. De esta forma, el terapeuta debe establecer ciertos límites en la relación con ellas y también con sus familias. No sólo por motivos de posible quemazón del propio terapeuta (las consumidoras de sustancias pueden llegar a ser en extremo invasoras y exigentes y, literalmente, absorber física y emocionalmente al terapeuta) sino para hacer de esta relación una herramienta con que remodelar los patrones vinculares patológicos que acompañan a la adicción.

Se requiere especial atención al efecto de sus trastornos, ya que en muchos casos por el trato recibido de personas cercanas, resultan frecuentes los conflictos con figuras de autoridad y las reacciones de rebeldía y/o de sumisión por su parte ante las mismas (Degrott & Gottsbacher, 2004). Este particular puede ser resultado de los patrones afectivos de crianza o por lo que anteriormente se ha señalado como construcción mal formada de la feminidad. De esta forma, el terapeuta una vez más puede verse arrastrado sin desearlo a interacciones que van desde las luchas más manifiestas de poder hasta situaciones de sobreprotección en que él/ella asume voluntaria o involuntariamente responsabilidades que corresponden a sus participantes. De igual forma, es importante que el terapeuta reconozca que es extremadamente difícil poner límites a otras personas y no resultar punitivos si no se hace lo propio con los terapeutas mismos.

De otra parte, la familia y su participación en el proceso terapéutico juegan un papel sumamente importante. Dado que la mujer usuaria de sustancias se convierte en eje de la vida familiar, se postula que existe un paralelismo y una negativa

retroalimentación entre los trastornos psicopatológicos de la participante y los que sufren su familia tanto de forma individual como global (Cirillo, Berrini, Cambiaso, & Mazza, 1999). De esta forma, la familia también acaba viviendo una realidad alterada que dificulta el afrontamiento objetivo del trastorno y de los propios problemas de cada miembro familiar. La reconstrucción de una realidad más funcional y adaptativa resulta entonces una ardua tarea que supone tiempo, esfuerzo y dedicación y para la cual es imprescindible que la familia de la participante sea facilitadora del equipo multidisciplinario que asiste a la fémina con problemas de consumo de sustancias psicoactivas. Es importante detectar y reconocer aquellos vaivenes afectivos a que, sin duda, la someterá el proceso de rehabilitación y que la obligarán a cuestionar y romper la interdependencia que en mayor o menor grado mantiene la participante con la familia y vice versa.

Por otra parte, el tratamiento no sólo supone un ejercicio de reflexión y de análisis guiados por la/el terapeuta sino que también posee una vertiente eminentemente práctica que se concretiza en las tareas a desarrollar por la familia. Las adicciones crean con frecuencia situaciones de incomunicación y de conflicto familiar. En estas situaciones aparecen con fuerza arrolladora emociones como el miedo, la impotencia, la rabia, la desconfianza y la inseguridad. Estas tareas familiares se basan normalmente en actuaciones que el equipo prescribe frente a circunstancias previsibles o reacciones esperadas e implican el predominio del raciocinio y la búsqueda de resultados sobre el impulso afectivo descontrolado y el subjetivismo (Muñoz, Navas, Graña, & Martínez, 2007). Hay que intentar por ello que la familia en

general y aquellos miembros más afectados en particular recuperen el equilibrio perdido entre pensamiento, afecto y conducta. Esto con la intención de no sólo manejar con mayor eficacia lo que sucede con la participante sino de encontrarse mejor consigo mismo.

El modelo bio-psico-social (o bio-conductual) es el marco contextual aceptado por la gran mayoría de los autores (Carroll, 1998) ya que tiene la capacidad de poder analizar las interacciones entre el ambiente y los factores farmacológicos implicados en las conductas de consumo de drogas, con independencia de la sustancia de referencia. Desde este punto de vista, el consumo o rechazo de drogas vendría explicado por los efectos de las sustancias, los factores contextuales y la vulnerabilidad de la participante. Así pues, no puede establecerse un modelo explicativo válido para toda conducta adictiva más allá de estos principios generales. A partir de ellos, las combinaciones específicas de sus elementos, que explican la adquisición o no de uno u otro tipo de conducta adictiva y las variables que la controlan han de ser examinadas en cada caso y momento particular. Se trata de utilizar el análisis de la conducta para determinar, en cada caso específico, las variables implicadas y las condiciones de las que dependen.

En este sentido, resulta de interés el modelo antes referido, descrito por Pomerleau y Pomerleau (1987) para explicar cómo se inicia y se mantiene la conducta de consumo de sustancias. Como apuntan los mismos autores, aunque las sustancias puedan diferir en la especificidad de su acción farmacológica, todas ellas pueden estar sujetas a la misma línea general de análisis.

Este marco contextual tiene la capacidad de poder analizar las conductas de consumo, en función de las interacciones con el contexto, la vulnerabilidad individual y las consecuencias. Las variables incluidas bajo la denominación de contexto (estímulos esteroceptivos e interoceptivos) vendrían dadas desde los modelos de aprendizaje clásico y operante, y se combinarían con las variables reforzadoras identificadas bajo consecuencias. La conducta incluiría tanto los comportamientos relacionados con el consumo de drogas, como el rechazo de las sustancias y la resistencia a consumir. La vulnerabilidad o susceptibilidad incluye factores genéticos, las influencias socioculturales y la historia de aprendizaje (Bickel & Marsch, 2003).

Otra modalidad terapéutica es el Manejo de Contingencias (MC). Dicha terapia, implica la aplicación sistemática de reforzadores o castigos contingentes a la ocurrencia de la conducta o a la ausencia de la misma. Las intervenciones basadas en el MC pueden entenderse como intervenciones que de forma directa y sistemática incrementan la oportunidad (reforzadores alternativos) del uso de drogas. Esta modalidad establece ciertas condiciones bajo las cuales, la participante pierde reforzadores potenciales si consume una o varias sustancias. Cuando una participante usa drogas durante el tratamiento, además del precio asociado a su consumo, ésta perdería determinados reforzadores que estarían a su disposición si se hubiese mantenido abstinentes (Higgins, 1996). Los programas de MC han empleado una amplia variedad de reforzadores tales como privilegios clínicos, acceso a empleo o alojamiento, dinero en metálico o vales y descuentos canjeables por bienes o servicios en la comunidad

(Petry, 2000). La intervención de MC que ha recibido mayor atención en las investigaciones es aquella en la que las participantes ganan vales canjeables por bienes o servicios, contingentes a la ausencia de consumo de drogas. Además de reforzar la abstinencia, los programas de MC basados en el uso de vales han sido empleados para reforzar otros objetivos terapéuticos, como por ejemplo, el incremento de la adherencia a la medicación o la retención y la asistencia a las sesiones de tratamiento.

La Aproximación de Reforzamiento Comunitario (Community Reinforcement Approach, CRA) (Hunt & Azrin, 1973) es un programa pionero en el tratamiento de dependencia al alcohol mediante métodos operantes, que tiene como objetivo reducir el consumo de alcohol e incrementar el comportamiento funcional. La CRA busca el cambio terapéutico manipulando las contingencias naturales. En términos de economía conductual, el tratamiento estaría incrementando el costo de oportunidad, ya que mejoraría la calidad de aquellos reforzadores que la participante pierde cuando consume drogas. Esta modalidad se ofrece en grupo o individualmente. Sus componentes varían dependiendo de la población clínica y de las necesidades individuales de las participantes. Habitualmente tienen los siguientes componentes fundamentales: (a) estrategias para reducir las barreras del tratamiento, (b) asesoramiento vocacional para participantes desempleadas, (c) identificación de antecedentes y consecuencias del uso de drogas y conductas alternativas saludables, (d) terapia conductual de pareja, (e) entrenamiento en habilidades para reducir el riesgo de recaídas (por ejemplo, habilidades de rechazo, habilidades sociales, manejo de

los estados de ánimo), y (f) terapia con disulfiram para participantes con problemas con el alcohol.

Según Páez, Gutiérrez, Valdivia y Luciano (2006) en la Terapia de Aceptación y Compromiso (Modelo Conductista Radical), todo el proceso terapéutico parte de la asunción de que el problema de la participante no es tener ciertos pensamientos o sentimientos que se valoran negativamente, sino que el problema viene dado por el modo en el que la fémina reacciona ante esos eventos privados. Esta asunción deriva de dos aspectos básicos de la filosofía de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT).

En primer lugar, como terapia basada en el contextualismo funcional, considera que el organismo interacciona como un todo indivisible con su contexto, de manera que la especificación de diferentes sistemas de respuesta (fisiológico, cognitivo, motor), aunque puede resultar útil con fines didácticos, no debería usarse con fines explicativos (Rey, 2006). En otras palabras, los pensamientos no causan otros comportamientos, sino que pensamientos, sentimientos, respuestas fisiológicas, etc., constituyen conjuntamente la reacción de un organismo como un todo en un contexto específico.

Por tanto deben también ser explicados, pues su uso como variables independientes constituye una descripción circular del fenómeno, una reificación, pero nunca su explicación causal (Hayes & Brownstein, 1986; Luciano & Hayes, 2001). En segundo lugar, se considera que el comportamiento (y de acuerdo con lo anterior, pensamientos, recuerdos, emociones o sentimientos son considerados comportamientos) depende del contexto actual e histórico, lo que significa que todas las

reacciones del organismo (incluso los eventos privados) son “normales” en el sentido de que son las que se han conformado a lo largo de su historia, constituyen el repertorio de la participante y dadas ciertas circunstancias se hacen presentes.

En ACT se trabaja a partir de la asunción de que los “problemas psicológicos” no están dados por la presencia de ciertos contenidos psicológicos perturbadores (como pueden ser pensamientos negativos, recurrentes, sensaciones de ansiedad, tristeza, apatía, etc.), sino que los problemas surgen cuando estos contenidos privados adquieren un papel protagonista en el control del comportamiento, es decir, cuando estos contenidos terminan siendo relevantes y su credibilidad como causa del comportamiento termina dirigiendo las elecciones de la participante, quedando relegado a un segundo plano los valores fundamentales para la fémina (Páez, Gutiérrez, Valdivia, & Luciano, 2006).

Por otra parte, las terapias cognitivo-conductuales se centran en el entrenamiento de determinadas habilidades para responder de forma adecuada a los antecedentes y consecuentes ambientales e individuales (cogniciones y emociones) que mantienen la conducta de consumir drogas (Carrión, 2010). Los déficit en habilidades de afrontamiento y determinadas cogniciones desadaptadas son considerados como el mayor factor de riesgo para el uso de drogas. Dentro de este paradigma, se ha optado por distinguir tres modelos de intervención: el Entrenamiento en Habilidades Sociales y de Afrontamiento, la Prevención de Recaídas (PR) y la terapia conductual familiar y de pareja (Secades & Fernández, 2006).

La teoría experiencial es otra opción de abordaje terapéutico. Según Greenberg (2000) el concepto central en la psicoterapia es la emoción y los esquemas de emociones. Ya que en el momento que afloran las emociones pueden tomar lugar las modificaciones. Los esquemas emocionales son estructuras complejas sintetizadas que proveen el marco de referencia para las respuestas que damos al mundo. Un esquema que una vez fue saludable al emerger en una situación que es fundamentalmente diferente puede llegar a que se convierta en un comportamiento disfuncional. Es decir, el significado de la construcción del sistema falla en atender cabalmente la información del esquema emocional, lo cual puede resultar en significados emocionales disfuncionales y en reacciones inapropiadas. En el rol del terapeuta se involucran varios elementos; la participante, el/la terapeuta y la "tercera cosa". La tercera cosa, es la razón por la cual la fémina busca ayuda. La atención del terapeuta se enfoca hacia esa tercera cosa y no hacia la persona como tal. La psicoterapia busca integrar y actualizar lo que esa experiencia con la tercera cosa significa para la persona, para que se puedan producir cambios en los sentimientos y comportamientos en la vida diaria de la participante (González, 2010).

De acuerdo a la teoría feminista, la relación terapéutica incluye estructuras no jerárquicas, es decir la relación es entre iguales. Elaborando estrategias reflexivas la perspectiva contextual es asimilada. De esta forma, la patología de la mujer no reside en sí misma, sino en unas estructuras sociales y culturales opresoras. Dentro de las metas terapéuticas, se busca que la mujer reorganice su visión de mundo, reconozca y acoja su propio poder (Enns,

2004). Una vez se logra, puede liberarse de las ataduras sociales, no tan sólo concerniente al género, sino a todo lo que la mantiene oprimida. Se busca que la mujer pueda reconocer que el contenido de sus relaciones y el autoconcepto está íntimamente ligado a los roles de género. Así se crea un cambio social donde el sexismo u otras formas de opresión no existan (Worell & Remer, 2003). Se reemplaza la patriarquía para dar lugar a la igualdad, el balance entre la independencia e interdependencia, el apoderamiento y la valoración de la diversidad (Enns, 2004). De esta forma se logran cambios en los patrones conductuales-contextuales, en los esquemas de pensamiento y emociones, los cuales a su vez se interconectan con mejoras en su organicidad.

Es importante señalar que la adicción a sustancias psicoactivas no tiene género pues no lo tiene por definición ningún trastorno psicopatológico. Desde este punto de partida, la manera básica de proceder ante una mujer usuaria de sustancias psicoactivas es ver inicialmente sus problemas como "agenéricos", más relacionados con la adicción que con el género. Lógicamente, ello supone conocer en profundidad la naturaleza, características y repercusiones de los fenómenos adictivos y la manera particular por la cual deben ser abordados.

## Consideraciones finales

La feminidad y con ella la maternidad, como constantes histórico-sociales deben trascender la obiedad funcional de la socialización primaria, la educación y la simple imitación de roles, donde las

madres maternalizan a sus hijas. De igual forma, deben trascender los valores y funciones sexuadas que se transmiten de "cuerpo a cuerpo", sin mediación de la conciencia. Donde la mayoría de las veces se forjan sin discursos válidos y sí por la simple constancia de los hábitos. Más que un conocimiento este hecho se asimila como una certeza experimentada en tanto vivencia, inscrita en la cotidianidad por la fuerza de la costumbre y establecida como un orden natural. Tales aprendizajes existenciales son vehiculizados a través de la convivencia misma. De esta forma, la dualidad entre lo masculino y lo femenino determina unas ciertas sensaciones, percepciones, cogniciones y prácticas diferenciales que se perpetúan a sí mismas.

Desde otra perspectiva, Ortíz, Soriano, Meza, Martínez y Galván (2006) señalan que situaciones tales como la poca valoración que la sociedad concede al trabajo doméstico, la crianza de los niños, entre otros, imponen mayor presión social en la mujer y pueden ser factores de riesgo. Lo mismo se podría aplicar a la etapa de embarazo, en que la mujer es emocionalmente más sensible y puede hacer uso de las sustancias como un medio para apaciguar problemas familiares, laborales y de pareja. Asimismo, la permisividad social pudiera ser otro factor. Este concepto en particular, de acuerdo a la literatura revisada ha sido escasamente estudiado (Covington, 2008). Para los hombres el uso de sustancias es más abierto, permitido y da prestigio, mientras que para la mujer es oculto, prohibido, devaluatorio. Para ella el consumo es más un acto privado, lejos de la vista, negado. Este acto puede ser una válvula de escape ante la necesidad de relajarse, sentir placer, ser más sociable. De esta forma,

el consumo se vuelve entonces un instrumento con doble fin: por una parte ayuda a afrontar las tensiones y por la otra es un mecanismo social que margina a la mujer. La estigmatización que socialmente se le atribuye a las mujeres usuarias de sustancias hace que la búsqueda de ayuda por parte de las féminas se dificulte.

Uno de los problemas del abordaje terapéutico de las participantes con adicción a drogas psicoactivas, es que frecuentemente no acceden voluntariamente a instancias de tratamiento. Esto lleva a que un gran número de féminas que han desarrollado una adicción a sustancias psicoactivas demoren muchos años en consultar, deserten después de las primeras entrevistas o, eventualmente, nunca lleguen a pedir ayuda para resolver sus problemas. Esto, sin duda, configura un importante problema de salud pública para la sociedad, ya que el consumo abusivo de drogas y alcohol está asociado de manera importante con otros problemas de salud mental y social, como son los suicidios y homicidios, abusos sexuales y físicos o sistemas familiares altamente disfuncionales.

La conducta adictiva se encuentra asociada con una comorbilidad importante de trastornos del estado de ánimo, crisis de ansiedad y cambios en la personalidad, que complican su tratamiento y pronóstico. Lo cual conlleva sufrimiento y formas de relación que muchas veces son traspasadas de generación en generación auto-perpetuándose la problemática. Por otra parte, es importante focalizar en la neurobiología de las adicciones; ya que en ellas, participan mecanismos cerebrales cuya función de recompensa de la droga controla la conducta mediante intervenciones en los mismos

mecanismos biológicos que explican el control de las conductas alimentarias o de la satisfacción sexual que son coordinados por recompensa. Estos mecanismos están localizados en el circuito mesocorticolímbico.

En vista de que el tema del desorden del uso de sustancias y su relación con la mujer es tan abarcador y sus investigaciones tan cambiantes, es imperioso focalizar el conocimiento hacia el beneficio de ellas y de la sociedad. Los estudios deben circunscribirse más en los procesos generadores de cambio y en las variables que lo afectan de manera positiva o negativamente. El conocimiento de varias disciplinas como la neurología y la psicología clínica y social tendrían que asumir posturas integradoras y cooperadoras para la construcción del diseño en cuestión. Lo que redundaría en beneficio para la implantación de mejores programas de tratamiento y preventivos que tomen en consideración la necesidad del ser humano desde un aspecto bio-psico-social-espiritual para identificar aquellos factores de orden protectorio.

## R eferencias

- Álvarez, N., & Esteve, R. (2009). Deshabitación en drogodependientes y dolor crónico. *Psicothema*, 21(2), 199-205.
- Barragan, T., Flores, M., Medina, M., & Ayala, H. (2007). Modelo integral de satisfacción cotidiana en usuarios dependientes de alcohol y otras drogas. *Salud Mental*, 30(3), 29-38.
- Bickel, W., & Marsch, L. (2003). Toward a Behavioral economic understanding of drug dependence: delay discounting processes. *Addiction*, 96, 73-86.
- Bourdieu, P. (2000). *La dominación masculina*. España: Editorial Anagrama.
- Brailowsky, S. (1995). Las sustancias de los sueños: Neuropsicofarmacología. *FCE-CONACYT*, 3, 45-62.
- Burgos, N. (2006). *Desde las esferas privadas y públicas: La participación de las mujeres en las políticas sociales*. Universidad de Puerto Rico: Proyecto Atlantea.
- Carlson, N. (2006). *Fisiología de la conducta* (8va ed.). Madrid: Pearson Addison Wesley.
- Carrión, I. (Junio, 2010). Estrategias efectivas de tratamiento para mujeres con adicción a drogas. *Modelo específico de género para atraer mujeres que utilizan drogas*. Conferencia llevada a cabo en Carolina, Puerto Rico.
- Carroll, K. (1998). *A Cognitive-Behavioral Approach: Treating cocaine and heroin addiction*. Rockville: National Institute of Drug Abuse.
- Chapman, J. (2005). La perspectiva feminista. En Autor (Ed.), *Talleres de estudios políticos, ciencias e investigación*. Universidad nacional mayor de San Marcos.
- Cirillo, S., Berrini, R., Cambiaso, G., & Mazza, R. (1999). *La familia del toxicodependiente*. Barcelona: Paidós.
- Covington, S. (2008). Women and Addiction: A trauma-informed approach. *Journal of Psychoactive Drugs*, 5, 377-385.

- Degrott, G., & Gottsbacher, M. (2004). Drogas y violencia contra las mujeres. *Revista LiberAddictus*, (69).
- Delgado, C., Iraegui, A., Marquina, L., Martín, M., Palacio, B., & Plaza, J. (2007). Patrones de masculinidad y feminidad asociados al ciclo de la violencia de género. *Revista de Investigación Educativa*, 25(1), 187-217.
- Devlin, T. (2004). *Bioquímica*. (4ta. ed.). Reverté, Barcelona.
- Enns, C. (2004). *Feminist theories and feminist psychotherapies: Origins, themes, and diversity*. (2nd Ed). NY, USA: The Haworth Press.
- Errázuriz, P. (Diciembre, 2009). La sujeción de la mujer: feminidad ideal. En J. S. Mill (ponencia), 150 años Sobre la Libertad y 140 años de *El sometimiento de las mujeres*. Ponencia llevada a cabo en la Escuela de Derecho, Universidad de Chile.
- Foucault, M. (1981). *Un diálogo sobre el poder*. Madrid: Alianza Editorial.
- González, D. (2010). El impacto del trauma en la recuperación de la mujer. *Estrategias efectivas de tratamiento para mujeres con adicción a drogas*. Conferencia llevada a cabo en Carolina, Puerto Rico.
- Gordillo, M. (2007). Masculinidad y feminidad: cómo educar en la diferencia. *Revista Española de Pedagogía*, 238, 447-458.
- Greenberg, L. (2000). *Working with emotions in psychotherapy*. New York: Guilford.
- Halgin, R., & Krauss, S. (2003). *Psicología de la Anormalidad: Perspectiva clínica sobre desórdenes psicológicos* (4ta ed). México, D.F.: McGraw-Hill.
- Hanley, M., & Kenna, G. (2008). Quetiapine: Treatment for substance abuse and drug abuse. *American Journal of Health-System Pharmacy*, 65, 611-618.
- Hayes, A., & Brownstein, A. (1986). Mentalism, behavior-behavior relations, and a behavior analytic view of the purposes of science. *The Behavior Analyst*, 9, 175-190.
- Hidalgo, R. (Octubre, 1992). La feminidad, la subjetividad y el poder en América Latina. *Jornada de Psicología Social*. Ponencia llevada a cabo en la Universidad de Costa Rica.
- Hidalgo, R. (2003). La Medea de Eurípides. Hacia un psicoanálisis de la agresión femenina y la autonomía. *Subjetividad y Cultura*, 19, 37-56.
- Higgins, S. (1996). Some potential contributions of reinforcement and consumer-demand theory to reducing cocaine use. *Addictive Behaviors*, 21 (6), 803-816.
- Herbst, J. H., Kay, L. S., Passin, W. F., Lyles, C. M., Crepez, N., & Marín, B. V. (2007). A systematic review and meta-analysis of behavioral interventions to reduce HIV risk behaviors of Hispanics in the United States and Puerto Rico. *Aids and Behavior*, 11, 25-47.
- Hofstede, G. (2001). Culture's consequences: Comparing values behaviours, institution and organizations across nations. *The Behavior Analyst*, 7, 185-192.
- Horney, K. (1993). Feminine Psychology. *Subjetividad y Cultura*, 4(2), 125-139.
- Hunt, G., & Azrin, N. (1973). A community reinforcement approach to alcoholism.

- Behaviour Research and Therapy*, 11, 91-104.
- Hyde, J. (1995). *Psicología de la mujer*. Madrid: Morata.
- Kish, S. (2008). Pharmacologic mechanisms of heroin. *Canadian Medical Association Journal Review*, 178 (13), 1683-1690.
- Luciano, C., & Hayes, S. (2001). Trastorno de evitación experiencial. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 1, 109-157.
- Lugo, R. (Junio, 2010). Implicaciones médicas, psiquiátricas y sociales en el tratamiento efectivo de mujeres con trastornos en adicción. *De la Ciencia a la Acción. Estrategias efectivas de tratamiento para mujeres con adicción a drogas*. Conferencia llevada a cabo en Carolina, Puerto Rico.
- Martínez, M. (2007). La construcción de la feminidad: la mujer como sujeto de la historia y como sujeto de deseo. *Actualidades en Psicología*, 21(108), 79-95.
- Mayobre, P. (2002). Repensando la feminidad. En X.Galicia (Ed.), *Igualmente diferentes* (pp.1-20). España: Santiago de Compostela.
- Medina, M. (2005). Las adicciones: Situación actual. *Curso básico sobre adicciones*. México.
- Morad, P., Bonilla, G., & Oquendo, A. (Octubre, 2008). Cambios de la feminidad y la maternidad: dilemas, retos y desafíos para las políticas públicas. *Primer seminario nacional; Paternidad y maternidad innovadora en Cartagena de Indias: Un contraste entre Cartagena y Bogotá*. Seminario llevado a cabo en la Universidad de Cartagena, Cartagena.
- Moya, M., Páez, D., Glick, P., Fernández, I., & Poesch. (2005). Sexismo, masculinidad-feminidad y factores culturales. *Revista de Motivación y Emoción*, 4,8-9.
- Muñoz, J., Navas, E., Graña, J., & Martínez, R. (2007). Subtipos de drogodependientes en tratamiento: apoyo empírico para una distinción entre tipo A y tipo B. *Psicothema*, 18 (1), 43-51.
- Nash, M. (2006). Identidades de género, mecanismos de subalternidad y procesos de emancipación femenina. *Revista CIDOB d' Afers Internacionals*, 73,(74), 39-57.
- Navarro, J. (2000). *Bases biológicas de las psicopatologías*. España: Pirámide.
- NIDA. (2006). *Women and substance abuse issue*. Chicago: University of Illinois.
- Noland, C. M. (2006). Listening to the sound of silence: Gender roles and communication about sex in Puerto Rico. *Sex Roles*, 55, 283-294.
- Organización Mundial de la Salud, (2004). *Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas*. Ginebra.
- Ortíz, A., Soriano, A., Meza, D., Martínez, R., & Galván, J. (2006). Uso de sustancias entre hombres y mujeres, semejanzas y diferencias. Resultado del sistema de reporte de información en drogas. *Salud Mental*, 29 (5), 32-37.
- Páez, M., Gutiérrez, O., Valdivia, S., & Luciano, C. (2006). Terapia de aceptación y compromiso (ACT) y la importancia de los valores personales en el contexto de la

- terapia psicológica. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 6 (1), 1-20.
- Petry, N. (2000). A comprehensive guide to the application of contingency management procedure in clinical settings. *Drugs and Alcohol Dependence*, 58 (1-2), 9-25.
- Pomerleau, O., & Pomerleau, C. (1987). A biobehavioral view of substance abuse and addiction. *Journal of Drugs Issues*, 17, 111-131.
- Rey, C. (2006). La terapia de aceptación y compromiso (ACT): sus aplicaciones y principales fundamentos conceptuales, teóricos y metodológicos. *Suma Psicológica*, 11(2), 267-284.
- Rivas, I. (2006). Factores que incidieron en el consumo de drogas lícitas e ilícitas. *Revista Científica CREA CIENCIA*, 6, 7-11.
- Rivera, W. (2007). *Puerto Rican young women's substance abuse: A qualitative study of young female cocaine and heroin drug users ages 18 to 35 from San Juan Metropolitan Area* (Tesis doctoral). Universidad de Arlington, Texas.
- Robles, R., Matos, T., Deren, S., Colón, H., Sahai, H., Marrero, C., Reyes, J.C., Andía, J., & Shepard, E. (2005). *Drug treatment disparities among hispanic drug-using women in Puerto Rico and New York City*. doi:10.1016/j.healthpol.2005.03.004
- Robles, R., Reyes, J.C., Colón, H., Sahai, H., Marrero, A., Matos, T., Calderón, J., & Shepard, E. (2004). Effects of combined counseling and case management to reduce HIV risk behavior among Hispanic drug injection in Puerto Rico: A randomized controlled study. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 27, 145-152. doi:10.1016/j.jsat.2004.06.004
- Rodríguez, J., Fernández, A., Váldez, M., Hernández, E., Ramírez, S., & Román, A. (2008). A comparison of the peers method and traditional methodologies, and risk behaviors in studies of the prevalence of drug consumption in a population of female Chilean students. *The Spanish Journal of Psychology*, 11(2), 564-572.
- Romo, N., Vega, A., Meneses, C., Márquez, I., & Poo, M. (2003). Sobre el malestar y la prescripción: un estudio sobre los usos de psicofármacos por las mujeres. *Revista Española de Drogodependencia*, 28(4) 372-380.
- Secades, R., & Fernández, J. (2006). Tratamiento cognitivo-conductual. *Manual SET de Trastornos Adictivos*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Secades, R., García, O., Fernández, J., & Caraballo, J. (2007). Fundamentos psicológicos del tratamiento de las drogodependencias. *Papeles del psicólogo*, 28(1), 29-40.
- Sosa, I., Colón, H., & Robles, R. (2007). Gender differences in drug use and sexual risk behaviors among non-injection heroin users in Puerto Rico. *PRHSJ*, 26(3).
- Tubert, S. (2005). Masculino/Femenino; Maternidad/Paternidad. *Psicothema*, 2(1), 56-67.
- Uribe, A. (2005). *Evaluación de factores psicosociales de riesgo para la infección por el VIH/SIDA en adolescentes Colombianos* (Tesis doctoral). Universidad de Granada, España.

Vélez, M. (2008). *Grupos feministas en Puerto Rico, luchas y logros en busca de la equidad del género (1971-2006)*. Puerto Rico: Publicaciones Puertorriqueñas, Inc.

Washton, A. (1995). *La adicción a la cocaína*. España: Ediciones Paidós Iberica S.A.

Worrell, J. y Remer, P. (2003). *Feminist perspectives in therapy: Empowering diverse women*. (2nd. Ed). Canada: John Wiley & Sons, Inc.