

DROGAS Y REHABILITACIÓN: HISTORIA DE VIDA DE MUJERES CONSUMIDORAS

Drugs and rehabilitation: life history of women consumers

Carmen Gloria Jarpa-Arriagada¹

Yohanna Parra Carrasco²

Daniela Escamilla Rojas³

Recibido: 18/02/20

Aceptado: 23/10/20

Resumen

El artículo examina la historia de vida de mujeres internas en una comunidad terapéutica de la Región del Biobío, Chile. Específicamente, se profundiza en la atribución de responsabilidades en el inicio y mantenimiento del consumo, hasta la decisión de ingresar a rehabilitación en la comunidad. La estrategia utilizada fue la historia de vida, construida a partir de la historia oral. Los principales hallazgos indican que el consumo de drogas se inició en la adolescencia como resultado de un modelo de consumo masculino, donde predomina un discurso justificador, externalizante y de autocontrol respecto de la responsabilidad del inicio y la mantención del consumo de drogas. El ingreso a rehabilitación, por su parte, es gatillado por un punto de inflexión en su patrón de consumo, asociado a sentimientos de pérdida afectiva y material.

Palabras Clave: Consumo, Drogas, Rehabilitación, Mujeres, Comunidad Terapéutica.

¹ Académica del Departamento de Ciencias Sociales, Facultad de Educación y Humanidades, Universidad del Bío-Bío, Chillán, Chile. Dra. en Ciencias de la Educación, Magíster en Familia y Licenciada en Educación. Correo electrónico: cjarpa@ubiobio.cl

² Trabajadora Social por la Universidad del Bío-Bío, Tutora de Prácticas de la Escuela de Trabajo Social, Universidad del Bío-Bío, Chillán, Chile. Correo electrónico: yohannaparracarrasco@gmail.com Idem

³ Daniela Escamilla Rojas, Trabajadora Social por la Universidad del Bío-Bío, se desempeña en el Programa de Intervención Especializada Gandhi, Serpaj, Chile. Correo electrónico: danielaescamillarojas@gmail.com

Abstract

The article examines the life history of internal women in a therapeutic community in the Biobío Region, Chile. Specifically, it delves into the attribution of responsibilities in the initiation and maintenance of consumption until the decision to enter rehabilitation in the Therapeutic Community. The strategy used was the life story, built from oral history. The main findings indicate that drug use began in adolescence as a result of a male consumption model, where a justifying, externalizing and self-control discourse regarding the responsibility for the initiation and maintenance of drug use predominates. Admission to rehabilitation is triggered by a turning point in their consumption pattern associated with feelings of emotional and material loss.

Key words: Consumption, Drugs, Rehabilitation, Women, Therapeutic Community.

Cómo citar:

Jarpa-Arriagada, C.; Parra Carrasco, Y. y Escamilla Rojas, D. (2020). Drogas y rehabilitación: historias de vida de mujeres consumidoras. *Intervención*, 10(1), 38-61.

1. Introducción

Actualmente, el consumo de drogas en Chile es considerado una problemática social que afecta de manera equitativa a hombres y a mujeres. Sin embargo, el fenómeno continúa siendo investigado desde el patrón de consumo masculino (Guerrero y Jeria, 2006), sin considerar las distinciones y/o diferencias que existen en las conductas drogodependientes presentadas por las mujeres (Jarpa-Arriagada, Parra, y Escamilla, 2016). De acuerdo a lo planteado por Guerrero y Jeria (2006), el consumo de drogas en las mujeres, se generaría en gran medida como consecuencia de la falta de apoyo emocional, la sensación de no sentirse acompañadas ni incluidas en una relación afectiva, la falta de integración, “un vacío” en las relaciones interpersonales y una “pobreza” en los vínculos que han establecido en el transcurso de sus vidas (Jarpa-Arriagada et al., 2016). En este escenario, algunas investigaciones permitirían afirmar que las motivaciones de las mujeres consumidoras serían diferentes a las de los hombres y estarían relacionadas con carencias afectivas, situaciones traumatizantes y estrés (Gómez Moya, 2007; Gómez Moya, Clari, Girva, & Tortajada, 2007; Osuna, 2013; Pérez & Correa, 2011; Urbano & Arostegi, 2004).

Respecto del proceso de intervención dirigido a mujeres y desarrollado en Comunidades Terapéuticas, el inicio de la aproximación científica en Chile data de la década del noventa, al incorporar la perspectiva de género en el estudio de las adicciones (Guerrero y Jeria, 2006). No obstante, todavía se reconoce una escasa profundización teórica respecto del consumo problemático de drogas en la mujer (Observatorio Chileno de Drogas, 2012). En efecto, el reconocimiento y visibilización de la problemática que afecta a las mujeres ha interpelado respecto de los modelos de tratamiento pertinentes para este segmento de la población. Villatoro (2002, p. 3), afirma que “[...] la apertura de programas de rehabilitación orientados a mujeres ha planteado nuevas dificultades para modelos de tratamiento “masculinizados”, esto es, que fueron inicialmente diseñados pensando en atender una demanda conformada casi exclusivamente por hombres.

En este escenario, el abordaje del fenómeno de consumo problemático de drogas en mujeres, supone mayores desafíos en el desarrollo de un adecuado proceso terapéutico, siendo necesaria la integración de la perspectiva de género en los planes de intervención diseñados (Gómez Moya et al., 2007; Romo, 2006), así como la elaboración de dispositivos de intervención contextualizados a las reales necesidades de las mujeres drogodependientes, considerando al mismo tiempo, las características diferenciadas entre la drogadicción femenina y masculina.

A pesar del aumento sustancial que ha alcanzado el consumo de drogas en mujeres, Del Pozo (2005), indica que la adicción continúa siendo considerada un problema de los hombres. De esta manera, los datos disponibles sobre la mujer han sido extrapolados -con ligereza- desde la realidad de los hombres, lo que ha ahondado el desconocimiento de las diferencias de género y el consumo problemático de drogas. Al respecto, Urbano y Arostegi (2004), señalan que tradicionalmente se ha

asumido que los trastornos adictivos son enfermedades propias de la población masculina, develándose un imaginario en el estudio de la drogodependencia vinculado a la masculinización del consumo problemático de drogas. Algunas consecuencias de esta forma de mirar el consumo son no incluir 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 cargas sociales, las relaciones personales, la violencia directa e indirecta ejercida contra las mujeres, la salida al mercado laboral, las nuevas formas de ocio que contribuyen al inicio y mantenimiento de conductas de adicción diferenciales entre hombres y mujeres. Todas las vicisitudes recién detalladas se constituyen en verdaderas situaciones de riesgo para la población femenina.

La bibliografía existente en torno a la temática muestra que la experiencia de las mujeres en el consumo de sustancias psicoactivas es muy distinta a la de los varones, no sólo a nivel físico y psicológico, sino también a nivel familiar y social (Gómez Moya, 2004, 2007; Pérez & Correa, 2011; Romo et al., 2003; Urbano & Arostegi, 2004). Específicamente desde el punto de vista físico las mujeres poseen una biología que experimenta diferentes capacidades de absorción y procesamiento químico de las sustancias, por lo que a igual nivel de consumo de drogas que los hombres se ven mayormente afectadas que estos (Maffia, 2011; Romo, 2006).

Desde el punto de vista psíquico, son distintas las motivaciones y disparadores del consumo, así como la percepción de riesgo frente a cada sustancia y el estado de vulnerabilidad frente a ellas. Del mismo modo, son diferentes sus hábitos de consumo y las conductas que despliegan vinculadas a la dependencia de sustancias (Urbano y Arostegi, 2004). Asimismo, son distintos los costos sociales y familiares al que se ven expuestas las mujeres que experimentan adicción a las drogas, lo que estaría directamente relacionado con los roles que se le asignan socialmente. Al respecto, Gómez (2004, 2007) sostiene que la mujer consumidora de drogas se ve expuesta a mayores juicios morales en comparación con el que recibirían los hombres que sufren el mismo tipo de adicción, ya que a ellas no se les perdona socialmente que no cumplan su papel en la familia y en la sociedad, independientemente de su nivel cultural o clase social. Algunos especialistas en el tema afirman que las mujeres son cuestionadas moralmente bajo la etiqueta de malas madres, viciosas y/o desviadas (Pérez & Correa, 2011; Romo, 2006). En efecto, cuando se estudia a las mujeres consumidoras de drogas se observa un discurso vinculado a la “desviación”. De esta manera, se las califica como psicológicamente más inadecuadas o inadaptadas en comparación a los varones.

Otro de los factores que distingue la experiencia de hombres y mujeres frente al consumo de drogas es la maternidad y la crianza de los hijos. De acuerdo a lo planteado por Gómez et al. (2010), la mujer es quien asume, en la mayoría de los casos, la responsabilidad de cuidado y crianza de sus hijos/as, lo que dificulta su incorporación en un proceso de rehabilitación. En consecuencia, la maternidad se configuraría en un factor restrictivo del tratamiento, principalmente cuando éste debe llevarse a cabo bajo modalidad residencial. Queda en evidencia, por tanto, la necesidad de contar con centros terapéuticos que estén adaptados para acoger a las mujeres y a sus hijos, principalmente cuando estos son menores de edad.

Como podemos suponer, cuando las mujeres acceden a rehabilitación, es mucho más frecuente que deban vivir este proceso a solas. En comparación con ellas, la mayoría de los hombres cuentan con apoyo familiar en sus procesos de rehabilitación, principalmente de una figura femenina (esposa, madre o hermana), mientras que las mujeres deben enfrentar este proceso muchas veces sin apoyo, debido al abandono de su pareja y familia. Gómez et al. (2007), agrega que cuando una mujer inicia un tratamiento se percata de inmediato de que va a afrontarlo en solitario. Lo anterior es preocupante, si asumimos que las personas que se encuentran en tratamiento por consumo de drogas requieren gran soporte y contención. De este modo, el abandono familiar hace más doloroso el proceso, que de por sí es complejo. Por tanto, es necesario enfatizar especialmente en las consecuencias sociales que conlleva la drogodependencia en las mujeres, pues este elemento tiene un fuerte impacto en la búsqueda tardía de ayuda y en la deserción de los procesos de rehabilitación en consumo de drogas. Por consiguiente, investigar esta temática ha contribuido a profundizar en la experiencia femenina del consumo y destacar elementos diferenciales e importantes de sus propios procesos, disminuyendo de algún modo la mirada masculinizada del consumo de drogas.

2. Método

La presente investigación fue desarrollada en el contexto de estudios de pregrado, con el propósito de obtener el título de Trabajador Social en la Universidad del Bío-Bío, Chillán, Chile. El método utilizado fue la Historia de Vida; específicamente la Historia de Vida temática, que implicó situar a las entrevistadas en una etapa particular de su vida, cual es la época del inicio del consumo, sus experiencias personales y familiares durante ese periodo hasta el ingreso a la comunidad terapéutica. Según lo definido por Marinas (2007, p. 45), la Historia de Vida corresponde a la indagación que “tiene un sujeto plural, aunque las entrevistas se hagan de uno en uno, lógicamente, y no recorren la totalidad de la vida sino un proceso social concreto que es común a la totalidad”. Por su parte, Ruiz Olabuénaga (2012), afirma que en la historia de vida una persona refiere, en un largo relato, el desarrollo de su vida desde su propio punto de vista y en sus propios términos. Por lo tanto, se trata de un relato puramente subjetivo -una perspectiva detallada y concreta del mundo- que eventualmente podrá resultar errónea en no pocas de sus partes.

Las sujetas de estudio fueron mujeres en tratamiento por consumo problemático de drogas, internas en la Comunidad Terapéutica Residencial “Villamávida”, ubicada al interior de la comuna de Florida en la Región del Biobío, sur de Chile. La selección se realizó de acuerdo a los siguientes criterios de conveniencia: Mujeres mayores de 18 años de edad; madres; insertas en una comunidad terapéutica de carácter residencial y que aceptaran voluntariamente participar del estudio.

Tabla 1 Datos de identificación de las mujeres participantes

Nombre ficticio	Edad	Estado Civil	Hijos/as	Fase del proceso terapéutico	Permanencia en la Comunidad Terapéutica
Camila	24	Soltera (tiene pareja)	4	Inicial	4 meses
Samanta	56	Divorciada	2	Inicial	4 meses

La técnica de producción de datos fue la entrevista semiestructurada. Según Baeza (2002), esta entrevista es aquella en la cual el margen de libertad del entrevistado se restringe solo lo estrictamente necesario por parte del/la entrevistador/a.

El plan de análisis que se utilizó consideró una triangulación entre Análisis comprensivo desde los planteamientos de Bertaux (Kornblit, 2004); Análisis estructural del discurso (Martinic, 1992, 1998) y Análisis narrativo (Crossley, 2007). En el análisis comprensivo nos centramos en la identificación de lo que este autor denomina “índices”, definidos como aspectos que son reconocidos por las mujeres como hechos que han marcado su experiencia de vida. Otro elemento clave en el plan de análisis fueron los “punto de viraje”, que pueden ser llamados también “momento bisagra”, “carrefour” o “punto de inflexión”. Se refieren a un momento vital identificado por las mujeres como una encrucijada a partir de la cual el itinerario biográfico de la persona tomó un rumbo distinto o inició una nueva etapa. Asimismo, esta técnica fue utilizada para realizar un análisis horizontal de los relatos, es decir, permitió identificar elementos en común entre las historias de vida, considerando tres ámbitos de análisis: ciclo de vida, la vivencia y la interacción en la entrevista. Este análisis permitió identificar secuencias claves de la vida de las mujeres, conexiones entre una y otra zona de sus discursos, permitiendo asimismo reconocer con mayor claridad sentidos individuales y significados atribuidos.

Para aproximarnos a las representaciones sociales de las mujeres, optamos por la estrategia del Análisis Estructural del Discurso. Este método se inspira en la semántica estructural desarrollada por Greimas (1987) y propone reglas y procedimientos para definir los principios que organizan las representaciones de los sujetos sobre problemas y prácticas específicas. En consecuencia, se construyeron categorías que transformaron los datos y el texto a unidades que se relacionan, comparan y agregan a unidades mayores. Esta transformación implicó, a su vez, pasar del texto y sentido literal a categorías y relaciones subyacentes entre categorías que configuran un sentido y unas prácticas en el contexto de la Historia de Vida de las mujeres (Miles y Huberman, 2003).

A través del modelo narrativo consideramos la relevancia del lenguaje de las mujeres entrevistadas, en coherencia con la subjetividad individual de éstas, otorgando importancia al contenido de los

relatos, a la forma en que la narrativa fue construida y al contexto específico de la narración, logrando la compenetración con el texto, con el fin de entender la complejidad de significados incorporados en éste (Crossley, 2007). Así, el análisis narrativo permitió identificar y comprender los significados que las mujeres atribuyen a sus experiencias de vida, interpretando sus discursos en virtud del contexto social y cultural, en el cual tales experiencias tuvieron lugar.

Respecto del trabajo de campo, la construcción de las historias de vida consideró una fase inicial de inserción etnográfica en la Comunidad Terapéutica Residencial antes identificada. Esta etapa requirió la autorización formal de la institución para la inserción de las investigadoras en el centro. La fase inicial tuvo el propósito de observar la dinámica, rutina y cotidianeidad de las mujeres internas, así como conseguir la adhesión voluntaria al estudio. La aproximación etnográfica duró dos meses, desde abril a mayo de 2016. En esta fase se solicitó a las mujeres la firma del consentimiento informado y se les hizo entrega de un cuaderno de anotaciones personales. Como resultado de este proceso se obtuvo la aceptación de cuatro mujeres. La fase de entrevistas se inició en julio y se extendió hasta septiembre de 2016. Sin embargo, dos de ellas desertaron cuando se había iniciado el proceso de historia oral. Con las dos mujeres restantes se realizó un proceso denso y profundo de entrevistas que duró tres meses. Finalmente, se realizó la fase de transcripción exacta de cada historia oral y la fase de construcción de cada historia de vida, generándose la devolución de éstas a las mujeres participantes del estudio, lo que permitió resguardar la validación comunicativa de las historias de vida construidas. Ambas fases requirieron dos meses de trabajo, entre octubre y noviembre de 2016.

3. Resultados

3.1 Atribución de responsabilidades en el inicio del consumo de drogas

El inicio del consumo de drogas en las mujeres estudiadas podría ser explicado en virtud de dos enfoques teóricos: el modelo de desarrollo social propuesto por Hawkins, Catalano, y Miller (1992) y el modelo del afrontamiento de estrés de Shiffman (1985).

De acuerdo al primer enfoque, la conducta adictiva es considerada antisocial y su configuración histórica obedecería, para el caso de las mujeres estudiadas, a la alteración del proceso de socialización “prosocial”. La perturbación de este proceso se explicaría por la presencia de violencia psicológica y física en sus dinámicas familiares.

“Con mi papá tengo resentimiento porque siempre vi que engañaba a mi mamá. De mi mamá tengo rencor, rabia, no sé qué palabra ponerle, por el maltrato que me daba ella. Me pegaba, me gritaba. Me decía que era tonta, pero tonta no soy” (Camila, 24 años).

“Entonces había peleas entre mi papá y mi mamá. No eran de violencia física, pero sí de violencia verbal” (Samanta, 56 años).

En este sentido, tal como lo afirman Vaiz y Spanó (2004), Castaño (2009) y Martínez (2009), las mujeres que son víctimas de algún tipo de violencia intrafamiliar tienen mayor prevalencia en el padecimiento de abuso o dependencia de sustancias psicoactivas. Se confirma así que la familia, en tanto agente de socialización, puede configurarse en un factor de riesgo predominante en el acercamiento al consumo de drogas.

Por otro lado, el modelo de desarrollo social propone que la falta de reforzamientos positivos hacia las conductas prosociales, también influye en el inicio del consumo de drogas. En el caso de las mujeres investigadas se observa presencia de referentes familiares con creencias o valores antisociales, vinculados a patrones problemáticos de consumo de alcohol o drogas, a relaciones basadas en la violencia y a conductas de abandono o negligencia paterna. De esta manera, el proceso de socialización al que fueron sometidas contribuyó a la configuración de un patrón intergeneracional repetitivo de consumo de sustancias ilícitas, estableciendo un flujo de ansiedad vertical.

“Mi papá era alcohólico y mis hermanos fuman marihuana. Había una que fumaba pasta base. Mi papá tomaba alcohol en la cantina y llegaba ebrio” (Camila, 24 años).

“Mi mamá antes era de la casa, después se dedicó a trabajar y abandonó la casa. Nos dejó solos, nos dejó con mi abuelita y una tía, pero no era nuestra mamá. No me acuerdo mucho, pero yo creo que sentimos ese abandono de madre y mi papá no era muy comunicativo” (Samanta, 56 años).

En este sentido, adquiere relevancia lo que plantean Hawkins et al. (1992), sobre la vinculación que existiría entre los entornos antisociales y la configuración de una conducta antisocial. De acuerdo a estos autores, la familia puede ser facilitadora del consumo de drogas, lo que desestimaría la idea de la familia como un factor protector *per se*.

Además, las mujeres se iniciaron bajo un patrón masculino de consumo en su grupo de pares, configurando un flujo de ansiedad horizontal (Laguna, 2014; Eiguer, 1987; Harrsch, 1988).

“Empezamos a consumir los dos con mi pareja, por amistades. Caímos los dos en el mismo hoyo, y de ahí quedamos pegados” (Camila, 24 años).

“Cuando estaba en el colegio, debo haber tenido 13 años, una cosa así. Con un amigo de mi hermano fuimos a la universidad, a la laguna de los patos, fuimos a tomarnos

un trago y ese fue uno de mis primeros acercamientos con el alcohol” (Samanta, 56 años).

Siguiendo el modelo del afrontamiento del estrés, podemos afirmar que las mujeres también muestran patrones de consumo como respuesta al estrés de la vida, siendo la conducta adictiva un recurso de afrontamiento ante tales situaciones (Shiffman, 1985). En el caso de las mujeres estudiadas, el consumo de drogas se configura como un mecanismo de evasión ante situaciones de su vida que les generaron malestar emocional y estrés, entendiendo este último como un estímulo ante situaciones o elementos externos, que exige una fuerte demanda al individuo (Cano-Vindel, Miguel-Tobal, González, y Iruarrizaga, 1994). Un relato ilustrativo es el de Samanta:

“Yo creo que mi relación con el consumo de alcohol, tiene que ver con los problemas que hubo en mi casa y también producto de la violación, bastante brutal, que sufrí cuando era chica” (Samanta, 56 años).

3.2 Atribución de responsabilidades en el mantenimiento del consumo

De acuerdo a Krause et al. (1999), el principal elemento que contribuye al mantenimiento de la conducta adictiva es la dependencia física. Tal dependencia es entendida como una necesidad corporal, que implica el aumento de la tolerancia, es decir, un aumento en las dosis consumidas. En el estudio, las mujeres reconocen la dependencia física como un factor importante en la mantención del consumo. Los distintos síntomas físicos asociados a la privación de la droga son entendidos como señales corporales que informan de la necesidad de retomar el consumo.

“Me di cuenta que el consumo se agravaba porque después el cuerpo me pedía po’, más de la cantidad que fumaba. Si tenía plata me empezaba a doler el estómago o me daban ganas de vomitar” (Camila, 24 años).

Las mujeres reconocen también dependencia psicológica a la droga, entendida como la búsqueda compulsiva de la sustancia consumida asociada al alcance de un estado de placer que les exige la administración regular de la sustancia, dejando la sensación de una situación fuera de su control. Esta dependencia se intensifica cuando las mujeres sienten que con la droga pueden evadir situaciones traumáticas de sus vidas. En efecto, este último factor es significativo en el mantenimiento del consumo ya que la historia oral está plagada de relatos que sitúan el mantenimiento del consumo vinculado a pérdidas, ausencia de afectos y lazos emocionales fuertemente deteriorados.

“Cuando me quitaron a mi hijo más chico ahí quedó ‘la embarrá’, porque yo me distorsioné. Desde que me quitaron a mi hijo pasaron como 4 meses que yo seguí fumando, fumando, fumando pasta base” (Camila, 24 años).

“Luego de mi separación, empecé a desganarme, a desmotivarme. Bueno, antes de la separación en realidad, a no encontrar nada que me motivara, entonces ahí me evadía en el alcohol” (Samanta, 56 años).

El mantenimiento de la conducta adictiva también podría ser explicado en virtud del modelo del afrontamiento del estrés. En efecto, existe una sinergia entre la imposibilidad de solucionar algún problema (que en el caso de las mujeres está en el ámbito de su historia y organización familiar) y el estrés que genera en la mujer adicta la no resolución de su problemática. Todo ello, configura un círculo vicioso que contribuye a la mantención del consumo.

La configuración de este círculo vicioso precipita en las mujeres el desarrollo de conductas evasivas ante las dificultades lo que permite afirmar la configuración de una moralidad heterónoma con fuerte presencia de locus de control externo. Al respecto, Ghiardo (2003) plantea que el efecto de la droga significa una fuga, una anulación del sentir y el pensar, permite evadir una realidad que angustia, por lo que las mujeres habrían adoptado un mecanismo de enfrentamiento inadecuado ante situaciones de estrés.

“Yo tenía que hacerme cargo de muchas más cosas, porque ahí yo estaba con mi marido y mis hijos y yo era el motor de todo. Era exitosa en mi trabajo, pero trabajaba demasiado. Todo eso me generaba estrés, me sentía sobrepasada [...] Yo consumía para sentirme bien, sentir que estaba todo bien, olvidarme un poco de las preocupaciones, las tensiones, era descansar” (Samanta, 56 años).

3.3 Atribución de responsabilidades en el ingreso a rehabilitación

Según lo señalado por Basso (2011), el factor de mayor importancia en la decisión de la suspensión del consumo de drogas, está relacionado con la pérdida de los vínculos familiares y afectivos. Existirían eventos específicos de la vida del sujeto o circunstancias externas frente a las cuales la persona se logra dar cuenta de su situación problemática, "el tocar fondo", en el que se viven profundas experiencias personales.

En el caso de las mujeres estudiadas, la decisión de ingresar a un proceso terapéutico se precipita justamente por razones de “pérdida” o “amenaza de pérdida” de sus lazos afectivos más intensos con hijos, familia o pareja. Como no logran un control de la conducta desde la autonomía, sitúan sus

expectativas de cambio y transformación en un ente externo que les ayude a recuperar lo que han perdido.

“Ya me habían quitado a mis dos hijas por consumo. Después mi suegra me quitó a mi hijo menor. Siento que está bien que me hayan quitado a mi hijo, porque así toqué fondo y me di cuenta de lo que estaba pasando. Pero ahora quiero estar bien para no perder nunca más a mis hijos, por eso me quiero rehabilitar” (Camila, 24 años).

“Y lo que me motiva a continuar en este proceso es mi hijo, es lo más importante, mis hijos igual” (Samanta, 56 años).

El autoconcepto negativo en torno al rol materno, configura un elemento distintivo del consumo de drogas en las mujeres estudiadas. En efecto, se sentirían mayormente presionadas a cumplir un rol impuesto socialmente, mostrando fuertes sentimientos de culpa, reproche y autocrítica cuando la conducta adictiva les impide ejecutar dicho rol (Urbano y Arostegi, 2004).

“Mi hija está enojada conmigo, lo que pasa es que yo le hice mucho daño. Por el abandono que hice, como madre, porque yo no estuve presente en su vida, ni de niña, ni de mujer, por el tema del alcohol. Me sentía culpable por eso [...] Además, la mujer borracha es muy mal vista también. Es un sistema machista. Siempre te van a mirar como algo feo, como algo malo. Por el asunto de que tú eres mamá, tienes hijos, por responsabilidad” (Samanta, 56 años).

Según CONACE (2008), cuando un individuo ya se ha iniciado en el consumo de una droga, y lleva tiempo consumiendo, puede enfrentar situaciones límites que lo llevan a reflexionar sobre la necesidad de controlar el consumo, disminuyéndolo, manejando mejor sus efectos o definitivamente abandonándolos. En el caso de las mujeres estudiadas, el ingreso a rehabilitación se configura en un “punto de viraje” desde el análisis comprensivo de Bertaux (Kornblit, 2004), esto es, un momento vital identificado por ellas como una encrucijada a partir de la cual su itinerario biográfico tomó un rumbo distinto o inició una nueva etapa.

“Me pegaba un pipazo y me daban ganas de llorar o de matarme. Y de ahí me vine para acá. Decidí buscar ayuda, porque en cualquier momento iba a acabar con mi vida. Intenté suicidarme una sola vez. Estaba ahorcándome cuando me sacó un amigo de consumo, que me pilló” (Camila, 24 años).

“El año pasado me atropellaron, y estuve un mes y medio en el Hospital Regional y de ahí me vine pa’ca al programa. Después de ese atropello, recién capté que no estaba bien. Y dije no más. Estoy cansada, no quiero más, no podía más” (Samanta, 24 años).

3.4 Análisis estructural del discurso

La primera aproximación al corpus textual de las historias de vida fue descriptiva y se orientó a dar cuenta de las unidades de sentido que componían los discursos (composición) y de las relaciones que existen entre estas unidades (combinación). Estas categorías o unidades mínimas de significado se denominan códigos y se definen a partir de relaciones de disyunción y de conjunción. Posteriormente, se establecieron los índices de valorización de los códigos, especificando si el discurso fue explícito o implícito; en este último caso se hizo uso de paréntesis. Finalmente, definimos relaciones entre códigos a través de estructuras paralelas (Martinic, 1992, 1998).

Tabla 2 Atribución de responsabilidades en el inicio del consumo de drogas

ATRIBUCIÓN DE RESPONSABILIDADES EN EL INICIO DEL CONSUMO DE DROGAS		
(+)	(-)	
(Durante mi matrimonio no consumía alcohol)	Durante mi matrimonio consumía alcohol	Caracterización del consumo
(No consumía alcohol en contextos de festejos)	Consumía alcohol en contextos de festejos	
(No consumía en estados depresivos y de sobreexcitación)	Consumía en estados depresivos y de sobreexcitación	
(Yo no consumía sola)	Yo consumía sola	
(En mi familia no había consumo de alcohol y drogas)	En mi familia había consumo de alcohol y drogas	Familia como factor de riesgo
(No empecé a consumir por influencia de amistades)	Empecé a consumir por amistades	Atribución de responsabilidades en el inicio del consumo
(Los problemas familiares, no influyeron en mi consumo de alcohol)	Los problemas familiares, influyeron en mi consumo de alcohol	
(Yo no tomaba para olvidarme de las preocupaciones)	Yo tomaba para olvidarme de las preocupaciones	
(La sobre exigencia laboral no me generaba infelicidad)	La sobre exigencia laboral me generaba infelicidad	

Tabla 3 Atribución de responsabilidades en el mantenimiento del consumo

ATRIBUCIÓN DE RESPONSABILIDADES EN EL MANTENIMIENTO DEL CONSUMO		
(+)	(-)	
(No ignoro los síntomas de abstinencia) (No empecé a ponerme depresiva) (El cuerpo no me pide consumir) (No tenía depresión) (El alcohol no me quitaba las energías) (El consumo de alcohol no genera sentimientos negativos) (Con el consumo de alcohol no adquieres malos hábitos)	Ignoro los síntomas de abstinencia Empecé a ponerme como depresiva El cuerpo no me pide consumir Tenía una depresión brutal El alcohol me quitaba las energías El consumo de alcohol genera sentimientos negativos Con el consumo de alcohol adquieres malos hábitos	Reconocimiento de los síntomas del consumo
(El cuerpo no me pedía continuar consumiendo) (No quería olvidar que no estaba con mis hijos/as)	El cuerpo me pedía continuar consumiendo Quería olvidar que no estaba con mis hijos/as	Atribución de responsabilidades en el mantenimiento del consumo
(Tenía una motivación real para dejar de consumir) (No tenía motivos para consumir) (El alcohol no se hace un hábito)	No tenía una motivación real para dejar de consumir Tenía muchos motivos para consumir El alcohol se hace un hábito	Atribución de responsabilidades en el mantenimiento del consumo

Tabla 4 Atribución de responsabilidades en la decisión de iniciar un proceso de rehabilitación

ATRIBUCIÓN DE RESPONSABILIDADES EN LA DECISIÓN DE INICIAR UN PROCESO DE REHABILITACIÓN		
(+)	(-)	
Busqué ayuda porque podía acabar con mi vida Quiero recuperar a mis hijos/as Me interesa rehabilitarme por mí Me aburrí de andar en consumo Quiero ser una mamá nueva No quería defraudar a mi hijo Quiero esforzarme para volver a estar con mis hijos/as	(No busqué ayuda a pesar de que podía acabar con mi vida) (No quiero recuperar a mis hijos/as) (No me interesa rehabilitarme por mí) (No me aburrí de andar en consumo) (No quiero ser una mamá nueva) (Quería defraudar a mi hijo) (No quiero esforzarme para recuperar a mis hijos/as)	Atribución de responsabilidades en la decisión de rehabilitarse
Mi expectativa es sanarme La idea que tenía de rehabilitación se ha ido profundizando	(Mi expectativa no es sanarme) (La idea que tenía de rehabilitación no se ha ido profundizando)	Expectativas del proceso terapéutico
Quiero recuperar a mis hijos/as Quiero ser una mamá nueva No quiero defraudar a mi hijo Quiero esforzarme para volver a estar con mis hijos/as	(No quiero recuperar a mis hijos/as) (No quiero ser una mamá nueva) (Quiero defraudar a mi hijo) (No quiero esforzarme para volver a estar con mis hijos/as)	Motivación para mantenerse en un proceso de rehabilitación

El análisis de estructuras paralelas permitió identificar discursos recurrentes y compartidos en ambos corpus textuales, específicamente en lo que respecta a la atribución de responsabilidades en el inicio, mantenimiento y rehabilitación del consumo de drogas, sobre los cuales predominan los discursos externalizantes.

Por otro lado, se evidencia la construcción de un discurso justificador donde el consumo de drogas sería utilizado como un mecanismo de evasión ante situaciones estresantes y/o traumatizantes, por lo que la responsabilidad del consumo se fundamentaría en el locus de control externo.

“Generalmente es porque te hicieron daño, tienes una historia de abandono, falta de amor, falta de cariño. En mi caso es abandono, en la casa, después de esa violación. Después, cuando estaba casada me sentía sobrepasada porque llevaba casi sola toda la organización de la casa, trabajaba mucho y trataba de evadirme con el alcohol” (Samanta, 56 años).

Además, se identifica una negación de la conducta adictiva y de sus síntomas.

“Yo nunca he tenido síntomas de abstinencia, de dolor de estómago, de dolores, o de que necesito, de que se me seca la boca. Yo tomo cuando yo quiero, no porque yo sienta el olor, o porque yo vea alcohol” (Samanta, 56 años).

“He tenido plata para fumar pasta base y no he querido fumar” (Camila, 24 años).

También se evidencia una motivación extrínseca en las decisiones de iniciar un proceso de rehabilitación y mantenerse en el mismo.

“Entré a la comunidad terapéutica pa’ nunca más volver a perder a mis hijos. Por eso me motivé a salir adelante. Porque pa’ mí estar aquí sin ellos es harto sacrificio. Pero el mejor sacrificio es estar bien, pa’ ser una mamá nueva” (Camila, 24 años).

Tabla 5 Estructura cruzada: Síntomas v/s adicción: la tensión discursiva en el reconocimiento del problema

A1 (+) Alto reconocimiento de los síntomas del consumo			
A2 (-) Bajo reconocimiento de la adicción	A (+-) externalización de la adicción	B (++) aceptación de la adicción	B2(+) Alto reconocimiento de la adicción
	C (- -) negación de la adicción	D (+-) aceptación parcial de la adicción	
B1 (-) Bajo reconocimiento de los síntomas del consumo			

En la estructura cruzada, es posible identificar discursos similares en las mujeres en lo que respecta al reconocimiento de los síntomas del consumo y el reconocimiento de la adicción. Tales discursos se posicionan en el cuadrante A (+-). En ambas historias de vida se identifican discursos que atribuyen los síntomas del consumo de drogas a un estado depresivo, por lo que no existiría un reconocimiento de su condición de mujeres adictas, configurándose una negación de la adicción. Según Muñoz (2011), al definirse como víctimas de la enfermedad los discursos posicionan a los sujetos como personas sin responsabilidad sobre su comportamiento, inhabilitándolas como protagonistas de su proceso en relación al consumo.

“Yo tenía en la mente sólo tomar. Bueno, ahí estaba con depresión, habíamos perdido la casa, no estaba haciendo nada, estábamos mal como pareja, no había conversación, diálogo” (Samanta, 56 años).

“Empecé a ponerme como depresiva, no sé qué me había pasado” (Camila, 24 años).

Tabla 6 Estructura cruzada: Consecuencias negativas del consumo de drogas: discursos autónomos y heterónomos en conflicto

A1 (+) Alta decisión autónoma a rehabilitarse			
A2 (-) Bajo reconocimiento de las consecuencias negativas del consumo de drogas	A (+-) rehabilitación superficial	B (++) motivación para la rehabilitación	B2 (+) Alto reconocimiento de las consecuencias negativas del consumo de drogas
	C (- -) fracaso en la rehabilitación	D (+-) motivación paradójica para la rehabilitación	
B1 (-) Baja decisión autónoma de rehabilitarse			

En esta estructura cruzada se identifican discursos predominantes similares en lo que respecta a la autonomía en la decisión de rehabilitarse y en el reconocimiento de las consecuencias negativas del consumo de drogas. En ambos corpus textuales se vislumbran discursos que dan cuenta de un reconocimiento negativo de la droga, siendo causante de situaciones que generan daño a nivel individual y familiar.

“Me he dado cuenta que el consumo te lleva a adquirir hábitos, puedes llegar a robar, a mentir, a manipular, porque tú quieres seguir consumiendo y se te acaba la plata, te echan de algunas partes porque ya no estás cumpliendo normas” (Samanta, 56 años).
 “Antes de consumir, con mi pareja teníamos hartas cosas. No cosas valiosas, pero igual nos hacían feliz. Teníamos nuestra casa formada. Y después los dos fuimos vendiendo las cosas. Pero más nos perjudicamos cuando nos quitaron a nuestros hijos” (Camila, 24 años).

Asimismo, en los relatos se observan discursos que atribuyen la decisión de iniciar un proceso de rehabilitación a la intención de superar una etapa negativa de la vida. Sin embargo, se identifican motivaciones extrínsecas en tal decisión.

Por otro lado, existen discursos que atribuyen la decisión de iniciar el proceso de rehabilitación al objetivo de recuperar vínculos familiares, lo cual concuerda con lo planteado por López (2009), quien señala que un porcentaje importante del grupo que consulta por problemas de dependencia al alcohol o drogas lo hace por motivaciones externas, ya sea imposición legal (situaciones judiciales), vías

formales (petición del lugar de trabajo o asistencia social) o vías informales (solicitud de familiares y amigos).

Los relatos de las mujeres develan la necesidad de orientación terapéutica como elemento fundamental en la búsqueda de respuestas a la adicción.

“Quiero saber qué me pasa, por qué soy así, por qué llegué a tomar. Entonces pensé en una modalidad de tratamiento residencial porque creí que era mejor” (Samanta, 56 años).

Sin embargo, se advierte que las mujeres no siempre comparten la apreciación del equipo tratante respecto de su situación terapéutica, la definición que estos realizan del problema, o se muestran en desacuerdo con algunas de las orientaciones o con las estrategias de intervención implementadas. En este sentido, se aprecia una escasez de profundización del centro terapéutico en torno a las expectativas e intereses de las usuarias y la conciliación en la estructuración del plan de trabajo terapéutico. Por lo anterior, consideramos relevante incluir la opinión de las mujeres en la definición del problema, como también fomentar su participación en la construcción de sus planes de intervención, a fin de optimizar los resultados del proceso de rehabilitación, evitando de este modo la deserción de las usuarias.

“Aquí en la Comunidad me negaron la visita de mi pareja. Dicen que es factor de riesgo para mí, porque yo fumaba con él. No entienden que mi pareja ya no consume y que está en tratamiento. Pero no me interesa lo que piensen mis terapeutas, porque él es el papá de mis hijos” (Camila, 24 años).

Además, las entrevistadas cumplen las normas impuestas por la comunidad, aunque no las compartan totalmente, por temor a las repercusiones que tendría su incumplimiento (expulsión de la Comunidad Terapéutica), develándose en su discurso una moralidad heterónoma, la que es definida por Barra (1987) como aquella moral que lleva al individuo a someterse a las reglas de autoridad externa, con el propósito de evitar daños y/o consecuencias negativas.

“Aquí estoy aprendiendo a seguir las reglas, porque si me voy en contra me sale muy pesado, no me puedo ir en contra, a no ser que sea por un derecho por el que estoy peleando” (Samanta, 56 años).

Por lo anterior, se puede señalar que los discursos predominantes se sitúan en el cuadrante D (+-), denominado motivación paradójica para la rehabilitación, puesto que a nuestro juicio es fundamental someterse a un proceso de rehabilitación donde prime la motivación intrínseca. Según Delgado (2013), la motivación intrínseca del individuo es la que promueve la reflexión interna para que éste tenga la capacidad de ofrecer argumentos y razones favorables al cambio, sin que estos sean impuestos de forma coercitiva por el/la terapeuta.

4. Consideraciones finales

Los resultados de este estudio, permiten ampliar el conocimiento respecto de las características del consumo de drogas femenino, develándose la pertinencia de incluir la perspectiva de género en los procesos de intervención terapéutica del que participen mujeres con consumo problemático de drogas, a fin de generar intervenciones situadas al contexto y particularidad de las usuarias atendidas.

Respecto del inicio del consumo, este podría ser explicado en virtud del proceso de socialización y el contexto sociocultural significativo presente en la infancia y adolescencia de las mujeres. Algunas investigaciones indican que las mujeres comienzan los contactos con las sustancias psicoactivas atraídas por una costumbre social que se desarrolla tanto en el interior de la estructura familiar, como en las relaciones con el grupo de amigas y amigos (Gómez, 2000; Gómez et al., 2010; Gómez Moya, 2004, 2007). Esta costumbre social sigue patrones de consumo fuertemente masculinizados, del que las mujeres empiezan a formar parte, tanto en su familia como en sus grupos de pares.

Por otro lado, según el modelo de desarrollo social propuesto por Hawkins, Catalano, y Miller (1992), la conducta adictiva es considerada antisocial y la configuración de la misma se debería a la presencia de sistemas que acumulan creencias o valores antisociales en las unidades de socialización inmediata (familia y grupo de pares). En efecto, las familias de origen registran antecedentes de consumo de alcohol, marihuana y pasta base. Las mujeres, entonces, manifestarían un patrón repetitivo de consumo problemático configurando un flujo de ansiedad vertical como patrón intergeneracional (Eiguer, 1987; Harrsch, 1988; Laguna, 2014).

Respecto de la atribución de responsabilidades en el inicio, mantenimiento y periodo de rehabilitación en la Comunidad Terapéutica, identificamos en las historias de vida intensos episodios de violencia intrafamiliar en sus núcleos de origen, como un factor gatillante a la conducta evasiva y heterónoma de consumo de drogas. En efecto, las mujeres han construido un discurso justificador y externalizante respecto de la responsabilidad del inicio y mantención del consumo de drogas, no reconociendo su adicción, pero sí las consecuencias negativas del consumo. Además, se identifica la construcción de un discurso de autocontrol del consumo de drogas.

En lo que concierne a la decisión de iniciar un proceso de rehabilitación se identifican motivaciones extrínsecas en los discursos, aun cuando refieren motivaciones intrínsecas basadas en la superación de una etapa negativa de la vida. En tal sentido, las mujeres reconocen un punto de inflexión en su consumo de drogas, asociado a sentimientos de pérdida afectiva y material, que las habría llevado a “tocar fondo” (Basso, 2011), razón por la cual habrían decidido iniciar un proceso de rehabilitación.

Las mujeres elaboran discursos donde es posible identificar el género como elemento significativo en la construcción de patrones culturales y sociales y la configuración de roles y expectativas

atribuidos a hombres y mujeres, construyendo discursos más críticos y exigentes hacia la mujer, específicamente respecto de rol materno. Los corpus textuales de las mujeres muestran discursos externalizantes respecto de la responsabilidad atribuida al incumplimiento del rol materno, creando narrativas que pretenden justificar sus acciones, prevaleciendo el locus de control externo.

Las historias familiares de vida muestran fuertes trazos de violencia al interior de sus núcleos familiares de origen. Las mujeres del estudio experimentaron una relación conflictiva con sus progenitores, identificados como índices en sus respectivas experiencias vitales, puesto que se configuraron en experiencias que marcaron negativamente sus vidas. Sin embargo, se evidencia una contradicción respecto de sus expectativas acerca del rol materno, pues si bien mantienen una actitud crítica hacia el abandono y/o negligencia de sus progenitoras, han replicado tales patrones en sus propias experiencias vitales.

Respecto de los procesos terapéuticos, se devela la necesidad de desarrollar dispositivos de intervención que busquen promover la motivación intrínseca de las usuarias, requiriendo que el plan de intervención incluya el desarrollo de una moralidad autónoma y responsable, pues es la motivación de carácter intrínseco la que promueve en las sujetas de intervención reflexiones internas que las llevan a buscar razonamientos y motivaciones de cambio reales (Delgado, 2013).

Por otro lado, consideramos pertinente incorporar la opinión de las usuarias en la definición del problema y en la estructuración del plan de trabajo terapéutico, y de este modo, construir una alianza entre éstas y el equipo profesional en pos del proceso de rehabilitación. A su vez, estimamos acertado incorporar a las familias al trabajo terapéutico, pues en la medida en que los/as integrantes de la familia comprendan las características del proceso pueden constituirse en reales redes de apoyo para la usuaria.

Finalmente, creemos que la incorporación de las historias de vida de las usuarias en los procesos de intervención resulta pertinente y beneficiosa, si consideramos que son sus experiencias vitales las que permiten adentrarse en la comprensión del desarrollo de conductas drogodependientes y a partir de ello, elaborar un plan de intervención personalizado en virtud de la experiencia vital de cada mujer. Esto permitiría a las usuarias resignificar el sentido de su propia intervención, facilitando el desarrollo de procesos terapéuticos personalizados y contextualizados a la realidad de éstas.

Referencias bibliográficas:

- Baeza, M. (2002). *De las metodologías cualitativas en investigación científico-social: Diseño y uso de instrumentos en la producción de sentido*. Concepción: Universidad de Concepción, Facultad de Ciencias Sociales, Departamento de Sociología.
- Basso, L. (2011). La vivencia de la dependencia en un consumidor de drogas psicoactivas. *Index de Enfermería*, 20(1-2), 61-65.
- Cano-Vindel, A., Miguel-Tobal, J., González, H., & Iruarrizaga, I. (1994). El afrontamiento de la ansiedad en las drogodependencias. *Anales de Psicología*, 10(2), 145-156.
- Castaño, V. (2009). *Atención a la problemática conjunta de drogodependencia y violencia de género en la población de mujeres*. Madrid, Fundación Atenea.
- CONACE. (2008). *Representaciones sociales sobre el consumo de drogas de la(s) juventud(es) chilena*. Santiago de Chile: Consejo Nacional de Control de Estupefacientes.
- Crossley, M. (2007). Narrative analysis. En *Analysing Qualitative Data in Psychology* (pp. 131-144). SAGE Publications.
- Del Pozo, J. (2005). Retos y perspectivas sobre las drogodependencias y género. *Health and drugs*, 5(2), 117-136.
- Delgado, M. (2013). *¿Tiene sentido una intervención rehabilitadora con internos no motivados al cambio?* Recuperado de <https://repositori.upf.edu/handle/10230/20980>
- Eiguer, A. (1987). El objeto transgeneracional en terapia familiar: El ancestro, su circulación, la estructura acogedora, el efecto patológico. *Revista de psicología y psicoterapia de grupo*, 10(1-2), 91-107.
- Ghiardo, F. (2003). Acercándonos al sentido del uso de drogas y la prevención desde los jóvenes. *Última década*, 11(18), 123-151.
- Gómez, J. (2000). La construcción del alcoholismo como un problema social: Lecciones desde la experiencia del trabajo social. *Revista española de drogodependencias*, (159), 45-64.
- Gómez, J., Arnal, A., Martínez, A., & Muñoz, D. (2010). Mujeres y uso del alcohol en sociedades contemporáneas. *Revista Española de Drogodependencias*, 35(3), 273-284.

- Gómez Moya, J. (2004). Algunas reflexiones sobre el alcoholismo femenino. *Cuadernos de Trabajo Social*, 17, 83-98.
- Gómez Moya, J. (2007). El alcoholismo desde una perspectiva de género: Un discurso que permanece a lo largo de 30 años. *Revista Española de Drogodependencias*, 2, 126-130.
- Gómez Moya, J., Clari, E., Girva, T., & Tortajada, S. (2007). Diferencias de género en los procesos de adicción y rehabilitación de personas cocainómanas. *Revista de Servicios Sociales y Política Social*, (80), 81-95.
- Greimas, A. J. (1987). *Semántica estructural: Investigación metodológica*. Editorial Gredos.
- Guerrero, R., & Jeria, R. (2006). *Comunidades Terapéuticas Femeninas* (pp. 1-169) [Tesis]. Santiago de Chile: Universidad Academia de Humanismo Cristiano.
- Harsch, C. (1988). *Transmisión transgeneracional de un modelo vincular madre-hija. El amor helado entre cinco generaciones*. Círculo Psicoanalítico Mexicano.
- Hawkins, J. D., Catalano, R. F., & Miller, J. Y. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse prevention. *Psychological bulletin*, 112(1), 64.
- Jarpa-Arriagada, C. G., Parra, Y., & Escamilla, D. (2016). Historia de Vida de Mujeres en proceso de rehabilitación de drogas, Chile. *Comuni@cción. Revista de Investigación en Comunicación y Desarrollo*, 7(1), 27-37.
- Kornblit, A. L. (Ed.). (2004). *Metodologías cualitativas en ciencias sociales: Modelos y procedimientos de análisis* (1. ed). Buenos Aires: Editorial Biblos.
- Krause, M., Guerra, P., Cornejo, M., Castillo, J., Soto, A., Calderón, R., ... Mackenzie, M. (1999). *Significados asociados a las drogas y al consumo de drogas en jóvenes*. Santiago de Chile: Instituto Nacional de la Juventud. Recuperado de Instituto Nacional de la Juventud website: http://extranet.injuv.gob.cl/cedoc/Estudios%20del%20INJUV/ESTUDIOS%20PDF/Consumo_de_drogas_juvenil.pdf
- Laguna, M. (2014). Transmisión transgeneracional y situaciones traumáticas. *Temas de Psicoanálisis*, 7, 1-28.
- López, C. (2009). La decisión de entrar a un tratamiento de adicciones: Motivación propia e influencia de terceros. *Terapia psicológica*, 27(1), 119-127.

- Maffia, D. (2011). *El ocultamiento de las mujeres en el consumo de sustancias psicoactivas* (p. 52). Buenos Aires, Argentina: Unidad de seguimiento de políticas públicas en adicciones.
- Marinas, J. M. (2007). *La escucha en la historia oral: Palabra dada*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Martínez, P. (2009). *Investigación sobre la intervención en drogodependencias y malos tratos a mujeres en las redes de atención* (pp. 1-123). Madrid: Unión de Asociaciones y Entidades de Atención al Drogodependiente.
- Martinic, S. (1992). *Análisis Estructural: Presentación de un método para el estudio de lógicas culturales*. Centro de Investigación y Desarrollo de la Educación.
- Martinic, S. (1998). *El objeto de la sistematización y sus relaciones con la evaluación y la investigación*. 12-14. Medellín: Fundación Universitaria Luis Amigó-CEAAL.
- Miles, M. B., & Huberman, A. M. (2003). *Analyse des données qualitatives*. De Boeck Supérieur.
- Muñoz, E. (2011). Constitución de subjetividades en el contexto terapéutico: Los discursos de la adicción en acción. *Revista de psicología*, 20(2), Pág-25.
- Observatorio Chileno de Drogas. (2012). *Décimo estudio nacional de drogas en población general de Chile, 2012*. Santiago de Chile: Servicio para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, SENDA.
- Osuna, M. (2013). Estigma social en madres puertorriqueñas usuarias de heroína: Una exploración de las voces femeninas y su entorno social. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 24, 1-17.
- Pérez, A., & Correa, M. (2011). Identidad femenina y consumo de drogas: Un estudio cualitativo. *Liberabit*, 17(2), 211-222.
- Romo, N. (2006). Género y uso de drogas. La invisibilidad de las mujeres. *Monografía Humanitas*, 5, 65-83.
- Romo, N., Vega Fuentes, A., Meneses, C., Gil, E., Marquez, I., & Poo, M. (2003). *Sobre el malestar y la prescripción: Un estudio sobre los usos de psicofármacos por las mujeres*. Recuperado de <http://roderic.uv.es/handle/10550/22239>
- Ruiz Olabuénaga, J. I. (2012). *Metodología de la investigación cualitativa*. Recuperado de <http://www.digitaliapublishing.com/a/15155/>

- Shiffman, S. (1985). *Coping and substance use* (S. Shiffman & T. Wills, Eds.). Orlando/Fla.: Academic Press.
- Urbano, A., & Arostegi, E. (2004). *La mujer drogodependiente: Especificidad de género y factores asociados*. Bilbao: Universidad de Deusto.
- Vaiz Bonifaz, R., & Spanó Nakano, A. M. (2004). La violencia intrafamiliar, el uso de las drogas en la pareja, desde la perspectiva de la mujer maltratada. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 12(spe), 433-438.
- Villatoro, P. (2002). *Un análisis comparativo de la situación de ingreso de jóvenes a programas de rehabilitación de drogas según el género*. [Informes Unidad de Desarrollo]. Santiago de Chile: Fundación Hogar de Cristo.