



Universidad de la República

Facultad de Psicología

Trabajo final de grado

Monografía

**Mujeres Víctimas de Violencia en la Pareja Íntima y
Consumo Abusivo de Drogas.**

Guillermo López Pintos Centurión

C.I.: 4.478.816-9

Tutora: Prof. Adj. Anabel Beniscelli

Revisor: Prof. Adj. Dr. Pablo López Gómez

Montevideo, junio 2023

Índice

Índice	2
Resumen/abstract	3
Introducción.....	4
Capítulo I: Consumo de drogas	5
1.1 Tipos de consumo	6
1.2 Alcohol	8
1.3 Marihuana	9
1.4 Psicofármacos.....	11
Capítulo II: Violencia de género y construcción de la subjetividad femenina	14
2.1. Violencia en la pareja íntima (VPI).....	17
2.2. Contexto mundial.....	19
2.3. Violencia en la pareja íntima en Uruguay	21
2.4 Incorporar la perspectiva de género en la salud	23
Capítulo III: Uso problemático de drogas en mujeres víctimas de violencia de género en la pareja íntima	24
3.1 Estrategia Nacional de Droga 2021-2025	32
Conclusiones:.....	38
1.1. Tipos de política con base en el género.....	40
Referencias bibliográficas.....	45

Resumen/abstract

El presente trabajo se enfoca en abordar el consumo problemático de drogas en mujeres que, a su vez, son víctimas de violencia en la pareja íntima.

Se trabajan definiciones y nociones sobre drogas y violencia en la pareja íntima, para analizar factores que influyen sobre el consumo en mujeres. En el último capítulo, se trabajan ambas problemáticas desde la transversalidad y se analiza la situación actual en Uruguay. Se concluye que existe conocimiento de la importancia de incorporar la perspectiva de género a las políticas de drogas, aunque no se encuentra evidencia de que se ejecute un plan de acción para lograrlo. Del mismo modo, actualmente, no se encuentran disponibles los dispositivos y herramientas específicas para el abordaje de esta doble problemática.

Palabras clave: mujeres, violencia en la pareja íntima, consumo de drogas

This work focuses on addressing problematic drug use in women who are also victims of intimate partner violence.

Definitions and notions about drugs and intimate partner violence are addressed to analyze factors that influence drug use in women. In the last chapter, both issues are analyzed from a transversal perspective, and the current situation in Uruguay is examined. It is concluded that there is knowledge of the importance of incorporating a gender perspective into drug policies, although there is no evidence of an action plan to achieve this. Likewise, there are currently no specific devices and tools available to address this dual problem.

Keywords: women, intimate partner violence, drug use

Introducción

La problemática de las mujeres víctimas de violencia en la pareja íntima y consumidoras de drogas es un tema de relevancia en la actualidad. Estas situaciones se encuentran en constante aumento y representan un grave problema social que afecta a mujeres de todas las edades, clases sociales y culturas de todo el mundo.

A pesar de los esfuerzos realizados para prevenir y erradicar la violencia de género y el consumo de drogas, sigue siendo una realidad problemática para ellas. Resulta fundamental abordar esta problemática, de manera más amplia, tomando el enfoque de género como eje, ya que posibilita contemplar la multiplicidad de dimensiones que existen.

El presente trabajo de grado busca analizar la relación entre el consumo de drogas y la violencia de género en la pareja íntima, en particular, en el caso de las mujeres. Para ello, se llevará a cabo una revisión de la literatura, con el fin de ofrecer una actualización sobre el tema en cuestión. A su vez, se recolectan cifras de ambas problemáticas en Uruguay, con la finalidad de analizar las formas en que estas se relacionan entre sí y cómo afectan su vida. En el caso de Uruguay y, en este trabajo, se abordan el consumo de alcohol, marihuana y psicofármacos.

En el desarrollo del trabajo, se abordarán también las políticas públicas, tanto de Uruguay como de otras partes del mundo, con el fin de indagar cómo se atiende a las mujeres en la intersección de violencia en la pareja íntima y el consumo de drogas. Es decir, observando si existen abordajes específicos para esta doble problemática y si hay protocolos para trabajarla de manera particular. Se espera que los resultados obtenidos aporten información relevante para el diseño de políticas y estrategias que permitan prevenir y atender estos asuntos, de manera más efectiva y adecuada.

Capítulo I: Consumo de drogas

Según Deza (2013), la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 1994) define *droga* como “toda aquella sustancia de origen natural o artificial, que al ser introducida al organismo vivo puede modificar una o más de las funciones de este y es capaz de generar dependencia” (párr. 5).

Existen muchas clasificaciones de droga. La más reconocida mundialmente es la que aporta la Organización Mundial de la Salud, que las clasifica según el efecto causado en el sistema nervioso y se organiza por tres grupos: depresoras, estimulantes y perturbadoras (Junta Nacional de Drogas y Presidencia de la República Oriental del Uruguay, 2019a).

- Depresoras: enlentecen el funcionamiento habitual de la persona y la hacen sentir bienestar o relajación. Algunos ejemplos son: las bebidas alcohólicas, la morfina, la heroína, los tranquilizantes y los inhalantes.
- Estimulantes: aceleran el sistema nervioso y pueden generar euforia, hiperactividad, excitación motora, agitación, entre otras características. Drogas pertenecientes a este grupo son: la cocaína, la nicotina, la cafeína, las bebidas estimulantes y las anfetaminas.
- Perturbadoras: generan distorsiones perceptivas, alucinaciones o ilusiones. Algunas de ellas son: el cannabis, el éxtasis, los hongos y la ayahuasca.

Existen otras clasificaciones que son importantes, ya que permiten reagrupar las drogas según otras variables. Anna Badia (2019) considera la legislación de cada país y ubica las drogas dentro de las categorías legales o ilegales. Hay que hacer una distinción en este punto con lo que refiere a legalidad, ya que este término refiere a una venta regulada pero no significa que sean de venta libre. También destaca que la legalidad no está asociada a la peligrosidad de la droga. Siguiendo con la misma autora, presenta otra clasificación: drogas blandas y

duras. Esta distinción no la considera adecuada, ya que, el hecho de creer que ciertas drogas son blandas les quitaría o disminuiría su peligrosidad. Por drogas blandas, se entiende aquellas que son aceptadas por la sociedad y se las percibe como de menor riesgo. Dentro de estas, encontramos: el tabaco, el alcohol, la marihuana y la cafeína. Las drogas duras son aquellas que la sociedad considera más peligrosas y que su consumo puede ser más riesgoso a corto plazo. Dentro de estas, podemos encontrar los psicofármacos, la heroína, la morfina, la cocaína y el LSD.

Betancourt (2018) presenta la clasificación según su origen. Subclasifica las drogas en naturales, que son las que pueden ser consumidas como se encuentran en la naturaleza o que cuentan con un proceso de transformación simple. Estas son: la marihuana, el tabaco y el café. También están las semisintéticas, que son productos farmacéuticos, pero que surgen de productos naturales que pasan por un proceso de transformación química, para potenciar sus efectos. Estas son la cocaína, la morfina y la derivada del opio. Por último, están las sintéticas, también conocidas como drogas de diseño, que se obtienen de forma totalmente artificial en laboratorios, a través de distintos procesos químicos. Por ejemplo, la mayoría de los psicofármacos.

1.1 Tipos de consumo

La Junta Nacional de Drogas en el año 2019 publica una guía en la cual desarrolla definiciones que son centrales para comprender la problemática del consumo de drogas, donde utiliza una clasificación que permite diferenciar el uso que se les da.

- Uso recreativo: tiene como objetivo la diversión. En este caso, puede no haber abuso ni dependencia.
- Consumo experimental: se prueba una droga para interactuar con sus efectos.

Si bien puede no existir peligro en estas dos formas de uso, no se debe quitar atención, ya que todos los consumos empiezan así y pueden evolucionar a un consumo problemático.

- Uso ocasional: la persona repite, a veces, pero no con regularidad. Esta forma de consumo se da mucho, por ejemplo, en reuniones sociales o eventos.
- Uso nocivo: se vuelve un hábito. Existe cierta frecuencia y repetición. Según la OMS, el consumo en esta modalidad puede generar daños ya sea mental, físico o ambos (Junta Nacional de Drogas, 2019a).

Se entiende por uso problemático el vínculo que la persona tiene con una droga, en el cual su consumo produce consecuencias negativas, ya sea directamente en ella misma o en su entorno. Algunas de estas, pueden ser: complicaciones físicas o psíquicas, problemas interpersonales o sociales que pueden ser recurrentes o frecuentes, incapacidad para cumplir con obligaciones y rutinas, problemas con la ley debido al consumo y la utilización de sustancias en situaciones en las que su uso puede comportar un riesgo. Se habla de dependencia cuando el vínculo que se genera entre la droga y la persona adquiere un nivel de uso problemático y altera distintas áreas personales. Existen distintos tipos de dependencia: según el consumo, la frecuencia, la cantidad y otros factores. También puede ser del tipo física o psíquica y ambas tienen consecuencias negativas en el consumidor.

Ramírez, Keuroglian y Suárez (2019b), de El Observatorio Uruguayo de Drogas – Junta Nacional de Drogas, publican la VII Encuesta Nacional de Hogares sobre Consumo de Drogas (2019b). Esta refleja la prevalencia de consumo en el último año, respecto a la población en general: alcohol, 71,1 %; tabaco, 33 %; tranquilizantes, 12,1 %; marihuana, 9,3 %; antidepresivos, 5 %; cocaína, estimulantes del tipo anfetamínico, pasta base e inhalantes, valores menores al 2 %.

1.2 Alcohol

Se presenta en forma de productos líquidos. Los más utilizados son las bebidas alcohólicas, que contienen una cantidad variable de etanol (vino, cerveza, licores y whisky). También se utiliza el alcohol rectificado, que contiene un 95% de etanol y puede mezclarse con jugos... (Junta Nacional de Drogas, 2019a, pág. 27)

Con respecto a sus efectos en el organismo, a mayor cantidad de g/l, las consecuencias son de mayor complejidad. Los síntomas con un bajo nivel de consumo pueden ser euforia, disminución de reflejos y desinhibición. A mayor consumo, se presentan dificultades para hablar y descoordinación, pérdida del control de las facultades superiores y visión borrosa. Un consumo mayor a 3 g/l genera apatía en la persona y somnolencia; mayor a 4 g/l, coma; y 5 g/l, muerte por parálisis de los centros respiratorios y vasomotor. Existen otros factores que influyen, como son: el peso, el sexo, la rapidez y la cantidad de ingesta. Además, depende de si mezcló bebidas o de si ingirió una sola, del tipo de bebidas, así como de la cantidad y frecuencia de consumo (Junta Nacional de Drogas y Ministerio de Salud Pública, 2022).

Según las cifras de consumo de alcohol en Uruguay, siete de cada diez personas de entre 15 y 65 años consumieron alguna bebida alcohólica el 2018. La prevalencia de los últimos 12 meses de este año es de 77,1 % en la población general, de la cual 82,5 % refiere a hombres y el 72 %, a mujeres (Ramírez, Keuroglan y Suárez, 2019b). Cabe destacar que no existen datos más actualizados. Por lo tanto, no hemos podido acceder a información sobre cómo incidió la pandemia y la restricción de movilidad social en el consumo de bebidas alcohólicas en varones y mujeres residentes en Uruguay.

Asociado a las problemáticas de los consumos, se utiliza la noción de percepción de riesgo. Nos referimos a esta como una medición subjetiva, una forma de percibir el riesgo que existe asociado al consumo de drogas. Está formada de representaciones sociales del entorno

de la persona, que junto a otros factores influyentes —como son la información, el entorno vincular y los espacios que habita— hacen que el sujeto en cuestión forje una idea respecto a las sustancias, ya sea una percepción de mayor o menor riesgo. Mendez-Ruiz et al. (2015) complementan esta noción y agregan:

La percepción de riesgo es considerada como el conocimiento de daños, consecuencias del consumo de drogas y la severidad atribuida a estas. Dicha percepción se plantea como una barrera subjetiva para el consumo de sustancias y, por lo tanto, a más alta la percepción de riesgo, probablemente exista menor consumo de drogas. (pág. 163)

En el caso de consumidores de alcohol, el 79,3 % de quienes no presentan un consumo problemático considera de gran riesgo su consumo, mientras que, de las personas con consumo preocupante, el 68,3 % es consciente del dilema que implica la ingesta de alcohol. Por lo tanto, a menor percepción de riesgo, mayor probabilidad de uso problemático (Ramírez, Keuroglan y Suárez, 2019b).

1.3 Marihuana

Surge de la planta cannabis sativa. Se utilizan las flores y hojas para la elaboración de sustancias psicoactivas como son la marihuana y el hachís. El componente psicoactivo se lo da el THC. Los efectos se pueden clasificar en psicológicos y fisiológicos. Estos pueden durar entre dos y tres horas. De los psicológicos, se puede mencionar: dificultad para expresar con claridad y capacidad de concentración, dificultad en los procesos de aprendizaje y memoria inmediata. A mediano largo plazo, se puede observar: relajación, hilaridad, percepción temporal alterada, somnolencia, alteraciones sensoriales y desinhibición. De los efectos fisiológicos, aparecen: aumento de apetito, descoordinación de movimientos, alteración de la autopercepción, sequedad en la boca, sudoración, taquicardia y ojos enrojecidos. Como

consecuencias que surgen a nivel psicológico por consumo prolongado en el tiempo, se destacan las crisis de angustia o ataques de pánico (Junta Nacional de Drogas y Ministerio de Salud Pública, 2022).

El consumo de marihuana en Uruguay registra un aumento constante a través de los años. Puede ser un factor influyente la legalización del consumo y la regularización de la venta en farmacias. En la encuesta 2018, la prevalencia en el año es de 14,6 % y el de los últimos 30 días, de 8,9 %. El mayor aumento en el consumo se registra en personas de entre 18 y 25 años, con 47,2 %, mientras que, en personas de entre 26 y 35 años, es de 51,6 %.

Con respecto al uso de la marihuana, en 2018, según el sexo, el incremento fue del 34,9 %, en hombres, y de 25,6 %, en mujeres. Según el tipo de consumidor, en ese año: esporádicos, 24,7 %; ocasionales, 29,1%; y habituales, 46,2 %.

En 2018, se registró que de quienes consumen marihuana, el 15,8 % tiene un problema con su uso, mientras que el 35,5 % son consumidores habituales. Esta ingesta preocupante se visualiza mayormente en varones, nuevamente, con 73,8 % sobre la población general (Junta Nacional de Drogas, 2019b).

La Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas (2018) presenta datos sobre la percepción de riesgo y nos permite comparar las cifras del 2006 y 2018. En el año 2006, la percepción de riesgo en consumidores frecuente era de 77 % y, de consumo ocasional, 52,2 %. Existe una tendencia decreciente por parte de ambas variables, ya que, en el año 2018, la percepción de riesgo en consumidores frecuente baja a 64,1 % y, en quienes su consumo es ocasional, el porcentaje se reduce a 28,8 %. Estas cifras permiten suponer que existe un cambio en la mirada de la sociedad con respecto a la percepción de riesgo. Esto podría deberse a su legalización, la cual trajo avances sobre investigación y políticas públicas, que contribuyeron a la difusión de información para un consumo responsable.

1.4 Psicofármacos

Productos de origen farmacéutico que tienen como objetivo el tratamiento de problemas psíquicos o neurológicos y que actúan en el sistema nervioso central. Pueden ser ansiolíticos, antidepresivos, antipsicóticos y antiepilépticos. Los efectos buscados son sedación, relajación, euforia o sensación de embriaguez (Junta Nacional de Drogas y Ministerio de Salud Pública, 2022).

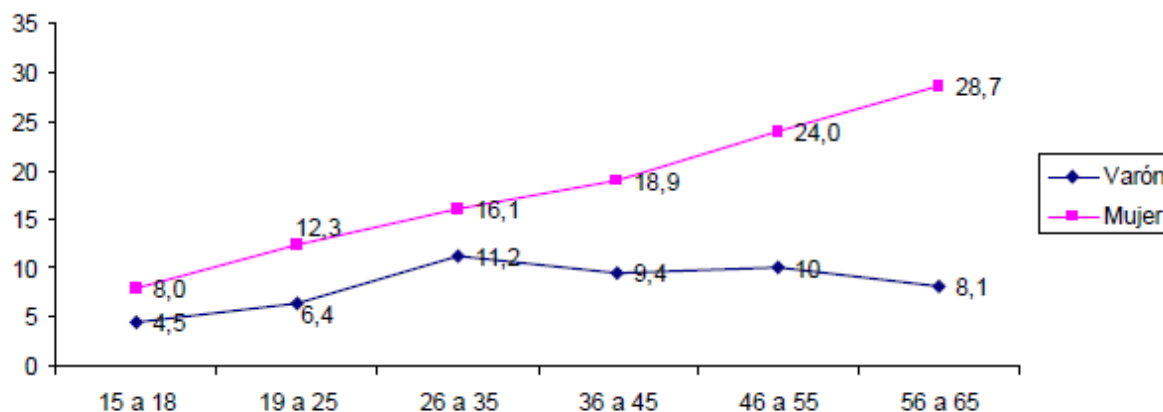
Sobre riesgos y contraindicaciones, la administración sin supervisión médica o, en caso de tenerla, no respetarla, es una de las más frecuentes y el organismo puede generar dependencia y tolerancia. Los efectos pueden ser: sedación aguda, somnolencia, visión doble, así como dificultades intelectuales para articular y hablar. En los casos de sobredosis, la persona puede entrar en coma. Cuando la persona está bajo tratamiento y este es interrumpido de forma brusca, pueden aparecer síntomas como insomnio, dolor de cabeza fuerte, anorexia, vómitos y espasmos musculares. También puede presentar cambios de humor, debido a la abstinencia. En casos de gravedad, la persona puede presentar convulsiones, lo que lo llevaría a un estado de shock (Junta Nacional de Drogas y Ministerio de Salud Pública, 2022).

En la encuesta del 2018, la prevalencia en el aumento del consumo de antidepresivos en los últimos 12 meses es de 6,8%; la ingesta en hombres es de 4,1%, mientras que, en mujeres, es de 9,3%. Este dato es importante para pensar por qué las mujeres son mayores consumidoras de antidepresivos que los hombres. En referencia a la edad y el sexo, la gráfica muestra un crecimiento constante en la mujer como consumidora:

Figura 1

Consumo de antidepresivos (con y sin prescripción médica) alguna vez en la vida, según sexo y edad. Población general. Uruguay 2018

**Consumo de antidepresivos (con y sin prescripción médica)
alguna vez en la vida según sexo y edad. Población general. Uruguay 2018.**



Fuente: VII Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas (2019)

Nota: Extraído de la VII Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas (2019).

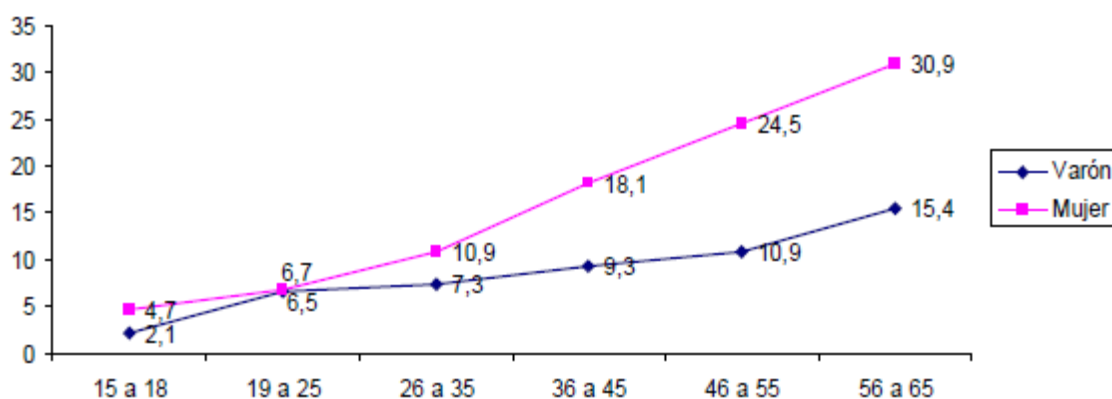
La prevalencia de tranquilizantes en el 2018 en Uruguay es de 13 %. De las personas comprendidas dentro de este porcentaje, el 79 % accede a la medicación bajo receta, mientras que el 21 % consume por su propia cuenta o en algún momento tuvo la indicación médica, si bien ahora se lo autoadministra sin supervisión profesional. El uso indebido de los tranquilizantes asciende a 2,7 %. Representa 48.000 personas y la prevalencia en los últimos 30 días del 2018 asciende al 9,7 % del total de la población, tanto para consumidores con y sin prescripción médica (Ramírez, Keuroglan, y Suárez, 2019b).

Al igual que en los antidepresivos, en los tranquilizantes también se da un consumo mayor en las mujeres que en los varones. Si tomamos en cuenta la prevalencia de los últimos 12 meses, el doble de mujeres consume tranquilizantes que los varones. Estos datos se unen al consumo de antidepresivos, al momento de analizar por qué las mujeres son mayores consumidoras de psicofármacos que los varones (Junta Nacional de Drogas, 2019).

Figura 2

Consumo de tranquilizantes (con y sin prescripción médica) en los últimos 12 meses, según sexo y edad

Consumo de tranquilizantes (con y sin prescripción médica) últimos 12 meses según sexo y edad. Población general. Uruguay 2018.



Fuente: VII Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas (2019)

Nota: Extraído de la VII Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas (2019).

Con respecto al consumo de los últimos 12 meses en 2018 sin prescripción médica, el porcentaje de varones que acceden es de 26,1 %. En el caso de la mujer, es de 16,2 % (Junta Nacional de Drogas, 2019b).

En síntesis, se puede destacar que la mujer es mayor consumidora de psicofármacos, ya sea de antidepresivos o de tranquilizantes, y que este número va en aumento, según pasan los años de vida. Por otro lado, el hombre es mayor consumidor de psicofármacos sin supervisión médica.

Con respecto a la percepción de riesgo de los usuarios consumidores de psicofármacos, no se encontró información para desarrollar este punto. La Encuesta Nacional de Hogares sobre Consumo de Drogas se viene realizando desde el año 2003. Actualmente, hay siete encuestas realizadas. Sus años de ejecución fueron 2005, 2007, 2009, 2011, 2014, 2016 y 2018 (Ministerio de Salud Pública, 2022).

Capítulo II: Violencia de género y construcción de la subjetividad femenina

En la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer (1991) define la violencia hacia la mujer como:

Todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada. (párr. 15)

El Plan Nacional por una Vida Libre de Violencia de Género hacia las Mujeres 2022-2024 Uruguay (Cámara de Comercio y Servicios del Uruguay, Ministerio de Desarrollo Social e Instituto Nacional de las Mujeres, 2022) define la violencia de género desde la ley n.º 19.580:

Toda conducta, acción u omisión, en el ámbito público o el privado que, sustentada en una relación desigual de poder con base en el género, tenga como objeto o resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio de los derechos humanos o las libertades fundamentales de las mujeres. (pág. 21)

A su vez, Ramos (2000) agrega que la desigualdad existente entre los géneros está directamente involucrada a factores culturales, sociales e históricos acerca de lo que entendemos por feminidad y masculinidad.

Asimismo, Deza (2013) destaca que estos factores son los que moldean y dan forma a las construcciones que hay de lo que es el género, a través del proceso de socialización. Esto se ve reflejado en responsabilidades, limitaciones, actividades y expectativas que se les asignan a hombres y mujeres. Debido a que es una construcción social, estos conceptos abordados se ven sujetos a modificaciones.

La subjetividad es una construcción social que se impone en todas las sociedades, con objetivos específicos para cada uno de los miembros de las distintas comunidades. No es homogénea, sino que está en constantes cambios, según factores que intervienen como son los políticos, los culturales y los económicos. Todo lo mencionado permite reflexionar sobre las desigualdades en los géneros y las expectativas que la sociedad pone en cada sujeto.

Para desarrollar la noción de subjetividad femenina, están las tesis elaboradas por Burin, Moncarz y Velázquez, en *El malestar de las mujeres: La tranquilidad recetada* (1991), en las que realiza un recorrido histórico de la noción de la subjetividad femenina.

Burin, Moncarz y Velázquez (1991) señalan que, en épocas tempranas de la sociedad, el sujeto buscaba imitar en imagen y semejanza a Dios (masculino, con autoridad omnipotente; dueño de lo que consideraba sus bienes, que eran su mujer, sus hijos, sus siervos y sus animales). “La mujer quedaba asignada a la noción de objeto que debía ser dominado, incapaz de trascender el orden divino” (p. 24). Con el pasar de los siglos, la religión le adjudica un alma a la mujer. Esta, desde un lugar moralista, servía para ubicarla en dos extremos opuestos: el de virgen, un lugar glorificado, o su opuesto, mujer pecadora-demoníaca. Burin, Moncarz y Velázquez proponen que esta clasificación era utilizada como instrumento de control, ya que la mujer de esa época era considerada por su labor reproductora (objeto). La autora señala que esta concepción de sujeto fue una imposición por el hombre.

Su definición como sujeto estaba dada por el hecho de que fuesen confirmadas por hombres asociados al poder divino, más que la concepción que las mujeres tuvieran de sí mismas (...) Son los hombres quienes emiten juicios de existencia acerca de la condición de las mujeres como sujetos psíquicos. (p. 25)

En la Edad Media, con el triunfo del cristianismo y esta, en el poder, repercute en que se castigaba a toda mujer que no se dedicara al aprendizaje y transmisión de la religión. Se las

acusaba de ser criaturas que debían ser castigadas. La iglesia difundía un mensaje de familia, basada en la propiedad productiva:

Una familia que suministraba, desde su interioridad, el juicio de existencia de cada uno de los miembros que la componían, asignándoles cualidad de sujetos en tanto miembros pertenecientes a ella. Las mujeres que escapaban de tales circuitos familiares, por haber quedado solas o por rebelarse al orden familiar-patriarcal imperante, eran aisladas como enfermas mentales, alienadas, no sujetas al orden social. (p. 28)

En este contexto, en el que la mujer era sujeto nuclear de todos los miembros de la familia, surge la noción de “moral materna”. Esta refiere a características de contención, receptividad y nutrición, no solo de los hijos, sino también del esposo, quien cumplía un rol de “jefe de hogar”. Esta noción nos adentra en las características que se imprimieron en el psiquismo de la mujer. Surge el “ideal maternal” como el ideal de subjetividad femenina. Esto era garante de salud mental en esa época. Quienes cumplían ese rol y se mantenían dentro de esos parámetros eran mujeres de “bien”.

Con estos primeros aportes de la autora, se puede observar cómo surgen las desigualdades sociales de esa época, que fueron invisibilizadas por mucho tiempo debido a un modelo patriarcal que imponía este sistema familiar, ya que era “funcional” a las necesidades. El hombre como jefe de familia garante de una vivienda y la mujer inmersa en su “ideal materno” y ama de casa.

Frente a este contexto, la pregunta que surge podría ser: ¿por qué la mujer no se rebela? Burin, Moncarz y Velázquez destacan algunas respuestas. En primer lugar, porque el sistema patriarcal es mucho más grande que la voluntad individual. Este sistema a su vez está abalado por decisiones políticas, sociales, culturales y económicas, por lo que se puede pensar dificultoso salir del rebaño. Además, el pensamiento instaurado desde la crianza fue decir que

la sociedad funcionaba así. Era una configuración prematura de lo que sería la vida de adultez cuando sea esposa y no mujer. En esta desigualdad, las mujeres tendían a reprimir sus conductas agresivas y a volcarlo a sí mismas, atribuyéndose la culpa de lo que pasaba.

Muchas veces por miedo, otras, por evitar un conflicto.

Para la época, ser mujer significaba contar con representaciones histórico-culturales y espacios sociales determinados que ofrecen escasas posibilidades para desarrollarse como un sujeto activo de la sociedad (...) Las mujeres quedaron aprisionadas contenidas en la esfera privada, sostenidas por el opacado rol doméstico y el rol maternal... (p. 173)

Cuando hablamos de rol de género, hacemos referencia a las expectativas sociales que incluyen las conductas que la sociedad espera de las personas según su sexo. Burin, Moncarz y Velázquez desarrollan esta idea de ser mujer para la época. Esto es: ser madre, esposa y ama de casa, pero nunca ser vista como mujer solamente; la que no se adaptaba a esta forma de vida era excluida y mal vista por la sociedad.

2.1. Violencia en la pareja íntima (VPI)

Salcedo y Toro (2020) toman una encuesta realizada por La Organización Mundial de la Salud en el año 2012, en 12 países de América Latina. Entre el 61 % y el 93 % de las mujeres sufrió algún tipo de violencia por parte de su pareja íntima. Es por esto que es considerado un problema de salud pública, debido a su prevalencia a nivel mundial. A su vez, Moral y López (2012) definen la violencia en la pareja íntima como:

El ejercicio de poder en el marco de la relación sentimental bien sea en las relaciones de noviazgo, matrimonio o cohabitación, mediante la cual a través de acciones u omisiones se daña o controla la voluntad del otro, siendo importante reconocer que el

concepto de pareja ha sido dinámico durante los últimos años. Esto debido a que no solo se reconoce como la unión de dos personas heterosexuales, sino que, además, es considerado una relación conyugal a las uniones sentimentales de dos personas del mismo sexo. (Como se citó en Salcedo y Toro, 2020, p. 2)

Rodríguez-Carballeira et al. (2005) presentan una clasificación, en la cual consideran seis categorías: aislamiento, control y manipulación de la información, control de la vida personal, imposición del pensamiento propio, abuso emocional e imposición de un rol servil.

Cuando señalamos violencia en la pareja, se hace tanto por la violencia física como la psicológica, ya que muchas veces ambas están presentes.

Retomando a Salcedo y Toro (2020), aportan:

El victimario establece la superioridad y el control sobre su pareja, causando daños en lo físico, pero, sobre todo, en aspectos psicológicos tales como la autoestima y el autoconcepto de la víctima. Esta constituye la razón principal por la cual este tipo de violencia se da de manera repetitiva, haciendo que la víctima permanezca inmersa en el ciclo de la violencia, sin que encuentre o reconozca las herramientas disponibles para dar fin a la relación sentimental establecida con quien es su agresor. (pág. 3)

Cuando hablamos de violencia psicológica lo hacemos como un concepto diferenciado y con entidad propia. Esto es algo reciente, ya que tiempo atrás no se prestaba mayor importancia a dicha problemática, debido a que siempre primó la investigación en lo que refiere la violencia física. Tomar relevancia cuando profesionales e investigadores comienzan a prestarle atención acerca de su prevalencia y consecuencias (Henning y Klesges, 2003).

Frente a este tipo de violencia, las consecuencias se pueden ver reflejadas de distintas formas: a través del consumo de antidepresivos o de alcohol y sobredosis con sustancias de mayor toxicidad para el organismo, que pueden dejar secuelas permanentes. Por todo lo mencionado, es importante detectar cuanto antes los primeros indicios de violencia, ya sean en

la forma en que se manifiesten, para detenerlos a tiempo y que las consecuencias sean lo menos perjudicial para los involucrados.

Rey-Anaconda (2013) destaca otras formas de violencia, aparte de la física y psicológica. Estas son: violencia sexual —que repercute directamente sobre aspectos psicológicos y, que, en ocasiones, también genera daño físico— y violencia económica, en la que la víctima es dependiente del agresor. Esto la obliga a mantenerse en el lugar en que se encuentra, sin posibilidad de escapar del entorno violento, debido a la falta de recursos financieros.

2.2. Contexto mundial

Según la Organización Mundial de la Salud (2021), un tercio de las mujeres del planeta tuvo alguna relación de pareja en la cual sufrió algún tipo de violencia. Hoy en día existe una mayor cantidad de investigaciones en el mundo que permiten confirmar la brecha de género.

Lara Caba et al. (2019), en *Depresión y ansiedad en mujeres víctimas de violencia en la relación de pareja*, presenta una investigación, realizada en República Dominicana y consiste en una muestra de 170 mujeres víctimas de violencia en la pareja íntima y 170, que no viven situaciones de violencia. Se investigó si las mujeres víctimas tienen mayor riesgo de presentar síntomas de depresión y ansiedad. La muestra está compuesta por mujeres mayores de 18 años, quienes se presentaron de forma voluntaria. Los resultados declaran que el grupo de mujeres víctimas de violencia presentó en todos los casos: violencia psicológica, 100 %; violencia física, 66,5 %; violencia sexual, 53,5 %; violencia económica y patrimonial, 69,4 % y violencia religiosa, 44,7 %.

Otro factor influyente fue el confinamiento en la pandemia por el virus COVID-19. Londoño Bernal (2020) afirma que el aislamiento es un entorno idóneo para que se potencien los espacios de violencia íntima en la pareja. Eso es debido a que la víctima se encuentra

excluida de su entorno social y la obliga a mantenerse aislada junto a su agresor. De esta forma, este tiene mayor control hacia la víctima, lo cual disminuye la posibilidad de que pueda obtener ayuda de los servicios especializados en protección de víctimas de violencia.

Núñez Cetina y Departamento de Política y Cultura de Uam Xochimilco (2021) publican una investigación, la cual recabó información sobre violencia contra las mujeres y llamados de emergencia al 911 en el confinamiento de la pandemia. Estos datos toman en cuenta el período de enero a octubre del 2020. De dicha información, surge: se recibieron 221.323 llamadas sobre incidentes de violencia contra las mujeres a nivel nacional (estos incluyen escenarios de golpes, amenazas, acoso, violencia sexual o privación de libertad); 4325 llamados fueron por violencia sexual; 7122, por hostigamiento o acoso; y 3071, por violación. Por violencia física, emocional y comportamientos controladores por el compañero íntimo, fueron 200.967 los llamados.

Un informe emitido en noviembre por ONU Mujeres señala que, desde que comenzó la pandemia, se disparó la tendencia de la violencia contra las mujeres en el mundo; en Nigeria y en Sudáfrica, se dispararon las violaciones; en Perú, aumentaron las desapariciones de mujeres; y en Brasil y en México, los feminicidios. (Núñez Cetina y Departamento de Política y Cultura de Uam Xochimilco, 2021, pág. 110)

Herrera (2021) aporta que, sobre un estudio reciente en México, se constató algunas variables que fueron reiteradas en los hogares y que dieron lugar a situaciones de violencia íntima en la pareja. Uno fue la pérdida del empleo por las mujeres. Esto llevó a conflictos con la pareja por la dificultad de proveer al hogar. En muchos casos, ocurrió que la mujer tomó el rol tradicional de género, es decir, el cuidado, la limpieza y las tareas del hogar. Con esto se logró una “solución” momentánea a los conflictos en la pareja. Otras situaciones se presentaban con mayor complejidad, debido al consumo de alcohol o de drogas por el aislamiento y a las dificultades por falta de trabajo. El aislamiento favoreció al agresor, logrando mayor control en

su pareja, debido a que esta no podía acudir a sus redes de apoyo y contención. La falta de atención y de acceso a la justicia generó mayores casos de violencia y femicidios. Muchas mujeres tenían ordenes de restricción, que no les fueron renovadas o se dejaron de emitir. La autora pone el ejemplo de que, de 32 Estados, solo en 17 se establecieron guardias para emisión de protección en el Poder Judicial. Con respecto a centros de apoyo, para proporcionar servicios de emergencia a las víctimas, se halló falta de recursos y limitada capacidad de organización por parte de estos espacios.

2.3. Violencia en la pareja íntima en Uruguay

La Primera Encuesta Nacional de Prevalencia sobre Violencia Basada en Género y Generaciones (PENPVBBG) se enmarca dentro del proyecto Uruguay Unido para Poner Fin a la Violencia hacia Mujeres, Niñas y Adolescentes. Este fue presentado por el país, ante el Fondo Fiduciario de las Naciones Unidas, para eliminar la violencia contra la mujer. El proyecto es ejecutado durante el período 2012 a 2014. Las agencias participantes son ONU Mujeres, UNFPA, PNUD, OIM y UNESCO (Ministerio de Desarrollo Social, 2013).

Con esto se busca cumplir con ciertos objetivos: generar información actualizada sobre la incidencia y la gravedad de los comportamientos violentos en la pareja; cuantificar distintos tipos de violencia, ya sean psicológica, física, patrimonial o sexual, así como también la frecuencia; generar información específica sobre la magnitud, características y frecuencia sobre experiencias de violencia, ya sea en niñas o adultas mayores; y generar información sociodemográfica de agresores y de víctimas, que permita hacer un estudio más detallado de la problemática (Ministerio de Desarrollo Social, 2013).

En el año 2019 se realizó la segunda Encuesta Nacional de Prevalencia sobre Violencia Basada en Género y Generaciones en Uruguay (CNC, 2022):

Casi 8 de cada 10 mujeres de 15 años y más han manifestado haber vivido en su vida alguna forma de VBG en alguno de los ámbitos domésticos y de interacción social, tales como espacios públicos, educativos y laborales. Ello representa en términos absolutos más de 1.100.000 mujeres. (pág. 97)

Algunos datos que brinda la encuesta: 47% sufrió algún tipo de violencia (una de cada tres mujeres). De este porcentaje, el 37,1% declaró haber sufrido alguna situación de violencia en la infancia (540.000 mujeres).

Durante el período de enero-diciembre de 2021, desde el Ministerio de Salud, se reportaron:

- 1606 casos de violencia doméstica; 1274 hacia mujeres y 332, a hombres.
- Por violencia sexual: 104 llamados por mujeres y 17 casos de hombres.

El Ministerio del Interior reporta que, en el período de enero-octubre 2021:

- 31.661 denuncias fueron por violencia doméstica y delitos asociados. Equivale a 104 denuncias por día. De esta cifra, se desglosan los siguientes datos:
 - En el 60,7 % de las denuncias existe un vínculo de pareja, expareja o vínculo sexo-afectivo (violencia íntima en la pareja).
 - El 75,8 % de las víctimas son mujeres; el 77,9 % de los indagados son hombres.
 - Sobre delitos sexuales, en los primeros 10 meses del 2021: 2017 denuncias. Este número se ve incrementado 7,7 % con respecto a los delitos sexuales del año anterior; 81 % de las víctimas son mujeres y 19 %, hombres.

2.4 Incorporar la perspectiva de género en la salud

El proceso de salud-enfermedad se ha visto en constantes transformaciones a través del tiempo, si lo entendemos desde un lugar dinámico y no estático. El libro *Psicología de la salud: Avances y desafíos* (2017), brinda un análisis que permite cuestionar el proceso de salud-enfermedad y proporciona una perspectiva desde el enfoque de género. Beniscelli, Nesta y Tuyare (2017) aportan que “el enfoque de género en salud se interesa por el papel de las relaciones de género como determinante de vulnerabilidad a la salud-enfermedad o de desventaja en los sistemas de salud” (pág. 130). Es importante señalar que, desde el enfoque de la psicología de la salud, la concepción de esta es considerada según los distintos factores sociales y comportamentales. Asimismo, se presta atención a aspectos de la subjetividad de las personas, para comprender las distintas problemáticas, a través de la singularidad de estas. Morales Calatayud (1997) define la psicología de la salud, según algunos elementos fundamentales en esta definición, como lo son la intervencionalidad entre dimensiones sociales, culturales, económicas y circunstancias interpersonales, que inciden en las subjetividades y visibilizan o transforman los malestares en la sociedad.

Retomando a Beniscelli, Nesta y Tuyare (2017), para plantear el enfoque de género en salud, se debe lograr un análisis que considere factores influyentes como son: “La estratificación social/género; valores, normas, prácticas y comportamientos discriminatorios; costos en los procesos salud-enfermedad; sesgos en el sistema sanitario y en las investigaciones en el campo de la salud y consecuencias sociales y económicas” (pág. 132).

El Plan Nacional por una Vida Libre de Violencia de Género hacia las mujeres 2022-2024 (Cámara de Comercio y Servicios del Uruguay, Ministerio de Desarrollo Social e Instituto Nacional de las Mujeres 2022) desarrolla un plan de acción a corto-mediano plazo. Se destacan los avances alcanzados hasta ahora y los pasos a seguir. Algunos de los resultados

obtenidos hasta el momento: mayor accesibilidad a la atención integral en situaciones de VBG, mejor infraestructura en los servicios de atención, fortalecimiento de la coordinación y articulación de los servicios integrales, ampliación de atención a varones agresores, ampliación de espacios de asesoramiento en VBG, mayor visibilidad y campañas publicitarias contra la VBG, instalación de juzgados específicos en VBG, mejora de infraestructura de comisarias y fiscalías especializadas en VBG, y avances en criterios unificados para la medición de la violencia. El Instituto Nacional de las Mujeres (Inmujeres) cuenta con los siguientes servicios: línea 0800 gratuita, 33 servicios de atención psicosocial a situaciones de violencia y asesoramiento o derivación en casos que sea necesario, 18 dispositivos de articulación territorial, 12 equipos de atención a varones que ejercen violencia y un equipo de recepción en casos de explotación sexual (CNC, 2022).

Capítulo III: Uso problemático de drogas en mujeres víctimas de violencia de género en la pareja íntima

Para este capítulo, se realizó una revisión sistemática con investigaciones de corte cuantitativo y cualitativo. Los aportes se obtuvieron a través de portales como Google Scholar (Google Académico) y Timbó.

La revisión sistemática resume los resultados de los estudios disponibles y cuidadosamente diseñados y proporciona un alto nivel de evidencia sobre la eficacia de las intervenciones en temas de salud. Son muy útiles en la aplicación de la evidencia para la toma de decisiones en la administración en salud; se toman como base para la confección de guías de práctica clínica o análisis económicos, de decisión o evaluación del riesgo. (Vidal Ledo et al., 2015)

Criterios de búsqueda: Las palabras claves como criterio principal fueron relacionadas a través de conectores lógicos. Esto con el objetivo de hacer un primer sondeo de información, sin considerar período de tiempo, ya que el objetivo era encontrar trabajos que permitieran trazar una línea del tiempo que mostrara el desarrollo de la temática seleccionada. También se utilizó el filtro de revistas arbitradas. Para una segunda etapa, se tomó el período de tiempo de 2019 al 2023, para recolectar información reciente sobre dicha problemática.

Tabla 1. Diagrama: Síntesis del proceso de revisión

PALABRAS CLAVE	RESULTADOS SIN FECHA	RESULTADOS (2019-2023)
Violencia en la pareja íntima	Google Scholar: 17.800	Google Scholar: 339
Mujeres	Timbó: 11.125	Timbó: 20
Consumo de sustancias	Seleccionados: 7	Seleccionados: 4
Mujeres	Google Scholar: 41.500	Google Scholar: 684
Consumo de sustancias	Timbó: 19.138	Timbó: 249
Violencia de género	Seleccionados: 5	Seleccionados: 2
Mujeres	Google Scholar: 17.900	Google Scholar: 269
Violencia en la pareja íntima	Timbó: 10.611	Timbó: 36
Consumo de drogas	Seleccionados: 8	Seleccionados: 5

Sobre los criterios de selección, estos se basaron en la relevancia, la adecuación y la variedad de los artículos, considerando la fecha de estos, sus palabras claves y ejes de abordaje, lo cual logró un flujo de información variado, para abordar la problemática. La elección de algunos artículos sobre otros no significa que los artículos no seleccionados sean menos relevantes o importantes. Dadas las limitaciones de tiempo y recursos, se eligieron aquellos que se consideraron más significativos y adecuados. De la primera búsqueda sin fecha, se recolectaron 20 artículos que van del año 2000 al 2018. El criterio fue que las palabras claves se alinearan con los objetivos de este trabajo y que permitiera una mirada a través del tiempo, aportando distintos desarrollos. Con respecto a las búsquedas más actuales, se seleccionaron 11 artículos, que van desde el 2019 a la actualidad. Esto brinda una visión

reciente de la problemática. Con respecto a las palabras claves, las búsquedas que dieron mejores resultados y más específicos fueron *violencia en la pareja íntima, mujeres, consumo de sustancias y consumo de drogas*.

Los estudios sobre violencia de género permiten comprender las diferencias que existen en el consumo de drogas en hombres y mujeres. Torres-Lorenzo et al. (2022) explican que las diferencias biológicas en el sexo y las expectativas con respecto a los roles esperados por la sociedad son factores influyentes a la hora de comprender el consumo de drogas. A su vez Pinedo et al. (2020) contribuyen con la idea anterior, refiriéndose a las expectativas de la sociedad hacia la mujer con un rol pasivo y materno, el cual repercute en dificultades a la hora de acceder a un tratamiento y agregan otras barreras como son: mayor estigma, falta de ayuda en su rol materno, falta de tratamientos con enfoque de género y falta de protocolos para atender particularidades del género femenino. A su vez, agregan que las mujeres son más resistentes a la hora de acudir a un servicio de tratamientos, debido a la visión negativa por parte de la sociedad, amigos o familia.

La noción de interseccionalidad aportada por Warner, Settles y Shields (2018), nos permite trabajar una doble problemática. Sobre esto, expresa:

Las identidades sociales son definidas en relación de unas con otras y cómo la experiencia individual concretiza su posición y su nivel de privilegio en la sociedad. La interseccionalidad es un enfoque que afirma que el género, la etnia y la orientación sexual son construidos socialmente y están interrelacionados. Las identidades sociales, así como el significado que se le atribuye al género en una sociedad, define cómo nos miramos y cómo miramos a las demás personas.

Siguiendo en esta línea de interseccionalidad, en lo que refiere al consumo problemático de sustancias y violencia de género en mujeres, nos permite percibir diferencias que desde el consumo problemático de forma aislada no serían tomadas en cuenta. Existen

investigaciones que abalan los componentes que se interrelacionan entre ambas variables. En una investigación de Vrana et al. (2017) refieren a la relación que existe entre el consumo de drogas y el estrés postraumático. Cuando estas dos variables ocurren simultáneamente, es un caso más complejo para revertir que si se abordara una problemática sola. El estrés postraumático no tratado puede predecir la recaída en el abuso de drogas. A su vez, Fernández-Montalvo, López-Goñi y Arteaga (2015) proponen tres posibles explicaciones para asociar el estrés postraumático y el consumo de drogas. Estas son: que el estrés postraumático sea el desencadenante del consumo de drogas para alivianar los síntomas de la afección, que las personas con abuso de drogas son más vulnerables y que el estrés postraumático puede producirse como resultado del consumo de drogas. Otra explicación consiste en que el abuso de drogas puede deberse a situaciones familiares anormales.

Robles et al. (2006) investigan sobre el consumo de drogas en mujeres y demuestran que existen mayores índices de angustia psicológica, problemas de salud mental y haber experimentado eventos traumáticos, muchas veces, relacionado a agresiones sexuales y físicas, en comparación con los hombres. Con respecto a esto, dicen: “La evidencia empírica muestra que las mujeres adictas son más propensas que los hombres adictos a reportar sentimientos de depresión, ansiedad e impotencia y, en consecuencia, a aislarse de las organizaciones de servicios y otros centros comunitarios”. Otro dato que aportan los autores es que las mujeres reciben menos apoyo de sus parejas y familiares, para iniciar el tratamiento por drogas.

O’Hagan y Wilson (2018) señalan que las investigaciones sobre uso problemático de drogas siempre se centraron en hombres, debido a la visión errónea de que las mujeres se ven menos afectadas. Actualmente, la ciencia y la sociedad comienzan a prestarles atención a las mujeres víctimas del consumo de drogas. A su vez, aportan datos sobre cómo el contexto social es un factor influyente en la ingesta de drogas. Esto es una forma de afrontamiento para

quienes padecen estrés, ansiedad o depresión. Los autores señalan que un factor destacado es la cultura patriarcal que viven las sociedades y citan el ejemplo de mujeres con un futuro exitoso en su carrera laboral. A su vez, las mujeres tienen que postergar el mañana para priorizar a la familia, ya que socialmente se espera que priorice las necesidades de sus seres queridos antes que sus intereses individuales, lo cual genera presión y estrés (Center, 2012). Esta tendencia de mujeres con mayor riesgo a sufrir depresión y ansiedad se ha observado y se confirma en investigaciones (National Institute on Drug Abuse, 2016), como también el mayor riesgo a abusar de medicamentos recetados (Svarstad et al., 1987). Según Volkow (2004), se estima que al haber abuso de drogas en mujeres, la probabilidad de desarrollar depresión es de 4,7 veces más que las personas que no consumen. Retomando National Institute on Drug Abuse (2016), se demuestra, en una investigación, la relación entre la depresión y el consumo de drogas en mujeres. Por lo tanto, se puede dar una asociación para explicar el intento de automedicarse con antidepresivos. En general, las mujeres tienen mayor probabilidad de sufrir insomnio, depresión y trastornos de ansiedad, por lo que también es más probable que recurran a medicamentos, para hacer frente a estos problemas (Jeanne y Miller, 2009).

Proponemos retomar a Burin, Moncarz y Velázquez (1991), para buscar alguna explicación en la historia a este problema, que se hace evidente a través de la revisión sistemática. En la década de los 70, empieza un movimiento de distintos grupos feministas, planteando la problemática del abuso de tranquilizantes en las mujeres, centrado en denuncias como: actitud lucrativa de los laboratorios de psicofármacos, que encuentran un mercado preferencial para las mujeres; destaque de la complicidad de médicos y laboratorios, quienes no buscan alternativas terapéuticas para abordar problemáticas de las mujeres de la época; análisis de las condiciones de vida de mujeres amas de casa y aspectos de la maternidad, que son considerados estresantes o depresógenos. La ansiedad, enojo, tensión u otras reacciones

que expresan las mujeres hacia sus condiciones de vida se fueron convirtiendo en aspectos a “medicalizar”. En nuestra cultura, esto tomó forma de “enfermedad”. Sumado a eso, las autoras plantean que “las mujeres mismas son percibidas como el problema, por parecer débiles, dependientes, emocionalmente lábiles, necesitadas de ayuda para enfrentar sus problemas. Lo que resulta llamativo es cómo esas mismas mujeres han internalizado el estereotipo de su fragilidad y vulnerabilidad...” (pág. 152). Siguiendo con el planteo de las autoras, expresan que, al acceder a la consulta médica, las mujeres son “el problema” y la medicalización, “la solución”. No se busca indagar en las problemáticas que llevan a la aparición de los síntomas. Lo importante es ofrecer una pastilla que los acalle. Aquí plantean una interrogante: “¿Nos preguntamos si compete al sistema médico atender consultas por problemas derivados de las condiciones de vida de las mujeres? Quizá no sea de incumbencia del sistema médico, sino del sistema social más amplio” (pág. 159). Todo el sistema regido por un sistema aún mayor, que es el funcionamiento patriarcal.

La violencia de género hacia la mujer es uno de los factores que pueden influir a la hora de valorar el consumo problemático de drogas. A su vez, este coloca a la mujer en una posición de mayor vulnerabilidad a recibir violencia (Lobos-Palacios, 2017). En el caso de otras formas de violencia, Burin, Moncarz y Velázquez (1991) aportan que el trabajo doméstico, al no ser remunerado, genera dependencia económica y esta repercute sobre la autoestima de la mujer. Esto, a su vez, fomenta dependencia psicológica, en ocasiones, lo cual conlleva a diversos grados de violencia, muchas veces, hacia el propio cuerpo de la mujer. Por lo tanto, estas son eternas pacientes de psiquiatras, para acallar los síntomas psicológicos y, en esta búsqueda, se vuelven consumidoras de ansiolíticos o antidepresivos. Además, agregan: “La medicalización es una forma de nominar los malestares de las mujeres. Promueve en ellas la dependencia y, como consecuencia, genera muchas veces la adicción a un elemento que supuestamente les calmará milagrosamente los efectos cuestionadores o desbordantes,

normalizándolas” (pág. 153). La escasa tolerancia a la expresión de estos síntomas desbordantes es lo que habilita el uso de psicofármacos como modo de controlarlos o acallarlos. Sería como una especie de dispositivo policial, el cual pretende normalizar y adaptar a las mujeres a las diferentes circunstancias de la vida, sin cuestionar las singularidades.

Existen investigaciones que sugieren que en el caso de mujeres sobrevivientes de abuso doméstico pueden tener hasta 5 veces más de probabilidad de caer en patrones de consumo problemático de alcohol o drogas que las mujeres que no han sufrido esa experiencia (Macy, Renz, y Pelino, 2013). Otras investigaciones sugieren que la mujer puede decidir automedicarse como una forma de lidiar con el dolor causado por episodios violentos en el hogar (Rogers et al., 2003). Con respecto a esto último, Burin, Moncarz y Velázquez (1991) destacan la peligrosidad que puede referir tomar tranquilizantes en situaciones de violencia, debido a que estos pueden enlentecer los reflejos rápidos. Se observó que las mujeres maltratadas y consumidoras de tranquilizantes presentaban dificultades para alejarse de la relación abusiva.

Otros estudios aportan que las mujeres inician en el consumo de sustancias debido a que sus parejas las inducen al consumo o son obligadas, con el fin de mantenerlas inmersas en el vínculo (Lobos-Palacios, 2017). Frente a esto, existen estudios que revelan que las mujeres acceden para evitar conflictos con su pareja o por miedo al agresor. Retomando a Macy, Renz, y Pelino (2013), y siguiendo la idea anterior, los autores sugieren, según investigaciones, que la mujer se puede sentir incapaz de alejarse del entorno violento, ya que la pareja puede ser quien le facilite el acceso a las sustancias consumidas y también es muy probable que su pareja sea consumidora.

Warshaw y Tinnon (2018) refieren a que el uso de drogas serviría como un método de afrontamiento para manejar aspectos asociados a lo traumático de las situaciones de violencia y para mitigar recuerdos con referencia a los abusos sufridos dentro del vínculo íntimo de la

pareja. Estos autores traen el estudio realizado desde el “National Domestic Violence Hotline” y aporta:

- 26 % de las mujeres indicaron haber consumido alcohol u otra sustancia para disminuir el dolor, debido al abuso recibido en el vínculo íntimo en la pareja.
- 37,5 % fueron amenazadas por sus parejas con denunciarlas por el consumo de drogas a la Policía. Esto pondría en riesgo la custodia de los hijos de las víctimas y así los agresores evitan ordenes de restricción hacia ellas.
- 15 % reportó su deseo de buscar ayuda para el consumo de alcohol o drogas o directamente lo llegó a ejecutar. De este 15 %, el 60 % indicó que su pareja intentó impedir la ayuda o la desanimó.

En referencia a solicitar ayuda o llamar a la Policía, un 24,4 % indicó miedo de hacerlo. Esto es porque al ser consumidora de drogas, su abusador aprovecha y amenaza con que nadie va a creerle y con que la arrestarían por estar bajo efecto de sustancias.

Otro factor para tomar en cuenta es el estigma que se vive por parte de la sociedad. Con respecto a esto, Portela (2021) agrega que dicha estigmatización en mujeres con problemas de consumo de sustancias termina desvalorizando, discriminándolas y son catalogadas por la sociedad como “prostitutas, locas, sucias y malas madres”. Esto ocurre al haber transgredido los roles tradicionales, los cuales están relacionados a los estereotipos de “buena madre/esposa y comportamiento femenino”. Es justamente por esta estigmatización que las mujeres tienen miedo a ocupar ese lugar negativo de la sociedad y, por este motivo, muchas veces no piden ayuda, tienen miedo a ser rechazadas por sus vínculos (Portela, 2021). En referencia a la estigmatización, Burin, Moncarz y Velázquez (1991) agregan que las expectativas sociales en relación con el desempeño de roles inciden en cómo las mujeres se posicionan en relación con esa imagen de sí mismas, adecuando sus comportamientos a los

modelos instituidos socioculturalmente. El malestar surge cuando se enfrentan las ideas esperadas por la sociedad y por “no apropiarse” del rol esperado por una sociedad que decide a través de un sistema patriarcal.

3.1 Estrategia Nacional de Droga 2021-2025

La Estrategia Nacional de Drogas (END) surge como resultado del esfuerzo y trabajo de distintos actores vinculados a la temática de drogas y cuenta con aportes de distintos organismos gubernamentales como son ministerios, juntas departamentales y locales de drogas.

En ediciones anteriores, se trabajó en una visión integral en lo que refiere a políticas de drogas. Esto hace énfasis en cuestiones fundamentales referidas a los Derechos Humanos y se enfatizó en la importancia de la regulación, gestión de riesgos y la reducción de daños.

Con respecto al enfoque, la END dice lo siguiente:

Su abordaje implica colaboración y complementación intersectorial para integrar las diferentes dimensiones del fenómeno, abarcando las esferas sanitaria, social, jurídica, económica, cultural y ambiental (...). Se promueve una concepción de convivencia basada en la aceptación de la diversidad y superación de estigmas sociales, que requiere de un conjunto de respuestas transversales y coordinadas, poniendo el énfasis en las necesidades de poblaciones vulneradas. (Junta Nacional de Drogas, 2021, pág. 17)

El documento desarrolla un apartado sobre salud integral, lo cual es uno de los ejes centrales dentro de esta edición. Aquí se explica la importancia de comprender el uso de drogas desde su complejidad y dinamismo. Esto permite lograr un acercamiento a aspectos

como son la promoción en salud, prevención, tratamiento e integración social de personas con consumo de drogas.

Se desarrolla la dimensión social:

Considera la expresión de los problemas de drogas en los diferentes sectores sociales, la desigualdad de género y su manifestación en los distintos territorios y comunidades.

Se hace especial énfasis en mejorar la accesibilidad de las personas a las prestaciones, desde una perspectiva de género e intersecciones. (Junta Nacional de Drogas, 2021, pág. 23)

Se toma la perspectiva de género y la interseccionalidad como elementos a considerar a la hora de trabajar con la problemática de drogas, sin profundizar ni especificar qué tipo de estrategias se busca ejecutar. Dentro de los lineamientos estratégicos que la END plantea, está el de posicionar a la Renadro como el sistema modelo en drogas del ámbito público:

Mediante dispositivos de información y derivación, ambulatorios, residenciales, casas de medio camino, comunitarios; estrategias basadas en evidencia dirigidas a las necesidades de poblaciones específicas: mujeres, mujeres y varones con hijos, hijos de personas consumidoras, familias y personas privadas de libertad. (Junta Nacional de Drogas, 2021, pág. 25)

Renadro es La Red Nacional de Drogas, brinda atención, tratamiento e inserción social a personas que se encuentran en situación de dependencia y uso problemático de drogas. También se brinda información y orientación a familiares y ciudadanía en general. Los centros que forman parte de Renadro son: Centro Ciudadela, Portal Amarillo, El Jagüel, CasAbierta, Chanaes, Unidad Móvil de atención, El Achique, La Otra Esquina, Aleros y Unidad de Asesoramiento Integral para el Abordaje de Drogodependencias en el Ámbito Laboral (Junta Nacional de Drogas, 2023). Para los fines de este trabajo, se buscó información en cada uno

de los centros para constatar qué tipo de abordajes presentan a la hora de trabajar con mujeres con consumo de drogas y, a su vez, víctimas de violencia en la pareja íntima.

La búsqueda se basó en si los recursos brindados cuentan con enfoque de género específicamente hacia la mujer y trabajo con mujeres víctimas de violencia en la pareja íntima. Se deben excluir Chanaes y El Achique, ya que son centros especializados únicamente en varones. Con respecto al resto, todos mencionan trabajar con equipos multidisciplinarios, para lograr la reinserción psicosocial por parte de usuarios consumidores. También se menciona el trabajo en red con distintos actores, para abordar problemáticas por fuera del consumo de drogas. El único centro que menciona el enfoque de derechos, equidad, generaciones y diversidad de género es Aleros. El resto de los centros mencionados no especifican ningún tipo de información sobre trabajar con perspectiva de género o abordajes específicos para mujeres, menos aún, con situaciones de violencia de género. Del trabajo con equipos multidisciplinarios se puede destacar la presencia de psicólogos y asistentes sociales, los cuales pueden brindar herramientas o asesoramiento para asistir a otros centros específicos especializados en violencia de género. Resulta importante señalar que en los documentos revisados no se menciona la formación de los profesionales que forman parte de estos centros. Podría ocurrir que los profesionales contaran con formación en enfoques de género, pero esto no parece ser un requisito institucional. En tal caso, sería un aporte personal considerar que es una herramienta con la que contaría el profesional, ya que los centros especializados en drogas no definen obligatoriedad en contar con esta capacitación.

Si bien se tiene en cuenta la noción de interseccionalidad y la perspectiva de género en el protocolo END, no existen lineamientos específicos para abordar esta doble problemática.

Se realizó una búsqueda para determinar si existen protocolos de abordaje para mujeres consumidoras, incorporando la perspectiva de género. España publica en el año 2021 el Protocolo Inclusión de la Perspectiva de Género en Programas de Prevención de

Adicciones-Guía y Herramientas Prácticas. El análisis de este permite profundizar en aspectos que son necesarios incorporar para pensar y abordar la problemática desde un enfoque de interseccionalidad con herramientas específicas. Este protocolo surge del esfuerzo y colaboración entre la Federación Española de Municipios y Provincias (FEMP) y la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD), con el objetivo de facilitar el abordaje en adicciones con una perspectiva de género como marco de referencia en el ámbito de los municipios. Se proponen elementos técnico-prácticos, para introducir la perspectiva de género en los proyectos de intervención para el abordaje en adicciones. Es decir, considerar las diferencias entre las condiciones y necesidades de mujeres y hombres. Esta forma de abordaje permite reconocer la singularidad de las mujeres, entendiendo que pueden sufrir distintos tipos de discriminación por características personales. Por eso, al incluir una visión intersectorial, se habilita a considerar las diferentes realidades de las mujeres.

Se busca promover una estrategia dual, la cual refiere, por un lado, a promover la igualdad de género a través de distintas acciones que permitan visibilizar la igualdad entre mujeres y hombres. Por otro lado, se espera incluir la perspectiva de género en otras acciones a ejecutar. En este caso, se refiere específicamente al abordaje de adicciones, comprendiendo las diferentes formas de estar inmerso en el consumo de drogas.

Con respecto a la estructura del abordaje, plantea el uso en los Estándares Europeos de Calidad en Prevención de Drogas (EDPQS, por sus siglas en inglés). Es un esquema conocido y ya utilizado por quienes trabajan en el área de prevención. Esto con el fin de que sea una herramienta que se sabe que funciona. Es sencilla y accesible. El desafío es incorporar la perspectiva de género a la herramienta ya conocida: “Su uso será mejor aprovechado por quienes reciban formación extra en la materia y amplíen sus conocimientos respecto a los estudios feministas y de género y sobre su aplicación teórico-práctica en la prevención de las adicciones” (pág. 20).

El proyecto cuenta con elementos transversales y ocho fases. Cada una, delimitada por la función que cumple dentro de la estructura. El objetivo aquí es presentar algunos puntos interesantes que permiten poner un pie en lo que refiere a esta problemática.

Los elementos transversales están presentes en todas las fases. Se considera el equipo de trabajo, el cual debe tener una formación que garantice que la intervención se realizará desde la perspectiva de género y este tiene que estar compuesto como mínimo por un 50 % de mujeres. También se busca la participación de mujeres y de la comunidad, así como tener presentes los aspectos éticos de género en prevención de las adicciones.

- La primera fase refiere a evaluación de necesidades. Se hace una revisión de políticas de igualdad, se evalúan las adicciones en las mujeres, se busca conocer a la población objetivo y será necesario indagar acerca de los factores de riesgo y de protección con los participantes, así como de la justificación de la intervención.
- La segunda fase está compuesta por la evaluación de recursos; se considera la población objetivo y los recursos de la comunidad, como también el análisis de las capacidades internas; se pueden identificar posibles alianzas que permitan reforzar las intervenciones.
- La tercera fase consiste en la formulación del programa; se busca definir la población (aquí se debe tener mayor cuidado de no contar con sesgos de género y evitar reproducir estereotipos de género discriminatorios), el modelo que sustenta la intervención (modelo teórico basado en la evidencia), fines, metas y objetivos, contexto de intervención, definir un cronograma que sea posible de ejecutar (que considere ciertas flexibilidades, ya que la participación

de las personas es fundamental y se debe considerar que a veces las personas cuentan con menos disponibilidad horaria) y la redacción del proyecto.

- La cuarta fase consiste en el diseño de la intervención; se buscan ajustes en abordajes de género para intervenciones existentes y la nueva población objetivo, como también lograr evaluaciones con perspectiva de género.
- La quinta fase refiere a la gestión y movilización de recursos. Se establecen equipos de trabajo específicos, los cuales deben contar con personal capacitado en lo que refiere a temas del sistema sexo-género; se busca involucrar y retener a la población (conocer la situación específica de las mujeres que participan ayudaría a mantener el interés y a trabajar en soluciones específicas para problemas específicos que pudieran surgir) y se elaboran materiales para los programas.
- La sexta fase corresponde a la implantación, y la monitorización (como lo dice el título) busca implementar plan piloto y de intervención, como el control y el ajuste de la implementación.
- La séptima fase refiere a la evaluación final, que está relacionada tanto con los resultados como con el proceso completo.
- La octava fase refiere a la difusión y la mejora. Aquí se busca la continuidad del programa, la difusión y un informe final.

Para finalizar, es importante destacar que el eje central es la formación en perspectiva de género, ya que la intervención en adicciones no es lo novedoso del protocolo.

Conclusiones:

A través de la bibliografía seleccionada para este trabajo final de grado, se encuentra que el consumo de drogas por parte de mujeres que son víctimas de violencia en la pareja íntima es un tema que transversalmente no se ha encontrado en investigaciones y avances en Uruguay. Se puede observar que existe contenido muy actualizado en lo que refiere al consumo problemático de drogas, como también avances significativos en lo que refiere a la violencia de género de mujeres en la pareja íntima, pero que a la hora de pensar la problemática desde la transversalidad no existe o existe poca bibliografía nacional. Se buscó material de otras partes del mundo que muestran, por ejemplo, que en España existe un avance importante en lo que refiere a la problemática aquí seleccionada. Las guías y protocolos hechos en Uruguay mencionan la importancia de incorporar la perspectiva de género en materia de consumo de drogas, de hecho, está incluido en el plan de acción 2021-2025, pero esto queda como algo descriptivo, sin ningún tipo de plan de acción ni ejecución. Se destaca el trabajo en red como herramienta para derivar a centros específicos o brindar información, pero no existe un trabajo articulado entre los centros como tampoco se destacan abordajes específicos en violencia de género y adicciones. Por todo lo mencionado, es importante plantear la importancia de lograr avances en lo que refiere a esta problemática a través de investigaciones y de que los resultados permitan en un futuro lograr mejores políticas públicas que incorporen la perspectiva de género, con herramientas y técnicas que sean ajustadas a la necesidad de la población, tanto para la prevención como para los tratamientos específicos en mujeres. Esto se debe a que, como se describió, las herramientas que se utilizan para abordar

problemas de drogas en Uruguay son de uso general, por lo que no están adaptadas a las diferentes realidades de mujeres ni hombres.

La Intendencia de Montevideo publica *La perspectiva de igualdad de género: marco analítico para las políticas públicas* (2021), que brinda un análisis acorde a la temática planteada de este trabajo. Para incorporar la perspectiva de género en las políticas públicas y así lograr mayor igualdad, se deben considerar algunas cuestiones, como son: colocar la atención en las relaciones entre hombres y mujeres; identificar brechas existentes entre mujeres y hombres; reconocer las desigualdades en las actividades que realizan mujeres y hombres y analizar el acceso a diferentes grupos sobre los recursos y beneficios que tienen las mujeres y los hombres.

En este punto, me gustaría retomar la idea de interseccionalidad, pero para referirme específicamente a cuestiones sobre las desigualdades de género. Aplicar esta noción para comprender que la mujer muchas veces no es discriminada por un solo factor, ya que pueden coexistir varios a la vez, todos en interjuego, entendiendo como un todo de la persona. Algunos de estos factores son el socioeconómico, el origen y los aspectos de otras culturas, la orientación sexual, la edad, las situaciones de discapacidad, entre otros. Es importante tener esto en cuenta, ya que al considerar las singularidades de las personas y lograr una concepción integradora es que se pueden abordar las problemáticas más detalladamente. Es de esperar que las políticas públicas reconozcan de forma explícita el entrecruzamiento de estas desigualdades, para lograr los desarrollos tendientes a la igualdad.

Siguiendo con la misma lectura, define política pública: “Se trata de procesos y flujos de acción respecto a un problema social, en los que el Estado cumple un rol preponderante, pero no es el único actor que incide en la definición y el curso de las políticas públicas” (pág. 5).

Es importante que el Estado incorpore esta perspectiva en las políticas públicas, ya que, al hacerlo, elimina la reproducción de desigualdades. Un Estado que no incorpora la

perspectiva de género desconoce la forma en que opera el sistema de género sobre la población y mantiene el sistema desigualitario.

Para introducir la perspectiva de género en las políticas públicas, Débora Tajer (2012) presenta un modelo que sirve como guía de orientación y señala dos procesos claves: el primero refiere a identificar las diferencias que existen entre los géneros que fomentan inequidad; el segundo, a colaborar con la elaboración de políticas públicas, con el objetivo de lograr mayor igualdad. De este último, plantea seis niveles para lograrlo: distribución de riesgos y relevamiento de necesidades dentro del ámbito de la salud, modelos y mecanismos de atención, cobertura y financiamiento para lograr mayor accesibilidad, los costes de género en la salud, evolución de los tipos de familia y la relación que existe con el sistema sanitario actual, gestión y toma de decisiones.

1.1. Tipos de política con base en el género

Bolaños et al. (2005) aportan una clasificación que permite pensar el tipo de política pública, según su cometido y a quién beneficia.

- No equitativa: No reconoce ningún tipo de diferencia entre el hombre y la mujer, dándoles privilegio a los hombres y negándoles derechos a las mujeres. Aunque parezca una clasificación extrema, hasta el día de hoy existen sociedades que aplican este formato, negando posibilidades a las mujeres de distintas formas.
- Ciega: Aquellas políticas públicas que no toman en cuenta diferencias con respecto al género, en la distribución de recursos y roles. Refuerza la discriminación, aunque no de manera intencionada.
- Neutras: Reconocen las diferencias, pero no intentan promover cambios. Se reconocen las diferencias entre los géneros solo de manera instrumental.

A su vez, en el documento de la División Asesoría para la Igualdad de Género, IM (2021), hace un señalamiento sobre las políticas neutras, refiriéndose a que estas no existen y

a que directamente son ciegas al género. Con respecto a esto, dice: “Un Estado que no toma medidas para revertir, corregir o dismantelar los mecanismos que sostienen las desigualdades en la distribución de los recursos materiales y simbólicos es un Estado que las reproduce” (pág. 7).

Retomando a Bolaños et al. (2005) y la clasificación:

- Específica: Toman las necesidades reales respecto al género de mujeres y varones e intenta abordarlas.
- Redistributiva: Quieren e intentan cambiar la asignación de roles, la distribución de recursos y poder entre mujeres y hombres.

Las políticas redistributivas son nombradas políticas sensibles al género por la División Asesoría para la Igualdad de Género, IM (2021) y se las define como:

Aquellas que explícitamente orientan sus acciones hacia alcanzar mayor igualdad de género, interviniendo para asegurar el bienestar, la seguridad, la autonomía y los derechos de las mujeres, buscando revertir la división sexual del trabajo y los estereotipos de género, promoviendo masculinidades no hegemónicas, entre otras.

(pág. 8)

Presentada esta clasificación de los tipos de políticas públicas, se puede aplicar al contexto nacional para explicar los hechos en la actualidad.

El desarrollo de este trabajo permitió hacer un análisis detallado en lo que refiere, por un lado, al sistema de abordaje de consumo de drogas y, por otro, a la violencia en la pareja íntima. Si consideramos los dos ejes de forma independiente, podríamos pensar que las políticas de abordaje en drogas es una política pública del tipo neutra. Esto se debe a que, como se mencionó en la Estrategia Nacional en Drogas, se toma en cuenta la desigualdad de

género y hay una intención de abordarlo como una problemática multicausal, pero queda como un desarrollo teórico sin estrategias de ejecución.

En el caso de las políticas para abordar la violencia íntima en la pareja, se puede considerar del tipo redistributiva o sensible al género, ya que existe un esfuerzo por parte del Estado. Hay herramientas en ejecución y se han logrado avances en materia de género.

El Mides (2003) presenta una definición acerca de las necesidades prácticas de género. Respecto a esto, establece:

Están relacionadas con la necesidad de satisfacer carencias materiales, como: alimentación, vestimenta, vivienda, servicios básicos, agua, luz, salud, educación, trabajo, empleo, etcétera. Estas necesidades son comunes a hombres y mujeres y pueden ser satisfechas, sin transformar los roles tradicionales de género. Es decir, sin cambiar la discriminación hacia las mujeres. (pág. 2)

Esta definición pone sobre la mesa una cuestión interesante para analizar y refiere a la violencia de género estructural. Es decir, patrones de comportamiento que están presentes desde cientos de años atrás y se vienen transmitiendo a través de las generaciones. Existe un esfuerzo por parte del Estado, el cual incorpora distintas políticas que han logrado avances significativos en lo que refiere a erradicar todo tipo de violencia hacia la mujer y otros grupos vulnerados. Sin embargo, el esfuerzo requiere participación por parte de todos los integrantes de la sociedad, para no seguir reproduciendo actos que vulneren ni generen desigualdades sociales. Es por este motivo que la definición habla de que se pueden lograr muchos avances en aspectos materiales, pero se pueden seguir reproduciendo patrones y conductas violentas hacia el género. Por este motivo, el cambio debe ser mucho mayor de lo que se puede dimensionar y requiere del esfuerzo de las grandes esferas como de cada integrante de la sociedad, para no seguir reproduciendo estos modelos de conducta que vulneran y generan desigualdad.

No obstante, la problemática en cuestión de este trabajo son las mujeres que sufren violencia en la pareja íntima y consumo problemático de drogas abordados desde la interseccionalidad de ambas problemáticas. Considerando el desarrollo planteado y el análisis de la problemática en cuestión, se la podría clasificar dentro del tipo neutra, con indicios de transición al tipo específica. Ya que el Estado reconoce la problemática, como también los factores de riesgo asociados a la cuestión, y se menciona en la Estrategia Nacional de Drogas 2021-2025. El problema radica en que queda en lo meramente descriptivo, sin lograr ejecutar ningún tipo de acción. También se desconoce si existen planes a mediano-corto plazo de ejecutar algún tipo de acción. La OEA y CICAD (2019) plantean la importancia de reconocer que las políticas en droga no tienen el mismo impacto entre mujeres y hombres. Si estas diferencias no son abordadas desde la especificidad que el asunto requiere, se siguen reproduciendo las desigualdades ya conocidas en el desarrollo humano, debido a una sociedad inmersa en un sistema patriarcal y androcéntrica. El objetivo de lograr incorporar el enfoque de género en las políticas de drogas es justamente luchar para eliminar las brechas de género y las desigualdades que surgen de esta. A su vez, en el mismo documento, se agrega:

Se exhorta a los países a incorporar la perspectiva de género en los programas y políticas, en materia de drogas, y asegurar la participación de las mujeres en todas las etapas de su elaboración, ejecución, seguimiento y evaluación; formular y difundir medidas que tengan en cuenta las necesidades y circunstancias específicas de las mujeres y las niñas, en relación con el problema mundial de las drogas, y que sean adecuadas a su edad y su género. A su vez, en cuanto a Estados partes, aplicar la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer. (pág. 19)

Esta información es de suma relevancia, ya que permite pensar por qué las políticas pueden ser clasificadas de distinta forma, según el enfoque de género. Esto demuestra que

existen avances, pero también desafíos en políticas uruguayas en drogas, con perspectiva de género. Es necesario generar espacios de investigación a nivel nacional que permitan el fortalecimiento de políticas públicas específicas. También destacar la importancia del diálogo entre distintos actores dentro del ámbito de la salud. Un trabajo interdisciplinario entre personas capacitadas en enfoque de género es fundamental para que quienes saben de la materia puedan expandir puentes de diálogo para fortalecer las futuras acciones. Pensar en un plan de acción que incorpore cuestiones de especificidad de la persona es importante, ya que muchas veces las raíces del consumo están directamente relacionadas a cuestiones del entorno de la mujer. Es necesario considerar la singularidad de estas, no solo para eliminar o disminuir el consumo, sino también a modo de prevención y de que se logre un trabajo articulado entre profesionales. Para lograr estos avances, es necesario destacar la importancia de incorporar presupuesto destinado a abordar esta problemática, para lograr los avances mencionados.

Referencias bibliográficas

- Badia, A. (2019). *Clasificación de las drogas (OMS) y sus efectos*. Psicología-Online.
<https://www.psicologia-online.com/clasificacion-de-las-drogas-oms-y-sus-efectos-918.html>
- Beniscelli, A., Nesta, F. y Tuyare, A. (2017). *Psicología de la salud: Avances y desafíos*. Psicolibros Universitario. <https://es.scribd.com/document/494128109/Pimienta-M-Viera-E-Comps-Psicologia-y-Salud-Avances-y-Desafios>
- Betancourt, E. L. (2018). *Drogas: Entre el derecho y el drama*. Centro de Estudios Ramón Areces S. A.
- Bolaños, E., Colomer, C., Espiga, I., García, C., López, R. y Mosquera, C. (2005). *Informe salud y género*. Ministerio de Sanidad y Consumo, Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud.
<https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/informe2005SaludG enero.pdf>
- Burin, M., Moncarz, E. y Velázquez, S. (1991). *El malestar de las mujeres: La tranquilidad recetada*. Paidós.
- Cámara de Comercio y Servicios del Uruguay, Ministerio de Desarrollo Social e Instituto Nacional de las Mujeres. (2022). *La violencia basada en género hacia las mujeres. Plan Nacional por una Vida Libre de Violencia de Género hacia las Mujeres 2022-2024*, 1-105.
https://www.cnccs.com.uy/files/PlanNacionalViolenciaUY_WEB_18OCT2022_0.pdf
- Center, H. (2012). *Social Norms, Life Changes and Increasing Pressures Contribute to Substance Abuse Among Adult Women*. CS Cision PR Newswire.

<https://www.prnewswire.com/news-releases/social-norms-life-changes-and-increasing-pressures-contribute-to-substance-abuse-among-adult-women-165410266.html>

Deza, S. (2013). *Violencia familiar asociado al consumo de sustancias psicoactivas en hombres que ejercen violencia*. Docplayer. <https://docplayer.es/1969720-Violencia-familiar-asociado-al-consumo-de-sustancias-psicoactivas-en-hombres-que-ejercen-violencia.html>

División Asesoría para la Igualdad de Género, IM (2021). La perspectiva de igualdad de género: Marco analítico para las políticas públicas y políticas de igualdad de género, *Políticas de Igualdad de Género: Colección Construyendo Igualdad de Género*, 2, 1-47. <https://montevideo.gub.uy/sites/default/files/biblioteca/serie02politicadeigualdaddegene-ro.pdf>

Fernández-Montalvo, J., López-Goñi, J. J. y Arteaga, A. (2015). Psychological, Physical, and Sexual Abuse in Addicted Patients Who Undergo Treatment. *Journal of Interpersonal Violence*, 30(8), 1279-1298. <https://doi.org/10.1177/0886260514539843>

Henning, K. y Klesges, L. M. (2003). Prevalence and characteristics of psychological abuse reported by court-involved battered women. *Journal of Interpersonal Violence*, 18(8), 857–871. <https://doi.org/10.1177/0886260503253878>

Herrera, C. (2021). Cambios y continuidades en las violencias contra mujeres y niñas durante la pandemia de Covid–19 en México. *Coyuntura Demográfica: Revista sobre los procesos demográficos en México hoy*. <http://coyunturademografica.somede.org/cambios-y-continuidades-en-las-violencias-contra-mujeres-y-ninas-durante-la-pandemia-de-covid-19-en-mexico/>

Jeanne, C. M. y Miller, N. (2009). Female Clients in Substance Abuse Treatment: International Journal of the Addictions. *Taylor and Francis Online*, 20(6-7), 995-1019.

<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3109/10826088509047762?journalCode=isum1>

[9](#)

Junta Nacional de Drogas y Presidencia de la República Oriental del Uruguay. (2019a).

Infodrogas: más información, menos riesgos. <https://www.gub.uy/junta-nacional-drogas/comunicacion/publicaciones/infodrogas-informacion-menos-riesgos>

Junta Nacional de Drogas y Ministerio de Salud Pública. (2022). *Uso de drogas: Miradas y*

abordajes (curso virtual). [https://www.gub.uy/junta-nacional-](https://www.gub.uy/junta-nacional-drogas/comunicacion/convocatorias/curso-virtual-usos-drogas-miradas-abordajes)

[drogas/comunicacion/convocatorias/curso-virtual-usos-drogas-miradas-abordajes](https://www.gub.uy/junta-nacional-drogas/comunicacion/convocatorias/curso-virtual-usos-drogas-miradas-abordajes)

Lara Caba, E. Z., Aranda Torres, C., Zapata Boluda, R., Bretones Callejas, C. y Alarcón, R.

(2019). Depresión y ansiedad en mujeres víctimas de violencia en la relación de pareja.

Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento, 11(1), 1-8.

<https://doi.org/10.32348/1852.4206.v11.n1.21864>

Lobos-Palacios, M. (2017). *Usos de sustancias y violencias contra las mujeres*. Dianova.

<https://www.dianova.org/wp-content/uploads/2017/03/201703-Usos-de-sustancias-y-violencias-contra-las-mujeres-M-de-LA-Lobos-Palacios.pdf>

Londoño Bernal, N. (2020). Expresiones de la violencia basada en género, en el marco del confinamiento por la COVID-19. *Nova*, 18(35), 107-113.

<https://doi.org/10.22490/24629448.4194>

Macy, R. J., Renz, C. y Pelino, E. (2013). Partner violence and substance abuse are

intertwined: Women's perceptions of violence-substance connections. *Violence Against Women*, 19(7), 881-902. <https://doi.org/10.1177/1077801213498208>

Mendez-Ruiz, M. D., Alonso-Castillo, M. T. D. J., Alonso-Castillo, M. M., Uribe-Alvarado, J. I. y

Armendáriz-García, N. A. (2015). Relación de percepción de riesgo y consumo de alcohol en adolescentes. *Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas*, 11(3), 161.

<https://www.revistas.usp.br/smad/article/view/116772/114541>

- Mides. (2003). *Necesidades prácticas y estratégicas de género*. Recuperado el 26 de abril de 2023, de http://archivo.mides.gub.uy/innovaportal/file/18659/1/19necesidades_practicas_y_estrategicas_de_genero.pdf
- Ministerio de Desarrollo Social. (2013). *Primera Encuesta Nacional de Prevalencia sobre Violencia Basada en Género y Generaciones*. <https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/comunicacion/publicaciones/primera-encuesta-nacional-prevalencia-sobre-violencia-basada-genero>
- Ministerio de Salud Pública. (2022). *Objetivos Sanitarios Nacionales 2030. Caracterización de problemas priorizados. Consumo de sustancias psicoactivas*. https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/2022-06/OSN_2030_borrador_Consulta%20publica.pdf
- Morales Calatayud, F. (1997). *Introducción al estudio de la psicología de la salud*. Facultad de Psicología. <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/handle/20.500.12008/20558>
- Naciones Unidas. (1991). *Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer*. <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/declaration-elimination-violence-against-women>
- Naciones Unidas (2021). *Una de cada tres mujeres en el mundo sufre violencia física o sexual desde que es muy joven*. <https://news.un.org/es/story/2021/03/1489292>
- National Institute on Drug Abuse. (2016). *Sex and Gender Differences in Substance Use*. <https://nida.nih.gov/publications/research-reports/substance-use-in-women/sex-gender-differences-in-substance-use>
- Núñez Cetina, S. y Departamento de Política y Cultura de la UAM Xochimilco. (2021). Violence against women and intimate femicide in the COVID-19 shadow. *Política y Cultura*, 55, 99-119. <https://doi.org/10.24275/ORGU7762>

- O'Hagan, A. y Wilson, M. (2018). Women and substance abuse: Gender-specific social, biological and psychological differences and treatment considerations. *Forensic Research & Criminology International Journal*, 6(2).
<https://medcraveonline.com/FRCIJ/women-and-substance-abuse-gender-specific-social-biological-and-psychological-differences-and-treatment-considerations.html>
- OEA y CICAD. (2019). *Políticas sobre drogas y perspectiva de género en las Américas: hallazgos de los informes nacionales de la séptima ronda del mecanismo de evaluación multilateral*. http://www.cicad.oas.org/mem/Reports/7/Full_Eval/MEM-Gender_Report-ESP.pdf
- Pinedo, M., Zemore, S., Beltrán-Girón, J., Gilbert, P. y Castro, Y. (2020). Women's Barriers to Specialty Substance Abuse Treatment: A Qualitative Exploration of Racial/Ethnic Differences. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 22(4), 653-660.
<https://doi.org/10.1007/s10903-019-00933-2>
- Portela, A. (2021). El consumo de sustancias psicoactivas en mujeres mayores en la Argentina. Investigación bibliográfica 2010-2020. *Revista Argentina de Terapia Ocupacional*, 7(1), 83-92. <https://revista.terapia-ocupacional.org.ar/RATO/2021jul-art4.pdf>
- Ramírez, J., Keuroglan, L. y Suárez, H. (2019b). *VII Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas en Población General*. Junta Nacional de Drogas-Observatorio Uruguayo de Drogas, 1-165. https://www.gub.uy/junta-nacional-drogas/sites/junta-nacional-drogas/files/documentos/publicaciones/VII_ENCUESTA_NACIONAL_DROGAS_POBLACION_GENERAL_2019.pdf
- Ramos Lira, L. (2000). *Violencia de género y su relación con el consumo de alcohol y otras drogas*. Scribd. <https://es.scribd.com/document/297710580/Luciana-Ramos-Lira-Violencia-de-Genero-Relacion-Con-Consumo-de-Alcohol#>

- Rey-Anacona, C. A. (2013). Prevalencia y tipos de maltrato en el noviazgo en adolescentes y adultos jóvenes. *Terapia psicológica*, 31(2). <https://doi.org/10.4067/S0718-48082013000200001>
- Robles, R. R., Matos, T. D., Deren, S., Colón, H. M., Sahai, H., Marrero, C. A., Reyes, J. C., Andía, J. y Shepard, E. W. (2006). Drug treatment disparities among Hispanic drug-using women in Puerto Rico and New York City. *Health Policy*, 75(2), 159-169. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2005.03.004>
- Rodríguez-Carballeira, Á., Almendros, C., Escartín, J., Porrúa, C., Martín-Peña, J., Javaloy, F. y Carrobes, J. A. (2005). Un estudio comparativo de las estrategias de abuso psicológico: En pareja, en el lugar de trabajo y en grupos manipulativos. *Anuario de Psicología*, 36, 298-314. <https://www.redalyc.org/pdf/970/97017406005.pdf>
- Rogers, B., McGee, G., Vann, A., Naceema, T. y Williams, O. (2003). *Substance Abuse and Domestic Violence: Stories of Practitioners that Address the Co-Occurrence among Battered Women*. Sage Journals. <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1077801202250454?journalCode=vawa>
- Salcedo, K. L. G. y Toro, M. Q. (2020). *Violencia de pareja en el confinamiento. Una revisión sistemática a nivel mundial*. <https://repository.usta.edu.co/handle/11634/33364>
- Svarstad, B. L., Cleary, P. D., Mechanic, D., & Robers, P. A. (1987). Gender differences in the acquisition of prescribed drugs: An epidemiological study. *Medical Care*, 25(11), 1089-1098. <https://doi.org/10.1097/00005650-198711000-00007>
- Tajer, D. (2012). *Género y salud: las políticas en acción*. Intersecciones Psi. http://intersecciones.psi.uba.ar/index.php?option=com_content&view=article&id=181:genero-y-salud-las-politicas-en-accion&catid=13:libros&Itemid=1
- Torres-Lorenzo, A., Ayala-Ramos, G. E., Morales-Vargas, P. V., Aldwen-Cruz, K. M., Ríos-Rivera, G. D. y Rodríguez-Caraballo, D. J. (2022). Uso de sustancias en mujeres y

- violencia de género: Desde una perspectiva feminista e interseccional. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 33(2), 352-364. <https://doi.org/10.55611/reps.3302.11>
- Vidal Ledo, M., Oramas Díaz, J. y Borroto Cruz, R. (2015). Revisiones sistemáticas. *Educación Médica Superior*, 29(1), 198-207. <http://scielo.sld.cu/pdf/ems/v29n1/ems19115.pdf>
- Volkow, N. D. (2004). The reality of comorbidity: Depression and drug abuse. *Biological Psychiatry*, 56(10), 714-717. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2004.07.007>
- Vrana, C., Killeen, T., Brant, V., Mastrogiovanni, J. y Baker, N. L. (2017). Rationale, design, and implementation of a clinical trial of a mindfulness-based relapse prevention protocol for the treatment of women with comorbid posttraumatic stress disorder and substance use disorder. *Contemporary Clinical Trials*, 61, 108-114. <https://doi.org/10.1016/j.cct.2017.07.024>
- Warner, L. R., Settles, I. H. y Shields, S. A. (2018). *Intersectionality Theory in the Psychology of Women*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000059-027>
- Warshaw, C. y Tinnon, E. (2018). *Coercion Related to Mental Health and Substance Use in the Context of Intimate Partner Violence*. National Center on Domestic Violence, Trauma and Mental Health. http://www.nationalcenterdvtraumamh.org/wp-content/uploads/2018/03/NCDVTMH_MHSUCoercionToolkit2018.pdf