

Inequidades de género, abuso de sustancias y barreras al tratamiento en mujeres en prisión

Martha Romero Mendoza,¹ Gabriela Saldívar,¹ Lilian Loyola,² Eva Rodríguez,¹ Jorge Galván¹

Artículo original

SUMMARY

The vast majority of women in Mexican prisons have several mental health disorders and addictions, as well as problems obtaining access to treatment for this type of problems.

These women's personal background and prison conditions reflect the unresolved problems of the country, such as education and illiteracy, access to health and housing and inequity in the justice systems.

The literature has shown that substance abuse affects female prisoners to a greater extent than other women, and that their disadvantaged socio-economic status makes them more likely to engage in and continue substance abuse. Other aspects that exacerbate this vulnerability are their low educational attainment, lack of job skills, and exposure to stigmatization and discrimination in addition to the physical and psychological consequences of addictive behavior.

One aspect that has been internationally acknowledged is that gender inequities make women's health more vulnerable, particularly that of female prisoners, since they have greater health deficits and more treatment barriers. International literature has shown that female users of psychoactive substances in general face more barriers than men in seeking or continuing treatment.

Research has also shown that the most common personal barriers in women are denial, shame and guilt. Likewise, women's anxiety and depressive disorders tend to be more prevalent and severe, which in turn prevents them from seeking help when they have substance abuse problems.

The most common family-related barriers are the difficulty of attending treatment due to family, partner or childcare obligations, pregnancy or fear of losing custody of their children.

The main barriers faced by women regarding treatment institutions are the insensitivity or inadequate training of the staff that work there, prejudice and negative attitudes towards women, lack of information on available treatment and extremely long waiting lists.

As a result of the above, the aim of this study is to document the barriers to the treatment of addictions of female prisoners, a disadvantaged group that has rarely been studied in Mexico, in order to understand certain aspects related to this population's access to treatment and continuation of the latter.

The design used for this research is an ex post facto, descriptive, non-experimental, cross-sectional field study. The sample consisted of

213 women, chosen for convenience, who met the following criteria: alcohol and drug users, ages 18 to 65, able to read and write and with no psychiatric disorders or handicaps that would prevent the interview.

The women that participated in this study were drawn from two Mexico City prisons: the Centro Preventivo Femenil Oriente, which houses women that have been accused, tried and sentenced, and the Centro de Readaptación Social Femenil Tepepan, where the inmates are women who have been sentenced and also have psychiatric problems. The ethical care observed included informing the interviewees of the objectives of the study, voluntary participation, confidential handling of the information and the use of witnesses, as well as guaranteeing participants the right to abandon the study and not to answer questions they found uncomfortable.

The instrument was designed as a semi-structured interview with 242 questions covering various areas including Allen's Questionnaire on Treatment Barriers. It can be self-administered by the respondents, has internal consistency, construct and content validity and was adapted by Romero (2002). Some of the respondents had to have the questionnaire read out to them because of their low educational attainment. This questionnaire consists of 41 items, 30 of which are divided into three categories: 1. characteristics of treatment services, 2. beliefs, feelings or thoughts, and 3. socio-environmental aspects. Each category also includes an open question to discover other types of barriers not included in the three categories.

The results yielded the following socio-demographic profile of the interviewees: 45.5% were in the 28 to 40 year age group; and had had 6 or less years' education (41.3%) or completed junior high school (36.2%). The majority were single (48.6%) or common law (21.6%), while 50.7% had children under the age of 18. Certain other characteristics of this sample such as depression, violence and alcohol and drug use have been reported in other studies.

Of the total group of women that had received treatment at some time in their lives, 52.6% (n=112) mentioned some type of barrier to treatment for addictions. A total of 29.1% (n=62) of these women mentioned some type of barrier to treatment for alcohol use, while 44.1% (n=94) cited some type of barrier to treatment for drug use. Lastly, 39.2% (n=44) mentioned some type of barrier to treatment for both types of consumption.

An analysis of the treatment sub-scale by socio-demographic variable showed greater difficulty in obtaining treatment among women ages 28 to 40 and among those with children under 18.

¹ Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.

² Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM).

Correspondencia: Dra. Martha Romero Mendoza, Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. Calz. México-Xochimilco 101, San Lorenzo Huipulco, Tlalpan, 14370 México, D.F. Tel. 4160-5145. E-mail: romerom@imp.edu.mx

Recibido primera versión: 29 de junio de 2009. Segunda versión: 23 de febrero de 2010. Aceptado: 25 de mayo de 2010.

Statistically significant differences were observed regarding the type of offense (robbery) and availability of treatment.

As for the beliefs, feelings and thoughts sub-scale, statistically significant differences were found among women with children under 18 and those finding it hard to abandon consumption.

The sub-scale related to situational aspects, such as rejection from friends, proved to be the main barrier to enter treatment and was statistically significant among single women.

The results of this study pose challenges to the health and mental health service sector regarding the timely treatment and rehabilitation of marginalized women. Likewise, acknowledging gender inequities is crucial when it comes to designing health promotion strategies. Without this perspective, their effectiveness could be jeopardized and gender inequalities actually exacerbated.

Key words: Gender inequity, substance abuse, treatment barriers, women, prison.

RESUMEN

La gran mayoría de las mujeres recluidas en las prisiones de México presentan una gran cantidad de trastornos de salud mental y adicciones, así como dificultades para acceder al tratamiento para este tipo de problemas.

Los antecedentes personales y las condiciones de reclusión de estas mujeres reflejan los problemas no resueltos del país como son educación y analfabetismo, acceso a la salud, vivienda e inequidad en los sistemas de procuración de justicia.

En la bibliografía se ha señalado que el abuso de sustancias afecta a las mujeres presas en mayor medida que a otras mujeres y que su situación socioeconómica desfavorable las hace más susceptibles de incidir y prevalecer en la conducta de abuso de sustancias. Otros aspectos que acentúan esta vulnerabilidad son el bajo nivel educativo, las pocas habilidades para el trabajo, la exposición a la estigmatización y la discriminación, además de las consecuencias físicas y psicológicas de la conducta adictiva.

Un aspecto reconocido internacionalmente es que las inequidades de género vulneran de manera particular la salud de las mujeres, lo cual es aún más evidente en las mujeres presas, pues presentan mayores déficits en su salud y mayor número de barreras al tratamiento. Se ha documentado en la bibliografía internacional que las usuarias de sustancias psicoactivas en general se enfrentan a un mayor número de barreras que los hombres para buscar o seguir un tratamiento.

Por lo anterior, el objetivo del estudio es documentar las barreras al tratamiento de adicciones de mujeres en prisión, una población desfavorecida poco estudiada en México a fin de entender algunos aspectos relacionados con el acceso a tratamientos de esta población y su permanencia en ellos.

El diseño utilizado para esta investigación corresponde a un estudio de campo transversal no experimental, descriptivo, *ex post facto*. La muestra se conformó de 213 mujeres, seleccionadas por

conveniencia, con los siguientes criterios: usuarias de alcohol y drogas, edad de 18 a 65 años, que supieran leer y escribir, sin trastorno psiquiátrico o discapacidad que impidiera la entrevista.

Las mujeres que participaron en este estudio se seleccionaron de dos prisiones de la Ciudad de México: el Centro Preventivo Femenil Oriente, donde se encuentran mujeres indiciadas, procesadas y sentenciadas, y el Centro de Readaptación Social Femenil Tepepan, donde se encuentran mujeres sentenciadas y con problemas psiquiátricos.

Los cuidados éticos observados en el estudio fueron: información de los objetivos a las entrevistadas, participación voluntaria, confidencialidad de la información, empleo de testigos, así como el derecho de abandonar el estudio y de no responder aquellas preguntas que les resultasen incómodas.

El instrumento empleado tuvo un formato de entrevista semiestructurada con 242 preguntas que abarcan diversas áreas, entre ellas, el «Cuestionario de Barreras hacia el tratamiento» de Allen, que es autoadministrable y posee consistencia interna, validez de constructo y de contenido que fue adaptado por Romero (2002). En este trabajo se presentan únicamente los resultados de dicho cuestionario.

Los resultados mostraron el siguiente perfil sociodemográfico en las entrevistadas: 45.5% se encontraba en el grupo de edad de 28 a 40 años; en cuanto a la escolaridad, las mujeres tenían una educación de 6 años o menos (41.3%), secundaria (36.2%), el estado civil fue en su mayoría solteras (48.6%) y en unión libre (21.6%); 50.7% tenía hijos menores de 18 años. Algunas otras características de esta muestra, como depresión, violencia, uso de alcohol y drogas se han reportado en otros trabajos.

Del total de mujeres que alguna vez en la vida habían asistido a tratamiento, 52.6% (n=112) mencionó algún tipo de barrera al tratamiento en adicciones. Un 29.1% (n=62) de estas mujeres mencionó algún tipo de barrera al tratamiento por consumo de alcohol. El 44.1% (n=94) de ellas mencionó algún tipo de barrera al tratamiento por consumo de drogas. Por último, 39.2% (n=44) mencionó algún tipo de barrera al tratamiento por ambos tipos de consumo.

El análisis de la subescala a los tratamientos por variables sociodemográficas reveló mayores dificultades para ingresar a tratamiento entre las mujeres de 28 a 40 años de edad y entre quienes tenían hijos menores de 18 años. También se observaron diferencias estadísticamente significativas en relación con las variables tipo de delito (robo) y disponibilidad de los tratamientos.

Los resultados de este estudio plantean al sector salud y a los servicios de salud mental retos para la atención oportuna en relación con el tratamiento y la rehabilitación de mujeres marginales. Asimismo, es crucial reconocer las inequidades de género cuando se diseñan estrategias de promoción a la salud. Sin dicha perspectiva, su efectividad se pone en riesgo y pueden llegar a aumentar las desigualdades de género.

Palabras clave: Inequidad de género, abuso de sustancias, barreras al tratamiento, mujeres, prisión.

INTRODUCCIÓN

Los problemas de salud mental se encuentran entre los elementos que más contribuyen al peso de la enfermedad y discapacidad para hombres y mujeres; en ellas se pueden observar con gran facilidad las inequidades socioculturales.

Se estima que los trastornos mentales dan cuenta de 12% de los años ajustados de vida/discapacidad perdidos globalmente y 31% de todos los años vividos con discapacidad en todas las edades en ambos sexos de acuerdo con las estimaciones de 2000. Sin embargo, más de 40% de los países no tienen una política en materia de salud

mental, más de 90% carecen de una política en salud mental que incluya a los adolescentes y los niños, y más de 30% no tienen programas de salud mental.¹ Algunas condiciones de salud mental afectan más a las mujeres, entre ellas la violencia interpersonal (siendo la más importante el maltrato de la pareja), las consecuencias del consumo de alcohol de sus parejas y familiares (lesiones, estrés, pérdidas económicas); la depresión y la ansiedad.² Sin embargo, son pocos los programas de tratamiento que tienen un enfoque de género.³

La primera política de género fue aprobada por la Organización Mundial de la Salud en 2002; en ella se reconoció la relevancia del tema de la equidad.⁴ En un sentido amplio, la equidad supone que la sociedad se ocupe de las circunstancias, los contextos y las situaciones sociales, económicas, políticas y culturales que influyen en las condiciones de partida y trayectorias de vida de todos. Con ello se trata de dar cuenta en forma adecuada y suficiente de las desventajas que vayan en contra de aspectos vitales de la existencia humana y responder a las diferencias en términos de características personales, contextuales y sociales que impiden realizar a plenitud estos aspectos.⁵

La equidad de género se refiere a la justa distribución de beneficios y responsabilidades entre hombres y mujeres. Desafortunadamente, el término género ha sido utilizado de manera inapropiada y de forma recurrente como un sustituto de la categoría sexo, particularmente en la bibliografía biomédica, una tendencia que sólo crea confusión. El sexo denota características determinadas biológicamente, mientras que el género indica variaciones sociales y culturales construidas entre hombres y mujeres.^{6,7}

El género se relaciona con el cómo somos percibidos y con cómo se espera que pensemos y actuemos como hombres y mujeres debido a la forma en que la sociedad está organizada, pero no por nuestras diferencias biológicas. Sin embargo, con frecuencia las diferencias biológicas se han construido como desventajas o discriminaciones.

La equidad de género, entonces, podría definirse como la ausencia de discriminación con base en el sexo de la persona en relación con las oportunidades, la distribución de recursos o beneficios o el acceso a los servicios de tratamiento.

Tratar de lograr un enfoque de género en salud significa distinguir los factores sociales y biológicos al mismo tiempo que se exploran sus interacciones y ser sensible a registrar cómo las inequidades de género afectan la salud en particular de las mujeres.⁸ Un enfoque de género en la salud mental provee la guía para la identificación de las respuestas del sistema de salud mental, así como también de la política pública, además de elevar el nivel de comprensión de la epidemiología de los problemas, las decisiones y el tratamiento de éstos en grupos vulnerables.^{9,*}

En su gran mayoría, las mujeres ubicadas en prisiones en México pertenecen a grupos vulnerables, presentan una gran cantidad de trastornos de salud mental y

adiciones y dificultades para acceder a tratamiento para dichos problemas.¹⁰

La población femenina en prisión refleja los problemas no resueltos del país sobre educación y analfabetismo, acceso a la salud, vivienda pero sobre todo, justicia. De acuerdo con Azaola: «[...] debe agregarse que, como regla general, las internas pertenecen a los sectores sociales más marginados, como ocurre en todas partes. Se trata del reclutamiento preferencial de los pobres por parte de los sistemas de procuración de justicia, que ha sido tantas veces denunciado por los críticos del derecho penal [...]».¹¹

El problema de abuso de sustancias afecta asimismo a las mujeres presas en mayor medida que a otras mujeres por pertenecer a un grupo socioeconómicamente desfavorecido y debido a que son más susceptibles de incidir y prevalecer como consumidoras de drogas. En un estudio sobre el abuso de sustancias de mujeres en prisión, Romero¹² reportó que, en la modalidad de uso alguna vez en la vida, 77.9% de las mujeres habían consumido cocaína, 67.1% marihuana y 46% sedantes. En dicho estudio, 41.4% de las mujeres admitieron haber cometido un delito bajo el efecto de las drogas. La sustancia usada más comúnmente (27.7%) fue la cocaína y sus combinaciones (con alcohol, marihuana o solventes). Le siguieron en orden decreciente el flunitrazepam (3.4%), las «pastillas» (3.4%), la marihuana (2.9%), el alcohol (2.9%), los solventes inhalables (1%) y las anfetaminas (0.5%). Dentro de las prácticas de riesgo para el contagio del VIH, 8.1% del total de las mujeres entrevistadas compartieron alguna vez jeringuillas al administrarse drogas y 33% de ellas consumieron alcohol/drogas durante el embarazo.

Un gran número de usuarias de drogas en prisión son vulnerables, además, por el pobre nivel educativo, las pocas habilidades para el trabajo derivadas del contexto social de carencias y estrés, la exposición a la estigmatización y la discriminación, además de las consecuencias físicas y psicológicas del abuso de sustancias en sí mismo.^{13,14}

Otro factor encontrado asociado a este tipo de población es la violencia. Sobre la violencia física mutua de pareja en mujeres en prisión, Saldívar¹⁵ encontró que más de la mitad de ellas reportaron que alguna vez en su vida habían sufrido algún evento de violencia física por parte de su pareja. Asimismo, con respecto a la violencia ejercida por las mujeres hacia sus parejas, una de cada cuatro mencionó haber ejercido violencia hacia su pareja (26.8%).

* El concepto de poblaciones vulnerables es diferente al de poblaciones en riesgo. Una población en riesgo es definida por una exposición media más alta a un factor que propicia la enfermedad. Todos los individuos en una población en riesgo muestran una alta exposición al riesgo. La población vulnerable es un subgrupo o una subpoblación que, debido a que comparte ciertas características sociales, se encuentra en el riesgo mayor. La noción de poblaciones vulnerables se refiere a grupos que, por su posición en el estrato social, están expuestos comúnmente a condiciones contextuales que los distinguen del resto de la población. Como consecuencia, la distribución de la exposición al riesgo de la población vulnerable es una media más alta que la del resto de la población.

Es comprensible, entonces, que este grupo de mujeres maneje mayores déficits en su salud y mayor número de barreras a tratamiento. Estas barreras han sido definidas por Allen como: «Fenómenos subjetivos, que pueden ser creencias o percepciones de la persona y/o fenómenos externos, como el sistema de salud, características de los programas o factores socioculturales y ambientales y/o cualquier aspecto que obstruya o restrinja la vía para recibir atención sobre un problema particular».¹⁶

El interés por estudiar las razones del por qué las personas no asisten a tratamiento ha aumentado después de dar cuenta de que no es únicamente por cuestiones económicas, sino también culturales, como la discriminación generica o de la estructura de los servicios de tratamiento.¹⁷

La bibliografía internacional señala reiteradamente para las usuarias de sustancias psicoactivas en general que: se topan con mayor número de barreras que los hombres para buscar o seguir un tratamiento; enfrentan más barreras de índole familiar y personal (negación, culpa); barreras de tipo económico; tienen más dificultades para asistir a un tratamiento regular por obligaciones familiares, de la pareja y de cuidado de los menores; las mujeres reportan sentirse avergonzadas o apenadas por estar en un tratamiento por abuso de sustancias; el embarazo y el miedo de perder la custodia de los hijos; los trastornos de ansiedad y depresivos, que tienden a ser más prevalentes y graves entre las mujeres, les impiden buscar ayuda por los problemas de abuso de sustancias y finalmente se afirma que si se les provee casa, transporte, educación y apoyo económico se reduce el abuso de sustancias, posteriormente en mayor medida que en los hombres.¹⁸⁻²⁴

Las barreras estructurales que crean las instituciones se refieren en particular a una inadecuada capacitación de los profesionales de salud, que implica falta de detección temprana y de canalización oportuna, insensibilidad en el tratamiento de mujeres y recursos económicos escasos. Asimismo, se mencionan la ausencia de lugares seguros libres de drogas, financiamiento público inadecuado, prejuicios y actitudes negativas hacia las mujeres; falta de información sobre tratamientos disponibles y listas de espera muy largas.^{19,25,26}

El objetivo del presente estudio es documentar las barreras al tratamiento de adicciones de mujeres en prisión, una población desfavorecida poco estudiada en México. La identificación de las principales barreras a partir de un instrumento construido desde la perspectiva de mujeres en desventaja permitirá entender algunos de los aspectos relacionados con el acceso a tratamientos de esta población y su permanencia en ellos. Este trabajo forma parte de una investigación más amplia cuya finalidad última fue desarrollar, desde la reducción del daño y la perspectiva de género basada en la evidencia, una estrategia de intervención para el consumo de alcohol/drogas para mujeres ubicadas en prisión.²⁷

MÉTODO

Tipo de estudio. Estudio de campo transversal no experimental, descriptivo, *ex post facto*.

Escenario. Dos prisiones de mujeres de la Ciudad de México: el Centro Preventivo Femenil Oriente, donde se encuentran mujeres indiciadas, procesadas y sentenciadas, y el Centro de Readaptación Social Femenil Tepepan, donde se encuentran mujeres sentenciadas y con problemas psiquiátricos.

Participantes

La muestra estuvo formada por 213 mujeres, seleccionadas por conveniencia con base en los siguientes criterios: usuarias de alcohol y drogas, edad de 18 a 65 años, que supieran leer y escribir, sin trastorno psiquiátrico o discapacidad que impidiera la entrevista.

Las participantes fueron informadas de los objetivos de la investigación, de que su participación era voluntaria y de que la información obtenida se trataría confidencialmente. Asimismo, se les pidió que eligiesen dos testigos que firmasen este acuerdo en presencia de los investigadores. Las participantes fueron informadas de que podían abandonar el estudio en el momento que ellas lo decidieran y de que podían no contestar preguntas que les resultasen incómodas.

Instrumento

El instrumento empleado en este estudio tuvo un formato de entrevista semiestructurada con 242 preguntas,^{28,*} que abarca muy diversas áreas; entre ellas, el cuestionario de Allen sobre Barreras al Tratamiento, que posee consistencia interna, validez de constructo y de contenido.²⁸⁻³⁰ En este trabajo únicamente se reportan resultados de dicho cuestionario. Éste es autoadministrable, de 41 reactivos, de los cuales 30 están divididos en tres categorías: 1. características de los servicios de tratamiento, 2. creencias, sentimientos o pensamientos y 3. aspectos socioambientales; además hay una pregunta abierta por cada categoría para conocer otro tipo de barreras no incluidas. Por las características de la muestra, en este estudio, cada uno de los reactivos le fue leído a la mujer.

RESULTADOS

Las características demográficas de las mujeres entrevistadas señalan que 45.5% se encontraban en el grupo de edad de 28 a 40 años; en cuanto a la escolaridad, las mujeres tenían una educación de 6 años o menos (41.3%), secundaria (36.2%); el estado civil fue en su mayoría soltera (48.6%)

* Con autorización de la autora.

y en unión libre (21.6%); 50.7% tenía hijos menores de 18 años. Algunas otras características de esta muestra, como depresión, violencia, uso de alcohol y drogas, han sido reportadas en otros trabajos.^{15,31-34}

De la muestra total de mujeres que alguna vez en la vida han asistido a tratamiento, un 52.6% (n=112) menciona algún tipo de barrera al tratamiento en adicciones alguna vez en la vida. Un 29.1% (n=62) de estas mujeres menciona algún tipo de barrera al tratamiento por consumo de alcohol. Un 44.1% (n=94) de estas mujeres menciona algún tipo de barrera al tratamiento por consumo de drogas. Por último, un 39.2% (n=44) de ellas menciona algún tipo de barrera al tratamiento por ambos tipos de consumo.

La escala de barreras al tratamiento de Allen¹⁶ se divide en tres subescalas. Para este estudio, el alfa de Cronbach de cada una de las subescalas fue aceptable. La subescala de 1. servicios de tratamiento obtuvo un alfa de Cronbach de .82; 2. creencias, sentimientos y pensamientos, un alfa de Cronbach de .81, y 3. aspectos socioambientales, un alfa de Cronbach de .81.

Cuadro 1. Distribución porcentual de las barreras hacia los servicios de tratamiento, que presentaron las mujeres que han asistido a tratamiento alguna vez en la vida, con base en su patrón de consumo de alcohol, drogas o ambos

Servicios de tratamiento	Alcohol N=62%	Drogas N=93%	Drogas y alcohol N=43%
No confiar en programas de tratamiento que te enseñen lo que necesites saber como mujer que consume	35.0	36.6	34.9
Desconocer la ubicación del programa de tratamiento	33.3	24.7	30.2
La posibilidad de tener que hablar en grupo donde se encuentren hombre presentes	25.0	21.5	23.3
La posibilidad de tener que hablar del problema con un terapeuta varón	23.3	19.4	23.3
Los programas de tratamiento que atienden pacientes sean de ambos sexos	23.3	22.8	25.6
Que no se brinde ayuda para mantenerte sin consumir después del tratamiento	23.3	19.4	25.6
El trato del personal a los pacientes a cargo del problema	20.3	28.6	26.2
Lo lejos que quedaban los tratamientos de tu casa	20.0	16.1	20.9
Tener que esperar a que hubiera lugar disponible para poder participar en él	13.3	12.9	18.6
La falta de transporte para llegar al programa	11.9	7.6	11.9

A continuación se presentan los resultados del tipo de barrera al tratamiento por cada una de las subescalas antes mencionadas en mujeres que han consumido alcohol, algún tipo de drogas o ambas. Posteriormente se presentarán las diferencias significativas encontradas entre el tipo de consumo, el tipo de barrera al tratamiento y algunas variables sociodemográficas como estado civil, el grado de estudio, si tiene hijos y tipo de delito.

En los cuadros uno a tres se describen las frecuencias a las barreras al tratamiento en mujeres que han consumido alcohol, drogas y por ambas en cada una de las subescalas: Servicios de tratamiento (cuadro 1), Creencias, sentimientos y pensamientos (cuadro 2), y Aspectos situacionales (cuadro 3).

A continuación se describe la subescala de barrera al tratamiento por las variables sociodemográficas como estado civil, el grado de estudio, si tiene hijos y tipo de delito.

Barreras a los tratamientos por variables sociodemográficas

a) *Servicios de tratamiento:* De las 112 participantes que mencionan algún tipo de barrera al tratamiento en

Cuadro 2. Distribución porcentual de las barreras al tratamiento, respecto a las creencias, sentimientos y pensamientos, que presentaron las mujeres que han asistido a tratamiento alguna vez en la vida, con base en su patrón de consumo de alcohol, drogas o ambos

Creencias, sentimientos y pensamientos	Alcohol N=62%	Drogas N=93%	Drogas y alcohol N=43%
Tener problemas para mantenerte sin consumir después del tratamiento	44.1	42.4	50.0
No creer que beber sea un problema para ti	38.3	41.9	44.2
Sentirte avergonzada cuando admites este problema	38.3	40.2	44.2
Creer que debes solucionar tus problemas de salud por ti misma	35.0	39.8	41.9
No confiar en que los doctores, las clínicas o los hospitales te puedan ayudar	25.0	31.2	23.3
No dejar que los problemas de salud interfieran en tu vida	21.1	23.3	25.0
Tener responsabilidades en casa como madre, esposa o compañera	16.9	15.2	21.4
No poder pagar el tratamiento para este problema	16.7	17.2	20.9
No ser derechohabiente ni tener un seguro médico que cubra los gastos	15.3	18.5	21.4
Tener creencias religiosas acerca de este problema	6.7	8.6	7.0

adiciones alguna vez en la vida, se encontraron diferencias significativas entre la ubicación del programa y el grupo de edad, donde el grupo de edad de 28 a 40 años ve la ubicación del programa como una barrera al tratamiento (40%) ($\chi^2=6.21$ [gl 110/2], $p=.04$) a diferencia de las mujeres del grupo de edad de 18 a 27 años (33.3%) y de 41 a 62 años (26.7%). Sobre este mismo tipo de barrera, las mujeres que tienen hijos menores de 18 años ven también la ubicación del tratamiento como un barrera (33.3%) ($\chi^2=8.47$ [gl 110/3], $p=.03$) a diferencia de las mujeres que no tienen hijos (20%), hijos mayores de 18 años (16.7%) o mujeres que tienen hijos menores y mayores de 18 años (30%).

También se encontraron diferencias significativas en cuanto a la disponibilidad del lugar para el tratamiento y el tipo de delito, donde las mujeres ven como una barrera tener que esperar un lugar disponible al programa y haber cometido robo inespecífico o simple (66.7%) ($\chi^2=18.66$ [gl 110/9], $p=.02$) a diferencia de las mujeres que han cometido delitos como daños contra la salud (8.3%) y homicidio (8.3%).

Cuadro 3. Distribución porcentual de las barreras al tratamiento, respecto a los Aspectos situacionales, que presentaron las mujeres que han asistido a tratamiento alguna vez en la vida, con base en su patrón de consumo de alcohol, drogas o ambos

Aspectos situacionales	Drogas		
	Alcohol N=62%	Drogas N=93%	y alcohol N=43%
Necesitar el alcohol/drogas para enfrentar las tensiones de la vida cotidiana en tu comunidad	40.7	38.7	46.5
Tener miedo de que admitir tu problema se emplee para quitarte a tus hijos	36.2	33.7	38.1
Vivir en una comunidad en la que todo mundo espera que en las fiestas se utilice alcohol/drogas	35.6	35.5	39.5
Que tus amistades no te acepten si dejas de consumir	33.9	32.3	39.5
Que te protejan de los efectos negativos del alcohol/drogas, tus amigos, tu familia o tus compañeros de trabajo	29.3	23.7	39.5
No tener apoyo de tu familia o tus amistades para buscar ayuda	27.6	22.8	26.2
Que tu novio, esposo o amante se enoje si dejas de consumir	18.6	12.9	20.9
No tener tiempo libre en tu trabajo	17.5	16.3	19.0
No tener a alguien de tu familia o de tu colonia que cuide a tus hijos	11.9	7.5	11.6
No tener en tu comunidad un programa o reuniones que te ayuden a dejar el alcohol/drogas	8.5	12.9	7.0

En cuanto al trato del personal a cargo del programa hacia los pacientes por grupo de hijos, se encontraron diferencias significativas en las mujeres que ven esta situación como una barrera al tratamiento y que tienen hijos menores de 18 años (44.4%) ($\chi^2=7.68$ [gl 108/3], $p=.05$) a diferencia de las mujeres que no tienen hijos (29.6%), hijos mayores de 18 años (14.8%) o mujeres que tienen hijos menores y mayores de 18 años (11.1%).

Con respecto al transporte, por grupo de hijos, se encontraron diferencias significativas en las mujeres que ven la falta de transporte como una barrera al tratamiento y que tienen hijos menores y mayores de 18 años (33.3%) ($\chi^2=7.30$ [gl 109/3], $p=.05$) a diferencia de las mujeres que no tienen hijos (22.2%), que tienen hijos menores de 18 años (11.2%) o hijos mayores de 18 años (33%).

- b) *Creencias, sentimientos y pensamientos:* En esta subescala se encontraron diferencias significativas en cuanto al consumo y el grupo de hijos, donde las mujeres ven el no poder dejar de consumir como una barrera para el tratamiento y que tienen hijos menores de 18 años (47.7%) ($\chi^2=7.78$ [gl 109/3], $p=.05$) a diferencia de las mujeres que no tienen hijos (11.4%), hijos mayores de 18 años (27.3%) o mujeres que tienen hijos menores y mayores de 18 años (13.6%).
- c) *Aspectos situacionales:* En esta subescala se encontraron diferencias significativas en cuanto al estado civil y la no aceptación por parte de sus amistades si dejan de consumir, en las mujeres que ven esta situación como una barrera para el tratamiento y que son solteras (48.5%) ($\chi^2=11.7$ [gl 109/6], $p=.05$) a diferencia de las casadas (21.2%), unión libre (18.2%), viuda (3%), divorciadas (3%) o casadas-separadas (6.1%).
- Con respecto al tener miedo de que admitir que el consumo se emplee para quitarles a sus hijos y por el grupo de hijos, se encontraron diferencias significativas entre las mujeres que ven esta situación como una barrera al tratamiento y además que tienen hijos menores de 18 años (58.3%) ($\chi^2=12.06$ [gl 108/3], $p=.007$) y las que tienen hijos mayores de 18 años (27.8%) o mujeres que tienen hijos menores y mayores de 18 años (13.9%).

CONCLUSIONES

La información obtenida en el presente estudio coincide en que, para las mujeres, los vínculos afectivos determinan en gran medida la no búsqueda de ayuda, como el miedo a no ser aceptada por la pareja y amigos y el temor de perder a los hijos, lo que obedece al mandato de género de las mujeres de «vivir para los otros» a fin de poseer pertenencia e identidad, aun a costa de su bienestar.

El grupo de mujeres de entre 28 y 40 años, el periodo de la vida productiva, reporta más barreras.

Si se revisan cuidadosamente los datos porcentuales en torno a las barreras de las instituciones, se encuentra en primer lugar la desconfianza, seguida del desconocimiento de la ubicación del servicio y en tercer lugar la presencia de varones, dato que refuerza la necesidad de tener servicios exclusivos para mujeres y con personal capacitado bajo la perspectiva de género.

La religión no tuvo peso importante en este estudio, hecho que probablemente se deba a que en la prisión algunas mujeres logran abandonar exitosamente el uso de drogas con los grupos de reflexión cristiana; lejos de ser esto una barrera, favorece la rehabilitación.

El reactivo «Necesitar el alcohol o las drogas para enfrentar las tensiones de la vida cotidiana en tu comunidad» lleva a la consideración de que las sustancias se han convertido en un mecanismo adaptativo en un ambiente marginal, así como una forma de manejo de estrés. Por lo tanto, el entrenamiento en el manejo de las emociones y la impulsividad pudiera ser de utilidad para este grupo de mujeres.

En México, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Adicciones 2002, la prevalencia total de los trastornos por uso de sustancias es de 9.2% y ocupa el segundo lugar, sólo después de los trastornos de ansiedad. La prevalencia total de la dependencia al alcohol en hombres es de 11.5%, mientras que en las mujeres es de 1%. Respecto a la dependencia a las drogas, es de 0.7% en hombres y de 0.2% en mujeres.³⁵ En nuestro país todavía es muy poca la gente atendida por algún trastorno mental; la tasa de atención es una de cada diez personas con un solo trastorno, una de cada cinco con dos trastornos y una de cada diez con tres trastornos.

Los tipos de ayuda buscados para atender problemas por abuso de sustancias, reportados en la ENA³⁶ son: la mayor parte de las veces de tipo inespecífico, seguido por atención médica, luego por sacerdotes, por centros comunitarios y finalmente por servicios psiquiátricos.

Los resultados de este estudio no sólo no contradicen los datos de la ENA sino que le plantean al sector salud, y en particular a los servicios de salud mental, retos para la atención oportuna, el tratamiento y la rehabilitación de mujeres marginales.

Reconocer las inequidades de género es crucial cuando se diseñan estrategias de promoción a la salud y de procuración de justicia para las mujeres. Sin dicha perspectiva, su efectividad se pone en riesgo y las desigualdades de género pueden llegar a aumentar como lo han sustentado diversos estudios.³⁷⁻⁴⁰

El tratamiento es un aspecto de gran importancia que debe considerarse ya que se ha demostrado⁴¹⁻⁴³ que, cuando las personas que consumen drogas son tratadas oportunamente, se reducen los costos a todos los niveles (de salud, familiares, sociales, económicos y legales). En este caso, si estas mujeres hubieran sido atendidas oportunamente, tal vez no estarían hoy en prisión.

REFERENCIAS

1. Afifi M. Gender differences in mental health. *Singapore Med J* 2007;8(5):385-391.
2. Wyshak G. Violence, mental health, substance abuse: problems for women worldwide. *Health Care Women International* 2000;21:631-639.
3. Östlin P, Eckerman E, Shankar Mishar U, Nkowane M et al. Gender and health promotion: A multisectoral policy approach. *Health Promotion International* 2007;21(S1):25-353.
4. PAHO. 20th Session of the subcommittee on women, health, and development of the executive committee. Washington, D.C.: Ed. Pan-American Health Organization; 2003; pp.25-26 (Provisional Agenda Item 4 MSD20/3 Engl).
5. D'Elia Y, Maingon T. La equidad en el desarrollo humano: estudio conceptual desde el enfoque de igualdad y diversidad. Documentos para la discusión. Informe sobre desarrollo humano en Venezuela. Primera edición. Venezuela: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, PNUD; 2004.
6. Vlassoff C, García Moreno C. Placing gender at the centre of health programming: challenges and limitations. *Soc Sci Med* 2002;54:1713-23.
7. Romero M: Gender inequalities and inequities among women with substance abuse problems. En: Brown A (ed.). Praeger collection on addictions. Vol. I. London: Faces of Addiction, then and now, Chapter 2009; pp.4:53-75.
8. Murphy E. Being born female is dangerous to your health. *American Psychologist* 2003;58(3):205-210.
9. Frohlic K, Potvin L. The inequality paradox: a population approach and vulnerable populations. *American J Public Health* 2008;98(2):216-221.
10. Romero M (comp). Mujeres y prisión: una mirada a su salud mental. México: Ed. Liberaddictus; 2004.
11. Azaola E. Las mujeres en el sistema de justicia penal y la antropología a la que adhiero. *Cuad Antropol Soc* 2005;(jul./dic.)22:11-26.
12. Romero M, Rodríguez E, Durand A, Colmenares E et al. Mujeres en prisión y abuso de sustancias adictivas. *Género Salud Cifras* 2007;5(1):14-20.
13. Digiusto E, Treloar C: Equity of access to treatment and barriers to treatment for illicit drug use in Australia. *Addiction* 2007;102:958-969.
14. Romero M, Durand A. Abuso de sustancias adictivas en mujeres marginales. Aspectos metodológicos relacionados con su estudio. *Género Salud Cifras* 2007a;5(1):3-6.
15. Saldívar G, Romero M, Rodríguez E, Durand A et al.. Perception of mutual violence in incarcerated women's intimate partner relationships in Mexico City. *International J Prisoner Health* 2006;2(1):35-47.
16. Allen K. Development of an instrument to identify barriers to treatment for addicted women, from their perspective. *International J Addictions* 1994a;29(4):429-444.
17. National Association of Addiction Treatment Providers. Treatment is the answer: A white paper on the cost effectiveness of alcoholism and drug dependency treatment. Denver, Colorado: MEDSTAT Systems, Inc.; 1991.
18. Wilsnack S. Barriers to treatment for alcoholic women. *Addiction Recovery* 1991;(julio/agosto):10-12.
19. Beckman LJ. Treatment needs of women with alcohol problems. *Alcohol Health Research World* 1994;18(3):206-11.
20. Schober R, Annis HM. Barriers for help-seeking for change in drinking: A gender focused review of the literature. *Addictive Behaviours* 1996;21(1):81-92.
21. Brindis CD, Clayson Z, Berkowitz G. Options for recovery: California's perinatal projects. *J Psychoactive Drugs* 1997;29(1):89-99.
22. Zelvin E. Applying relational theory to the treatment of women addictions. *Affilia J Women Social Work* 1999;14(1):9-24.
23. Jessup M, Humphreys J, Brindis C, Lee K. Extrinsic barriers to substance abuse treatment among pregnant drug dependent women. *J Drug (Issues)*2003;(Spring):285-304.
24. Green C. Gender and use of substance abuse treatment services. *Alcohol Research Health* 2006;29(1):55-62.

25. Finkelstein N, Kennedy C, Thomas K, Kearns M. Gender specific substance abuse treatment. Alexandria, VA: National Women Resource Center for the Prevention and Treatment of Alcohol, Tobacco, and other Drug Abuse and Mental Illness; 1997.
26. Poole N, Isaac B. Apprehensions: barriers to treatment for substance-using mothers. Columbia, CA: Women Health Reports. Centre of Excellence for Women Health; British 2001.
27. Romero M, Durand A. Mujeres, prisión y drogas. Intervención desde la perspectiva de género y la reducción del daño. Modelos de intervención comunitaria en adicciones y salud mental. México: Manuales. Fundación Río Arronte. Instituto Nacional de Psiquiatría; 2007.
28. Romero M: Adicciones en mujeres y su relación con otros problemas de salud mental. Propuesta de un programa de reducción del daño. Proyecto CONACYT 34318-H (no publicado); 2002.
29. Allen K, Dixon M Psychometric assessment of the Allen barriers to treatment instrument. *International J Addictions* 1994b;29(5):545-563.
30. Allen K. Barriers to treatment for addicted African-American women. *J National Medical Association* 1995;87(10):751-756.
31. Romero M: Women in prison with alcohol problems: why gender responsive policies matter. *Contemporary Drug Problems* 2007b:411-426.
32. Rodríguez E, Romero M, Durand A, Colmenares E et al. Experiencias de violencia ejercida por la pareja en mujeres en reclusión. *Salud Mental* 2006;29(2):59-67.
33. Colmenares E, Romero M, Rodríguez E, Durand A et al. Female depression and substance dependence in Mexico penitentiary system. *Salud Mental* 2007;30(6):53-61.
34. Galván J, Romero M, Rodríguez E, Durand A et al. La importancia del apoyo social para el bienestar físico y mental de las mujeres reclusas. *Salud Mental* 2006;29(3):68-74.
35. Medina-Mora Ma, Borges G, Lara C, Benjet C et al. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica en México. *Salud Mental* 2003;26(4):1-16.
36. Encuesta Nacional de Adicciones. Tabaco, alcohol y otras drogas. Reporte ejecutivo. México: Secretaría de Salud. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. Dirección General de Epidemiología, Consejo Nacional contra las Adicciones; 2002.
37. Grella C. From generic to gender responsive treatment: changes in social policies, treatment services, and outcomes of women in substance abuse treatment. *J Psychoactive Drugs* 2008;5:327-343.
38. Baratta A. El paradigma de género. De la cuestión criminal a la cuestión humana. En: Birgin H. *El género del derecho penal: las trampas del poder punitivo*. Buenos Aires: Biblos; 2000.
39. Larrandat L. Control social, derecho penal y género. En: Birgin H. *El género del derecho penal: las trampas del poder punitivo*. Buenos Aires: Biblos; 2000.
40. Otano G. La mujer y el derecho penal. Una mirada de género. En: Birgin H. *El género del derecho penal: las trampas del poder punitivo*. Buenos Aires: Biblos; 2000.
41. Covington S. Women in prison: Approaches in the treatment of our most invisible population. *Women Therapy J* 1998;21(1)141-155.
42. Covington S. Creating gender-responsive programs. The next step for women's services. *Corrections Today* 2001;63(1):85-87.
43. Silber O, Marsden M, Brady T. Effectiveness of substance abuse treatment programming for women a review. *American J Drug Alcohol Abuse* 2003;29(1):1953.

Artículo sin conflicto de intereses