



Open Access

Conference Research Paper



El consumo de sustancias psicoactivas en mujeres en el mundo y en América Latina: patrones, factores predisponentes, mitos y realidades

Augusto Pérez-Gómez^{1,3}, Alejandra Villamil-Sánchez^{2,4}

Citation: Pérez-Gómez, A., Villamil-Sánchez, A. (2025). El consumo de sustancias psicoactivas en mujeres en el mundo y en América Latina: patrones, factores predisponentes, mitos y realidades. *Journal of Concurrent Disorders*, 7 (2), 4-22.

Guest-Editors:

Augusto Pérez-Gómez,
Juliana Mejía-Trujillo,
Alejandra Villamil-Sánchez

Received: 05/30/2025

Accepted: 08/05/2025

Published: 10/01/2025



Copyright: ©2025 Pérez-Gómez, A., Villamil-Sánchez, A. Licensee CDS Press, Toronto, Canada. This article is an open access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution (CC BY) license (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>)

¹Corporación Nuevos Rumbos, Colombia

²Universidad de los Andes y Corporación Nuevos Rumbos

³ORCID: 0000-0001-5853-3860

⁴ORCID: 0000-0002-0661-7648

*Corresponding author: Augusto Perez-Gomez, aperez@nuevosrumbos.org

Resumen. Se analiza el consumo de sustancias psicoactivas (SPA) en mujeres desde una perspectiva de género, evidenciando cómo el estigma, la medicalización excesiva y la falta de servicios especializados agravan su situación. Aunque históricamente han consumido menos que los hombres, las mujeres enfrentan mayores consecuencias físicas, emocionales y sociales. Factores como violencia, abuso sexual, sobrecarga de cuidados y pobreza inciden en su consumo, frecuentemente invisibilizado o malinterpretado. El texto desmitifica ideas erróneas y destaca la necesidad de intervenciones con enfoque diferencial, ético e interseccional. Aboga por sistemas de atención que reconozcan las particularidades femeninas y eliminen las barreras estructurales que limitan su derecho a la salud, el cuidado y la recuperación.

Palabras clave: Sustancias psicoactivas, Perspectiva de género, Estigma, Barreras Estructurales, Interseccionalidad.

Abstract. This article analyzes the use of psychoactive substances (PAS) among women from a gender perspective, highlighting how stigma, excessive medicalization, and the lack of specialized services worsen their situation. Although historically women have consumed less than men, they face greater physical, emotional, and social consequences. Factors such as violence, sexual abuse, caregiving overload, and poverty influence their substance use, which is often invisibilized or misunderstood. The text challenges common misconceptions and emphasizes the need for interventions with a differential, ethical, and intersectional approach. It advocates for care systems that acknowledge women's specific needs and remove structural barriers that limit their right to health, care, and recovery.

Keywords: Psychoactive substances, Gender perspective, Stigma , Structural barriers, Intersectionality

Introducción

El consumo de sustancias psicoactivas es un fenómeno en permanente transformación: cambian las sustancias empleadas, las razones para consumirlas, las formas de utilizarlas, las edades de las personas involucradas, las condiciones en las que se consumen, la epidemiología, las estrategias de tratamiento... En ese contexto, las diferencias de consumo entre hombre y mujeres se constituyen en uno de los fenómenos más dignos de atención, pues es un campo en el que se han presentado grandes cambios en las últimas décadas.

El presente capítulo tiene como propósito presentar una perspectiva global sobre algunos de esos cambios, que serán profundizados en todos los capítulos siguientes. Aun cuando los estudios nacionales e internacionales sobre consumo de alcohol y otras sustancias suelen presentar separadamente los datos para hombres y mujeres, es muy inusual que las interpretaciones incluyan una auténtica perspectiva de género; hacerlo implica tener en consideración los factores físicos, psicológicos, de entorno social y de cultura de los que surgen las motivaciones para consumir una u otra sustancia, la forma de hacerlo, y los impactos que tienen estas conductas sobre unos y otras. Y eso es relativamente raro en la literatura disponible.

En las páginas siguientes haremos un abordaje global del problema y sus dificultades; examinaremos el incremento del consumo de SPA en el mundo occidental, especialmente entre las mujeres; daremos una mirada a las razones del consumo en las mujeres; trataremos de resaltar la tendencia a “patologizar” ciertas conductas femeninas, mientras que las mismas no lo son en los hombres; trataremos de resaltar cuáles son los principales factores de riesgo para las mujeres; presentaremos los datos disponibles en América Latina; y, finalmente, revisaremos algunos mitos y creencias comunes.

1. Abordaje global del problema y sus dificultades

Consumir drogas no tiene el mismo significado para hombres y mujeres, ni es valorado del mismo modo por la sociedad. Mientras que entre los hombres el consumo de drogas es percibido como una conducta natural, social y culturalmente aceptada (salvo en casos extremos donde la adicción a las drogas aparece asociada a conductas violentas o antisociales), entre las mujeres supone un reto a los valores sociales dominantes. Por ello las mujeres con dependencia a las drogas soportan un mayor grado de reproche o rechazo social, que se traduce en un menor apoyo familiar o social (EMCDDA, 2017).

El consumo de sustancias en mujeres ha sido históricamente invisibilizado en las políticas públicas y la investigación científica. Como señalan Maffia et al. (2011), existe un "ocultamiento sistemático" de las

mujeres en las estadísticas sobre problemas con las drogas, lo que dificulta el diseño de intervenciones adecuadas. Este fenómeno responde a estereotipos de género que asocian el consumo problemático principalmente con hombres, ignorando las particularidades del uso femenino de sustancias (Arostegi & Martínez, 2019).

Los estudios especializados sobre mujeres con trastornos por consumo de sustancias revelan patrones psicológicos y sociales recurrentes. La evidencia científica documenta consistentemente (Instituto de Adicciones de Madrid Salud, 2019; UNODC, 2022) que este grupo poblacional presenta:

- 1 Problemas emocionales y afectivos, tales como cuadros depresivos, autopercepción de incapacidad y baja autoestima;

- 1 Relaciones interpersonales problemáticas, particularmente vínculos de dependencia afectiva en pareja y tendencia a la autculpabilización;

- 1 Antecedentes traumáticos: existen estudios que muestran una alta incidencia de violencia de género (incluyendo abuso sexual) y maltrato frecuente en sus historias de vida, así como comorbilidad psiquiátrica con elevada presencia de trastornos duales (Lotzin et al., 2019). El 68% de mujeres en tratamiento reportan maltrato previo, según UNODC (2023).

Las investigaciones sobre consumo de sustancias en jóvenes españoles indican que, si

bien no existen diferencias significativas por sexo en las edades de inicio al consumo, los hombres presentan mayores tasas de consumo de drogas ilegales, un patrón consistente que se mantiene desde el año 2000. No obstante, las mujeres jóvenes desarrollan mayor percepción de riesgo y estrategias de control más efectivas; un hallazgo similar resultó en un estudio sobre mujeres mayores en Colombia (Scoppetta et al., 2021). Este fenómeno presenta variaciones importantes entre continentes: aun cuando lo que ocurre en España puede ser muy similar en otros países europeos, las diferencias con los países latinoamericanos pueden ser significativas (Observatorio Interamericano de Drogas, 2019; UNODC, 2024).

La comprensión del consumo de sustancias psicoactivas (SPA) en mujeres dentro de América Latina se encuentra limitada por diversos factores estructurales y sociales. Uno de los principales obstáculos es la falta de desagregación por sexo en los sistemas de vigilancia epidemiológica: apenas seis de los 21 países de la región reportan de forma sistemática datos diferenciados por género (OEA, 2023). Esta omisión estadística no solo invisibiliza a las mujeres consumidoras, sino que también refuerza estereotipos que vinculan el consumo problemático principalmente con los varones (Villatoro et al., 2021).

Asimismo, las mujeres que consumen SPA enfrentan niveles más altos de estigmatización social. Mientras el consumo en hombres suele percibirse como algo “tolerado” o “culturalmente comprensible”, en el caso de las mujeres se asocia con una falla moral o una transgresión de su rol social, lo que genera un mayor rechazo por parte de sus familias y

comunidades, retrasando así la posibilidad de solicitar ayuda (SEDRONAR, 2022). Esta situación se ve agravada por la escasez de servicios de tratamiento con enfoque de género: solo el 22 % de los centros en la región cuenta con programas dirigidos específicamente a mujeres, y menos del 15 % ofrece servicios complementarios como el cuidado infantil (CICAD, 2023).

El Instituto de Adicciones de Madrid Salud (2019) identifica tres grandes dificultades que obstaculizan el abordaje adecuado del consumo en mujeres, y que constituyen un complemento a lo que acabamos de presentar:

1. Inadecuación de los instrumentos de detección temprana.

Los mecanismos tradicionales para identificar consumos problemáticos han sido diseñados bajo patrones masculinos, lo que reduce su eficacia en la detección de casos femeninos. Esta limitación se manifiesta en dos niveles principales:

- a) Sesgo de género en los indicadores, ya que los cuestionarios convencionales priorizan conductas visibles como el consumo en espacios públicos o la frecuencia cuantitativa, dejando de lado características más comunes en las mujeres como el consumo en el ámbito doméstico, el uso de sustancias legales como ansiolíticos o analgésicos, y la automedicación vinculada a problemas emocionales como la ansiedad o la depresión. Cabe aclarar que, en América Latina, los estudios sí incluyen preguntas sobre el uso de sustancias legales.

- b) Factores contextuales no contemplados, como el temor a perder la custodia de los hijos o las obligaciones de cuidado que impiden buscar ayuda.

En conjunto, estas carencias dificultan una intervención oportuna, lo que deriva en mayor cronicidad al momento de iniciar tratamiento, sobremedicalización de síntomas psicológicos, y exclusión de las estadísticas oficiales, perpetuando así la invisibilidad del fenómeno (EMCDDA, 2017).

2. Estigmatización social intensificada hacia mujeres consumidoras.

Como mencionamos antes, el juicio social hacia las mujeres que consumen sustancias es más severo que el dirigido a los hombres. Mientras estos suelen ser considerados “enfermos” que requieren tratamiento, ellas son señaladas como “malas madres” o moralmente reprobables (Instituto de Adicciones de Madrid, 2019, p. 47). Este doble estándar tiene consecuencias directas: el 62 % de las mujeres oculta su consumo por miedo al rechazo familiar o a la pérdida de la custodia de sus hijos e hijas (OMS, 2022). Esta situación prolonga la dependencia y retrasa la atención. La interacción entre el estigma y la ausencia de servicios adecuados configura una barrera estructural que mantiene el problema fuera del radar institucional y limita el acceso a tratamientos efectivos (Barlee, 2020; Nyblade et al., 2019).

3. Escasez de servicios especializados con enfoque de género.

En la mayoría de países, la oferta de atención para mujeres es muy limitada. Menos del 20 % de los centros de tratamiento en América Latina cuenta con programas diferenciados (CICAD, 2021), y en Europa apenas el 35 % dispone de infraestructura para permitir el ingreso conjunto de madres con sus hijos (EMCDDA, 2022). Esta ausencia obliga a las mujeres a insertarse en dispositivos pensados para varones, sin considerar necesidades específicas como atención ginecológica, apoyo para el cuidado infantil durante el tratamiento o la atención especializada para situaciones de violencia de género (UNODC, 2023; International AIDS Society, 2019).

2. Incremento del consumo en el mundo occidental

En las últimas décadas se observa un aumento alarmante del consumo de sustancias en mujeres. Según Carrizo-Corvalán & Theiler (2024) el cambio en los roles sociales femeninos (mayor inserción laboral, independencia económica) ha venido acompañado de un incremento del 30% en el uso de psicofármacos entre 2010-2020. Datos del OEDT (2023) revelan que:

- Una de cada cuatro mujeres europeas consume alcohol en niveles de riesgo.
- El uso de hipnosedantes es 2.5 veces mayor en mujeres que en hombres

Las tendencias regionales muestran cambios alarmantes en los patrones de consumo femenino en las Américas. El informe más reciente de la PAHO (2023) documenta un aumento del 40% en el consumo riesgoso de alcohol entre mujeres jóvenes (15-29 años) durante el período 2015-2022. Paralelamente, el uso no médico de benzodiazepinas creció un 65% en mujeres adultas (30-49 años), especialmente en contextos urbanos (UNODC, 2024). Este incremento se atribuye a factores como cambios en roles sociales, mayor estrés y acceso a sustancias.

Igualmente, se ha observado una disminución en la edad de inicio del consumo de sustancias entre mujeres, lo que aumenta el riesgo de desarrollar dependencia y otros problemas de salud a largo plazo (OPS, 2022).

La brecha de género tradicional en el consumo de cannabis se ha reducido significativamente, pasando de una proporción 4:1 (hombres: mujeres) a apenas 2:1 en la última década (OEDT, 2022). Este cambio refleja tanto procesos de normalización social como estrategias de marketing específicamente dirigidas al público femenino, como los productos de cannabis "belleza y bienestar" (Romo-Avilés, 2023). Esta tendencia se observa claramente en los informes sucesivos de Naciones Unidas, que muestran que a la vez que el consumo en general tiende a aumentar, la brecha entre hombres y mujeres tiende a disminuir.

De acuerdo con la OPS (2022), el consumo de alcohol en mujeres ha mostrado un aumento, con patrones que incluyen el consumo excesivo episódico, especialmente entre mujeres jóvenes y en contextos urbanos.. Este tipo de consumo está asociado con riesgos significativos para la salud

física y mental. En cuanto a las ilícitas, como la marihuana y la cocaína, ha aumentado entre las mujeres en la región. Este fenómeno se relaciona con factores socioeconómicos y la exposición a entornos de violencia.

En resumen, las tendencias indican un aumento preocupante en el consumo de drogas y alcohol entre mujeres en América Latina, impulsado por una combinación de factores sociales, económicos y culturales. Abordar este problema requiere enfoques integrales que consideren las particularidades de género y promuevan la equidad en la atención y prevención.

Los datos en América Latina*

País	Año último estudio	Alcohol		Tabaco		Marihuana		Cocaína		Tranquilizantes	
		H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Argentina	2017	48	23	33	26	12	6	2,5	0,8	0,6	0,9
Bolivia	2014	31	17	22	8	1	0,5	0,4	0,3	2,1	1,7
Brasil											
Chile	2016	53	39	36	31	18	11	1,7	0,4	1,4	1,9
Colombia	2019	38	23	14	6	4,2	1,3	1	0,2	0,6	0,6
Paraguay	2003	61	33	24	7	0,4	0,2	0,2	0,2		5
Perú	2010	39	24	20	8	2	0,5	0,7	0,3		
Uruguay	2014	65	41	34	24	13	7	2,4	0,8	2	2,5
Venezuela	2011	43	24	25	13	3	1	0,9	0,2		
México	2016	48	23	23	8	7	3	1,4	0,3	0,3	0,3
Belice	2005	31	23	17	7	11	7	0,3	0,4		
Costa Rica	2015	34	21	16	6	11	2	1,7	0,4	1,9	2,1
El Salvador	2014	15	5	9	3	4	1	0,6	0,1	1,5	1,9
Guatemala											
Honduras											
Panamá								0,3	0	0,7	0,8
Suriname	2003	42	19	30	7	7	1				

*Los datos de alcohol y cigarrillo corresponden al consumo de último mes; los demás, a último año.

En general, el análisis de los datos publicados en los diversos observatorios sobre la droga y la toxicomanía, permite afirmar que los hombres consumen más drogas ilícitas que las mujeres y por ello, tradicionalmente, los trastornos adictivos han sido considerados como enfermedades de la población masculina. Sin embargo, existen actores legales, culturales, educativos y geográficos que han llevado a un aumento de la prevalencia del consumo entre las mujeres.

A esto hay que agregarle, en lo que se refiere a América Latina, que los datos disponibles son muy dispares en calidad y actualidad, lo que los hace con frecuencia incomparables (ver Tabla 1); o se han visto contaminados por graves errores metodológicos, como es el caso del estudio de Colombia (2019), en el que aparentemente -y contra toda evidencia- los

niveles de consumo de todas las sustancias disminuyeron sin ninguna clase de intervención, regresando a niveles de 10 años antes

3. Motivaciones para el consumo y los patrones de consumo según edades

El Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes de Argentina (CONACE, 2010) identificó hace ya muchos años múltiples necesidades específicas entre las mujeres con consumo problemático de alcohol — también presentes en otras adicciones—, entre las cuales destacaron:

- Falta de vínculos afectivos debido a distanciamiento familiar.
- Problemas o rupturas con sus parejas.
- Baja autoestima y sentimientos de inutilidad.
- Presencia de depresión y otros trastornos psicológicos.
- Escasa independencia personal.
- Insatisfacción con la propia imagen corporal.
- Dificultades para establecer relaciones sociales o integrarse en grupos.
- Uso de psicofármacos además del alcohol.
- Incapacidad para asumir responsabilidades asociadas al cuidado de hijos o la organización del hogar.

Los primeros estudios que incluyeron mujeres en las investigaciones sobre consumo de sustancias revelaron que ellas experimentaban consecuencias sanitarias y sociales más severas que los hombres. Además, se evidenció una mayor susceptibilidad femenina a desarrollar dependencia vinculada al Trastorno de Estrés Posttraumático, debido a una mayor exposición y prevalencia de violencia sexual, física y psicológica. También se identificó una mayor frecuencia de problemas mentales y físicos, muchas veces de mayor gravedad que los observados en hombres con adicciones (Bradley et al., 1998).

Las razones para consumir drogas difieren notablemente entre hombres y mujeres. Mientras que los hombres tienden a usar sustancias para intensificar experiencias positivas o facilitar la integración social, las mujeres lo hacen, en su mayoría, para afrontar malestares emocionales. De hecho:

- El 70% de los casos femeninos están relacionados con el manejo del estrés y traumas (Romo, 2012).
- Muchas recurren a la automedicación para tratar síntomas emocionales (Becoña & Cortés, 2011).

Respecto a las sustancias preferidas, en general las mujeres tienden a consumir principalmente drogas legales como el alcohol y los psicotrópicos, o aquellas con efectos sedantes o hipnóticos. En cambio, el uso de sustancias ligadas a conductas agresivas, al menos en potencial, se observa más frecuentemente entre los hombres. Esto hace que los patrones femeninos de consumo no encajen fácilmente en los modelos tradicionales de adicción.

Otro factor determinante es la carga desproporcionada de trabajo doméstico y de cuidados no remunerados, que representa el 73% del tiempo

total de trabajo de las mujeres, según la CEPAL (2021). Muchas mujeres afirman que consumen sustancias como una forma de sobrellevar las múltiples exigencias que enfrentan en el hogar, el empleo y el cuidado de familiares (ONU Mujeres, 2023). Esta situación se agrava por los mandatos de género que imponen una "doble jornada", intensificando el desgaste físico y emocional.

El grupo Guadalsalus, que reúne a algunos de los mejores centros de tratamiento de España, publicó en 2024 un trabajo en el que analiza los patrones de consumo de drogas en mujeres según la edad, ya que cada etapa de la vida presenta diferentes desafíos, circunstancias y factores de riesgo que pueden influir en el uso de sustancias. Estas son algunas de sus propuestas (Guadalsalus, 2024):

a. Adolescencia (12-18 años)

Esta etapa marca un periodo de construcción de identidad, en el que muchas adolescentes tienden a experimentar con sustancias como alcohol, tabaco, marihuana, inhalantes y medicamentos como analgésicos o tranquilizantes. El consumo suele estar motivado por la presión social, la necesidad de pertenencia, la curiosidad, el deseo de vivir nuevas experiencias y, en algunos casos, por dificultades emocionales o familiares.

b. Mujeres jóvenes (18-30 años)

Durante esta etapa, el consumo de sustancias puede intensificarse debido a la búsqueda de independencia, la vida universitaria o el inicio de la vida laboral. El alcohol y el cannabis son las drogas más frecuentes, aunque también se utilizan sustancias sintéticas como éxtasis y cocaína, sobre todo en contextos sociales. Además, se incrementa el uso de medicamentos recetados como opioides y benzodiacepinas. El consumo suele estar asociado con la diversión, la relajación o el manejo del estrés derivado de responsabilidades personales y profesionales.

c. Mujeres adultas (30-45 años)

En la adultez, las presiones familiares y laborales pueden influir en el uso de sustancias. Aunque el consumo recreativo tiende a disminuir, se observa un aumento en el uso de alcohol y medicamentos como ansiolíticos, somníferos y analgésicos opioides. Muchas mujeres recurren a estas sustancias para afrontar el estrés, la ansiedad, la depresión o problemas de salud persistentes, así como trastornos del sueño.

d. Mujeres de mediana edad (45-60 años)

El consumo en esta etapa está más vinculado a problemas de salud física y mental, con un enfoque en medicamentos prescritos como opioides, ansiolíticos y antidepresivos. Aunque algunas aún consumen alcohol o cannabis, generalmente lo hacen para mitigar el dolor crónico o los efectos del envejecimiento y los cambios hormonales. La menopausia, el insomnio, la ansiedad o una crisis vital pueden ser factores que favorezcan el uso prolongado o indebido de estos fármacos.

e. Mujeres mayores (60 años en adelante)

En esta etapa de la vida, el consumo de sustancias se concentra

principalmente en el uso problemático de medicamentos prescritos, con menor presencia del alcohol. Las enfermedades crónicas y el sentimiento de soledad son factores determinantes. Las sustancias más utilizadas incluyen analgésicos opioides, tranquilizantes y somníferos, mientras que el alcohol puede representar un riesgo cuando se usa para afrontar el dolor físico o el aislamiento emocional.

4. Sesgos de género en la atención al consumo femenino: medicalización, diagnósticos erróneos y violencia invisibilizada

Los sistemas de salud tienden a abordar los malestares de las mujeres desde una perspectiva reduccionista, medicalizando sus problemáticas a través de tres mecanismos principales:

1. **Prescripción excesiva de psicofármacos:** Las mujeres reciben con mayor frecuencia medicamentos como las benzodiazepinas. Según Becoña (2023), el 73% de las mujeres que consultan servicios de salud mental reciben este tipo de fármacos, en comparación con solo el 42% de los hombres. Laporte (2023) también advierte sobre la banalización del uso prolongado de psicotrópicos en mujeres, lo que puede derivar en dependencia y enmascaramiento del malestar emocional.
2. **Errores diagnósticos frecuentes:** Los síntomas asociados al consumo problemático de sustancias en mujeres suelen ser malinterpretados. Es común que se les diagnostique con trastorno límite de la personalidad, ignorando el contexto de consumo y las causas estructurales que lo explican.
3. **Ausencia de servicios con enfoque de género:** El 60% de los centros de atención a adicciones carece de protocolos diferenciados o adaptados a las necesidades específicas de las mujeres, lo que limita su acceso a un tratamiento integral y efectivo.

Además, existe una relación estrecha entre el consumo de sustancias y la violencia de género. El 55% de las mujeres en tratamiento por consumo reporta haber sufrido violencia por parte de parejas íntimas, siendo esta una de las principales causas del inicio o agravamiento del uso de drogas como mecanismo de afrontamiento (ONU Mujeres, 2023).

Como señalan Innamorato et al. (2016), la mayoría de los criterios diagnósticos de adicciones han sido validados en poblaciones masculinas, lo que contribuye a una visión sesgada del consumo en mujeres. Los síntomas más comunes entre ellas —como la ansiedad o el insomnio— suelen tratarse con fármacos sin considerar las causas sociales subyacentes. Esta tendencia también favorece el sobrediagnóstico de trastornos como el límite de la personalidad en mujeres consumidoras, lo que obstaculiza una atención más empática, contextualizada y efectiva

5. Factores Psicológicos y Sociales Asociados al Consumo Problemático en Mujeres

El consumo de sustancias en mujeres está fuertemente influenciado por una combinación de factores psicológicos y sociales que operan de manera interrelacionada, reflejando condiciones estructurales, emocionales y culturales específicas del género femenino.

5.1. Factores Psicológicos

Entre los antecedentes más relevantes destacan los traumas infantiles, especialmente el abuso sexual: se estima que el 80% de las mujeres en tratamiento por consumo problemático han vivido esta experiencia (Bradley et al., 1998). Este tipo de trauma está directamente vinculado con mayores niveles de vulnerabilidad emocional y riesgo de uso de sustancias como forma de evasión o autorregulación emocional.

Además, las mujeres presentan una mayor comorbilidad psiquiátrica en comparación con los hombres. Según Becoña (2008), un 65% de ellas ha sido diagnosticada con depresión mayor, frente al 40% de los varones. La ansiedad, el estrés y otros trastornos internalizantes también son frecuentes, y muchas mujeres recurren a las drogas para mitigar el malestar emocional, aliviar tensiones o afrontar presiones del entorno (Becoña & Cortés, 2011).

Otro elemento clave es la baja autoeficacia, que se manifiesta como una dificultad para establecer límites en relaciones afectivas tóxicas. Esta carencia se relaciona con un limitado desarrollo de habilidades emocionales como el autoconocimiento, la gestión de impulsos, el control del estrés y la expresión adecuada de sentimientos, factores que, al estar debilitados, se asocian con una mayor propensión al consumo (Becoña, 2005).

Asimismo, los preconceptos individuales sobre las drogas, una baja percepción del riesgo y la historia de maltrato físico, sexual o psicológico (CONACE, 2010), constituyen factores de riesgo significativos, ya que refuerzan la búsqueda de alivio inmediato en sustancias psicoactivas.

5.2. Factores Sociales

En el ámbito social, varios elementos destacan como condicionantes del inicio o mantenimiento del consumo. Uno de los más relevantes es la influencia de las parejas masculinas: cerca del 30% de las mujeres comienza a consumir sustancias debido a la presión o el acompañamiento de sus compañeros sentimentales (Llort Suárez et al., 2013). Esto refleja relaciones marcadas por la desigualdad y la dependencia emocional o económica.

Por otro lado, muchas mujeres se ven inmersas en contextos de precariedad económica que las vinculan con economías informales de alto riesgo, como el transporte de drogas (“mulas”) o la prostitución, lo cual agrava su vulnerabilidad social y psicológica (Praga, 2010).

Las responsabilidades asociadas al trabajo de cuidado también son determinantes. El 73% de las mujeres consumidoras son madres, y muchas

temen perder la custodia de sus hijos si buscan ayuda, lo que representa una barrera para el acceso oportuno a tratamiento (ONU Mujeres, 2023).

A nivel familiar, un entorno caracterizado por pautas de crianza disfuncionales, crisis constantes, o consumo de sustancias en el hogar, se asocia con una mayor probabilidad de iniciar el consumo desde la adolescencia (CONACE, 2010). Las relaciones con personas consumidoras, tanto dentro como fuera del ámbito familiar, también incrementan el riesgo, en particular por la presión grupal y la valoración positiva de las sustancias (Prochaska & Prochaska, 1993).

El grupo Guadalsalud (2024) presenta una versión por edades de estos factores:

1. Adolescencia (12-18 años)

Durante la adolescencia, las jóvenes que enfrentan problemas emocionales como ansiedad, depresión, presión académica o situaciones de violencia intrafamiliar o abuso sexual, pueden recurrir al consumo de sustancias como una vía de escape o para aliviar momentáneamente su malestar.

2. Mujeres jóvenes (18-30 años)

En esta etapa de transición hacia la adultez, factores como la búsqueda de autonomía, la experiencia universitaria, el ingreso al mercado laboral y la asunción de nuevas responsabilidades pueden fomentar el uso de sustancias. Lo que comienza como un consumo ocasional en contextos recreativos puede derivar en un patrón de uso más frecuente y problemático.

3. Mujeres adultas (30-45 años)

Las mujeres en esta franja de edad, enfrentadas a retos en sus relaciones afectivas, dificultades económicas, exigencias laborales o la responsabilidad de cuidar a hijos pequeños o familiares dependientes, pueden volverse más susceptibles al uso de drogas. La falta de redes de apoyo y la sensación de aislamiento también pueden contribuir a este riesgo.

4. Mujeres de mediana edad (45-60 años)

En este periodo de la vida, las mujeres pueden atravesar cambios significativos como la separación de pareja, el síndrome del nido vacío o el cuidado de padres ancianos, lo que genera altos niveles de estrés. Estas circunstancias, sumadas a posibles problemas de salud, incrementan el riesgo de uso indebido de medicamentos prescritos, especialmente si ya están bajo tratamiento médico.

5. Mujeres mayores (60 años en adelante)

En la vejez, las condiciones de salud crónicas, el dolor físico persistente y trastornos como la depresión o la ansiedad pueden llevar al uso prolongado y, en algunos casos, abusivo de medicamentos. La escasa supervisión médica y el aislamiento social agravan esta situación, aumentando la vulnerabilidad de este grupo al consumo problemático de sustancias.

Capriati et al. (2015) señalan que factores como los nuevos roles asumidos por las mujeres, la dependencia emocional, la presión de los medios de comunicación, la percepción del cuerpo, las relaciones interpersonales y distintos tipos de violencia, tienen una influencia diferenciada en la aparición y persistencia de conductas adictivas en hombres y mujeres. En el caso de las mujeres, estos elementos representan riesgos especialmente relevantes, sobre todo en contextos donde han optado libremente por nuevos estilos de vida, como incorporarse al mundo laboral o modificar su situación conyugal. Además, investigaciones recientes han documentado que las mujeres desarrollan dependencia con mayor rapidez que los hombres, fenómeno conocido como "efecto telescopio", lo que implica que requieren tratamiento en un plazo más corto tras el inicio del consumo (Greenfield et al., 2020).

6. Tratamiento

En América Latina, el tratamiento del consumo problemático de sustancias en mujeres ha estado históricamente invisibilizado dentro de los sistemas de salud y atención psicosocial. Aunque las tasas de consumo en mujeres han incrementado sostenidamente en las últimas décadas, las respuestas institucionales continúan siendo predominantemente neutras al género, omitiendo factores estructurales y contextuales que afectan de manera diferenciada a las mujeres usuarias de sustancias (Dianova, 2023).

Uno de los principales desafíos identificados en la región es el acceso desigual al tratamiento especializado. Informes recientes indican que menos del 20 % de las personas en tratamiento por consumo de sustancias son mujeres (CICAD, 2022; Dianova, 2023). Esta baja representación no responde únicamente a menores niveles de consumo, sino a múltiples barreras que restringen el acceso femenino: el temor a perder la custodia de los hijos, la estigmatización social por transgredir roles tradicionales, la carencia de redes de apoyo, y la falta de servicios compatibles con las tareas de cuidado, como el cuidado infantil (CONACE, 2010).

Estas barreras se enmarcan en una comprensión limitada de las diferencias de género en la experiencia del consumo y en la construcción de las respuestas clínicas. Como señalan Innamorato, Acquaviva y Canavessi (2016), la asistencia en drogodependencias ha sido históricamente construida a partir de un modelo masculino que ha invisibilizado las necesidades específicas de las mujeres, desde la investigación clínica hasta los protocolos terapéuticos. Esta ceguera de género se refleja en diagnósticos sesgados y en intervenciones poco eficaces para mujeres.

Ya en los años 70, el Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas (NIDA) en Estados Unidos identificó la necesidad de programas específicos para mujeres. A través de evaluaciones sistemáticas se evidenció que las mujeres que participaban en espacios no mixtos revelaban problemáticas específicas —como experiencias de violencia, abuso sexual, y duelo— que no emergían en contextos mixtos y que requerían intervenciones particulares (Reed, 1985; Moise, Reed & Ryan, 1982).

Estos hallazgos impulsaron una evolución importante en la forma de atender el consumo de sustancias en mujeres. Esta evolución puede entenderse en tres etapas progresivas:

1. La creación de grupos de tratamiento conformados únicamente por mujeres, donde se fortalecían vínculos entre pares.
2. El diseño de programas con perspectiva de género, que incorporaban temas como la crianza, el autocuidado y las relaciones familiares.
3. El desarrollo de servicios transformados estructuralmente, donde la seguridad, el vínculo terapéutico y la confianza son pilares centrales de la intervención (EMCDDA, 2009).

En el contexto latinoamericano, algunos países han comenzado a implementar prácticas y dispositivos más sensibles al género. En Brasil, iniciativas como Projeto Lua Nova ofrecen espacios residenciales para madres jóvenes, permitiéndoles continuar su proceso de recuperación sin separarse de sus hijos (Projeto Lua Nova, 2020). En Argentina, Casa Santa Clara propone un abordaje integral que incluye acompañamiento psicológico, apoyo comunitario y formación en habilidades para la vida (Defensoría del Pueblo CABA, 2022). En México, los Centros de Integración Juvenil han desarrollado unidades especializadas para mujeres embarazadas y madres, mientras que el programa Checa tu Sustancia del Instituto RIA ofrece estrategias de reducción de daños con enfoque comunitario y no punitivo (Associated Press, 2024; CIJ, 2023).

El modelo de reducción de daños en general, y aplicado a las mujeres en particular, ha ganado reconocimiento como una alternativa más humanizada frente a los enfoques abstencionistas tradicionales. Este modelo promueve estrategias que minimizan los riesgos asociados al consumo sin imponer la abstinencia como única meta, lo que resulta más efectivo y ético en contextos de alta vulnerabilidad (WHRIN, 2020). No obstante, la implementación de estos enfoques aún es limitada fuera de grandes centros urbanos y enfrenta resistencias tanto normativas como culturales (Pineda et al., 2021).

La pandemia de COVID-19 intensificó las desigualdades de género, afectando de forma particular a las mujeres consumidoras de sustancias. El confinamiento incrementó el aislamiento y la exposición a violencias en el entorno doméstico. Sin embargo, también se abrió una oportunidad para innovar en las formas de atención: muchos servicios comenzaron a ofrecer asistencia remota, lo que permitió llegar a mujeres que previamente no accedían por miedo, distancia o responsabilidades de cuidado (ISSUP, 2021; CICAD, 2022).

A pesar de los avances descritos, América Latina enfrenta aún un rezago importante en la creación de políticas públicas, servicios y prácticas clínicas inclusivas y adaptadas a las necesidades de las mujeres que consumen sustancias. El reconocimiento institucional de las diferencias de género no sólo permite reducir la estigmatización, sino que también mejora la efectividad de las intervenciones (UNODC, 2022; EMCDDA, 2009). Incorporar un enfoque interseccional —que considere el cruce de género,

clase, etnia, migración, maternidad y violencia— es fundamental para construir respuestas más justas, accesibles y sostenibles.

Mitos y realidades sobre el consumo de alcohol y drogas en mujeres en Latinoamérica

El consumo de sustancias en mujeres ha estado históricamente rodeado de estigmas, suposiciones erróneas y una notable invisibilización en las políticas públicas y servicios de salud. En América Latina, estas ideas preconcebidas no solo distorsionan la comprensión del fenómeno, sino que también dificultan el acceso a tratamientos adecuados y refuerzan barreras estructurales. A continuación, se presentan algunas creencias comunes, algunas de las cuales son completamente erróneas, y otras que solo son parcialmente ciertas.

1. Mito: "Las mujeres consumen muy pocas drogas o alcohol"

Realidad: Las mujeres sí consumen alcohol y drogas, aunque en menor proporción que los hombres. En países como Argentina, el 23% de las mujeres reportaron consumo de alcohol en el último mes, en Chile el 39% y en Uruguay el 41%. Cuando se examinan los datos de los estudios sobre adolescentes, se observa que no hay diferencias entre hombres y mujeres, e incluso que hay países en los que ese consumo y el de vapeadores pueden ser mayores en las mujeres. Además, en el caso de drogas como tranquilizantes y sedantes, las mujeres tienen tasas de consumo mayores que los hombres en casi todos los países; este fenómeno tiene dos fuentes: la automedicación para tratar ansiedad o estrés, y la tendencia de muchos médicos a formular estos medicamentos especialmente a las mujeres.

2. Mito: "El consumo de drogas en mujeres es siempre recreativo"

Realidad: Muchas mujeres consumen drogas o alcohol como una forma de afrontar problemas emocionales, como la ansiedad, la depresión o el estrés. Numerosos estudios indican que las mujeres tienen más probabilidades de usar opioides o tranquilizantes para automedicarse, en lugar de consumir drogas ilegales como la cocaína o la heroína. Evidentemente, con sustancias como la marihuana la automedicación es infrecuente, pero el uso de altas cantidades de alcohol sí cumple funciones parecidas a las de los medicamentos en muchas mujeres.

3. Mito: "Las mujeres que consumen drogas son malas madres o irresponsables"

Realidad: Este es un estigma común que impide que muchas mujeres busquen ayuda. La realidad es que las mujeres que consumen drogas a menudo enfrentan situaciones complejas, como violencia doméstica, pobreza o falta de acceso a servicios de salud. El miedo a perder la custodia de sus hijos es una de las principales barreras para que accedan a tratamiento. Sin embargo, es necesario ser claros: no se trata simplemente de un estigma: las mujeres que tienen problemas de dependencia a las sustancias pueden mostrar, al igual que los hombres, comportamientos altamente irresponsables y de abandono de sus hijos.

4. Mito: "Las mujeres no desarrollan adicciones tan rápido como los hombres"

Realidad: Las mujeres tienden a desarrollar trastornos por consumo de drogas más rápidamente que los hombres debido a diferencias neurobiológicas y hormonales, en lo que se conoce como "efecto telescópico". Además, enfrentan mayores barreras para acceder a tratamiento, lo que agrava el problema. A nivel mundial, solo el 16% de las personas en tratamiento por consumo de drogas son mujeres, a pesar de que representan el 25% de los consumidores.

5. Mito: "Las mujeres que consumen drogas son más propensas a cometer delitos"

Realidad: Las mujeres tienen menos probabilidades de involucrarse en actividades delictivas relacionadas con las drogas, como el tráfico, en comparación con los hombres. Sin embargo, cuando son detenidas, enfrentan un mayor estigma y consecuencias más severas, especialmente en países de las Américas, donde las mujeres representan una proporción significativa de las personas encarceladas por delitos relacionados con drogas. En varios países del hemisferio, las mujeres se ven involucradas con alguna frecuencia en delitos relacionados con microtráfico.

6. Mito: "El tratamiento para el consumo de drogas es igual para hombres y mujeres"

Realidad: En América Latina, la mayoría de los servicios de tratamiento han sido diseñados pensando en un usuario masculino. Las mujeres requieren abordajes diferenciados que incluyan atención a la salud mental, cuidado de hijos, acompañamiento en violencia de género y redes de apoyo. La ausencia de estos elementos impide su acceso sostenido al tratamiento, generando una exclusión estructural de facto.

7. Mito: "Las mujeres que consumen drogas no pueden ser buenas profesionales o miembros productivos de la sociedad"

Realidad: El consumo de sustancias no anula las capacidades personales ni profesionales. Existen numerosos casos de mujeres consumidoras que mantienen funciones activas como madres, trabajadoras o líderes comunitarias. El verdadero obstáculo para su recuperación e integración plena no es el consumo en sí, sino la discriminación y la falta de oportunidades de acceso a tratamiento digno.

8. Mito: "Las mujeres que consumen drogas son más propensas a contraer enfermedades infecciosas"

Realidad: Aunque las mujeres que se inyectan drogas tienen una mayor probabilidad de vivir con VIH que los hombres, esto se debe a factores estructurales como el acceso limitado a servicios de salud, relaciones de poder desiguales, violencia sexual y prácticas de riesgo impuestas por sus parejas. El problema no radica únicamente en el consumo, sino en el contexto social que amplifica la vulnerabilidad de las mujeres.

Conflict of Interest

All authors declare they have no conflict of interest.

Informed Consent

All procedures followed were in accordance with the ethical standards of the responsible committee on human experimentation (institutional and national) and with the Helsinki Declaration of 1975, as revised in 2000 (5). Informed consent was obtained from all patients for being included in the study.

Funding Sources

None

Referencias

- Arostegui, E., & Martínez-Redondo, P. (2019). *Mujeres y drogas: Manual para la prevención de recaídas con perspectiva de género*. Universidad de Deusto.
- Associated Press. (2024). Facts, not fear: Inside Mexico's pioneering drug harm reduction programs <https://apnews.com/article/bd86ffc74f8af89de5db9c2113374241>
- Barlee, D. (s.f.). *Stigma and the health of vulnerable women*. MSFHR: Women's Health Research Network.
https://www.academia.edu/5994388/Stigma_and_the_Health_of_Vulnerable_Women
- Becoña, E., & Cortés, M. T. (2011). *Psicología de la drogodependencia*. Editorial Síntesis.
- Capriati, A. J., Camarotti, A. C., Di Leo, P. F., Wald, G. D., & Kornblit, A. L. F. (2015). La prevención de los consumos problemáticos de drogas desde una perspectiva comunitaria: un modelo para armar. *Revista Argentina de Salud Pública*, 6(22), 21–28.
- Carrizo Corvalán, F. M., & Theiler, E. (2024). *Percepciones y características del consumo problemático de sustancias psicoactivas en mujeres, vinculadas a procesos de rehabilitación*. Universidad Nacional de Villa María.
http://biblio.unvm.edu.ar/opac_css/index.php?lvl=cmspage&pageid=9&id_notice=47042
- CICAD – Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas. (2022). *Informe sobre género y políticas de drogas en las Américas*. OEA.
- CIJ – Centros de Integración Juvenil. (2023). *Informe anual de actividades*. México.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). (2021). *La autonomía de las mujeres en escenarios económicos cambiantes*. Naciones Unidas. <https://www.cepal.org>
- Defensoría del Pueblo CABA. (2022). *Dispositivos de atención a mujeres con consumo problemático y sus hijos*. Buenos Aires.
- Dianova International. (2023). *Género y adicciones: Informe de situación*. <https://www.dianova.org>
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). (2017). *Women who use drugs: Issues, needs, responses, challenges and implications for policy and practice*. EMCDDA.
- Instituto de Adicciones de Madrid Salud. (2019). *Mujer y adicción: Aspectos diferenciales y aproximación a un modelo de intervención*. Drogas & Género.

<https://www.drogasgenero.info/documento/mujer-adiccion-aspectos-diferenciales-aproximacion-modelo-intervencion/>

- Instituto RIA. (2022). *Checa tu Sustancia: Informe de resultados*. Ciudad de México.
- Innamoratto, M. G., Acquaviva, A., & Canavessi, J. J. (2016). Mujeres y consumo problemático de sustancias psicoactivas. En *Violencias contra las mujeres. Estudios en perspectiva* (2ª ed.). Sistema Argentino de Información Jurídica (SAIJ).
- International AIDS Society. (2019). *Women who inject drugs: Overlooked, yet visible*. International AIDS Society.
- ISSUP. (2021). *Impacto del COVID-19 en servicios de prevención y tratamiento en América Latina*. <https://www.issup.net>
- Kolakowsky-Hayner, S. et al. (2021). *Psychosocial Impacts of the COVID-19 Quarantine: A Study of Gender Differences in 59 Countries*.
- Llort Suárez, A., Ferrando Esquerré, S., Borrás i Cabacés, T., & Purroy Aritzeta, I. (2013). El doble estigma de la mujer consumidora de drogas: Estudio cualitativo sobre un Grupo de Auto Apoyo de mujeres con problemas de abuso de sustancias. *Alternativas: Cuadernos de Trabajo Social*, (20), 9–22.
- Lotzin, A., Grundmann, J., Hiller, P., Pawils, S., & Schäfer, I. (2019). Profiles of Childhood Trauma in Women With Substance Use Disorders and Comorbid Posttraumatic Stress Disorders. *Frontiers in Psychiatry*, 10, 674. <https://doi.org/10>
- Maffia, D., Colace, P., & Lerena, S. (2011). *El ocultamiento de las mujeres en el consumo de sustancias psicoactivas*. Unidad de Seguimiento de Políticas Públicas en Adicciones, Legislatura de la Ciudad de Buenos Aires.
- Nyblade, L., Stockton, M. A., Giger, K., Bond, V., Ekstrand, M. L., Lean, R. M., et al. (2019). Stigma in health facilities: Why it matters and how we can change it. *BMC Medicine*, 17, 25. <https://doi.org/10.1186/s12916-019-1256-2>
- Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT). (2022). *Las mujeres y las drogas en Europa: Desafíos y respuestas*. Oficina de Publicaciones de la Unión Europea. <https://www.emcdda.europa.eu>
- Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT). (2023). *Informe europeo sobre drogas 2023: Tendencias y novedades*. Oficina de Publicaciones de la Unión Europea. https://www.emcdda.europa.eu/publications/edr/trends-developments/2023_en

- Oficina en Washington para Asuntos Latinoamericanos (WOLA), Consorcio Internacional sobre Políticas de Drogas (IDPC), & Dejusticia. (2023). *Mujeres, políticas de drogas y encarcelamiento en América Latina: Informe de situación, avances y prioridades a futuro*. <https://www.wola.org/es/analysis/liberarlas-es-justicia-mujeres-politicas-de-drogas-encarcelamiento-en-america-latina/>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2020). *Consumo de alcohol en las Américas: Situación y retos en tiempos de COVID-19*. OPS. <https://www.paho.org/es/temas/alcohol>
- Pineda, M., Rocha, M., & Sosa, L. (2021). *Género, drogas y derechos humanos en América Latina*. TNI – Transnational Institute.
- Projeto Lua Nova. (2020). *Relatório de atividades*. São Paulo.
- Romo-Avilés, N. (2023). *Mujeres y drogas: Una mirada desde la interseccionalidad*. Instituto de las Mujeres. <https://www.inmujeres.gob.es>
- Scoppetta, O., Anderson, P., Pérez-Gómez, A., Mejía-Trujillo, J., Solovei, A., O'Donnell, A., Jane-Llopis, E., & Rowlands, G. (2021). Feasibility of implementing Alcohol Health Literacy tests in Colombia. *Journal of Alcohol and Drug Education*, 65(2), 61–85.
- Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina (SEDRONAR). (2022). *Principales resultados en relación con el consumo de sustancias en mujeres: Encuesta Nacional de Consumos y Prácticas de Cuidado (ENCoPraC, 2022)*. <https://www.argentina.gob.ar/sedronar>
- UNODC – Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. (2022). *World Drug Report 2022*. <https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/wdr2022.html>
- Villatoro, S. P. (2021). La medición de la discriminación en base al autorreporte: Estado de situación y desafíos. *Estudios Estadísticos (47097)*, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- WHRIN – Women's Harm Reduction International Network. (2020). *Global State of Harm Reduction – Gender focus*. <https://www.hri.global>

Article Submission: <https://jcd.manuscriptmanager.net/>