



NACIONES UNIDAS
Oficina contra la Droga y el Delito



Tratamiento del abuso de sustancias y atención para la mujer:

**Estudios monográficos y
experiencia adquirida**

**Manual sobre Tratamiento del
Abuso de Drogas**

OFICINA DE LAS NACIONES UNIDAS CONTRA LA DROGA Y EL DELITO
Viena

Tratamiento del abuso de sustancias y atención para la mujer:

Estudios monográficos y experiencia adquirida



NACIONES UNIDAS
Nueva York, 2005

La Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito agradece
a la Smithers Foundation su generosa contribución para sufragar
los gastos de publicación del presente informe.

Viena, agosto de 2004

PUBLICACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS
Núm. de venta: S.04.XI.24
ISBN 92-1-348104-7

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, de parte de la Secretaría de las Naciones Unidas, juicio alguno sobre la condición jurídica de ninguno de los países, territorios, ciudades o zonas citados o de sus autoridades, ni respecto de la delimitación de sus fronteras o límites.

Agradecimientos

La presente publicación se ha realizado por encargo de la Sección de Problemas de Alcance Mundial de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD).

La Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito expresa su gratitud a las siguientes personas:

- El personal de todos los servicios de tratamiento que, pese a su gran volumen de trabajo, dedicó tiempo a responder a esta encuesta, entre otros posibles proyectos;
- Las personas que contribuyeron al presente volumen, que suministraron información pormenorizada sobre su trabajo y un análisis a fondo de sus proyectos con respecto a diversos criterios. Los agradecimientos se hacen extensivos al personal que trabajó en esos proyectos;
- Los participantes en la reunión celebrada en Viena en diciembre de 2003, que comunicaron sus experiencias e ideas sobre las enseñanzas derivadas de la ejecución de sus proyectos;

- Los miembros del grupo de expertos, que aportaron sus ideas y formularon observaciones respecto de las versiones anteriores;
- Los expertos en reducción de la demanda de drogas y los coordinadores de las oficinas regionales y en los países de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, que comunicaron sus conocimientos sobre los servicios de tratamiento destinados a la mujer en sus regiones y formularon recomendaciones sobre los proyectos para incluir en el folleto.

Además, la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito agradece la contribución de Virginia Carver, consultora del proyecto, que seleccionó los estudios monográficos, facilitó la reunión en Viena y recopiló los elementos del proyecto de publicación; asimismo, expresa su gratitud a Pilar Cuéllar y My Hue McGowran, que dieron apoyo a la reunión y la labor de edición.

Grupo de expertos

Susan Beckerleg (Kenya)
Anna Chisman (Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas)
Jan Copeland (Australia)
Stephanie Covington (Estados Unidos de América)
Marie Louise Ernst (Suiza)
Gabriele Fischer (Austria)
Dagmar Hedrich (Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías)

Maristela Monteiro (Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud)
Pratima Murthy (India)
Dace Svikis (Estados Unidos de América)
Nancy Usher (Canadá)
Irmgard Vogt (Alemania)
Cora-Lee Wetherington (Instituto Nacional contra la Drogadicción de los Estados Unidos de América)

Representantes a cargo de los estudios monográficos

Silvia Brasiliano y Patricia Hochgraf (Brasil)
Dr. Miguel Cedeño (Panamá)
Abdoulaye Diouf (Senegal)
Karin Goger (Austria)
Ann Harrison (Estados Unidos de América)
Christine Heinrichs (Alemania)
Katarina Jiresova (Eslovaquia)
Kamil Kalina y Jiri Richter (República Checa)
Karol Kaltenbach (Estados Unidos de América)
Jehanzeb Khan y David MacDonald (Afganistán y Pakistán)
Marcela Lara Orellana (Chile)

Murièle Lasserre Bergerioux (Suiza)
Lotta Länne (Suecia)
Margaret Leslie (Canadá)
Ashita Mittal (India)
Harlie Outhwaite, Nellie Manley y Colleen Allan (Canadá)
Barbara Rich (Australia)
Elizabeth Selhore (India)
Sepideh Sigara (República Islámica del Irán)
Wendee Wechsberg (Estados Unidos de América)
Martha J. Wright (Estados Unidos de América)

Prólogo

El tema del presente folleto son los servicios de tratamiento del abuso de sustancias para la mujer organizados con una perspectiva de género. El folleto forma parte del proyecto de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD) encaminado a elaborar instrumentos con los que apoyar la promoción y mejora de los servicios de tratamiento del abuso de sustancias, basados en conclusiones extraídas de la bibliografía y en estudios monográficos que reflejan las experiencias prácticas y las enseñanzas resultantes de la prestación de esos servicios en diversas regiones del mundo. Otras publicaciones de esta serie sobre el tratamiento del abuso de drogas son: “Por qué invertir en el tratamiento del abuso de drogas: documento de debate para la formulación de políticas”; “Tratamiento contemporáneo del abuso de drogas: análisis de las pruebas científicas”; y “Abuso de drogas: tratamiento y rehabilitación — Guía práctica de planificación y aplicación”*. Estos documentos pueden consultarse en el sitio web de la ONUDD (www.unodc.org/unodc/en/treatment_toolkit.html).

El proyecto relativo a los servicios de tratamiento del abuso de sustancias para la mujer se puso en marcha en respuesta a la Declaración sobre los principios rectores de la reducción de la demanda de drogas (resolución S-20/3 de la Asamblea General, anexo) y a las medidas de fomento de la cooperación internacional en la lucha contra el problema mundial de las drogas (resoluciones S-20/4 A a E de la Asamblea General), aprobadas por la Asamblea General en su vigésimo período extraordinario de sesiones. Dichos principios rectores prescriben que los programas de reducción de la demanda deberán estar concebidos de modo que respondan a las necesidades de la población en general, así como a las de determinados grupos de la población.

En la mayoría de los países las circunstancias de la vida de la mujer son muy distintas de las del hombre. Ello se refleja también en su forma de vivir los problemas del consumo de sustancias. En su caso, tales problemas están más estigmatizados y su reconocimiento es menos probable que en el del hombre. El resultado es que se sabe mucho menos de la prevalencia y las pautas del uso indebido de sustancias en las mujeres y de sus necesidades de tratamiento. La mujer que tiene problemas de esa índole también afronta obstáculos considerables de acceso al tratamiento, por lo que se cree que está subrepresentada en todo contexto terapéutico. Los tabúes y estigmas culturales determinan que sus problemas de consumo de sustancias no sean frecuentemente reconocidos por ellas mismas, ni por sus familiares o por los profesionales de los servicios que podrían ayudarlas a recibir tratamiento. Las embarazadas y las madres que consumen drogas afrontan una condena social especialmente dura. Las embarazadas suelen tardar en acudir a los servicios, lo que tiene graves consecuencias para la madre y para el feto. Las madres son por lo general las principales responsables de cuidar a sus hijos y además tienen las tareas domésticas. Sin embargo, son pocos los servicios de tratamiento que funcionan también como guardería, y en algunas culturas es muy difícil que las mujeres abandonen su hogar y sus responsabilidades familiares para someterse a tratamiento.

Con mayor frecuencia que los hombres, las mujeres han sido iniciadas en las drogas por sus cónyuges o parejas y continúan consumiéndolas con ellos, que también pueden someterlas a maltrato físico o sexual. Con escaso apoyo emocional o recursos financieros limitados para pagar el tratamiento, la guardería o medios de transporte, resulta difícil para las mujeres someterse a tratamiento y seguir recibiéndolo.

*Publicación de las Naciones Unidas, núm. de venta: S.03.XI.II.

Además, para empezarlo tienen dificultades más graves que los hombres. Muchas han sufrido traumas y consumen sustancias para soportar esas experiencias. Tienen mayor propensión que los hombres a sufrir problemas de salud mental como angustia o depresión o trastornos resultantes de estrés postraumático. Además, su situación es más precaria en términos de educación, empleo y recursos financieros. Al mismo tiempo, como el número de hombres que consumen sustancias ilícitas y otras sustancias objeto de abuso es mayor que el de mujeres, la mayoría de los programas de tratamiento se ha concebido pensando en ellos y no tienen en cuenta las diferencias de género. El objetivo de la presente publicación es despertar conciencia acerca de las necesidades de tratamiento de la mujer y aportar instrumentos, sugerencias y ejemplos prácticos a fin de superar los obstáculos para el acceso al tratamiento, hacer participar a las mujeres en él y administrarlo de forma que satisfaga sus necesidades específicas.

En el folleto se reúne información extraída de una diversidad de fuentes:

- Examen de la bibliografía. Los artículos e informes publicados se seleccionaron consultando las bases de datos Medline/PubMed, EMBASE y PsychInfo entre 1998 y 2003, así como los sitios web de órganos y organizaciones internacionales y nacionales que contienen directrices, artículos íntegros u otra información pertinente. Además, los miembros de un grupo internacional de expertos constituido para prestar asesoramiento sobre las diversas etapas del proyecto y los responsables de los estudios monográficos comprendidos en el presente folleto aportaron una gran diversidad de artículos, informes y documentación diversa. El examen de la bibliografía se basó en otros exámenes bibliográficos recientes, en particular el de Gillian Hunter, que formó parte de un informe del Grupo Pompidou titulado *Problem drug use by women: Focus on community-based interventions* y Best Practices: Treatment and Rehabilitation for Women with Substance Use Problems***.
- Los estudios monográficos que presentan ejemplos prácticos y experiencias que ilustran las conclusiones de la bibliografía. Se obtuvieron recomendaciones para los proyectos relativos a los estudios monográficos de las fuentes siguientes: sede de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito y sus diversas oficinas extrasede; miembros del grupo de

expertos; organizaciones internacionales representadas en dicho grupo, a saber, la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud (OMS/OPS); la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD); el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías; y las bases de datos e informes en que se reseñan los proyectos de tratamiento del abuso de sustancias para la mujer. Los estudios monográficos que se decidió incorporar en la presente publicación son ilustraciones de las principales esferas temáticas de ese tratamiento y reflejan la experiencia obtenida en distintas regiones del mundo. Si bien se constató que había muchos proyectos sobre el tratamiento del abuso de sustancias receptivos a las cuestiones de género en América del Norte, Australia y la Unión Europea, las tentativas de encontrar una muestra más representativa de proyectos en otras regiones no fueron igualmente satisfactorias.

- Las ponencias presentadas y los debates celebrados en una reunión de los encargados de proyectos de estudios monográficos, los miembros del grupo internacional de expertos y funcionarios de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito sobre el tema *Women's Drug Treatment: Lessons Learned* celebrada en Viena del 15 al 17 de diciembre de 2003, llamada en los capítulos sucesivos "la reunión de Viena".

La presente publicación se refiere al tratamiento del abuso de sustancias para la mujer en general. Aunque se reconoce que las adolescentes y las adultas mayores tienen necesidades específicas de tratamiento por sus regímenes de consumo de sustancias y condiciones de vida diferentes, las cuestiones relativas al tratamiento y la rehabilitación de estos dos grupos de población se abordarán más a fondo en otras publicaciones de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, en la serie relativa al tratamiento del abuso de drogas. La prevención es también un aspecto sumamente importante al abordar el consumo de sustancias por parte de las mujeres. Sin embargo, el examen de las intervenciones preventivas sensibles a las cuestiones de género no es propósito de la presente publicación.

Ésta se centra principalmente en el tratamiento de las mujeres que consumen sustancias ilícitas, lo que se ajusta al mandato de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. No obstante, se reconoce que el

*D. Hedrich, *Problem drug use by women: Focus on community-based interventions* (Estrasburgo, Grupo Pompidou, 2000) (puede consultarse en www.coe.int/T/E/Social_Cohesion/pompidou_group/5.Publications/).

**Health Canada, *Best Practices: Treatment and Rehabilitation for Women with Substance Use Problems* (Ottawa, Ministerio de Obras Públicas y Servicios de Gobernación, Canadá, 2001) (puede consultarse en www.cds-sca.com/).

alcohol también es una sustancia ilícita en algunos países y que las mujeres que tienen problemas de consumo de sustancias con frecuencia hacen uso de varias de ellas. Además de las sustancias ilícitas, las mujeres pueden beber en exceso y tienen más tendencia que los hombres a consumir medicamentos depresores del sistema nervioso central como las benzodiazepinas y otros sedantes hipnóticos. Muchas de las que consumen sustancias psicoactivas también fuman tabaco. Aunque la presente publicación se centra en las sustancias ilícitas, sus enfoques y recomendaciones también son aplicables a las mujeres con problemas de alcoholismo. En muchos países, los problemas de consumo de alcohol y sustancias ilícitas se tratan en el mismo contexto, utilizando por lo general métodos idénticos. Pero ello no es así en el caso del tabaco, que se comienza a reconocer en el ámbito del tratamiento del abuso de sustancias como un problema considerable de los usuarios.

En el informe *Tendencias Mundiales de las Drogas Ilícitas, 2003** se indica que, aunque el cannabis es la sustancia ilícita más consumida, no es la que motiva la mayor demanda de tratamiento. En cambio, los opiáceos son el problema más grave planteado en todo el mundo y dan lugar a la mayor demanda global de tratamiento. En Asia, Australia y Europa, las necesidades mayores de tratamiento se refieren principalmente al uso indebido de opiáceos (aunque el consumo de metanfetamina genera la mayor parte de las necesidades de tratamiento en Asia sudoriental). En América del Norte y en América del Sur, el uso indebido de cocaína es el problema que ocasiona la principal demanda de tratamiento, y la heroína se encuentra casi a la par de la cocaína en América del Norte. Una excepción es África, donde la demanda principal de tratamiento se debe al cannabis. Los datos recientes indican que ha habido un gran aumento de las necesidades de tratamiento a causa del cannabis en América del Norte y Europa.

La expresión “sensible (o receptivo) a las cuestiones de género” se utiliza con frecuencia en la presente publicación. Los programas sensibles a dichas cuestiones son los que tienen en cuenta las necesidades de la mujer en todos los aspectos de su formulación y ejecución, incluido el lugar en que se realizan, la dotación de personal, su elaboración, su contenido y los medios en que se basan.

En el primer capítulo de la publicación se reseñan los aspectos fisiológicos y psicológicos del consumo de sustancias entre las mujeres y se examinan estudios sobre el comienzo del tratamiento, su finalización y los resultados. En los casos en que existe bibliografía, se examinan las diferencias de género en estos aspectos. El capítulo 2 se refiere a los obstáculos que afrontan las mujeres para tener acceso al tratamiento. En el capítulo 3 se examinan los métodos para promover un tratamiento sensible a las cuestiones de género, y en el capítulo 4 se exponen estrategias como los servicios de sensibilización, capacitación, acercamiento y bajo umbral con los que pueden superarse los obstáculos para la participación en el tratamiento. En el capítulo 5 se reseñan diversos aspectos de la prestación de servicios de tratamiento sensibles a las cuestiones de género orientados específicamente a la mujer, en particular teoría y principios, cuestiones de organización, intervenciones psicosociales y farmacológicas y los problemas de tratamiento en el caso de las embarazadas y las madres. Los estudios monográficos, provenientes de diversas regiones del mundo, ofrecen ejemplos prácticos de las conclusiones extraídas de la bibliografía y los debates celebrados en la reunión de Viena. El lector observará que el estilo y el lenguaje varía de un estudio monográfico a otro, lo que se debe a que, en la medida de lo posible, se han mantenido las opiniones y la forma de expresión de cada uno de los responsables con respecto al tratamiento y a su labor.

*Tendencias Mundiales de las Drogas Ilícitas, 2003 (publicación de las Naciones Unidas, núm. de venta: S.03.XI.5) (puede consultarse en www.unodc.org/pdf/trends2003_www_E.pdf).

ÍNDICE

PRÓLOGO	v
RESUMEN EJECUTIVO	1
1. LA MUJER, EL GÉNERO Y LOS PROBLEMAS DE CONSUMO DE SUSTANCIAS	5
Prevalencia del consumo de sustancias	5
Efectos y consecuencias fisiológicos	7
Factores de riesgo psicosocial y sus consecuencias	10
Ingreso en el tratamiento, finalización y resultados	11
Puntos principales	13
2. OBSTÁCULOS PARA EL ACCESO AL TRATAMIENTO	19
Obstáculos inherentes a los sistemas	19
Obstáculos estructurales	20
Obstáculos sociales, culturales y personales	22
Puntos principales	23
3. PROMOCIÓN DE LOS SERVICIOS SENSIBLES A LAS DIFERENCIAS DE GÉNERO	25
Estudios monográficos	28
Recomendaciones sobre enfoques satisfactorios y la experiencia adquirida	40
Puntos principales	41
4. PARTICIPACIÓN DE LAS MUJERES EN EL TRATAMIENTO	43
Sensibilización y educación de la comunidad	43
La capacitación de los profesionales de atención primaria de la salud y demás personal asistencial	44
Creación de redes y vínculos con otros servicios	44
Servicios de acercamiento	45
Programas de acercamiento a cargo de personas de igual condición	45
Servicios de bajo umbral	46
Estudios monográficos	48
Recomendaciones sobre enfoques satisfactorios y la experiencia adquirida	57
Puntos principales	60
5. SERVICIOS DE TRATAMIENTO DEL ABUSO DE SUSTANCIAS RECEPTIVOS A LAS CUESTIONES DE GÉNERO	63
Teoría y principios	63
Organización de los programas	65
Servicios de tratamiento estructurado	67
Determinación y planificación del tratamiento	69
Intervenciones psicosociales	71
Intervenciones farmacológicas	76
Cuestiones relativas a las embarazadas y las madres	78
Estudios monográficos	80
Recomendaciones sobre enfoques satisfactorios y la experiencia adquirida	99
Puntos importantes	101

Resumen ejecutivo

La presente publicación se refiere al tratamiento del abuso de sustancias para la mujer organizado con una perspectiva de género y forma parte del proyecto de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD) destinado a elaborar instrumentos para promover el establecimiento y mejora de los servicios de tratamiento de la drogodependencia. Los programas sensibles a las cuestiones de género tienen en cuenta las necesidades de la mujer en todos los aspectos de su formulación y ejecución, incluido el lugar en que se realizan, la dotación de personal, su elaboración, su contenido y los medios en que se basan.

La presente publicación tiene por objeto despertar conciencia acerca de las necesidades de tratamiento de la mujer. Ofrece instrumentos, sugerencias y ejemplos prácticos con miras a superar los obstáculos para el acceso al tratamiento, lograr que las mujeres se sometan a él y administrar un tratamiento que atienda a sus necesidades específicas. En ella se reúne información proveniente de la bibliografía, de estudios monográficos sobre servicios para la mujer en distintas regiones del mundo y de las ponencias y debates de una reunión de expertos internacionales, responsables de proyectos relativos a estudios monográficos y funcionarios de la ONUDD celebrada en diciembre de 2003. La publicación trata principalmente de las sustancias ilícitas, que son el centro de gravedad del mandato de la ONUDD.

Es difícil obtener un panorama completo del consumo de sustancias por parte de las mujeres ni de los problemas conexos, ya que los estudios de prevalencia y otras investigaciones sobre aspectos biológicos, de prevención y de tratamiento no suelen abordar las cuestiones de género. La bibliografía existente indica que la mujer tiende, en general, menos que el hombre a consumir sustancias ilícitas, pero las diferencias entre los sexos en cuanto al consumo son mucho menores en el caso de los adolescentes. En cambio, es

mucho más propensa a consumir fármacos tanto con fines médicos como no médicos. En lo referente a las diferencias fisiológicas, hay indicios de que la mujer puede adquirir con mayor rapidez que el hombre dependencia de varias sustancias ilícitas, comportarse de un modo que la exponga más al riesgo de contraer el VIH y registrar tasas de mortalidad más altas cuando consume drogas por inyección. Con frecuencia las sustancias psicoactivas afectan a las distintas etapas del ciclo menstrual y, a su vez, se ven influidas por él. El consumo de sustancias durante el embarazo puede causar insuficiencia de peso del recién nacido, parto prematuro y desnutrición. Algunos de los efectos en la madre y el feto pueden atribuirse también al estilo de vida que supone el consumo de sustancias ilícitas.

En general, las mujeres que tienen problemas de consumo de sustancias disponen de menos recursos (en cuanto a educación, empleo, ingresos) que los hombres, conviven con mayor frecuencia con parejas que también sufren ese problema, tienen hijos a cargo y afrontan dificultades más graves al comienzo del tratamiento. Además, las mujeres que consumen sustancias tienen más traumas que los hombres por maltrato físico y sexual y trastornos psiquiátricos concomitantes, en particular los resultantes del estrés postraumático y otras perturbaciones debidas al estado de ánimo y la ansiedad. La información existente indica que las mujeres se hallan insuficientemente representadas en el tratamiento, aunque falta información de muchos países. Algunos estudios señalan que tienden menos que los hombres a someterse a tratamiento y terminarlo, mientras que otros no han descubierto diferencias. En los estudios sobre los resultados del tratamiento no se han encontrado en general diferencias entre los sexos. Sin embargo, los análisis de programas de tratamiento integral o reforzado, preparados expresamente para atender a las necesidades de la mujer han arrojado mejores resultados.

Las mujeres tropiezan con obstáculos considerables, inherentes a los sistemas, de índole estructural, social, cultural y personal, para tener acceso al tratamiento del abuso de sustancias. En la mayoría de los países, están insuficientemente representadas en los cargos de responsabilidad que influyen en lo tocante a sensibilización a las diferencias de sexo, elaboración de políticas y asignación de recursos. Existe poca información respecto de las mujeres con problemas de consumo de sustancias y faltan datos adecuados que se basen en modelos de tratamiento de bajo costo para la mujer.

En el plano estructural, los obstáculos más importantes son la falta de servicios de guardería y las actitudes punitivas hacia las madres y las embarazadas drogodependientes, que causan en ellas el temor a perder el derecho de cuidar de sus hijos y las disuade de buscar tratamiento con prontitud. A menudo, las mujeres no tienen dinero para pagar medios de transporte, los costos de las guarderías o el tratamiento. Los centros en que éste se administra pueden quedar lejos de donde viven e imponer requisitos de ingreso y planes rígidos.

En muchas sociedades los problemas de consumo de sustancias, en particular en el caso de la mujer, se condenan duramente, y tal vez las normas culturales impiden que la mujer reconozca este problema y abandone su hogar y su familia para someterse a tratamiento. Como muchas de ellas viven por añadidura con una pareja o con familiares que también consumen sustancias, les resulta incluso más difícil obtener apoyo para someterse a tratamiento.

Los servicios sensibles a las cuestiones de género destinados a la mujer se vienen promoviendo en los planos internacional, regional y nacional mediante declaraciones de política, su incorporación a las estrategias nacionales de lucha contra las drogas, la formulación de prácticas óptimas, directrices y normas en materia de tratamiento, simposios e informes, así como mediante la difusión de información sobre programas modelo.

En la actualidad se sabe mucho más sobre las estrategias que contribuyen a superar los obstáculos considerables que encuentra la mujer para iniciar un tratamiento y continuarlo. En las sociedades con grandes tabúes culturales, y en ocasiones pocos recursos, resulta especialmente fructífero informar y educar a las comunidades sobre la cuestión y capacitar a los miembros de la comunidad, en particular a las mujeres, para realizar actividades de apoyo a la prevención y el tratamiento. La capacitación de otros profesionales que prestan asistencia, en particular los que se ocupan de la atención primaria, así como la creación de redes y vínculos con los

encargados de los servicios de salud y sociales pueden ser útiles en el proceso de identificación y remisión de las mujeres que tienen problemas de consumo de sustancias. Además, ello puede facilitar el acceso de los pacientes a los servicios que necesitan. En particular, son decisivas las relaciones de colaboración con los servicios de atención prenatal, bienestar infantil, salud mental y para casos críticos.

En los programas sensibles a las cuestiones de género preparados para la mujer ésta es tenida en cuenta en todos los aspectos de la elaboración, formulación y ejecución. Estos programas deben basarse en una teoría y un conjunto de principios unificadores, a fin de establecer un marco que encuadre su ámbito, contenido y los medios utilizados, así como de asegurar que el personal responsable comparta iguales convicciones y valores en cuanto al tratamiento de la mujer.

La organización y el contexto son aspectos importantes de la planificación y la elaboración de los programas para la mujer. Puede tratarse de un programa autónomo y específico para ella; puede ser específico, pero en el marco de una organización más amplia; o puede incorporar elementos concebidos para la mujer únicamente como parte de un programa mixto. Las mujeres que ocupen cargos destacados en asuntos de gobierno y de administración de los programas pueden servir de modelo para quienes se acojan a ellos.

Los servicios de acercamiento, incluso por medio de personas de igual condición, procuran sobre todo llegar hasta las mujeres que no se hallan en contacto con otros servicios y, en particular, a las que consumen drogas por inyección y se dedican al trabajo sexual. Estos servicios pueden utilizarse también para captar y apoyar a las mujeres que estén en contacto con otros servicios pero necesiten acceso fácil a un tratamiento del consumo de sustancias. En algunas situaciones, las personas de igual condición —mujeres pertenecientes al entorno de los consumidores u otras que eran antes toxicómanas o lo siguen siendo— tienen una función que cumplir en los servicios de acercamiento o de bajo umbral.

Los servicios de bajo umbral se destinan también a los usuarios en situación vulnerable. Las mujeres que recurren a ellos tal vez necesiten un lugar seguro, en que no haya violencia, y recibir los demás tipos de apoyo práctico que presten estos servicios, como material de inyección esterilizado, medios de protección para las relaciones sexuales, alimentación, vivienda y ropa.

Ya se trate de servicios de bajo umbral o de tratamiento estructurado, es necesario cuidar de que el entorno del

programa sea seguro para la mujer, en particular cuando se trate de servicios residenciales mixtos, y que el personal posea las aptitudes necesarias en materia de capacitación y apoyo. Se debe examinar con atención especial el empleo de personal masculino y evaluar su función en el tratamiento de las mujeres. Aunque algunas requieren servicios residenciales, los que se prestan a pacientes en régimen ambulatorio o en centros comunitarios tienen muchas ventajas porque son más accesibles y menos costosos. Los componentes de postratamiento y reinserción social, en particular el desarrollo de aptitudes, la capacitación para un empleo y la vivienda, son decisivos para muchas mujeres.

Una evaluación integral dará la seguridad de elaborar un plan de tratamiento centrado en las usuarias, y debe atender especialmente a las cuestiones relativas a las parejas y las relaciones y deberes familiares, el embarazo, las conductas de alto riesgo, el historial de traumas y los problemas de salud mental; además, la evaluación debe abordar la disposición de la paciente a participar en el tratamiento, su posible inclinación al suicidio y los obstáculos previsibles para tal participación.

Las investigaciones recientes corroboran los conocimientos clínicos sobre la eficacia del tratamiento integral o reforzado para la mujer, especialmente de elementos como el tratamiento exclusivo para la mujer, servicios de guardería, atención prenatal, enseñanza de aptitudes para la crianza de los hijos y cursos prácticos donde se aborden temas que interesen exclusivamente a la mujer. El tratamiento psicosocial para la mujer debe abarcar los aspectos afectivos, cognitivos y de conducta, entre ellos la capacidad de hacer frente a los problemas, la prevención de recaídas, la labor en materia de relaciones, los traumas y otros problemas de salud mental concomitantes. También es necesario prestar atención a

cuestiones prácticas como la atención médica, el empleo, la alimentación, la ropa y el transporte.

El tratamiento de sustitución de opioides, en particular el mantenimiento con metadona, ha recibido amplio apoyo en la bibliografía porque reduce el consumo de sustancias ilícitas y los problemas conexos y aumenta las posibilidades que tienen las personas dependientes de opioides de llevar una vida funcional. Es el tratamiento preferido para las embarazadas con esa dependencia. Sin embargo, no debe utilizarse aisladamente, sino complementarse con otros servicios que respondan a las necesidades de la mujer.

Para lograr que las embarazadas o las madres se sometan a tratamiento y perseveren en él se requiere la colaboración entre los sectores encargados del tratamiento del abuso de sustancias de los servicios de atención prenatal y de bienestar infantil. Las intervenciones apropiadas en favor de estas mujeres pueden reducir su consumo de sustancias y mejorar los resultados en el caso de las embarazadas, así como prolongar la permanencia en el tratamiento de las madres que conservan la custodia de sus hijos o que los tienen consigo durante el tratamiento. Lo ideal es que sólo haya un punto de acceso a los servicios.

Se sabe poco sobre las mujeres con problemas de consumo de sustancias, sus experiencias de tratamiento y los modelos e intervenciones eficaces para administrarlo en los distintos contextos políticos y socioculturales. Por ello, es importante que la planificación y ejecución de los programas comprenda la determinación sistemática de las necesidades y que al concebirlos se prevean actividades de supervisión y evaluación. Subsiste la necesidad de realizar investigaciones cuantitativas y cualitativas sobre las intervenciones eficaces en favor de la mujer y también sobre la forma de adaptarlas a los distintos países.

1. La mujer, el género y los problemas de consumo de sustancias

El presente capítulo se refiere a los conocimientos existentes sobre el consumo de sustancias por parte de las mujeres y los problemas conexos, las características del tratamiento, las experiencias y los resultados y la forma en que difieren respecto del caso de los hombres. Sin embargo, es difícil formarse una imagen completa del consumo de sustancias por parte de las mujeres, porque con frecuencia los estudios de ámbito internacional, nacional y local sobre la prevalencia de este fenómeno y los problemas conexos no abordan las cuestiones de género. Como señala Murthy [1], las mujeres que consumen sustancias suelen no figurar en las estadísticas oficiales de algunos países, como la India, debido a su número reducido y a que ocupan un lugar secundario en la cultura de las drogas. Ello es congruente con la orientación tradicional hacia el hombre en el ámbito del uso indebido de sustancias [2].

La falta de recursos, la insensibilidad y las actitudes negativas hacia el consumo de sustancias por la mujer pueden contribuir a la escasez de datos epidemiológicos desglosados por sexos y de otras investigaciones sobre los problemas relativos a dicho consumo. Además, por problemas metodológicos suele excluirse a la mujer de algunos estudios de investigación y omitirse los análisis por sexos, porque la fisiología femenina es más compleja que la masculina, por factores como el “riesgo” de embarazo, su tasa elevada de comorbidez, especialmente entre las mujeres mayores, y el cambio de los niveles hormonales con el ciclo menstrual y el período anterior o posterior a la menopausia. La falta de información sobre la mujer y las diferencias de género se observan en particular en regiones como África, Asia y América Latina [1]; cabe señalar que la mayoría de los estudios examinados en el presente capítulo, especialmente los relativos a experiencias de tratamiento, provienen de los Estados Unidos de América y en algunos casos también de Alemania, Australia, el Brasil y el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte. Por ello, tal vez no corresponda generalizar las conclusiones extendiéndolas a otros países.

Prevalencia del consumo de sustancias

El informe más reciente de las Naciones Unidas en que se examinan las diferencias de género con respecto al uso indebido de sustancias, titulado *Tendencias Mundiales de las Drogas Ilícitas, 2002* [3], indica que las mujeres representan un porcentaje estimado del 10% de los consumidores en algunas sociedades asiáticas tradicionales, el 20% en los países de la antigua Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas y los de América Latina y alrededor del 40% en América del Norte y algunos países europeos. Aunque las tasas de consumo de sustancias de las mujeres pueden ser bajas en comparación con las de los hombres, algunos informes de Australia, los Estados Unidos, el Canadá y países de la Unión Europea indican que los porcentajes de consumo de algunas sustancias ilícitas convergen entre los jóvenes de ambos sexos y que aumentan entre las mujeres en general en algunos países de Europa. Además, en la publicación titulada *Revisiting “The Hidden Epidemic”: a Situation Assessment of Drug Use in Asia in the Context of HIV/AIDS* [4], se informa también sobre el aumento del consumo de sustancias de las mujeres asiáticas y del incremento del número de consumidoras de drogas por inyección dedicadas al trabajo sexual en muchos países de Asia. La confluencia del consumo de drogas inyectables, el trabajo sexual y las prácticas sexuales arriesgadas se ha convertido en un factor considerable de crecimiento de la amenaza del VIH entre las mujeres, en particular en Asia, Europa oriental y América del Norte.

Aunque la prevalencia del consumo de sustancias ilícitas puede ser menor entre las mujeres que entre los hombres, las mujeres son más propensas a consumir fármacos (tanto ilícitos como de venta con receta), y los niveles de consumo más elevados, por lo menos en América del Norte y Europa, se registran en las mujeres mayores.

RECUADRO 1**LA MUJER Y EL CONSUMO DE SUSTANCIAS EN DISTINTAS REGIONES DEL MUNDO**

Afganistán: Se ha informado de un aumento del consumo de sustancias entre las mujeres afganas, en particular las refugiadas, muchas de las cuales consumen diariamente una mezcla de opio (ingerido, bebido o fumado) y fármacos. Estas sustancias se obtienen con facilidad en el Afganistán y en los campamentos de refugiados del Pakistán con fines de automedicación para problemas de salud física y mental. Alrededor de una de cada cinco consumidoras de sustancias son mayores de 50 años [5].

Alemania: Se calcula que entre el 15% y el 25% de los consumidores de sustancias “duras” (drogas ilícitas distintas del cannabis) son mujeres, la mayoría de las cuales consumen varias de ellas, pero de preferencia heroína. Sin embargo, el consumo de crack va en aumento entre las veinteañeras, así como entre las que han mediado la treintena y mayores [11, 12].

Australia: Conforme a los datos de 2001, el consumo de sustancias ilícitas es más común entre los hombres que entre las mujeres (el 41,3% en comparación con el 34,2%), salvo en el grupo de edad formado por los más jóvenes. En el segmento de 14 a 19 años, el 37,4% de los hombres y el 37,9% de las mujeres indican que han consumido alguna vez una sustancia ilícita. En este mismo grupo de edad, el porcentaje de las mujeres que se han inyectado una sustancia alguna vez supera el de los hombres (el 1,7% en comparación con el 1,0%). El consumo de sustancias ilícitas es más frecuente entre los miembros del grupo de edad de 20 a 29 años, en cuyo caso el 65,2% de los hombres y el 59,9% de las mujeres notificaron haber usado alguna vez una sustancia ilícita. Las tasas de prevalencia de trastornos causados por el consumo de sustancias en la población de Australia fueron del 3,1% entre los hombres, y del 1,3% entre las mujeres; en este grupo, el 46% de las mujeres y el 25% de los hombres sufrieron trastornos concomitantes [6, 7].

Brasil: Una encuesta sobre el consumo de sustancias realizada en los hogares en 24 ciudades grandes del estado de São Paulo reveló que la proporción de consumidores de cannabis entre hombres y mujeres era de 3,5 a 1 y la de consumidores de cocaína de 4 a 1. En el caso de los estimulantes, la proporción fue de 0,3 a 1 y en el de las benzodiazepinas de 0,6 a 1. En cambio, el estudio también mostró que era mayor la proporción de mujeres que se iniciaban en el consumo de cocaína, lo que indica un posible aumento de la dependencia de la cocaína entre las mujeres (Carlini y otros, citados en [8]).

Chile: Si bien los porcentajes de consumo alguna vez en la vida y reciente de sustancias ilícitas son mayores entre los hombres que entre las mujeres, las tasas de dependencia de la cocaína y la pasta base de cocaína son más elevadas entre las mujeres. Los porcentajes de consumo de sustancias ilícitas se han mantenido estables en los últimos años, habiéndose registrado una disminución de las tasas de consumo de productos de cannabis y pasta base de cocaína entre los adolescentes, en particular las mujeres. Sin embargo, el consumo de alcohol ha aumentado más entre éstas que entre los hombres en dicho grupo de edad [9].

China: En la población en general, los consumidores de drogas censados aumentaron con rapidez en el decenio de 1990 [4], y se cree que su número real es mucho mayor que el censado. El porcentaje de consumidores de drogas inyectables varía desde algo más del 50% hasta el 80 y el 90% de los consumidores de drogas censados en algunas provincias. El número de las consumidoras de sustancias también va en aumento, y además muchas de ellas ejercen la prostitución para costear su hábito. La segunda encuesta epidemiológica nacional sobre el consumo de sustancias ilícitas, realizada en seis zonas de gran prevalencia de China, reveló que entre las mujeres la prevalencia del consumo alguna vez en la vida era del 0,57% y del 2,58% entre los hombres. Las tasas de consumo en los 12 meses anteriores fueron del 0,48% en el caso de las mujeres y del 1,80% en el de los hombres. Las sustancias ilícitas consumidas más frecuentemente fueron en general los opiáceos, principalmente la heroína, seguidas por el opio, si bien no se presentó un desglose por sexos correspondiente a los tipos de drogas [10].

Estados Unidos de América: Según la encuesta nacional sobre el consumo de drogas y la salud de 2002 [20], en la población de 12 años o más, el 6,4% de las mujeres, en comparación con el 10,3% de los hombres, indicaron que consumían sustancias ilícitas en ese momento (el mes anterior). En cambio, las proporciones de consumidores de sustancias psicoterapéuticas no médicas resultaron muy semejantes: el 2,6% de las mujeres y el 2,7% de los hombres. En el tramo de edad de 12 a 17 años, el 12,3% de los chicos y el 10,9% de las chicas indicaron haber consumido durante el mes anterior “alguna droga ilícita”. Pero entre las chicas se registró un porcentaje más elevado de consumidoras de sustancias psicoterapéuticas no médicas que entre los chicos (el 4,3% frente al 3,6%) [20].

Federación de Rusia: Las estadísticas oficiales indican que el número anual de mujeres a las que se diagnosticó por primera vez un problema de toxicomanía en el período 1993-1999 aumentó diez veces en la Federación de

Rusia y 16 veces en Moscú. En un estudio de 80 mujeres acogidas a dos programas de tratamiento por adicción a la heroína se observó que el lapso entre el comienzo del consumo y la búsqueda de tratamiento era más breve en el caso de las mujeres que en el de un grupo de control integrado por hombres; entre las mujeres la probabilidad de haber usado heroína para iniciarse en el consumo era cuatro veces mayor que entre los hombres, y con frecuencia pasaban a consumirla por vía intravenosa sin tomarla antes por vía nasal [19].

India: Si bien la mayoría de los consumidores de sustancias de la India son hombres, el consumo de heroína ha aumentado entre las mujeres en distintas ciudades del país. En una encuesta rápida de evaluación realizada en 14 ciudades en 2000-2001 se determinó que las mujeres que hacían uso indebido de sustancias representaban una media del 7,9% de la muestra y que las principales sustancias consumidas eran la heroína, el alcohol, el cannabis y los analgésicos. Característicamente, las consumidoras de sustancias abarcadas por el estudio eran solteras, tenían estudios, trabajaban y notificaron haber comenzado tempranamente a consumirlas. Además, mostraban conductas de riesgo como la pronta iniciación en el sexo y el intercambio de utensilios de inyección [1]. Otro estudio [1], en que se entrevistó a 75 consumidoras de sustancias en tres ciudades de la India, mostró que las principales sustancias objeto de abuso eran la heroína, la propoxifina, el alcohol y los tranquilizantes menores. Algunas mujeres indicaron que consumían cannabis y jarabe para la tos. Las razones principales que dieron para explicar su iniciación en el consumo fueron la influencia de los amigos, el estrés y la tensión así como el ascendiente del cónyuge o la pareja. Casi la mitad de ellas se dedicaba al trabajo sexual para obtener dinero con el que comprar drogas y cerca de la tercera parte las vendía.

Irán (República Islámica del): En una evaluación rápida de la situación del consumo de drogas en 1999, realizada por la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito y la República Islámica del Irán, se determinó que del total de consumidores de sustancias, que oscilaba entre 800.000 y 1.200.000 personas, eran mujeres el 6% [14]. Además, se cree que el consumo de sustancias entre las mujeres va en rápido aumento [4]. Las sustancias que más se consumen en la República Islámica del Irán son el opio, los residuos de opio, la heroína y el cannabis. Sólo alrededor del 5% de las consumidoras indicó que usaba drogas inyectables, y se trataba principalmente de mujeres de entre 22 y 30 años dedicadas al trabajo sexual. El lapso entre el inicio del consumo y el paso a las drogas inyectables era de 2,5 años como promedio (en comparación con ocho años en el caso de los hombres). Apenas el 5%, aproximadamente, de las personas sometidas a tratamiento son mujeres [15, 16].

Kenya: En un estudio de los consumidores de heroína en una ciudad costera de Kenya [17, 18], se calculó que la proporción de hombres respecto de mujeres era de 20 a 1. Muchas de las heroínomanas se dedicaban al comercio sexual. En el mismo estudio se calculó que en total el 50% de quienes consumían heroína lo hacían por inyección.

Unión Europea: En los países de la Unión Europea, como en muchas otras regiones del mundo, las tasas nacionales de consumo de sustancias ilícitas son menores entre las mujeres que entre los hombres, mientras que son mayores las de consumo de medicamentos lícitos e ilícitos como las benzodiazepinas. Sin embargo, las diferencias de género en las tasas de consumo de cannabis entre los adolescentes (de 15 y 16 años) son reducidas o nulas, y las chicas parecen comenzar a experimentar con el consumo de sustancias antes que los chicos. Aunque las mujeres cometen menos delitos contra la propiedad que los hombres, el trabajo sexual constituye una fuente de ingresos de hasta el 60% de las consumidoras de sustancias en la Unión Europea [13].

Efectos y consecuencias fisiológicas

La información sobre las diferencias de género en cuanto a los efectos fisiológicos de las sustancias es limitada. Sin embargo, existen indicios de que en el caso de algunas sustancias, como el alcohol y el tabaco, las mujeres tienden a ser más vulnerables que los hombres a los efectos tanto agudos como crónicos. Por ejemplo, consumiendo la misma cantidad de alcohol, las mujeres registran niveles de alcoholemia más elevados que los hombres, y los estudios sobre los efectos a largo plazo del alcohol demuestran que las mujeres se exponen más que los hombres al riesgo de daños hepáticos, daños cerebrales y enfermedades cardíacas [21 a 23]. Ahora bien, un

estudio reciente demuestra que las mujeres mayores presentan una concentración de alcohol en la sangre mayor que las jóvenes, lo que parece indicar que la edad puede ser un indicador más importante que el sexo. De manera análoga, algunos estudios sobre el tabaco demuestran que las fumadoras se exponen a un riesgo mayor que los hombres de sufrir consecuencias de salud a largo plazo como cáncer de pulmón y problemas cardíacos [2]. En cambio, no se sabe tanto sobre las diferencias de género en cuanto a los efectos agudos y las consecuencias a largo plazo del consumo de sustancias ilícitas [24], aunque las sustancias psicoactivas afectan con frecuencia a las diferentes fases del ciclo menstrual y se ven afectadas por ellas [2, 25].

Cocaína

Existen indicios de algunas diferencias entre los sexos tanto en lo relativo a los efectos agudos como crónicos de la cocaína. Por ejemplo, la investigación de Lukas y sus colegas [26] muestra que los hombres pueden ser más sensibles que las mujeres a los efectos subjetivos agudos de la cocaína. Asimismo, aunque los niveles de cocaína en plasma de la mujer diferían en distintas fases de su ciclo menstrual, ello no determinó grados distintos de sensibilidad a los efectos de esta droga. El mismo estudio indica que la mujer puede ser más sensible que el hombre a los efectos cardiovasculares agudos de la cocaína. Por lo que atañe a las consecuencias a largo plazo, en un estudio se observó que los hombres que se habían expuesto en su vida menos que las mujeres a los efectos de la cocaína eran más vulnerables a los daños cerebrales. Se planteó la hipótesis de que las hormonas femeninas pueden proteger a la mujer de este daño [27]. Además, en otros estudios se han encontrado niveles semejantes de deterioro cognitivo en el hombre y la mujer, incluso en los casos en que ésta había estado más expuesta en su vida a los efectos de la cocaína. Por otra parte, se ha comprobado que la cocaína perturba el ciclo menstrual de la mujer y afecta a su fertilidad [2, 28, 29]. Se han observado también diferencias entre los sexos en estudios con animales sobre la autoadministración de drogas, constatándose que las hembras se autoadministran antes y en cantidades mayores que los machos y que esa autoadministración se veía afectada por la variación de los niveles hormonales [30].

Opioides

También se han encontrado diferencias análogas entre los sexos en estudios de la autoadministración de heroína realizados con animales. Asimismo, la dependencia respecto de la heroína se produce con más rapidez entre las mujeres que entre los hombres (véase *infra*) [28].

En cuanto a las consecuencias para la salud a largo plazo, la bibliografía no indica que haya diferencias de género relacionadas con la inyección de opioides en aspectos como daños a las venas, infecciones bacterianas, abscesos, celulitis, o enfermedades hepáticas y renales [24]. En algunos estudios se señala que las mujeres que se inyectan opioides parecen más expuestas al riesgo de contagio con el VIH [31, 32], y que las mujeres que se inyectan drogas parecen registrar tasas de mortalidad más altas que los hombres (véase *infra*). Como la cocaína, la heroína perturba el ciclo menstrual de la mujer. Las que consumen opioides pueden sufrir amenorrea secundaria y exponerse al riesgo de embarazos imprevis-

tos [33]. Como las mujeres pueden no ser conscientes de que están embarazadas, tal vez tarden en buscar atención prenatal [34].

Benzodiazepinas y otros sedantes hipnóticos

Conforme a los datos epidemiológicos existentes, las mujeres tienden más que los hombres al consumo no médico [35] y a reunir los criterios de dependencia de sustancias, tranquilizantes y sedantes consumidos con fines no médicos en algún momento de la vida (la información se basa en la tercera edición del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales) [36]. Sin embargo, existen pocos indicios de diferencias de género en cuanto a los efectos agudos o las consecuencias a largo plazo de estos tipos de sustancias.

Dependencia

Como se indica con anterioridad, las investigaciones con animales han revelado diferencias entre los sexos en cuanto a la autoadministración de algunas drogas. Las investigaciones han demostrado también que, si bien no hay diferencias de género en la evolución hacia el consumo intenso de sustancias tras la primera administración, característicamente las mujeres pasan a depender más rápidamente que los hombres de sustancias como el cannabis, la cocaína y otros estimulantes, los opioides, los inhalables, los alucinógenos y los depresores del sistema nervioso central. Esto es, aunque las mujeres hayan consumido estas sustancias por un período más breve, sus tasas de dependencia son semejantes a las de los hombres [2, 25, 28, 37]. El conocimiento de las diferencias de género con respecto a los factores que determinan la dependencia respecto de esas sustancias puede resultar importante para la prevención eficaz del abuso de drogas. Además, las investigaciones indican que, en general, los hombres tienen más ocasiones que las mujeres de consumir sustancias ilícitas. Sin embargo, dadas las mismas ocasiones, hombres y mujeres tienen la misma propensión al consumo y a pasar del uso inicial a la toxicomanía [28].

Consumo de drogas por inyección y riesgo de enfermedades transmitidas por vía sanguínea

Los estudios indican que las mujeres que consumen drogas por inyección pueden tener con más frecuencia comportamientos más vulnerables al VIH, y presentar tasas de mortalidad mayores que las de los hombres. Más a menudo que los hombres, las mujeres tienen parejas

sexuales que se inyectan drogas y que también son los principales proveedores de agujas compartidas [38]. Además, en su entorno social las mujeres comparten los utensilios de inyección con más personas que los hombres [39]. En países como la antigua Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas, en que es habitual la inyección en grupo, las mujeres suelen ser las últimas en utilizar la aguja o la jeringa [40]. Además, estos comportamientos exponen a la mujer al riesgo de contraer otras enfermedades transmisibles por vía sanguínea como la hepatitis; las tasas de contagio con el virus de la hepatitis C son muy elevadas entre los consumidores de drogas por inyección [41, 42]. En un estudio de los consumidores de drogas inyectables realizado en Vancouver (Canadá), Patrick y otros [42] observaron que el hecho de ser mujer era uno de los diversos factores (consumo de cocaína, inyección frecuente) relacionados con la seroconversión del virus de la hepatitis C.

En algunos estudios se han analizado los factores que contribuyen a la seroconversión del VIH entre las mujeres que se inyectan drogas [43, 44]. En Vancouver (Canadá), donde las tasas de contagio con el VIH son más elevadas entre las mujeres que entre los hombres, los factores de riesgo de seroconversión entre las mujeres eran inyectarse cocaína una o más veces al día, pedir ayuda para inyectarse, tener relaciones sexuales sin protección con una pareja habitual y tener una pareja seropositiva [44]. Bruneau y sus colegas [38] examinaron los determinantes específicamente sexuales del contagio con el VIH entre los consumidores de drogas inyectables en Montreal. En ambos sexos, un historial de uso compartido de agujas con una pareja reconocidamente seropositiva o de uso compartido en los seis meses anteriores tenía relación con el contagio del VIH. Además, en el caso de las mujeres, el hecho de que obtuvieran las agujas en “salas de venopunción” y no estuvieran en tratamiento guardaba relación con el contagio del VIH; en el de los hombres, los factores se relacionaban con la orientación sexual, la droga preferida (cocaína en lugar de heroína) y el origen de las agujas (farmacia o programa de intercambio de agujas). Un estudio realizado en cinco ciudades de la Unión Europea [42] mostró que, además de la conducta de inyección (incluso con uso compartido de utensilios), la conducta sexual era el principal determinante del contagio con el VIH. Tal conducta comprendía tener una pareja seropositiva, dedicarse al comercio sexual y haber contraído juntamente con la pareja una enfermedad de transmisión sexual. Otros determinantes eran la edad, el grado de educación, la falta de hogar y haber estado en la cárcel. Aparte de seguir con más frecuencia conductas relacionadas con la vulnerabilidad al VIH, una vez contagiadas con este virus, las mujeres pasaban antes que los hombres a contraer el SIDA [28].

Un estudio realizado en Italia sobre una cohorte de 4.200 consumidores de drogas inyectables acogidos a programas de mantenimiento con metadona mostró que la tasa de mortalidad global era del 10,1%, pero que existía una considerable diferencia entre los sexos, el 9,3% en el caso de los hombres y el 18,1% en el de las mujeres [45]. Se comprobó que la mortalidad excesiva en ambos sexos correspondía a enfermedades infecciosas, circulatorias, respiratorias y digestivas, así como a la violencia, las sobredosis y el SIDA. Se observó entre las mujeres un aumento de la mortalidad por neumonía y septicemia y, entre los hombres, a causa de tumores malignos. Un estudio posterior realizado en Escocia, en que se examinaron retrospectivamente los datos de 1989 sobre el consumo de drogas por inyección y la mortalidad, mostró también una tasa de mortalidad considerablemente mayor en el caso de las mujeres (el 0,85%, en comparación con el 0,42% de los hombres) en un período de un año [46]. Ello representa un riesgo relativo de mortalidad cuatro veces mayor para las consumidoras por inyección, pero sólo 1,5 veces mayor para los consumidores por esa misma vía, en comparación con los no consumidores.

El embarazo y el consumo de sustancias

El consumo de sustancias ilícitas durante el embarazo puede causar escasez de peso del recién nacido, parto prematuro y desnutrición [33, 47]. Algunas de estas consecuencias pueden deberse al estilo de vida que lleva aparejado el consumo de sustancias, como la mala alimentación, la falta de atención médica y social y la presencia de enfermedades infecciosas como el VIH/SIDA y la hepatitis, que pueden agravar todos los efectos directos de dicho consumo en la salud de la madre y el feto.

En el caso de las mujeres que consumen heroína u otros opioides durante el embarazo, los cambios del nivel de estas sustancias en el torrente sanguíneo pueden causar síntomas de abstinencia, riesgo de aborto, parto prematuro o tamaño reducido del bebé (para su edad gestacional), así como síndrome de abstinencia neonatal [33, 47].

En el caso de las mujeres que consumen cocaína durante el embarazo, las consecuencias para la madre y el feto pueden ser alta presión sanguínea, problemas cardíacos, ataques y muerte súbita, ruptura anticipada de membranas, menor edad gestacional, peso reducido al nacer, placenta previa y separación de la placenta y el útero, lo que causa hemorragias agudas y la muerte del feto. También se han registrado algunos efectos teratogénicos [33, 47].

Se ha comprobado que el consumo de cannabis durante el embarazo acorta el período de gestación y frena el

aumento de peso de la madre, y se han observado temblores y alteración de la capacidad de reacción visual en los recién nacidos de madres que son grandes consumidoras de esta sustancia [33, 47].

Factores de riesgo psicosocial y sus consecuencias

El perfil de las mujeres que se someten a tratamiento difiere del de los hombres desde el punto de vista demográfico, del historial de drogodependencia y del tipo y la gravedad de los problemas conexos.

Aspectos demográficos e historial de drogodependencia

Basándose principalmente en investigaciones realizadas en los Estados Unidos [37, 48 a 53], pero también en estudios de quienes solicitan tratamiento efectuados en el Brasil [8] y el Reino Unido [54], se ha comprobado que, en comparación con los hombres, las mujeres que se someten a tratamiento:

- a) Son más jóvenes;
- b) Tienen menos estudios y menores ingresos;
- c) Tienden menos a estar empleadas, vivir solas o tener problemas con la justicia (aunque el consumo de sustancias puede ser un factor importante en las actividades delictivas de las que tienen tales problemas);
- d) Tienden más a ser amas de casa, a estar casadas o como si lo estuvieran; tener hijos que viven con ellas; tener una pareja que consume sustancias; haber sido iniciadas por ésta en el consumo de sustancias y drogas inyectables; tener una pareja sexual que también consume drogas por inyección y con la cual se inyectan; tener problemas laborales, familiares o sociales, tener problemas de salud; presentar un historial familiar de alcoholismo u otras toxicomanías; tener un diagnóstico de drogodependencia únicamente, pero no de drogodependencia y alcoholismo; hacer que sea menor el lapso que media entre su iniciación en el consumo de sustancias y el comienzo del tratamiento.

En la muestra brasileña de personas en tratamiento, no había diferencias de edad entre hombres y mujeres y las mujeres tenían más estudios que los hombres. Los autores [8] indican que esa falta de diferencias de edad puede deberse a las dificultades de las mujeres para tener acceso al tratamiento en el Brasil, lo que subraya la necesidad de proceder con cautela al generalizar las conclusiones de un país a otro.

Además, se debe señalar que en muchas partes del mundo, en particular en aquellas que se encuentran en proceso de reestructuración económica, las dificultades financieras han llevado a la mujer a dedicarse a actividades como el trabajo sexual y el tráfico de drogas para sobrevivir. Esto puede agravar un problema ya existente de consumo de sustancias o inducirla a iniciarse en él [1, 40].

Traumáticas y trastornos conexos

El maltrato físico o sexual de la mujer es perpetrado con frecuencia por una pareja de sexo masculino o por un familiar del mismo sexo, y constituye un problema mundial [55 a 58]. Los estudios demuestran que las mujeres con problemas de consumo de sustancias lo sufren con más frecuencia que los hombres [51, 53, 59]. Un historial de agresiones violentas puede aumentar el riesgo de consumo y de trastornos por estrés posttraumático u otros problemas de salud mental. Además, el consumo de drogas tiende a aumentar el riesgo de nuevas agresiones [60 a 62].

Las investigaciones indican que las mujeres que sufrieron abusos en la infancia tienden considerablemente más a consumir sustancias ilícitas que las que no los sufrieron [63]. Hien y otros [64] señalan que las mujeres víctimas de abusos cuando niñas se hacen antes drogodependientes. En un informe de National Evaluation Data Services (Servicios de datos para la evaluación nacional) de los Estados Unidos [65] se señala que entre las estadounidenses con problemas de consumo de sustancias el 90% han sufrido abusos sexuales por lo menos una vez en su vida y el 50% han sufrido abusos físicos por lo menos en una ocasión. Es posible que las tasas de otros países sean más bajas.

En un estudio nacional de las pacientes de los servicios de tratamiento del alcoholismo y otras toxicomanías en Australia se indicó que algo más de la tercera parte de las incluidas en la muestra habían sido objeto de abusos sexuales durante la infancia (el 37%), con mayor frecuencia perpetrado por familiares masculinos (67%). Un porcentaje menor había sufrido abusos físicos durante la infancia (el 21%), en tanto que más de la tercera parte de ellas había sufrido abusos sexuales durante la edad adulta (el 35%), cometido más frecuentemente por su pareja sexual o por extraños. El número de mujeres que había sufrido abusos físicos durante la edad adulta era ligeramente mayor (el 38%) [66]. De manera análoga, en Alemania se informó de que entre el 50% y el 60% de las mujeres adictas a sustancias ilícitas distintas del cannabis tenían un historial de abusos físicos y sexuales, y las que habían sufrido violencia sexual eran con mayor frecuencia consumidoras de varias sustancias [67, 68].

El haber sufrido traumas puede provocar la aparición de trastornos resultantes del estrés postraumático u otros problemas de salud mental. La proporción de mujeres en tratamiento por drogodependencia que presentan esos trastornos fluctúa entre el 30% y el 59% [69, 70]. Tales trastornos se han relacionado con una vulnerabilidad mayor a nuevos traumas y, en general, con una observancia y resultados del tratamiento más deficientes [64, 70 a 72].

Los estudios muestran también que, en comparación con los hombres, las mujeres con problemas de consumo de sustancias presentan tasas más elevadas de síntomas psiquiátricos o trastornos de este tipo diagnosticados, por lo general ansiedad, depresión (aunque las diferencias de género en cuanto a las tasas de depresión de las personas con problemas de consumo de sustancias son menores que entre la población en general), trastornos limítrofes de la personalidad y trastornos en la alimentación [6, 73, 74]. Además, en algunos estudios se señala que las mujeres son más propensas que los hombres a pensar en el suicidio e intentar cometerlo [73]. A diferencia de las mujeres, es más frecuente que se diagnostiquen a los hombres trastornos de personalidad antisocial [74].

Hombres y mujeres difieren también en cuanto al orden en que se presentan los trastornos concomitantes [75, 76]. La investigación de Brady y sus colegas indica que en el caso de la mujer era más probable que el comienzo de una perturbación causada por el consumo de sustancias fuera precedido de problemas psiquiátricos como depresión, ataques de pánico y trastornos resultantes de estrés postraumático, mientras que en el de los hombres era más frecuente que al menos la depresión fuera consecuencia del consumo de sustancias, en particular cocaína y alcohol. Robbins [77] llegó a la conclusión de que el uso indebido de sustancias por parte de las mujeres guarda más relación con problemas como depresión, irritabilidad y ansiedad, y en el caso de los hombres, con problemas de ajuste social en los planos laboral, financiero y judicial.

Gravedad de los problemas de drogas

Los estudios muestran que hay diferencias de género en cuanto a la gravedad de los problemas al iniciar el tratamiento, concretamente en lo que atañe a la frecuencia del consumo de sustancias en ese momento y a la puntuación aplicada para medir esa gravedad. En un estudio de los casos admitidos a tratamiento con financiación pública del abuso de sustancias en una ciudad de los Estados Unidos [48], se comprobó que las mujeres

alcanzaban una puntuación agregada mayor en todos los aspectos del llamado Addiction Severity Index (Índice de gravedad de la toxicomanía), salvo en lo tocante a los problemas con la justicia, en comparación con los hombres ingresados en el tratamiento. De manera análoga, Acharyya y Zhang [49], utilizando datos de United States Drug and Alcohol Treatment Outcome Study (DATOS) (Estudio sobre los resultados del tratamiento de la toxicomanía y el alcoholismo) en los Estados Unidos, observaron que las mujeres tendían con mayor frecuencia que los hombres a consumir con intensidad o mucha intensidad las drogas principales preferidas, heroína y cocaína, y tenían una puntuación mayor que los hombres en un índice de gravedad del problema. Asimismo, Stewart y otros [54] comprobaron que las mujeres de una muestra de personas sometidas a tratamiento en el Reino Unido presentaban más problemas de salud y frecuencia mayor de consumo de cocaína. Wechsberg y otros [53], utilizando información procedente de DATOS, observaron que si bien los hombres tendían más al consumo diario y semanal de alcohol y marihuana, las mujeres eran más propensas que ellos a consumir cocaína y heroína diariamente, excepto las que recibían tratamiento con metadona. El consumo de sedantes o barbitúricos, anfetaminas y otros opioides también era un poco mayor entre las mujeres.

Ingreso en el tratamiento, finalización y resultados

Si bien falta información sobre la magnitud del problema del consumo de sustancias por las mujeres en la mayoría de las regiones del mundo, muchos investigadores y profesionales creen que la presencia de éstas en contextos de tratamiento es excesivamente escasa. En el recuadro 2 se presenta información sobre la proporción de mujeres sometidas a tratamiento en diversas regiones y países.

Los estudios indican que las mujeres afrontan muchos obstáculos para acceder al tratamiento, tienen problemas más graves al iniciarlo y tienden más a buscar la solución de sus problemas de consumo de sustancias en servicios de salud mental que en otros de atención a drogodependientes [2]. Por ello, no sería de extrañar que su presencia fuera escasa en actividades de tratamiento y finalizaran el tratamiento en menor proporción y con resultados menos positivos que los hombres (dado que la permanencia en el tratamiento y su finalización guardan relación estrecha con sus resultados [81]). Sin embargo, las conclusiones de las investigaciones publicadas sobre las diferencias de género en cuanto al inicio del tratamiento, su finalización y sus resultados son dispares.

RECUADRO 2**MUJERES EN TRATAMIENTO**

Australia: En Australia, el 44% de todas las actividades de tratamiento se dedicó a mujeres en el período 2001-2002, lo que representó un aumento frente al 35% registrado en 1999. Las mujeres eran considerablemente más jóvenes que los hombres y tendían más que éstos a tener problemas de heroína o benzodiazepina, mientras que las tasas de consumo de anfetamina y cocaína eran semejantes en ambos sexos [78].

China: En consonancia con el aumento de las tasas de consumo de sustancias de las mujeres en China, hay informes según los cuales en algunas provincias (Yunán y Guangxi) las mujeres representan entre el 16% y el 25% de las personas sometidas a tratamiento. Además, la edad de las mujeres en tratamiento ha disminuido en algunas provincias. Por ejemplo, en Guangxi muchas tienen apenas 17 ó 18 años [4].

Estados Unidos de América: En 2002 las mujeres representaron el 30,4% de las personas admitidas a tratamiento por consumo de toda clase de sustancias, incluido el alcohol. Los datos de desglose porcentual según la principal sustancia consumida por cada sexo, mostraron que los hombres se sometían con más frecuencia a tratamiento por alcoholismo (el 53,3% en comparación con el 39,6% de las mujeres), mientras que éstas lo hacían más por problemas de heroína, cocaína, estimulantes y tranquilizantes. El 41,7% de las mujeres indicó haber consumido una droga ilícita alguna vez en su vida, información que se basa en la encuesta nacional sobre el consumo de drogas y la salud (National Survey on Drug Use and Health) de 2002; el 46% de las personas atendidas en servicios de emergencia por problemas de drogas en el período 2000-2002 fueron mujeres, un aumento del 22% respecto de 1995; y entre las mujeres se registró el 34% de las muertes causadas por drogas [80].

India: En los centros de tratamiento del abuso de sustancias, la proporción de mujeres fluctúa entre el 1% y el 10%, pero tal vez no refleja la cifra real, porque es mayor la estigmatización de la mujer drogodependiente y también por su papel como cuidadora de los hijos [4].

Unión Europea: En la Unión Europea, la información obtenida sobre admisiones a tratamiento en régimen ambulatorio en Alemania, Dinamarca, España, Finlandia, Grecia, los Países Bajos y Suecia indica que en 2001 el 20,8% de los nuevos pacientes eran mujeres. Por lo que atañe a las diferencias de género en cuanto al problema del uso de sustancias, prácticamente la tercera parte de los consumidores de estimulantes (el 32,5%) eran mujeres, lo que contrasta con el 18,8% de mujeres en el caso de los opiáceos, el 15,0% en el de la cocaína y el 14,2% en el del cannabis [79]. En Alemania, el número de mujeres en algunos tipos de tratamiento es excesivo, por ejemplo, en el de sustitución de opioides, pero escaso en la atención residencial [12].

Estudios recientes basados en muestras de personas en tratamiento originarias principalmente de los Estados Unidos, aunque también del Reino Unido y Alemania, han revelado lo siguiente:

a) Inicio del tratamiento. Los estudios del inicio del tratamiento han reportado resultados incongruentes con respecto a las diferencias de género. Según un estudio de los consumidores de heroína y cocaína en el Reino Unido [82], los cocainómanos tendían más que las cocainómanas a buscar contacto con un organismo de tratamiento, pero no se observaron diferencias de género en cuanto al contacto con esos servicios entre los consumidores de heroína. En los Estados Unidos, dos estudios mostraron que las mujeres que contactaban con servicios de tratamiento de drogodependencias tendían menos que los hombres a iniciar el tratamiento, pero en otro estudio no se observaron diferencias entre los porcentajes de personas que lo iniciaron [51, 83, 84]. En los casos en que se observaron diferencias, se atribuyeron a las dificultades de organizar el cuidado de los hijos, la

inexistencia de seguro médico, la escasez de camas para las mujeres internadas y la prioridad que se daba a las embarazadas;

b) Finalización del tratamiento. Como en el caso del inicio del tratamiento, los estudios de su finalización son incongruentes [48, 50 a 52, 54, 71, 83, 85]. En dos de ellos, realizados en personas acogidas a servicios de financiación pública (tanto en régimen de internación como ambulatorio) en los Estados Unidos, se observó que el porcentaje de finalización de las mujeres era considerablemente menor que el de los hombres. En un estudio de Downey y colegas, se observaron tasas de finalización menores únicamente cuando se incluía en el análisis a las embarazadas. En cambio, otros estudios en que se comparó a hombres y mujeres en diversos entornos de tratamiento en Alemania, los Estados Unidos y el Reino Unido no revelaron diferencias de género en las tasas de finalización del tratamiento. En las mujeres, los factores relacionados con el abandono del tratamiento eran los problemas de salud mental, la gravedad de la drogodependencia y los problemas laborales. Además,

Scott-Lennox y otros [86] examinaron los registros administrativos de un estado de los Estados Unidos y observaron que las mujeres que tendían con mayor frecuencia a no concluir el tratamiento eran las embarazadas, de origen afroamericano, que tenían la custodia de hijos menores o tenían menos de 21 años. Swift, Copeland y Hall [66] han definido los siguientes factores protectores contra el abandono del tratamiento entre las mujeres: principios flexibles, amabilidad del personal, poca reglamentación, servicios de orientación personal, espacios exclusivos para la mujer, visitas al hogar y cuidado de los hijos;

c) Resultados del tratamiento. En estudios realizados en Alemania, Australia, Estados Unidos de América y Reino Unido, basados en datos tomados principalmente de estudios nacionales en gran escala [49, 54, 85, 87, 88], no se han observado en general diferencias entre los sexos en cuanto a los resultados del tratamiento. Una explicación posible es que las mujeres que superan los considerables obstáculos para iniciar el tratamiento tienen mayor motivación para terminarlo;

d) Recaída. En relación con la ausencia de diferencias entre los sexos en los resultados, en algunas investigaciones se ha observado que las mujeres sufren menos recaídas que los hombres. Ello se debe tal vez a que asisten a más sesiones de tratamiento y tienen mayor motivación [74, 89];

e) Tratamiento exclusivo para la mujer. En un metaanálisis de la eficacia de 33 programas de tratamiento del abuso de sustancias por las mujeres [90] y un examen de Ashley y otros [91] de 38 estudios (siete ensayos controlados aleatorios y 31 estudios no aleatorios) se observaron mejores resultados en las mujeres acogidas a elementos de tratamiento previstos exclusivamente para ellas. Trulsson [92] notificó resultados análogos en el caso de mujeres que recibían tratamiento por abuso de sustancias en Noruega. En este último estudio se observaron mejores tasas de finalización del tratamiento en las que asistían a sesiones destinadas únicamente a ellas. En otro estudio realizado en Australia [93] se observó que los programas especializados para la mujer pueden captar a pacientes cuyas características sean distintas de las de aquellas que asisten a programas mixtos. Este estudio mostró que el programa especializado para mujeres tenía muchas más posibilidades de captar a las que estaban con hijos a cargo, lesbianas, mujeres con historial de problemas de drogas o alcoholismo de la madre y mujeres que habían sufrido abuso sexual en la infancia. Estos resultados indican que los servicios de tratamiento sensibles a las cuestiones de género posiblemente captan a mujeres que de otro modo no hubieran buscado ayuda para sus problemas de uso indebido de sustancias. Además, en el caso de las

lesbianas, las mujeres que tenían un historial de agresiones sexuales durante la infancia y las que tenían hijos a cargo, la asistencia a un servicio especializado reducía la incidencia del abandono del tratamiento.

Puntos principales

Los puntos principales tratados en el capítulo 1 son los siguientes:

a) Existe poca información basada en investigaciones sobre todos los aspectos del consumo de sustancias por la mujer y problemas conexos, incluso los efectos y consecuencias de tipo fisiológico y psicosocial, las características propias de las mujeres con problemas de consumo de sustancias y sus experiencias de tratamiento, en particular en lo que respecta a la mujer de los países en desarrollo;

b) En general, la mujer tiende menos que el hombre a consumir sustancias ilícitas como opioides y cocaína, pero más a consumir fármacos. Sin embargo, entre los jóvenes de ambos sexos existen indicios de convergencia en las tasas de consumo de sustancias ilícitas;

c) Algunos estudios realizados en seres humanos y en animales aportan indicios de que existen diferencias de género en cuanto a los efectos agudos y las consecuencias a largo plazo de algunas sustancias ilícitas. Por ejemplo, las mujeres adquieren con mayor rapidez dependencia de varias de esas sustancias y las que se inyectan drogas tienen comportamientos más vulnerables al VIH y, en general, registran tasas de mortalidad más elevadas que los hombres;

d) El consumo de sustancias ilícitas durante el embarazo puede ser causa de parto prematuro y tamaño reducido del bebé (para la edad gestacional), así como de otros efectos específicos de la sustancia;

e) En comparación con los hombres, las mujeres que buscan tratamiento tienden a ser más jóvenes y a disponer de menos recursos en lo relativo a educación, empleo e ingresos, tienen hijos que viven con ellas y conviven con un cónyuge o pareja que consume sustancias;

f) Las mujeres con problemas de consumo de sustancias tienen más probabilidad de haber experimentado traumas que los hombres y de sufrir con más frecuencia problemas psiquiátricos concomitantes;

g) La información disponible indica en general que la presencia de la mujer en los servicios de tratamiento del abuso de sustancias es insuficiente, aunque los datos sobre la magnitud del problema son limitados en muchos países;

b) Algunos estudios sobre el inicio y la finalización del tratamiento muestran que las mujeres se someten a él y lo terminan con menor frecuencia que los hombres, mientras que en otros estudios no se han observado diferencias entre los sexos. Hay indicios de que la situación familiar de la mujer incide en la finalización del tratamiento;

i) Por lo general, las investigaciones no revelan diferencias de género en los resultados del tratamiento. No obstante, en algunas recientes se han observado

mejores resultados en el caso de las mujeres que participan en tratamientos concebidos expresamente para atender sus necesidades. Con estos programas puede captarse a mujeres que de otro modo no se someterían a tratamiento, como las que tienen hijos;

j) Los estudios mencionados *supra* se hicieron principalmente en América del Norte, Australia y varios países europeos. Los efectuados en otros países y culturas pueden reportar resultados diferentes.

Referencias

1. P. Murthy, Women and Drug Abuse: the Problem in India (India, Ministerio de Justicia Social y Rehabilitación, y Programa de las Naciones Unidas para la Fiscalización Internacional de Drogas, oficina regional para Asia meridional, 2002).
2. W. J. Lynch, M. E. Roth y M. E. Carroll, Biological basis of sex differences in drug abuse: preclinical and clinical studies, *Psychopharmacology*, vol. 164, núm. 2 (2002), págs. 121 a 137.
3. Tendencias Mundiales de las Drogas Ilícitas, 2002 (Publicación de las Naciones Unidas, núm. de venta: S.02.XI.9) http://www.unodc.org/pdf/report_2002-06-26_1/report_2002-06-26_1.pdf
4. G. Reid y G. Costigan, Revisiting *The Hidden Epidemic*: a Situation Assessment of Drug Use in Asia in the Context of HIV/AIDS (Fairfield, Victoria (Australia), Centre for Harm Reduction/Burnet Institute, 2002).
5. *Afghanistan: Community Drug Profile No. 2: Opium and Other Problem Drug Use in a Group of Afghan Refugee Women*, PNUFID/Proyecto de apoyo a la reducción de la demanda de drogas AFGH/C29, 1999.
6. W. Hall y otros, The 12-month prevalence of substance use and ICD-10 substance use disorders in Australian adults: findings from the National Survey of Mental Health and Well-Being, *Addiction*, vol. 94, núm. 10 (1999), págs. 1541 a 1550.
7. Australian Institute of Health and Welfare, Statistics on drug use in Australia 2002, Drug Statistics Series, núm. 12 (Canberra (Australia), 2003).
8. M. Zilberman y otros, Drug-dependent women: demographic and clinical characteristics in a Brazilian sample, *Substance Use and Misuse*, vol. 36, núm. 8 (2001), págs. 1111 a 1127.
9. M. Lara, ponencia presentada en la reunión de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito titulada Women's Drug Treatment: Lessons Learned, Viena, 15 a 17 de diciembre de 2003.
10. Hao W. y otros, The second National Epidemiological Survey on illicit drug use at six high-prevalence areas in China: prevalence rates and use patterns, *Addiction*, vol. 97, núm. 10 (2002), págs. 1305 a 1315.
11. I. Vogt, Drug dependent women in Germany, ponencia presentada en la reunión de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito titulada Women's Drug Treatment: Lessons Learned, Viena, 15 a 17 de diciembre de 2003.
12. I. Vogt, comunicación personal (2004).
13. Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, Annual report on the State of the Drugs Problem in the European Union (Luxemburgo, Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas, 2000).
14. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, Women and drugs: a gender perspective, *Update* (Viena), noviembre de 2003, pág. 6 (puede consultarse en www.unodc.org/unodc/en/newsletter_2003-11-30_1_page005.html).
15. E. M. Razzaghi y otros, Rapid situation assessment (RSA) of drug abuse in Iran (1998-1999), primera versión (República Islámica del Irán, Ministerio de Salud, Organización Estatal de Bienestar, Departamento de Prevención, y Programa de las Naciones Unidas para la Fiscalización Internacional de Drogas).
16. S. Sigari, comunicación personal (2003).
17. S. Beckerleg, How 'cool' is heroin injection at the Kenya coast?, *Drugs: Education, Prevention and Policy*, vol. 11, núm. 1 (2004), págs. 67 a 77.
18. S. Beckerleg y G. L. Hundt, The characteristics and recent growth of heroin injecting in a Kenyan coastal town, *Addiction Research and Theory*, vol. 12, núm. 1 (2004), págs. 41 a 53.

19. S. O. Mokhnatchev, Gender differences among heroin users, *European Psychiatry*, vol. 17, suplemento 1 (2002), págs. 214 y 215.
20. Estados Unidos de América, Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, *2002 National Survey on Drug Use and Health: the DASIS Report* (Rockville, Maryland, 2003).
21. S. Y. Hill, Vulnerability to the biomedical consequences of alcoholism and alcohol-related problems among women, *Alcohol Problems in Women: Antecedents, Consequences, and Intervention*, S. C. Wilsnack y L. J. Beckman, editores (Nueva York, Guilford Press, 1984), págs. 121 a 154.
22. A. W. Marshall y otros, Ethanol elimination in males and females: relationship to menstrual cycle and body composition, *Hepatology*, vol. 3, núm. 5 (1983), págs. 701 a 706.
23. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, Are women more vulnerable to alcohol's effects?, *Alcohol Alert*, núm. 46, diciembre de 1999.
24. Estados Unidos de América, Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Substance Abuse Treatment, *Substance Abuse Treatment: Addressing the Specific Needs of Women*, serie Treatment Improvement Protocol (Rockville, Maryland), (en impresión).
25. E. Reynolds y H. S. Bada, Pharmacology of drugs of abuse, *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, vol. 30, núm. 3 (2003), págs. 501 a 522.
26. S. E. Lukas y otros, Sex differences in plasma cocaine levels and subjective effects after acute cocaine administration in human volunteers, *Psychopharmacology*, vol. 124, núm. 4 (1996), págs. 346 a 354.
27. N. Mello, Cocaine abuse and reproductive function in women, *Drug Addiction Research and the Health of Women*, Cora Lee Wetherington y Adele B. Roman, editoras, publicación núm. 98-4289 NIH (Rockville, Maryland, National Institute on Drug Abuse, United States Department of Health and Human Services, 1998), págs. 131 a 150 (puede consultarse en <http://165.112.78.61/WHGD/DARHW-Download.html>).
28. National Institute on Drug Abuse, Gender differences in drug abuse risks and treatment, *NIDA Notes*, vol. 15, núm. 4 (2000) (puede consultarse en www.drugabuse.gov/NIDA_Notes/NNVol15N4/tearoff.html).
29. National Institute on Drug Abuse, In drug abuse, gender matters, *NIDA Notes*, vol. 17, núm. 2 (2002) (puede consultarse en www.drugabuse.gov/NIDA_Notes/NNVol17N2/DirRepVol17N2.html).
30. D. C. S. Roberts y R. Phelan, Gender differences in cocaine self-administration in rats: relevance to human drug-taking behavior, *Drug Addiction Research and the Health of Women*, Cora Lee Wetherington y Adele B. Roman, editoras, publicación de la NIH núm. 98-4289 (Rockville, Maryland, National Institute on Drug Abuse, United States Department of Health and Human Services, 1998), págs. 165 a 172 (puede consultarse en <http://165.112.78.61/WHGD/DARHW-Download.html>).
31. M. A. Barnard, Needle sharing in context: patterns of sharing among men and women injectors and HIV risks, *Addiction*, vol. 88, núm. 6 (1993), págs. 805 a 812.
32. C. A. Latkin y otros, Gender differences in injection-related behaviors among injection drug users in Baltimore, Maryland, *AIDS Education and Prevention*, vol. 10, núm. 3, págs. 257 a 263.
33. G. Fischer, Special issues in services for pregnant and parenting women, ponencia presentada en la reunión de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito titulada Women's Drug Treatment: Lessons Learned, Viena, 15 a 17 de diciembre de 2003.
34. Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte, Department of Health, National Treatment Agency for Substance Misuse, *Models of Care for the Treatment of Drug Misusers* (Londres, National Treatment Agency, 2002) (puede consultarse en www.nta.nhs.uk).
35. L. Simoni-Wastila, G. Ritter y G. Strickler, Gender and other factors associated with the nonmedical use of abusable prescription drugs, *Substance Use and Misuse*, vol. 39, núm. 1 (2004), págs. 1 a 23.
36. D. B. Kandel, L. A. Warner y R. C. Kessler, The epidemiology of substance use and dependence among women, *Drug Addiction Research and the Health of Women*, Cora Lee Wetherington y Adele B. Roman, editoras, publicación NIH núm. 98-4289 (Rockville, Maryland, National Institute on Drug Abuse, United States Department of Health and Human Services, 1998), págs. 105 a 130 (puede consultarse en <http://165.112.78.61/WHGD/DARHW-Download.html>).
37. J. Westermeyer y A. E. Boedicker, Course, severity and treatment of substance abuse among women versus men, *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, vol. 26, núm. 4 (2000), págs. 523 a 535.
38. J. Bruneau y otros, Sex-specific determinants of HIV infection among injection drug users in Montreal, *Canadian Medical Association Journal (CMAJ)*, vol. 164, núm. 6 (2001), págs. 767 a 773 (puede consultarse en www.cmaj.ca/cgi/content/full/164/6/767).
39. S. G. Sherman, C. A. Latkin y A. C. Gielen, Social factors related to syringe sharing among injecting partners: a focus on gender, *Substance Use and Misuse*, vol. 36, núm. 14 (2001), págs. 2113 a 2136.

40. K. Malinowska-Sempruch, Women: the next wave in the HIV epidemic, *Harm Reduction News* (Newsletter of the International Harm Reduction Development Program of the Open Society Institute), vol. 2, núm. 3 (2001), págs. 1 y 10 a 12 (puede consultarse en http://www.soros.org/initiatives/ihrd/articles_publications/publications/hrnwomen_20010901/hrn_fall2001.pdf).
41. Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, Hepatitis C: a hidden epidemic, *Drugs in Focus: Bimonthly Briefing of the European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction*, núm. 11, 2003 (puede consultarse en www.emcdda.eu.int/infopoint/publications/focus.shtml).
42. P. E. Estébanez y otros, Women, drugs and HIV/AIDS: results of a multicentre European study, *International Journal of Epidemiology*, vol. 29, núm. 4 (2000), págs. 734 a 743.
43. D. M. Patrick y otros, Incidence of hepatitis C virus infection among injection drug users during an outbreak of HIV infection, *Canadian Medical Association Journal (CMAJ)*, vol. 165, núm. 7 (2001), págs. 889 a 895.
44. P. M. Spittal y otros, Risk factors for elevated HIV incidence rates among female injection drug users in Vancouver, *Canadian Medical Association Journal (CMAJ)*, vol. 166, núm. 7 (2002), págs. 894 a 899.
45. C. A. Perucci y otros, Mortality of intravenous drug users in Rome: a cohort study, *American Journal of Public Health*, vol. 81, núm. 10 (1991), págs. 1307 a 1310.
46. M. Frischer y otros, Mortality among injecting drug users: a critical reappraisal, *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 47, 1993, págs. 59 a 63.
47. G. Fischer y otros, Pregnancy and substance abuse, *Archives of Women's Mental Health*, vol. 2, núm. 2 (1999), págs. 57 a 65.
48. C. L. Arfken y otros, Gender differences in problem severity at assessment and treatment retention, *Journal of Substance Abuse Treatment*, vol. 20, núm. 1 (2001), págs. 53 a 57.
49. S. Acharyya y H. Zhang, Assessing sex differences on treatment effectiveness from the Drug Abuse Outcome Study (DATOS), *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, vol. 29, núm. 2 (2003), págs. 415 a 444.
50. R. C. Callaghan y J. A. Cunningham, Gender differences in detoxification: predictors of completion and re-admission, *Journal of Substance Abuse Treatment*, vol. 23, núm. 4 (2002), págs. 399 a 407.
51. C. A. Green y otros, Gender differences in predictors of initiation, retention and completion in an HMO-based substance abuse treatment program, *Journal of Substance Abuse Treatment*, vol. 23, núm. 4 (2002), págs. 285 a 295.
52. N. Messina, E. Wish y S. Nemes, Predictors of treatment outcomes in men and women admitted to a therapeutic community, *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, vol. 26, núm. 2 (2000), págs. 207 a 227.
53. W. M. Wechsberg, S. G. Craddock y R. L. Hubbard, How are women who enter substance abuse treatment different than men? A gender comparison from the Drug Abuse Treatment Outcome Study (DATOS), *Drugs and Society*, vol. 13, núms. 1 y 2 (1998), págs. 97 a 115.
54. D. Stewart y otros, Similarities in outcomes for men and women after drug misuse treatment: results from the National Treatment Outcome Research Study (NTORS), *Drug and Alcohol Review*, vol. 22, núm. 1 (2003), págs. 35 a 41.
55. S. Douki y otros, Violence against women in Arab and Islamic countries, *Archives of Women's Mental Health*, vol. 6, núm. 3 (2003), págs. 165 a 171.
56. U. Niaz, Violence against women in South Asian countries, *Archives of Women's Mental Health*, vol. 6, núm. 3 (2003), págs. 173 a 184.
57. G. E. Robinson, International perspectives on violence against women: introduction, *Archives of Women's Mental Health*, vol. 6, núm. 3 (2003), págs. 155 y 156.
58. G. E. Robinson, Violence against women in North America, *Archives of Women's Mental Health*, vol. 6, núm. 3 (2003), págs. 185 a 191.
59. J. Westermeyer, K. Wahmanholm y P. Thuras, Effects of childhood physical abuse on course and severity of substance abuse, *American Journal on Addictions*, vol. 10, núm. 2 (2001), págs. 101 a 110.
60. D. G. Kilpatrick y otros, A 2-year longitudinal analysis of the relationships between violence assault and substance use in women, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 65, núm. 5 (1997), págs. 834 a 847.
61. D. G. Kilpatrick y otros, Victimization, posttraumatic stress disorder, and substance use and abuse among women, *Drug Addiction Research and the Health of Women*, Cora Lee Wetherington y Adele B. Roman, editores, Publicación NIH núm. 98-4289 (Rockville, Maryland, National Institute on Drug Abuse, United States Department of Health and Human Services, 1998), págs. 285 a 308 (puede consultarse en <http://165.112.78.61/WHGD/DARHW-Download.html>).
62. D. G. Kilpatrick y otros, Violence and risk of PTSD, major depression, substance abuse/dependence, and comorbidity: results from the National Survey of Adolescents, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 71, núm. 4 (2003), págs. 692 a 700.

63. National Institute on Drug Abuse, Exploring the role of child abuse in later drug abuse, *NIDA Notes*, vol. 13, núm. 2 (1998) (puede consultarse en [www.nida.nih.gov/ NIDA_Notes/NNVol13N2/exploring.html](http://www.nida.nih.gov/NIDA_Notes/NNVol13N2/exploring.html)).
64. D. A. Hien y otros, Posttraumatic stress disorder and short-term outcome in early methadone treatment, *Journal of Substance Abuse Treatment*, vol. 19, núm. 1 (2000), págs. 31 a 37.
65. Estados Unidos de América, Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Substance Abuse Treatment, National Evaluation Data Services, Physically and sexually abused women in substance abuse treatment, *NEDS Analytic Summary Series*, núm. 19, Julio de 2001.
66. W. Swift, J. Copeland y W. Hall, *Characteristics and Treatment Needs of Women with Alcohol and Other Drug Problems: Results of an Australian National Survey* (Canberra, Australia, National Drug Strategy Research Report Series, núm. 7, 1995).
67. S. A. Schmidt, *Prävalenz sexueller Kindesmissbrauchs bei Opiatabhängigen* (Berlín, Verlag für Wissenschaft und Bildung, 2000).
68. C. Zenker, K. Bammann e I. Jahn, *Genese und Typologisierung der Abhängigkeitserkrankungen bei Frauen* (Baden-Baden, Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Nomos, 2003).
69. L. M. Najavits, R. D. Weiss y S. R. Shaw, The link between substance abuse and posttraumatic stress disorder in women: a research review, *American Journal on Addictions*, vol. 6, núm. 4 (1997), págs. 273 a 283.
70. Health Canada, Best Practices: Concurrent Mental Health and Substance Use Problems (Ottawa, Minister of Public Works and Government Services, Canadá, 2002) (puede consultarse en <http://www.cds-sca.com>).
71. C. E. Grella, Effects of gender and diagnosis on addiction history, treatment utilization, and psychosocial functioning among a dually-diagnosed sample in drug treatment, *Journal of Psychoactive Drugs*, vol. 35, suplemento 1 (2003), págs. 169 a 179.
72. D. Hiebert-Murphy y L. Woytkiw, A model for working with women dealing with child sexual abuse and addictions: the Laurel Centre, Winnipeg, Manitoba, Canadá, *Journal of Substance Abuse Treatment*, vol. 18, núm. 4 (2000), págs. 387 a 394.
73. J. Marsden y otros, Psychiatric symptoms among clients seeking treatment for drug dependence, *British Journal of Psychiatry*, vol. 176, núm. 3 (2000), págs. 285 a 289.
74. R. D. Weiss y otros, Gender differences in cocaine dependent patients: a 6 month follow-up study, *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 44, núm. 1 (1997), págs. 35 a 40.
75. K. T. Brady y otros, Gender differences in substance use disorders, *American Journal of Psychiatry*, vol. 150, núm. 11 (1993), págs. 1707 a 1711.
76. K. T. Brady y otros, PTSD and cocaine dependence: the effect of order of onset, ponencia presentada en la reunión anual del Grupo sobre Problemas de Dependencia de Drogas, San Juan (Puerto Rico), 1996.
77. C. Robbins, Sex differences in psychosocial consequences of alcohol and drug abuse, *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 30, núm.1 (1989), págs. 117 a 130.
78. J. Copeland, Engaging women in treatment, ponencia presentada en la reunión de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito titulada Women's Drug Treatment: Lessons Learned, Viena, 15 a 17 de diciembre de 2003.
79. Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, Annual Report 2003: the State of the Drugs Problem in the European Union and Norway (Luxemburgo, Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas, 2003).
80. Estados Unidos de América, Office of National Drug Control Policy, Drug Facts: Women and Drugs (Washington, D.C., 2003) (puede consultarse en www.whitehousedrugpolicy.gov/drugfact/women/index.html).
81. European Association for the Treatment of Addiction, Treatment Works: Fact or Fiction? A report into awareness of drug treatment and its effectiveness (septiembre de 2003) (puede consultarse en www.treatmentworks.co.uk/downloads/TreatmentWorks_Report.pdf).
82. B. Powis y otros, The differences between male and female drug users: community samples of heroin and cocaine users compared, *Substance Use and Misuse*, vol. 31, núm. 5 (1996), págs. 529 a 543.
83. L. Downey, D. B. Rosengren y D. M. Donovan, Gender, waitlists, and outcomes for public-sector drug treatment, *Journal of Substance Abuse Treatment*, vol. 25, núm. 1 (2003), págs. 19 a 28.
84. E. D. Riley y otros, Drug user treatment referrals and entry among participants of a needle exchange program, *Substance Use and Misuse*, vol. 37, núm. 14 (2002), págs. 1869 a 1886.
85. H. Küfner, M. Vogt y D. Weiler, *Medizinische Rehabilitation und Methadon-Substitution* (Baltmannsweiler, Schneider Verlag Hogengehren, 1999).
86. J. Scott-Lennox y otros, The impact of women's family status on completion of substance abuse treatment, *Journal of Behavioral Health Services and Research*, vol. 27, núm. 4 (2000), págs. 366 a 379.
87. M. Teesson y otros, Twelve month outcomes of the treatment of heroin dependence: findings from the Australian Treatment Outcome Study (ATOS) New South Wales (Kensington, New South Wales, National Drug and Alcohol Research Centre, 2004).

88. S. Wright y H. Klee, Developing drug services for amphetamine users: taking account of gender-specific factors, *Journal of Substance Use*, vol. 5, núm. 2 (2000), págs. 122 a 130.
89. R. Fiorentine y otros, Drug treatment: explaining the gender paradox, *Substance Use and Misuse*, vol. 32, núm. 6 (1997), págs. 653 a 678.
90. R. Orwin, L. Francisco y T. Bernichon, Effectiveness of Women's Substance Abuse Treatment Programs: a Meta-Analysis (Estados Unidos de América, Center for Substance Abuse Treatment, National Evaluation Data Services), mayo de 2001.
91. O. S. Ashley, M. E. Marsden y T. M. Brady, Effectiveness of substance abuse treatment programming for women: a review, *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, vol. 29, núm. 1 (2003), págs. 19 a 53.
92. K. Trulsson, The identity of women and treatment of drug abuse, *Socialvetenskaplig Tidskrift*, núms. 1 y 2, 2000, págs. 120 a 136.
93. J. Copeland y W. Hall, A comparison of predictors of treatment drop-out of women seeking drug and alcohol treatment in a specialist women's and two traditional mixed-sex treatment services, *British Journal of Addiction*, vol. 87, núm. 6 (1992), págs. 883 a 890.

Bibliografía

Greenfield, S. F., Manwani, S. G., y Nargiso, J. E. Epidemiology of substance use disorders in women. *Obstetrics and gynecology clinics of North America* 30: 413 a 446, 2003.

Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. Tendencias Mundiales de las Drogas Ilícitas, 2003. Núm. de venta: S.03.XI.5.

Millstein, R. A. Gender and drug abuse research. *Journal of gender-specific medicine* 2003.

National Institute on Drug Abuse, Advances in research on women's health and gender differences, 2002.

National Institute on Drug Abuse, Gender affects relationships between drug abuse and psychiatric disorders. *NIDA notes* 12:4, 1997.

2. Obstáculos para el acceso al tratamiento

En el capítulo 1 se exponen las diferencias de género en cuanto al consumo de sustancias y se señala que las investigaciones indican, entre otras diferencias, que las mujeres tienen en general problemas más graves al inicio del tratamiento y posiblemente encuentren más obstáculos que los hombres para acceder a éste. A pesar de las diferencias entre culturas y naciones, las mujeres de diferentes regiones del mundo encuentran muy frecuentemente los mismos obstáculos para su acceso al tratamiento y permanencia en él. La mayoría de las veces esos obstáculos tienen que ver con sus deberes como esposas o parejas y madres, con las difi-

cultades resultantes de tener un compañero sexual drogodependiente y con la estigmatización sobreañadida que suponen para la mujer los problemas de uso indebido de sustancias. En el recuadro 3 se reseñan varios estudios sobre las impresiones de las mujeres de diferentes partes del mundo acerca de los obstáculos o impedimentos para el acceso al tratamiento.

Cabe observar que, aunque algunos de los obstáculos que se analizan en el presente capítulo tal vez afecten también a los hombres, en general son más significativos en el caso de las mujeres.

Si bien, en muchos países, la falta de información acerca de los problemas de drogodependencia de las mujeres hace difícil determinar en qué medida es insuficiente su representación en los ámbitos de tratamiento, en numerosos informes y artículos publicados [5 a 7] sobre ellas y el uso indebido de sustancias se señala que se enfrentan a determinados obstáculos inherentes a los sistemas o estructurales, socioculturales y personales para acceder al tratamiento, obstáculos que es necesario tener en cuenta al planificar los servicios.

Obstáculos inherentes a los sistemas

Los obstáculos de este tipo son los que impiden el establecimiento de servicios adecuados a las necesidades de las mujeres. Algunos de ellos no conciernen exclusivamente a la creación de servicios para drogodependientes, sino que también pueden observarse en otros servicios de salud, como los programas para reducir el riesgo del VIH o los programas de prevención de cardiopatías. Los obstáculos inherentes a los sistemas que afectan en grado considerable a la mujer son los siguientes:

a) *La falta de poder de adopción de decisiones.* Las mujeres están insuficientemente representadas en

RECUADRO 3

IMPRESIONES DE LAS MUJERES ACERCA DE LOS OBSTÁCULOS PARA EL ACCESO AL TRATAMIENTO

En cuatro estudios sobre las impresiones de las mujeres que consumen sustancias nocivas en diferentes regiones del mundo -Australia, la India, el Canadá y seis países de Europa (Alemania, Austria, España, Francia, Italia y Portugal)- acerca de los obstáculos o impedimentos para el tratamiento se analizan algunos temas convergentes [1 a 4]. Los temas son la familia y cuestiones concernientes a las relaciones, como el miedo a perder la custodia de los hijos o la preocupación por el cuidado de los mismos, la necesidad de permiso de la pareja para recibir tratamiento, el miedo a que la pareja las abandone; cuestiones relacionadas con la estigmatización y la vergüenza, como la preocupación por que se las identifique como toxicómanas; y cuestiones relativas al tratamiento, como el miedo a la abstinencia de sustancias, el miedo a la explotación, no comprender que la toxicomanía es una enfermedad y creer que pueden librarse de ella por sí mismas, la preocupación por que los encargados de los servicios no comprendan sus necesidades como mujeres, la preocupación por la falta de servicios para las mujeres embarazadas y la falta de información sobre opciones de tratamiento y plazos de espera

los cargos de poder capaces de influir en la formulación de políticas y la asignación de recursos. Al nivel más alto, el Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer [8] informa de que, en general, la mujer está ausente de los parlamentos, donde representa solo aproximadamente el 14% de los miembros, en promedio, sin que haya diferencias esenciales entre los países ricos y los pobres a este respecto. Ello puede dificultar aún más que los órganos competentes tomen conciencia de la necesidad de investigar y elaborar políticas que aborden las cuestiones de género y de asignar recursos destinados al tratamiento de las mujeres;

b) *La escasa sensibilización a las diferencias de género en lo que respecta a los factores determinantes del estado de salud y los resultados.* Son muchos los factores, aparte del acceso a los servicios sanitarios tradicionales, que influyen en el estado de salud de los individuos. Los aspectos biológicos, la educación, los ingresos, la vivienda, el empleo, las prácticas sanitarias personales y el entorno físico pueden contribuir a las diferencias de salud entre las distintas personas. Muchos de esos factores muestran también diferencias entre los sexos que es necesario tener en cuenta cuando se planifican servicios de salud, incluidos los destinados a las personas que consumen sustancias. Por ejemplo, en general, las mujeres tienen ingresos más bajos, lo cual puede afectar a su capacidad de mantenerse en buen estado de salud o pagar servicios sanitarios necesarios. Las intervenciones tendientes a cambiar un comportamiento de alto riesgo, como el uso compartido de utensilios de inyección o la no utilización de condones, deben ser específicas para cada sexo, porque frecuentemente las mujeres tienen menos poder que los hombres para negociar el recurso a prácticas seguras. Sobre todo en los países en desarrollo, los problemas de consumo de sustancias pueden agravarse por factores como mala nutrición, pobreza, salud reproductiva deficiente y dificultades de alfabetización;

c) *La falta de conocimientos sobre las mujeres con problemas de consumo de sustancias y sus necesidades de tratamiento, cuenta habida de las diferentes circunstancias socioculturales y políticas.* Ha aumentado el número de artículos e informes, tanto publicados como inéditos, sobre mujeres con problemas de drogodependencia, pero las cuestiones de género no se analizan sistemáticamente en estudios demográficos, otros estudios epidemiológicos del consumo de sustancias o en estudios de investigación biológica, preventiva y terapéutica, tanto farmacológicos como relativos al comportamiento. La información disponible da también mucha preponderancia a las mujeres de las regiones desarrolladas, como América del Norte, Europa y Australia. Se sabe mucho menos sobre las mujeres de África, Asia y América del Sur. Sin embargo, es posible que tanto en las regiones

desarrolladas como en las que están en desarrollo se carezca de la información necesaria para planificar y prestar servicios en favor de la mujer;

d) *La falta de modelos de tratamiento apropiados sensibles a las cuestiones de género y de bajo costo, basados en pruebas empíricas.* Aunque en los últimos decenios se han publicado principios, directrices, manuales de prácticas óptimas y modelos eficaces para el tratamiento del abuso de sustancias por las mujeres, la mayoría de los servicios aún están concebidos para los hombres. Además, muchos de los enfoques y modelos de tratamiento destinados concretamente a la mujer se han elaborado en los Estados Unidos u otros países desarrollados y se necesitarían recursos para investigar su aplicación a las mujeres que viven en contextos políticos y socioculturales diferentes;

e) *Las diferencias en cuanto a la organización y financiación de los servicios sanitarios.* Las diferencias en el modo de organizar y financiar los servicios sanitarios y los de tratamiento del abuso de sustancias pueden afectar a la adaptabilidad de los modelos de tratamiento basados en pruebas empíricas destinados a mujeres. Por ejemplo, aunque los servicios ambulatorios de bajo costo o gratuitos ubicados cerca de donde viven las mujeres afectadas pueden ser de más fácil acceso que los servicios residenciales no gratuitos, hay diferencias entre los países en cuanto a la aceptabilidad y disponibilidad de unos y otros servicios y en cuanto a ofrecerlos o no a título gratuito;

f) *La necesidad de una amplia variedad de servicios.* En comparación con los hombres, las mujeres que piden someterse a tratamiento tienen en general problemas más graves, entre ellos experiencias traumáticas y problemas de salud mental, mayores responsabilidades familiares y menos recursos en lo que atañe a educación, empleo e ingresos. Es posible que necesiten servicios prenatales, servicios de bienestar infantil y servicios de atención a experiencias traumáticas y de salud mental, así como a las necesidades prácticas de cuidado de los niños, transporte, alimento y vivienda. Dado que quizá no sea viable prestar todos esos servicios en un solo lugar, se necesita investigar y poner en práctica modelos de colaboración, acción concertada y acuerdos de servicios. Ello puede ser particularmente difícil en las zonas con pocos recursos o con una base demográfica reducida, en que quizá no existan esos servicios o en que las mujeres tengan que desplazarse para recibirlos.

Obstáculos estructurales

Los obstáculos estructurales son las políticas y prácticas que, a nivel de los servicios y programas, dificultan el

acceso de las mujeres al tratamiento. Como los inherentes a los sistemas, pueden afectar no solamente a los servicios de atención contra drogodependencias, sino también a otros tipos de servicios sanitarios, y no solo los destinados a las mujeres, sino también los que se prestan a los hombres.

a) *El cuidado de los hijos.* De los estudios analizados en el capítulo anterior se desprende que las mujeres necesitadas de tratamiento suelen estar, más que los hombres, a cargo de sus hijos. La falta de ayuda para atender a los hijos es probablemente el factor más constantemente limitativo del acceso de la mujer al tratamiento, según indican la literatura especializada y los estudios de casos incluidos en la presente publicación. De los estudios analizados en el capítulo anterior se desprende que las mujeres, más que los hombres, suelen vivir con una pareja que consume sustancias, ser originarias de familias aquejadas por esos problemas de consumo y haber sufrido en su niñez abuso físico o sexual o abandono. Ello puede hacer que no cuenten con proveedores “naturales” de cuidado de los hijos y apoyo (a saber, cónyuges, padres u otros familiares). Aunque la sociedad siente justa preocupación por el bienestar de los niños, son escasos los programas de tratamiento del abuso de sustancias que financian el cuidado de los hijos o, en general, la atención a éstos;

b) *Los servicios para las embarazadas.* Las mujeres hacen frente a problemas que no afectan a los hombres. En algunos países, el consumo de sustancias durante el embarazo puede dar lugar a cargos penales y encarcelamiento hasta el final del embarazo y la lactancia. En otras jurisdicciones, las autoridades de bienestar de la infancia pueden equiparar los problemas del consumo de sustancias al maltrato o el abandono. Una consecuencia no deseada de esta política es que posiblemente disminuye la probabilidad de que las mujeres con problemas de consumo de sustancias soliciten atención prenatal durante el embarazo, lo cual tiene consecuencias sanitarias graves para la madre, el feto y la sociedad. De la experiencia clínica se desprende también que la mujer que pierde la custodia de sus hijos puede quedar nuevamente encinta. Como resultado de ello puede haber un ciclo de embarazos adicionales, cada vez que una mujer pierde la custodia. Incluso sin esos enfoques punitivos, es posible que no se disponga de servicios eficaces (por ejemplo, de atención prenatal y tratamiento específico del abuso de sustancias, además de otros servicios sanitarios sociales necesarios) para las embarazadas, o quizá no se les dé prioridad de admisión en dichos servicios;

c) *La ubicación y el costo de los programas de tratamiento.* Hay factores, como las pautas culturales que impiden a la mujer salir de su comunidad, sus deberes

en el hogar y de cuidado de los hijos, la falta de medios de transporte a los lugares de tratamiento y los gastos que éste conlleva, que hacen difícil para muchas mujeres ausentarse de la comunidad para recibir tratamiento residencial. Es posible también que tengan problemas para participar en programas de carácter ambulatorio ofrecidos a cierta distancia de donde viven, incluso si se encuentran en la misma ciudad o comunidad;

d) *Los programas con horarios rígidos.* Los deberes familiares y domésticos pueden impedir que las mujeres asistan a programas con horarios fijos. Los programas con horario flexible y opciones para asistir de día, los fines de semana o por la noche pueden facilitar el acceso. De las investigaciones realizadas [9] se desprende que las mujeres que reciben tratamiento de mantenimiento con opioides y se ven obligadas a asistir diariamente a dispensarios experimentan dificultades especiales debidas a los horarios estrictos (por ejemplo, no están abiertos por la noche) y a las normas relativas a las dosis que pueden llevar consigo. Muchos programas funcionan en lugares fijos y no cuentan con servicios de acercamiento;

e) *Las listas de espera y la capacidad de respuesta inmediata.* Según algunos estudios (véase el capítulo 1), es posible que las mujeres tengan que esperar más que los hombres para iniciar un tratamiento, sobre todo el residencial. Si no es posible darles respuesta o apoyo inmediato tras un contacto inicial, tal vez no se sometan al tratamiento;

f) *La negación de admisión a las mujeres en medicación psicoactiva.* Algunos programas no admiten a pacientes que tomen medicamentos para tratar problemas psiquiátricos concurrentes. Eso puede tener mayores consecuencias para las mujeres que para los hombres, ya que las mujeres tienen tasas más altas de prevalencia de ciertas enfermedades psiquiátricas, como la ansiedad, la depresión y el trastorno por estrés postraumático, y tasas más altas de utilización de medicamentos psicoactivos. Asimismo, en algunos programas no se admiten pacientes que tomen metadona u otras drogas de sustitución de opioides, pues se exige abstenerse de todo consumo de sustancias. Eso puede tener repercusiones, en particular, para las embarazadas dependientes de opioides;

g) *La seguridad física.* La falta de seguridad física dentro y fuera del contexto del programa de tratamiento puede ser un obstáculo para cualquier mujer que lo inicie o para su permanencia en él, en particular si ha sido víctima de abuso físico o sexual o si su vida actual es sumamente vulnerable a la violencia (por ejemplo, si se dedica al trabajo sexual). Los problemas de seguridad pueden variar desde la posibilidad de que los hombres accedan a las zonas en que duermen las mujeres internadas hasta el hecho de que los servicios estén situados en zonas de riesgo;

h) Los programas de reducción del daño. Hay mujeres que no están dispuestas a fijarse la abstinencia como objetivo del tratamiento, o tal vez no consideren una prioridad reducir su consumo de sustancias. Es posible que no inicien un tratamiento o no perseveren en él si no tienen la opción de un programa de reducción del daño;

i) La coordinación de los servicios. Las personas con problemas de consumo de sustancias suelen necesitar diversos servicios sanitarios y sociales. Si la coordinación y los vínculos entre los principales sistemas son deficientes, ello puede menoscabar gravemente su capacidad de responder a las necesidades de esas personas. En el caso de las mujeres, son particularmente importantes la coordinación y los vínculos entre el sistema de tratamiento del abuso de sustancias, el sistema de bienestar infantil y el sistema de atención prenatal. Frecuentemente, las dificultades de coordinación entre los sistemas obedecen a diferencias de interpretación de los problemas de consumo de sustancias, a cuestiones de territorialidad (quién se debe encargar del paciente) y a diferentes políticas y procedimientos en materia de confidencialidad;

j) La falta de detección del problema, de remisión y de intervención en el sector de la atención primaria de la salud y otros sectores. Los estudios e informes disponibles muestran la importancia del papel que puede desempeñar el personal profesional asistente a la hora de detectar los problemas de consumo de sustancias de sus pacientes y darles ayuda para iniciar un tratamiento. Pero quizá esos profesionales estén insuficientemente capacitados para esas tareas. Asimismo, es posible que se reflejen en ellos las normas de la cultura o comunidad en que viven. Quizá no admitan que hay mujeres que consumen sustancias nocivas, o tengan una actitud negativa frente a las mujeres con problemas de consumo de sustancias, o conozcan y comprendan poco los factores que hacen a las mujeres vulnerables a esos problemas, entre ellos las diferencias biológicas, el abuso físico y sexual, el consumo de sustancias por parte de la pareja, la ansiedad y la depresión. Eso es motivo de especial preocupación, dado que las propias mujeres quizá no vean la relación existente entre sus problemas y su consumo de sustancias narcóticas, sino que busquen ayuda por problemas de salud física o mental o prefieran recibir ayuda en entornos de tratamiento ajenos al del abuso de sustancias, por consideraciones de estigmatización;

k) La información sobre las opciones de tratamiento. El personal profesional asistente, así como las mujeres y sus familiares, frecuentemente carecen de información sobre las opciones de tratamiento existentes.

Obstáculos sociales, culturales y personales

Las mujeres tropiezan con obstáculos sociales, culturales y personales considerables al acceder al tratamiento del abuso de sustancias. Ello obedece a las normas sociales y culturales en vigor, referentes en particular al papel de la mujer y el tipo de comportamiento que se considera apropiado; la falta de poder de decisión de la mujer en muchas sociedades; y las normas y actitudes sociales y comunitarias respecto de las mujeres con problemas de consumo de sustancias.

Circunstancias de vida desfavorables. En algunos países, en particular en los países en desarrollo, las mujeres suelen vivir en circunstancias muy desfavorables, caracterizadas por la pobreza, la falta de atención sanitaria y reproductiva básica, las tasas de alfabetización bajas, la dificultad de obtener dinero para la familia y la violencia en el hogar. En algunas sociedades, las mujeres suelen tener poco poder o pocos recursos para cambiar las circunstancias de su vida.

Estigmatización, vergüenza y culpa. En la mayoría de las sociedades y culturas, la estigmatización por consumo de sustancias es mayor para la mujer que para el hombre. Como resultado, la vergüenza y la culpa que sienten las mujeres por esa dependencia y su “fracaso” en mostrarse a la altura de los papeles y expectativas sociales les hace difícil reconocer el problema y solicitar ayuda. Esos sentimientos pueden ser aún mayores en el caso de las mujeres dedicadas al trabajo sexual, las madres que no pueden atender adecuadamente a sus hijos y las mujeres que viven en sociedades cuyos tabúes culturales contra las consumidoras de sustancias están muy arraigados. En esas circunstancias, las mujeres pueden percibirse a sí mismas como aún más alejadas de las expectativas sociales.

Miedo de perder la custodia de los hijos. Las embarazadas o las madres que crían a sus hijos frecuentemente temen revelar sus problemas de consumo de sustancias y solicitar tratamiento. A menudo temen, con razón, que no se las considere aptas como madres y puedan perder la custodia de sus hijos. Esta preocupación es evidente en muchos de los estudios de casos reseñados en la presente publicación.

Falta de apoyo de la familia, en particular del marido, la pareja u otra figura masculina importante. Los estudios muestran que la probabilidad de tener una pareja sexual que consuma sustancias o de proceder de familias con

problemas de consumo de sustancias es mayor en las mujeres que en los hombres. Dado que las relaciones son tan importantes en la vida de la mujer, es posible que la que vive con una pareja drogodependiente no quiera solicitar tratamiento por el temor de perder la relación. Hay culturas en que se prohíbe a las mujeres salir de casa para asistir al tratamiento o en que los maridos no consienten que su mujer abandone los deberes de la familia y el hogar. En esas circunstancias, los familiares tal vez las sometan a tratamiento únicamente cuando ya no puedan cumplir esos deberes o estén muy enfermas.

El consumo de sustancias más como solución que como problema. En el caso de muchas mujeres, las sustancias nocivas son un modo de automedicarse para combatir problemas emocionales o la experiencia de vivir en condiciones de sufrimiento extremo. Por ejemplo, algunas mujeres mantienen relaciones caracterizadas por el consumo compartido de sustancias, el abuso físico y sexual, el padecimiento del VIH y otras enfermedades infecciosas y, a veces, la obligación de dedicarse al trabajo sexual o al comercio ilícito de drogas. En esas situaciones, es posible que se sientan abrumadas por las circunstancias de su vida e incapaces de encontrar una salida.

Falta de confianza en la eficacia del tratamiento. Las investigaciones sobre las impresiones que las mujeres tienen del tratamiento muestran que algunas creen que pueden hacer frente a los problemas por sí solas o no tienen confianza en la eficacia del tratamiento.

Puntos principales

Los puntos principales tratados en el capítulo 2 son los siguientes:

- Hay obstáculos sistémicos para el acceso de la mujer al tratamiento que manifiestan, en muchos países, la falta de sensibilización y comprensión respecto de las diferencias entre los sexos y la escasa capacidad de la mujer para influir en las decisiones de política y la asignación de recursos. Tales obstáculos impiden el establecimiento de servicios que respondan a las necesidades de la mujer.
- Las políticas y prácticas existentes a nivel de los servicios o programas presentan obstáculos estructurales al acceso de la mujer al tratamiento. Particularmente importantes en este sentido son la falta de recursos para el cuidado de los hijos, los enfoques punitivos del consumo de sustancias para las embarazadas, la ubicación y el costo de los programas, sus horarios y criterios de admisión rígidos, los problemas de seguridad y la falta de conocimientos acerca de las opciones de tratamiento disponibles.
- Las mujeres también hacen frente a obstáculos de orden social, cultural y personal para acceder al tratamiento. Éstos consisten especialmente en el fuerte sentimiento de estigmatización, vergüenza y culpa que llevan consigo el consumo de sustancias y los problemas conexos, el miedo a perder la custodia de los hijos, la falta de apoyo de la pareja y demás familiares para que se sometan a tratamiento y la falta de confianza en éste.

Referencias

1. J. Copeland, A qualitative study of barriers to formal treatment among women who self-managed change in addictive behaviours, *Journal of Substance Abuse Treatment*, vol. 14, núm. 2 (1997), págs. 183 a 190.
2. P. Murthy, Women and Drug Abuse: the Problem in India (India, Ministry of Social Justice and Empowerment y Programa de las Naciones Unidas para la Fiscalización Internacional de Drogas, Oficina Regional para Asia Meridional, 2002).
3. N. Poole y B. Isaac, Apprehensions: Barriers to Treatment for Substance-Using Mothers (Vancouver, Canadá, British Columbia Centre of Excellence for Women's Health, 2001) (puede consultarse en www.bccewh.bc.ca/PDFs/apprehensions.pdf).
4. L. Rabuffetti, Barriers to treatment for addicted women in Europe, ponencia presentada en el seminario de IREFREA sobre nuevos enfoques de la prevención del consumo de drogas y la toxicomanía entre los jóvenes, Atenas, 20 y 21 de octubre de 2003.
5. Health Canada, Best Practices: Treatment and Rehabilitation for Women with Substance Use Problems (Ottawa, Minister of Public Works and Government Services, Canadá, 2001) (puede consultarse en www.cds-sca.com/).
6. D. Hedrich, Problem Drug Use by Women: Focus on Community-based Interventions (Estrasburgo, Grupo Pompidou, 2000) (puede consultarse en www.coe.int/T/E/Social_Cohesion/pompidou_group/5.Publications/).

7. J. Becker y C. Duffy, *Women Drug Users and Drugs Service Provision: service-level responses to engagement and retention*, Report for the Home Office Drugs Strategy Directorate, DPAS Paper No. 17 (Londres, Home Office, 2002) (puede consultarse en www.drugs.gov.uk/ReportsandPublications/Communities/1034596415/WomenDrugUsersandServiceProvision.pdf).
8. Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer, *Progress of the World's Women 2002: Gender Equality and the Millennium Development Goals* (Nueva York, 2002) (puede consultarse en www.unifem.org/index.php?f_page_pid=10).
9. W. Swift, J. Copeland y W. Hall, *Characteristics and Treatment Needs of Women with Alcohol and Other Drug Problems: Results of an Australian National Survey* (Canberra, Australia, National Drug Strategy Research Report Series, Report No. 7, 1995).

Bibliografía

Addiction Research Foundation. *The hidden majority: a guidebook on alcohol and other drug issues for counsellors who work with women*, Toronto (Canadá), 1996.

Andrulis, D. y Hopkins, S. Public hospitals and substance abuse services for pregnant women and mothers: implications for managed-care programs and Medicaid, *Journal of urban health* 78:1:181-198, 2001.

Blumenthal, S. J. Women and substance abuse: a new national focus, Drug addiction research and the health of women. Cora Lee Wetherington y Adele B. Roman, eds. Rockville, Maryland, United States Department of Health and Human Services, National Institute on Drug Abuse, 1988, págs. 13 a 32. NIH publication núm. 98-4289.

Canadian Institute for Health Information, *Women's health surveillance report: a multidimensional look at the health of Canadian women*. Ottawa (Canadá), 2003.

Coletti, S. Service providers and treatment access issues. Drug addiction research and the health of women. Cora Lee Wetherington y Adele B. Roman, eds. Rockville, Maryland, United States Department of Health and Human Services, National Institute on Drug Abuse, 1998. págs. 237 a 244. NIH publication núm. 98-4289.

Copeland, J. y Hall, W. A comparison of women seeking drug and alcohol treatment in a specialist women's and two traditional mixed-sex treatment services. *British journal of addiction* 87:9: 1293-1302, 1992.

_____ A comparison of predictors of treatment drop-out of women seeking drug and alcohol treatment in a specialist women's and two traditional mixed-sex treatment services, *British journal of addiction* 87:6:883 a 890, 1992.

Covington, S. S. Helping women recover; creating gender-responsive treatment, *The handbook of addiction treatment for women: theory and practice*. S. L. Straussner y S. Brown, eds. San Francisco, Jossey-Bass, 2002.

Extrinsic barriers to substance abuse treatment among pregnant drug dependent women. Por M. A. Jessup y otros. *Journal of drug issues* 33:2:285-304, 2003.

Health Canada, *Best practices; fetal alcohol syndrome/fetal alcohol effects and the effects of other substance use during pregnancy*. Ottawa, Canadá, Minister of Public Works and Government Services, 2001.

Mactas, D. J. Treatment of women with substance abuse problems. Drug addiction research and the health of women. Cora Lee Wetherington y Adele B. Roman, eds. Rockville, Maryland, United States Department of Health and Human Services, National Institute on Drug Abuse, 1998. págs. 565 a 572. NIH publication núm. 98-4289.

Swift, W., Copeland, J. y Hall, W. Characteristics of women with alcohol and other drug problems; findings of an Australian national survey. *Addiction* 91:8:141-1150, 1996.

Estados Unidos de América, Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Substance Abuse Treatment, *Substance abuse treatment: addressing the specific needs of women*. Rockville, Maryland. En prensa

Wallen, J. Need for services research on treatment for drug abuse in women, Drug addiction research and the health of women. Cora Lee Wetherington y Adele B. Roman, eds. Rockville, Maryland, Estados Unidos, Department of Health and Human Services, National Institute on Drug Abuse, 1998. págs. 229 a 235. NIH publication núm. 98-4289.

Weber, E. M. Alcohol-and-drug-dependent pregnant women; laws and public policies that promote and inhibit research and the delivery of services. Methodological issues in epidemiological, prevention, and treatment research on drug-exposed women and their children. Instituto Nacional contra la Drogadicción, M. M. Kilbey y K. Asghar, eds. Rockville, Maryland, Estados Unidos, Department of Health and Human Services, 1992. págs. 349 a 365. Research Monograph núm. 117.

Wevers, A. Quietly different; women drug users, *Harm reduction news* 2:3, 2001. págs. 6 y 8.

Women drug abuse in Europe; gender identity. P. Stocco y otros. IREFREA y Comisión Europea, Venecia, Italia, 2000.

3. Promoción de los servicios sensibles a las diferencias de género

Actualmente se tiene un conocimiento y una conciencia más claros de que las diferencias de género en cuanto al consumo de sustancias y los problemas conexos requieren enfoques de tratamiento diferentes. El respaldo dado a las perspectivas de género en el plano internacional, regional o nacional es la constatación oficial de ese hecho. El capítulo 3 da ejemplos de cómo las instituciones públicas, en particular las instituciones centrales, pueden promover la atención a las cuestiones de género en la elaboración de políticas, la asignación de recursos y la preparación y aplicación de prácticas, normas o directrices óptimas en materia de tratamiento.

A nivel internacional, se ha establecido un consenso entre los Estados Miembros de las Naciones Unidas sobre la elaboración de una estrategia de tratamiento que contiene referencias concretas a las cuestiones de género, como se ilustra en el recuadro 4.

Además de las Naciones Unidas y sus diversos organismos, otras organizaciones internacionales y redes transnacionales, como la Organización Mundial de la Salud, la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas, el Consejo Internacional sobre el Problema del Alcoholismo y las Toxicomanías y la International Harm Reduction Association, se ocupan de cuestiones relacionadas con el consumo de sustancias por parte de la mujer. En el informe presentado por Hedrich [1] figura una panorámica general de esta labor. En Europa, el Grupo Pompidou inició en 1984 sus trabajos sobre la mujer y el consumo de sustancias. El resultado fue una serie de simposios e informes sobre el tema (véanse las referencias indicadas más adelante).

A nivel nacional, algunos países han reconocido a las mujeres como grupo demográfico especial en sus estrategias nacionales en materia de drogas o en la formulación de políticas, han asignado recursos concre-

tos para el tratamiento de la mujer o han mencionado específicamente a la mujer en sus recomendaciones sobre prácticas óptimas, normas de atención o directrices. Por ejemplo, en los Estados Unidos, la ley 94-371, promulgada en 1975, estipuló la adopción de tratamiento especializado para la mujer [2]. Ulteriormente, en un informe del Instituto de Medicina de los Estados Unidos de 1990 se señaló el estado insatisfactorio de los conocimientos sobre las mujeres con problemas de consumo de sustancias y se recomendó que se adoptara una iniciativa especial sobre el tratamiento del abuso de drogas y la toxicomanía de las mujeres embarazadas y las madres de niños pequeños [3, 4]. Organismos nacionales de los Estados Unidos como el Instituto Nacional contra la Drogadicción y el Centro para el Tratamiento del Abuso de Drogas respaldan las investigaciones basadas en las especificidades de género y la elaboración de programas destinados a la mujer.

En la estrategia nacional del Canadá en materia de drogas se reconoce a las mujeres como grupo demográfico en riesgo, lo que ha dado lugar a una serie de actividades, por ejemplo, estudios, consultas con los asociados y los principales interesados, reuniones de mesa redonda y cursos prácticos a nivel nacional, análisis de políticas y, más recientemente, la elaboración de directrices sobre prácticas óptimas [5, 6]. El departamento federal de salud también suministra financiación a las provincias y los territorios para que amplíen el acceso a los servicios de tratamiento y rehabilitación, en particular los destinados a las mujeres y los jóvenes [7]. En el recuadro 5 se describe el proceso de elaboración de prácticas óptimas.

En Australia, el Marco Estratégico Nacional contra las Drogas prevé la prestación de servicios a grupos demográficos concretos, entre ellos las mujeres con hijos [8]. En este país existe un conjunto mínimo de datos nacionales sobre los acogidos a los servicios de

RECUADRO 4

VIGÉSIMO PERÍODO EXTRAORDINARIO DE SESIONES DE LA ASAMBLEA GENERAL, DEDICADO A LA ACCIÓN COMÚN PARA CONTRARRESTAR EL PROBLEMA MUNDIAL DE LAS DROGAS, 8 A 10 DE JUNIO DE 1998

La Declaración política (resolución S-20/2 de la Asamblea General, anexo) y la Declaración sobre los Principios Rectores de la Reducción de la Demanda de Drogas (resolución S-20/3 de la Asamblea General, anexo) contienen varias afirmaciones relacionadas con la instauración de servicios de tratamiento del consumo de drogas en favor de la mujer. En la Declaración política aprobada por la Asamblea en su vigésimo período extraordinario de sesiones, los Estados Miembros de las Naciones Unidas dicen:

"Nos comprometemos a velar por que la mujer y el hombre se beneficien por igual, y sin ningún tipo de discriminación, de las estrategias para la lucha contra el problema mundial de la droga mediante su participación en todas las etapas de los programas y de la formulación de políticas;

" ...

Afirmamos nuestra determinación de proporcionar los recursos necesarios para el tratamiento y la rehabilitación y para facilitar la reinserción social a fin de devolver la dignidad y la esperanza a los niños, jóvenes, mujeres y hombres que han caído en la toxicomanía, y de luchar contra el problema mundial de la droga en todos sus aspectos;

" ...

Reconocemos que la reducción de la demanda es un pilar indispensable del enfoque global para luchar contra el problema mundial de la droga, nos comprometemos a incorporar en nuestros programas y estrategias nacionales las disposiciones que se enumeran en la Declaración sobre los Principios Rectores de la Reducción de la Demanda de Drogas, a colaborar estrechamente con el Programa de las Naciones Unidas para la Fiscalización Internacional de Drogas para desarrollar estrategias orientadas a la acción con objeto de coadyuvar en la aplicación de la Declaración, y a fijar el año 2003 como objetivo para el establecimiento de nuevos o mejores programas y estrategias de reducción de la demanda de drogas formulados en estrecha colaboración con las autoridades sanitarias, las de bienestar social y las encargadas de hacer cumplir la ley, y nos comprometemos también a lograr resultados importantes y mensurables en cuanto a la reducción de la demanda para el año 2008."

En el párrafo 8 de la Declaración sobre los Principios Rectores de la Reducción de la Demanda de Drogas se dice lo siguiente:

" ..."

"b) Las políticas de reducción de la demanda deberán:

- "i) Estar orientadas hacia la prevención del uso de drogas y la reducción de las consecuencias negativas de su uso indebido;*
- "ii) Prever y fomentar la participación activa y coordinada de los particulares a nivel de la comunidad, tanto en general como en situaciones que entrañan un riesgo especial, por ejemplo, por razones de ubicación geográfica, circunstancias económicas o la presencia de una población relativamente numerosa de toxicómanos;*
- "iii) Tener muy presentes las especificidades tanto culturales como de género;*
- "iv) Contribuir al desarrollo y mantenimiento de un entorno favorable."*

RECUADRO 5**PRÁCTICAS ÓPTIMAS DE TRATAMIENTO DE LAS MUJERES CON PROBLEMAS DE CONSUMO DE SUSTANCIAS EN EL CANADÁ**

En 1998, el Comité Federal/Provincial/Territorial sobre Cuestiones de Alcoholismo y Demás Drogodependencias elaboró un programa de investigaciones con objeto de determinar prácticas óptimas y evaluar enfoques de tratamiento innovadores en el Canadá. A fin de supervisar la ejecución de este programa, el Comité estableció un grupo de trabajo encargado de las bases de gestión responsable y evaluación así como del propio programa (grupo de trabajo ADTR), integrado por representantes de las provincias y los territorios (ministerios gubernamentales y comisiones sobre la toxicomanía), de Health Canada y otros departamentos gubernamentales federales interesados en las cuestiones de tratamiento del abuso de sustancias y rehabilitación. Como resultado de dicho programa de investigaciones, Health Canada ha publicado una serie de documentos sobre prácticas óptimas de tratamiento del consumo de sustancias y de rehabilitación aplicables a diferentes grupos demográficos, entre ellos las mujeres.

La finalidad general del proyecto sobre prácticas óptimas aplicables a la mujer era poner a disposición de los interesados en todo el Canadá información actualizada sobre los métodos más adecuados de tratamiento y rehabilitación de las mujeres con problemas de consumo de sustancias, con el objetivo de definir, sobre bases empíricas, las prácticas óptimas y los principales componentes y elementos de apoyo en la ejecución de esos programas de tratamiento.

Para elaborar el informe se realizaron entrevistas telefónicas con destacados expertos, sobre todo del Canadá, pero también de los Estados Unidos. Se les pidió que formularan su opinión como especialistas en las siguientes esferas: necesidades de la mujer y obstáculos para el acceso a los servicios; protocolos de prácticas óptimas, enfoques y prácticas principales de acercamiento, contacto y participación de pacientes, retención de pacientes, valores y filosofía del tratamiento, enfoques del tratamiento, prevención de recaídas, estructura del tratamiento e integración de servicios de apoyo adicionales. Se realizó también una investigación bibliográfica bien definida en cada esfera. El grupo de trabajo actuó como comité asesor del proyecto y examinó los diversos borradores del informe.

El informe se distribuyó a los organismos encargados del tratamiento del abuso de sustancias en todo el Canadá y se dio a conocer en Internet. Figura en la siguiente dirección: www.cds-sca.com. Después de publicar ese informe sobre prácticas óptimas en 2001, en junio de 2002 se celebró a nivel nacional un curso práctico con la participación de 40 profesionales de todo el Canadá cuyo tema de trabajo fue las mujeres con problemas de consumo de sustancias. Los objetivos del curso fueron los siguientes: difundir los conocimientos sobre las prácticas óptimas tomando como base la publicación titulada *Best Practices: Treatment and Rehabilitation for Women with Substance Use Problems* [6], establecer redes e intercambiar información sobre cuestiones relativas a las prácticas óptimas y determinar la mejor manera de aplicar tales prácticas a los servicios de tratamiento y rehabilitación de la mujer en las provincias o los territorios respectivos.

Hay dos ejemplos del modo en que se ha utilizado la información a nivel de sistemas y a nivel de programas. El Ministry of Health and Long-Term Care (Ministerio de Salud y Asistencia a Largo Plazo) que financia los servicios de tratamiento del abuso de sustancias en la provincia de Ontario convocó un grupo sobre estrategia en los servicios para la mujer, con el fin de impulsar las prácticas óptimas de prestación de servicios a las toxicómanas. Los objetivos del grupo eran los siguientes: hacer más específicas, más asequibles y más operacionales las prácticas óptimas de tratamiento del abuso de sustancias por las mujeres, elaborar normas para los servicios prestados a las mujeres y establecer una herramienta de evaluación para medir, desde el ángulo de las prácticas óptimas, la situación de los programas de servicios a la mujer. Los miembros del grupo de trabajo se reunieron a lo largo de aproximadamente nueve meses en 2002 y 2003 y prepararon un documento que contenía información contextual (la política a nivel de la provincia, el sistema de tratamiento del abuso de sustancias en Ontario, un perfil de las mujeres afectadas y las directrices de Health Canada sobre las prácticas óptimas); normas sobre las prácticas óptimas y el posible modo de aplicarlas; y una herramienta de evaluación de dichas prácticas. Personal regional del citado ministerio y varios especialistas en la materia examinan actualmente el proyecto de documento, que se concluirá en 2004. El propósito es que los funcionarios del Ministry of Health and Long-Term Care y los diversos servicios de tratamiento utilicen esa herramienta de evaluación para examinar los programas destinados a las mujeres en función de esas prácticas y determinar así dónde puede ser necesario introducir mejoras.

En River House, provincia de Manitoba, se realiza un programa destinado solamente a mujeres, que administra la Addictions Foundation of Manitoba y en el que se aplican muchas prácticas óptimas. Entre ellas figuran las siguientes:

- La casa está situada en una zona residencial de Winnipeg, y no hay nada que distinga a River House como centro de tratamiento.
- La casa está decorada con gusto y sus colores son relajantes.

(Recuadro 5, continuación)

- El programa ofrece sesiones de información por la tarde, cuando las mujeres pueden asistir y recibir información, así como visitar la casa, lo cual reduce la ansiedad. La evaluación y la admisión se realizan en la misma zona, de modo que si una mujer desea estudiar la posibilidad de participar en el programa oficial, no tiene que volver para una nueva cita.
- El programa colabora con organismos afines para reducir la estigmatización y procurar la aportación de recursos y servicios de guardería, si esto preocupa a las mujeres.
- River House colabora muy estrechamente con los círculos médicos para atender a las mujeres embarazadas.
- Los enfoques de la programación son flexibles para satisfacer las necesidades de las mujeres.
- El programa suministra información y promueve las aptitudes para reducir la tensión, aumentar la autoestima y evitar la violencia en el hogar, y también suministra información sobre los efectos del alcohol y demás drogas.
- Para atender los problemas de salud de las mujeres está presente una facultativa que se ocupa de las pacientes del programa, así como de las que acuden a las sesiones de información y no desean participar en un programa oficial. La enfermera de la Autoridad Regional de Winnipeg visita la casa para analizar con las mujeres sus preocupaciones de salud en general.
- Las mujeres tienen posibilidades de recursos y apoyo cuando terminan el tratamiento. El programa trata de atender en todo lo posible las preocupaciones conexas mientras las pacientes están en tratamiento, de modo que ya puedan tener opción a los recursos que quizá necesiten para su recuperación. Hay también "egresadas", que siguen visitando la casa y ofrecen apoyo.
- Un programa de atención continuada brinda seguimiento hasta dos años después de concluido el tratamiento.

tratamiento del alcoholismo y otras drogodependencias que permite observar las características de utilización de los servicios por las mujeres e informar con periodicidad anual al respecto.

En el Reino Unido, los servicios destinados a las mujeres se analizan en varias publicaciones gubernamentales, entre ellas *Models of Care for the Treatment of Drug Misusers* [9] y *Commissioning Standards: Drug and Alcohol Treatment and Care* [10]. Se trata solamente de algunos ejemplos y bien puede ser que haya más en otras regiones del mundo.

Otro ejemplo es el de Alemania, cuyo Plan de Acción contra las Drogas y la Toxicomanía aborda expresamente la perspectiva de género, como se expone a continuación en el recuadro 6.

Estudios monográficos

Los estudios monográficos que figuran a continuación ilustran diversas estrategias para promover servicios sensibles a las cuestiones de género orientados a la mujer en diferentes regiones y países. En el primero se describe la

labor de la Oficina Regional para el Asia Meridional de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, que ha seguido diversos enfoques y realizado varias actividades para promover servicios sensibles a las necesidades de la mujer en toda la región.

Después del estudio del Asia meridional, se presentan cuatro estudios: uno de Chile, dos de Suiza y un proyecto transnacional en la Unión Europea. Los cuatro son ejemplos del establecimiento de normas y directrices y su aplicación práctica para impulsar los servicios sensibles a las diferencias de género. Esas directrices son necesarias para definir en qué consisten tales servicios, de modo que sea posible adaptar en consecuencia los que ya existen pero no tienen en cuenta las cuestiones de género. Esas prácticas y directrices se establecen sobre la base de una experiencia considerable en el tratamiento de mujeres, como pone de relieve la anterior descripción de la labor realizada en el Canadá (recuadro 5) y Alemania (recuadro 6).

En el primero de los dos estudios monográficos procedentes de Suiza se exponen las directrices sobre prácticas óptimas y en el segundo, Quai 9, se muestra su puesta en práctica.

RECUADRO 6**PLAN DE ACCIÓN CONTRA LAS DROGAS Y LA TOXICOMANÍA**

En Alemania, las necesidades de la mujer se reconocen en el Plan de Acción contra las Drogas y la Toxicomanía [11], varios de cuyos objetivos hacen referencia concreta a las mujeres, en particular en cuanto a incorporar la perspectiva de género en las políticas en materia de drogas, promover un pronto reconocimiento e intervención en caso de empleo indebido de la medicación (mayormente por las mujeres), y tener más en cuenta las experiencias acerca de la violencia relacionada con la toxicomanía (de las mujeres).

Además, se ha establecido un grupo de expertos alemanes en mujeres drogodependientes e incorporación de la perspectiva de género. El grupo se propone elaborar una panorámica general de las instalaciones destinadas solamente a mujeres en Alemania y de todos los servicios cuyos programas son sensibles a las cuestiones de género; iniciar un estudio que evalúe la sensibilidad a las cuestiones de género en las instituciones y los programas de tratamiento del abuso de sustancias, desde el punto de vista de la dotación de personal y el contenido de los programas; y suministrar información sobre las enseñanzas resultantes de 20 años de tratamiento del abuso de sustancias en las mujeres en Alemania, con mención de ejemplos y de las necesidades no satisfechas. Entre las enseñanzas derivadas del proyecto figuran: no permitir que las cuestiones de la mujer se equiparen con las de otras minorías discriminadas, aprovechar la incorporación de la perspectiva de género para involucrar a tanta gente como sea posible en los debates sobre los problemas y promover los estudios sobre la eficacia y eficiencia del tratamiento de las mujeres que consumen drogas [12].

El último estudio incluido en el presente capítulo procede de Sudáfrica. Se refiere a una intervención para prevenir el VIH centrada en las mujeres, inicialmente concebida para las consumidoras de crack estadounidenses de origen africano. El programa se ejecutó en Sudáfrica con carácter experimental, como intervención en favor de las trabajadoras sexuales sudafricanas negras que consumen cocaína, y sirve para ilustrar uno de los obstáculos sistémicos con que se enfrentan los servicios sensibles a las diferencias de género y en qué medida las intervenciones de tratamiento eficaces y de bajo costo organizadas en un país se pueden adaptar a otra cultura y otro país.

Asia meridional: Aumento de la sensibilización a las cuestiones de género

Nombre: Estrategia de la Oficina Regional para el Asia Meridional de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito

Contacto: Ashita Mittal, oficial superior de programas nacionales

Información: Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, Oficina Regional para el Asia Meridional

Correo electrónico: ashita.mittal@unodc.org

Internet: www.unodc.org/india/index.html

Antecedentes

En el decenio de 1990, el consumo de opiáceos, en particular de heroína, aumentó entre las mujeres drogodependientes de diferentes ciudades de la India. La mayoría de ellas eran solteras, tenían estudios y estaban empleadas, y habían empezado a consumir esas sustan-

cias a una temprana edad. Es sabido también que esas mujeres empiezan a tener relaciones sexuales a una edad temprana y comparten los utensilios de inyección. Las que provienen de grupos no marginados no suelen estar enteradas de las opciones de tratamiento ni procuran obtenerlo. En algunos programas de tratamiento se atiende a mujeres con creencias religiosas o inclinaciones espirituales firmes y esos elementos se tienen en cuenta durante el proceso de tratamiento.

Enfoque

La Oficina Regional para el Asia Meridional de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito es consciente de que no hay una estrategia única capaz de hacer frente al mundo cambiante de las drogas, ni a las diferencias regionales y culturales que existen en el Asia meridional. En consecuencia, ha adoptado un plan para alentar a los gobiernos de la región a idear estrategias eficaces y respuestas apropiadas a fin de encarar la situación en los planos local y regional.

En general se carece de conocimientos sobre el tratamiento del consumo de sustancias que se puede ofrecer a las mujeres. Entre las esferas que aún es preciso estudiar figuran las siguientes: las cuestiones de género y su relación con el uso indebido de sustancias y el VIH; la elaboración de estrategias que desalienten tal uso; la promoción de la rehabilitación y recuperación; y el apoyo a los servicios de atención de salud y servicios conexos apropiados, asequibles y de calidad, destinados a la mujer en todas las etapas de la vida.

Además, se debe prestar atención a los módulos de capacitación y a la formación de especialistas para reducir el consumo de drogas, alentar a los gobiernos a mejorar el acceso a servicios adecuados de tratamiento y rehabilitación apropiados para las mujeres afectadas, apoyar los programas dirigidos a prevenir el riesgo de que las parejas de las consumidoras de sustancias nocivas y las propias consumidoras con comportamiento sexual de alto riesgo contraigan el VIH, así como aumentar la participación de las mujeres en los programas de reducción de la demanda.

Las cuestiones más generales relativas al enfoque encaminado a comprender mejor el entorno en que viven las mujeres que consumen sustancias son las siguientes: prestar especial atención a los factores de situación como la violencia, que hacen más gravosa la carga que soportan las mujeres; establecer grupos de apoyo, incluidas redes e intervenciones encabezadas por personas de igual condición; y fortalecer los mecanismos que permitan reforzar los lazos familiares afectados por el uso indebido de sustancias nocivas.

Actividades

La Oficina Regional para el Asia Meridional de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito ha realizado varias actividades en apoyo de esas estrategias, para lo cual ha recurrido a los medios de información y otros órganos. Por ejemplo, ha preparado una guía de actividades de prevención en la comunidad para uso de los grupos femeninos, los encargados de prestar servicios, las organizaciones no gubernamentales, los encargados de adoptar políticas y el público en general. Además, se ha publicado una monografía titulada *Women and Drug Abuse: The Problem in India* en la que se ponen de relieve cuestiones que interesan a las mujeres con problemas de consumo de sustancias o que viven con familiares que tienen problemas de esa índole. Asimismo, la Oficina Regional apoya las intervenciones piloto de diversas organizaciones no gubernamentales encaminadas a prevenir los riesgos y la vulnerabilidad de las mujeres que consumen sustancias o que viven con un familiar que las consume.

En diversas regiones del país se han organizado programas de capacitación encaminados a tomar contacto con las mujeres y potenciarlas a fin de reducir los riesgos del consumo de sustancias y contagio con el VIH, tanto en el caso de las drogadictas como en el de sus familiares con problemas similares. Asimismo, se realizan estudios epidemiológicos del consumo de sustancias por parte de las mujeres.

La labor de reducción de la demanda en los estados nor-orientales de la India se centra en las mujeres marginadas de la sociedad por su consumo de sustancias nocivas, por dedicarse al trabajo sexual y por la infección por el VIH, que es frecuente. Un resultado de esta labor ha sido la financiación de un centro de tratamiento y rehabilitación y el empleo de instructores de igual condición, que ejecutan programas de sensibilización a las cuestiones de género a fin de crear mayor conciencia entre las parejas de esas mujeres. Muchos de esos instructores son a su vez seropositivos o consumidores de drogas inyectables en vías de recuperación, y también se ven afectados por el consumo de sustancias nocivas de su pareja. Los instructores también han empezado a establecer grupos de autoayuda y proyectos que generan ingresos, como los de venta de comida al paso, tejido y confección de prendas de vestir.

La Respuesta Coordinada al VIH/SIDA mediante el Fomento de la Capacidad y la Sensibilización (CHARCA) es una acción concertada entre el gobierno, organizaciones no gubernamentales, donantes y organismos de las Naciones Unidas que intenta reducir la vulnerabilidad de las mujeres jóvenes al VIH y las infecciones de transmisión sexual, suministrando información, desarrollando aptitudes y facilitando el acceso a servicios de salud reproductiva de calidad.

La finalidad de otro proyecto —“Prevención de la transmisión del VIH en los consumidores de sustancias de los países de la Asociación del Asia Meridional para la Cooperación Regional (SAARC)”— es lograr que los principales interesados tomen conciencia de las dimensiones del problema de las cuestiones de género. Su objetivo es hacer que las consumidoras de sustancias tengan mejor acceso a los servicios relacionados con la prevención del VIH, que esos servicios estén más ampliamente disponibles y que las mujeres los acepten más. El proyecto abarca cuestiones de género y sexualidad relacionadas con el uso indebido de sustancias y el VIH/SIDA en los jóvenes.

Resultados/logros

Se ha conseguido incorporar la perspectiva de género en los programas de reducción de la demanda que están en curso en la región y los proveedores de servicios han podido negociar, en el marco de sus programas, para abordar los problemas especiales de las consumidoras de sustancias y de las mujeres cuyas parejas las consumen. Aunque las reacciones están en sus primeras fases, los futuros programas de la Oficina Regional para el Asia Meridional seguirán fortaleciendo la estrategia adoptada.

Retos

Se carece de datos epidemiológicos exactos sobre la prevalencia del consumo de sustancias en las mujeres, por lo que resulta difícil convencer a los interesados de la necesidad de encarar el problema.

Otra dificultad es que, aunque algunos países de la región tienen planes estratégicos claramente definidos para reducir la demanda de drogas y prevenir el VIH/SIDA, esas estrategias no son necesariamente sensibles a las cuestiones de género. Ello es particularmente grave en las zonas en que las tasas de infección por el VIH van en aumento como resultado del consumo de sustancias nocivas y hay que abordar adecuadamente la asistencia y el apoyo a las mujeres.

Los programas amplios que abordan las necesidades especiales de las mujeres que consumen sustancias se consideran de baja prioridad y, en consecuencia, los recursos que se les asignan son insuficientes. Asimismo, es necesario examinar los costos y los modelos de los programas especiales destinados a las mujeres drogodependientes.

Finalmente, se tiene que dar a los grupos de mujeres de la región más capacitación para encarar los problemas de consumo de sustancias. Eso abarca también la enseñanza general en los centros dedicados a promover el desarrollo de la mujer y el niño para alentar la incorporación de procesos específicos en esos programas. Los proveedores de servicios que ejecuten programas nacionales de potenciación de la mujer también podrían fortalecer la colaboración intersectorial preparando manuales prácticos.

Experiencia adquirida

Todavía queda mucho por hacer en la región del Asia meridional, entre otras cosas, se necesita asistencia social contra el VIH y las enfermedades de transmisión sexual, así como instalaciones para los respectivos análisis; mayor sensibilización de los profesionales, la policía y los proveedores de servicios a las cuestiones de género relacionadas con el consumo de sustancias, así como capacitar a esas personas al respecto; y servicios comunitarios para las embarazadas, con personal adecuadamente capacitado y sensible que comprenda los problemas añadidos que plantea el consumo de sustancias nocivas. De todas formas, desde que se ejecuta el proyecto, los programas centrados en la comunidad se han hecho más asequibles y menos estigmatizantes.

Prácticas óptimas y directrices para un tratamiento sensible a las diferencias de género

Chile: Elaboración de directrices técnicas

Nombre: Directrices técnicas para incorporar una perspectiva de género en los proyectos de tratamiento y rehabilitación de las personas con problemas de drogas.

País: Chile

Contacto: Marcela Lara Orellana, Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (CONACE) de Chile
Información: Agustinas 12359, N° piso, Santiago (Chile)
Teléfono: +(56) (2) 5100852

Fax: +(56) (2) 6994462

Correo electrónico: mlara@conace.gov.cl

Internet: www.conacedrogas.cl

Antecedentes

Aunque el consumo de sustancias ilícitas y de alcohol es mayor en los hombres de todos los grupos de edad y todas las poblaciones estudiadas en Chile, las tasas de adicción a la cocaína y la pasta básica de cocaína son mayores en las mujeres. A partir de los resultados de una encuesta nacional sobre la prevalencia realizada en 2002, cabe señalar que el consumo de marihuana se ha estabilizado en las personas de 12 a 18 años. En las mujeres han cambiado las características del consumo de sustancias, ya que se ha pasado del consumo solitario al consumo grupal y, luego, al consumo en la calle; y en las mujeres mayores, el consumo de fármacos se vincula a trastornos emocionales. Como en otros países, las mujeres con problemas de drogas suelen tener más responsabilidades familiares que los hombres y sufrir un mayor estigma por su consumo de esas sustancias.

Actualmente, en Chile, la mayoría de los programas de tratamiento no ofrecen servicios específicos para la mujer. En algunos casos se reconoce que hay dificultades para que las mujeres inicien y continúen el tratamiento y que falta preparación para prestar servicios sensibles a las cuestiones de género; en otros, no se reconocen en absoluto esas cuestiones. Frecuentemente el personal no está capacitado ni hay una continuidad de atención desde programas de acercamiento hasta tratamiento residencial, según los diferentes tipos de problemas de drogodependencia. A nivel de los usuarios, las mujeres encuentran obstáculos para acceder al tratamiento debido al cuidado de los hijos y a sus labores en el hogar, así como a la falta de apoyo familiar y de redes sociales.

Objetivos

Elaborar una política nacional que incluya la sensibilización a las cuestiones de género en los servicios de tratamiento de las mujeres con problemas de consumo de sustancias; establecer estrategias para debatir y analizar las cuestiones de género y su relación con el consumo de sustancias; contribuir al proceso de determinación de los factores de riesgo en el consumo de sustancias por las mujeres en Chile; proponer directrices para el tratamiento de la mujer, incluidos métodos de detección de casos, remisión y acceso al tratamiento, así como el empleo de profesionales y demás personal capacitado para el tratamiento de la mujer.

Actividades

En 2002 se reunieron, por invitación del Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes, representantes del Servicio Nacional de la Mujer, el Ministerio de Justicia (encargado de los servicios penitenciarios) y el Ministerio de Salud con expertos en cuestiones clínicas de instituciones públicas y privadas que brindan tratamiento a las mujeres. El propósito de la reunión fue establecer un grupo de trabajo para redactar directrices acerca del tratamiento de la mujer. Se pidió al grupo que analizara las siguientes cuestiones relacionadas con el proyecto: ¿Cómo procede incluir las cuestiones de género en los estudios de prevalencia y de otro tipo? ¿Cómo se pueden hacer los programas de tratamiento más accesibles para la mujer? ¿Cómo detectar antes los casos de mujeres en los contextos de atención primaria de la salud o atención prenatal? ¿Cómo aumentar la capacidad de los servicios para la mujer, estableciéndolos por separado, o introduciendo una perspectiva de género en todos los servicios de tratamiento?

Se analizaron también otras cuestiones, como la necesidad de coordinación multisectorial entre los centros de salud, educación y acogida, a fin de evitar que las mujeres, en especial las que tienen hijos, abandonen el tratamiento; el perfeccionamiento de los conocimientos y aptitudes de los asistentes sociales respecto de las cuestiones de género; y la incorporación de una perspectiva de género en los programas de tratamiento.

Las directrices relativas al tratamiento se dividieron en tres capítulos: marco teórico; intervenciones terapéuticas en favor de la mujer; y trabajo en equipo (durante el tratamiento).

En esos capítulos se abordaban cuestiones como las siguientes:

- Mantener un enfoque más de integración que de confrontación, sobre todo al comienzo del proceso terapéutico;
- Respetar la vida privada en el caso de experiencias traumáticas vinculadas a abusos y maltratos;
- Centrar la atención en las relaciones de las mujeres (con la familia y demás parientes), a fin de restablecer las redes sociales;
- Dedicar más atención al tratamiento individualizado de la mujer (en comparación con el tratamiento del hombre);
- Prolongar el tratamiento a fin de establecer lazos y vinculación terapéutica.

El grupo de trabajo se reunió mensualmente a lo largo de 12 meses para redactar las directrices, que se distribuyeron en 2003 con objeto de que la Secretaría Ejecutiva y las oficinas regionales de CONACE y el Ministerio de Salud, en particular, las examinaran y formularan observaciones al respecto.

Después de esa fase inicial, en 2004 se celebrará un seminario que dará lugar a más deliberaciones y opiniones sobre el proyecto de directrices y, una vez que se introduzcan las revisiones finales en el documento, éste se convertirá en ley.

Resultados/logros

El proyecto está aún en la etapa de elaboración. Una vez que las directrices se hayan concluido e incorporado en la legislación, será posible proceder al seguimiento y la evaluación de los centros de tratamiento que las apliquen.

Retos

Dos de los retos inmediatos consisten en superar la opinión de que las mujeres no requieren un tratamiento diferente e instruir a las personas que desempeñan cargos directivos en los servicios terapéuticos sobre la necesidad de un enfoque sensible a las cuestiones de género en los programas destinados a las mujeres. Asimismo, es necesario tener en cuenta esas cuestiones en todos los planes de tratamiento, facilitar el acceso al tratamiento, promover la participación en él y su eficacia y estimular a los equipos de tratamiento para que examinen las cuestiones de género.

Experiencia adquirida

A fin de que el proyecto tenga éxito, es importante establecer alianzas con organizaciones gubernamentales y no gubernamentales de Chile y otros países donde también se estudia la cuestión.

Suiza: Directrices relativas a los servicios de bajo umbral para la mujer

Nombre: Women centred! Requirements for low threshold drug services: a toolkit for practice (La mujer como centro. Prescripciones sobre los servicios antidroga de bajo umbral: manual práctico)

País: Suiza

Contacto: Marie Louise Ernst, Oficina Federal de Sanidad Pública de Suiza

Información: Rohrmatt 21, 3126 Kaufdorf (Suiza)

Teléfono: +(41) (31) 809 2296

Fax: +(41) (31) 809 2296

Correo electrónico: m.l.ernst@datacomm.ch

Gobierno, financiación continuada

Antecedentes

Las investigaciones realizadas en Suiza demuestran que hay diferencias entre los hombres y las mujeres que tienen problemas de consumo de sustancias, concretamente en cuanto a las modalidades de consumo, las razones por las que surgen esos problemas y las necesidades y experiencias en materia de tratamiento. Ahora bien, de la experiencia clínica y los estudios empíricos se desprende que las consumidoras de drogas tienen una presencia demasiado escasa en los servicios de tratamiento, y una publicación científica realizada por encargo de la Oficina Federal de Sanidad Pública de Suiza —Women Addiction Perspective (Perspectiva de la Drogadicción en la Mujer), que vio la luz en 1995— no contribuyó a aumentar la oferta de servicios a la mujer en las propuestas de proyecto presentadas a esa Oficina, contrariamente a lo esperado. En ese entonces los patrocinadores no ejercían presión sobre los servicios para que tuvieran en cuenta las cuestiones de la mujer o de género y las instituciones recibían financiación aun cuando no lo hicieran. Frecuentemente, los jefes de las instituciones, especialmente las integradas por personas de ambos sexos, eran hombres, y las profesionales interesadas formaban redes en forma esporádica y, en muchos casos, trabajaban solas. Los enfoques del tratamiento también se basaban mucho en principios ideológicos, más que en pruebas empíricas.

En consecuencia, en 1997 se encargó a la Oficina Federal de Sanidad Pública que promoviera y apoyara servicios sensibles a las necesidades de la mujer y a las cuestiones de género, con los siguientes objetivos:

1. Presentar y desarrollar continuamente principios e instrumentos científicos para prestar servicios relacionados con la toxicomanía y la prevención;
2. Establecer criterios relativos a conceptos y actividades;
3. Aplicar criterios de calidad sensibles a las necesidades de la mujer en las instituciones (de tratamiento);
4. Presentar información en conferencias internacionales sobre el desarrollo de los servicios contra la toxicomanía.

El objetivo era abarcar todos los aspectos de los servicios contra la toxicomanía, teniendo como “clientes” a los especialistas, las instituciones, las autoridades y los responsables de la prensa activos en esa esfera, así como a los profesionales que trabajaban en ese terreno en Suiza y el extranjero. Este estudio monográfico trata de un solo aspecto de ese mandato general y describe la elaboración de directrices de calidad para los servicios de bajo umbral.

Se dirigió a la Oficina Federal de Sanidad Pública de Suiza una consulta acerca de la calidad de los servicios de bajo umbral, donde la presencia de toxicómanas era especialmente escasa. Ello se debía a varios factores: la estructura de las instalaciones era difícil de controlar en algunos casos debido a su tamaño; las instalaciones se orientaban a las necesidades de los hombres (no había servicios sanitarios separados para mujeres en las residencias de emergencia y las medidas para las madres toxicómanas y sus hijos eran insuficientes o no existían); las pacientes se avergonzaban de admitir que tenían problemas de consumo de sustancias; y, si tenían hijos, temían perder su custodia. En consecuencia, la Oficina Federal de Sanidad Pública estableció un grupo multidisciplinario encargado de examinar la cuestión. La Oficina encomendó oficialmente al grupo que emprendiera esa labor y financió el proyecto.

Objetivos

Elaborar una lista de las necesidades de servicios sensibles a las cuestiones de género y de criterios prácticos para los servicios de bajo umbral.

Actividades

Se estableció un grupo básico de cinco profesionales mujeres (incluida una funcionaria de la Oficina Federal de Sanidad Pública de Suiza). Ese grupo preparó las diversas fases del proceso de elaboración. El resultado de

cada fase se sometió a debate en un grupo de apoyo formado por otras 12 mujeres que trabajaban en la esfera del tratamiento. Con ese enfoque se aseguró amplio respaldo al proyecto en todas las esferas de los servicios de bajo umbral (puntos de contacto y centros de libre acceso, residencias de emergencia, proyectos de empleo, personal de los programas de acercamiento y proyectos de mantenimiento con heroína). Asimismo, se hizo hincapié en asegurar el respeto de los intereses de quienes trabajaban tanto en los programas destinados a las mujeres como en los destinados a ambos sexos.

Primera fase: Se celebró una reunión de intercambio de ideas para obtener una visión de conjunto de todas las actividades y tareas que desarrollaban y ejecutaban los servicios representados en el proyecto. Del examen de la situación se obtuvo gran cantidad de información en bruto que se organizó ulteriormente, de acuerdo con los siguientes criterios: ¿Qué servicios se ofrecen? ¿Qué efectos se desea lograr con esos servicios? ¿A qué grupos además de los usuarios están destinados? Este enfoque obligaba a considerar qué servicios se prestaban y qué objetivos se esperaba lograr con ellos.

Segunda fase: La meta fue determinar los objetivos y servicios necesarios para un programa sensible a las necesidades de la mujer. Una de las cuestiones que quedaron claras fue que era en gran parte superfluo distinguir entre los diversos tipos de programas (residencial, de empleo, servicios de día) y, por ello, innecesario mantener esa distinción. Luego, los datos se analizaron en función de tres categorías: estructura, proceso y resultados. Fruto de esa categorización fueron cinco objetivos principales, que se consideraron apropiados para los servicios de bajo umbral sensibles a las necesidades de la mujer.

Tercera fase: Esta fase consistió en asignar los servicios y los elementos que éstos requerían en cuanto a estructura, proceso y resultados, a los cinco objetivos que debía perseguir la labor de atención a las pacientes, que eran los siguientes:

1. Sensibilizar a las pacientes en lo que respecta a las cuestiones sanitarias.
2. Sensibilizar a la comunidad con respecto a las necesidades concretas de las pacientes.
3. Apoyar a las usuarias en sus intentos por escapar del papel de víctimas.
4. Potenciar y respaldar a las usuarias en sus esfuerzos por establecer o restablecer una pequeña red de apoyo.
5. Dar a las usuarias posibilidades de conseguir ocupación o empleo.

Se preparó una lista de los servicios requeridos para cumplir cada objetivo. Por ejemplo, en relación con el objetivo de “sensibilizar a las pacientes en lo que respecta a las cuestiones sanitarias”, la lista guía de servicios fue:

- Una sala especial exclusivamente destinada a las mujeres;
- Camas en las residencias;
- Visitas periódicas de un ginecólogo;
- Acceso fácil a la información específicamente destinada a las mujeres;
- Diálogo con cada paciente sobre la prevención del SIDA y la hepatitis;
- Programas de sustitución con opiáceos, con sala para inyecciones e instalaciones sanitarias separadas para hombres y mujeres, así como servicios de guardería;
- Distribución de jeringas, condones y demás material de protección sanitaria;
- Duchas y lavatorios separados;
- Acompañamiento de las pacientes a los servicios médicos;
- Consultas y/o selección sobre la base de los problemas de salud de la mujer.

Las directrices estipulan la estructura, el proceso y los resultados correspondientes a cada uno de esos servicios. Por ejemplo, en el caso de las “Visitas periódicas de un ginecólogo”:

- Servicio: presencia de un ginecólogo durante dos horas, dos veces al mes;
- Estructura: existe una sala de revisión; el seguro médico sufragará en lo posible los honorarios del médico, y en el plan general de prestación de servicios se declara que las pacientes tienen acceso a servicios ginecológicos básicos;
- Proceso: el personal informa a las pacientes, en un plazo de un mes, del nuevo servicio; las motiva a utilizar ese nuevo servicio y les presta apoyo; pregunta sistemáticamente a todas ellas cuáles son sus impresiones al respecto y los resultados se consignan por escrito; al cabo de seis meses, el personal analiza con el médico las opiniones de las pacientes y los resultados del diálogo se incorporan en la prestación del servicio;
- Resultados: al cabo de 12 meses, el 60% de las pacientes ha recurrido al servicio por lo menos una vez; en el plazo de un año, sus infecciones han disminuido en un 30%; en el plazo de un año, el 40% de las pacientes se ha inscrito para una práctica ginecológica.

El manual para la promoción de la calidad se publicó en alemán y francés en 2000 y en inglés en 2004. En otro proyecto bienal (2001 a 2003), 10 instituciones hicieron uso de este manual metodológico, cuyo título en inglés es *Women centred! Requirements for Low Threshold Drug Services: a Toolkit for Practice*.

Resultados/logros

En relación con el mandato general de la Oficina Federal de Sanidad Pública de Suiza

Los profesionales han tomado más conciencia de la necesidad de prestar servicios contra la toxicomanía sensibles a las necesidades de la mujer, y cada vez se reconoce más la necesidad de aplicar criterios de género para prestar servicios de calidad. En consecuencia, dichos criterios se vienen aplicando más en las prácticas de evaluación de los patrocinadores, y las características de programación específicas para las necesidades de la mujer se incorporan más frecuentemente en el enfoque y las medidas que adoptan los servicios de lucha contra la toxicomanía.

Los resultados mencionados se han medido haciendo uso de los informes periódicos sobre la labor realizada en el marco del mandato (autoevaluación), mediante encuestas a las instituciones participantes para comprobar si se utilizan los servicios sensibles a las necesidades de la mujer y, por último, en función del aumento del número de publicaciones relativas a las mujeres y las cuestiones específicas de género en la lucha contra la drogodependencia en Suiza.

En relación con el proyecto sobre servicios de bajo umbral

El proyecto de elaborar directrices sensibles a las necesidades de la mujer para los servicios de bajo umbral cuenta con el apoyo oficial de la Oficina Federal de Sanidad Pública de Suiza. En el documento titulado *Women Centred! Requirements for Low-threshold Drug Services: a Toolkit for Practice* las conclusiones científicas se formulan en forma que facilita su aplicación práctica en los centros de servicios. Colaboran en la aplicación 10 instituciones que se han comprometido a participar en el proyecto durante dos años. Promoviendo objetivos realistas y asequibles en lo que respecta a los servicios de tratamiento antidroga sensibles a las necesidades de la mujer se aumenta la credibilidad. Han empezado a participar también con gran motivación y dedicación profesionales de sexo femenino. Se ha impartido capacitación en gestión de proyectos, métodos de evaluación y sostenibilidad, labor que ha resultado útil.

Retos

Entre los retos figuran los cambios en el personal, el conocimiento insuficiente de la gestión de proyectos y de la autoevaluación en las instituciones, y la falta de confianza en sí mismas de las profesionales para exigir mejoras a sus instituciones y lograr que las acepten.

Experiencia adquirida

Es importante disponer de un centro de contacto que se ocupe de las preguntas y proyectos relacionados con los servicios de tratamiento de la toxicomanía sensibles a las necesidades de la mujer. La continuidad es esencial en las actividades de la Oficina Federal de Sanidad Pública de Suiza o en el mandato de promover servicios de toxicomanía que respondan a las necesidades de la mujer; tanto la transmisión de conocimientos como la capacitación y la interacción de los profesionales han contribuido a superar prejuicios y a estimular la voluntad de prestar servicios sensibles a las necesidades de la mujer; el aporte de instrumentos prácticos para reconocer las oportunidades concretas de prestar servicios de tratamiento receptivos a las necesidades de la mujer ha contribuido al éxito del proyecto.

Suiza: Incorporación de las directrices en el programa “Un momento para la mujer” en Quai 9

Nombre: “Un momento para la mujer” en Quai 9
País: Suiza
Contacto: Murièle Lasserre Bergerioux
Información: Groupe sida Genève, Secteur de la réduction des risques 6, rue de la Pépinière, 1201 Ginebra (Suiza)
Teléfono: +(41) (22) 344 1418 (particular)
 +(41) (22) 748 2878 (oficina)
Correo electrónico: a.bergerioux@bluewin.ch;
 murièle.lasserre@groupe sida.ch
Organización no gubernamental.
Años de funcionamiento: tres

Este servicio de bajo umbral es un ejemplo de cómo se pueden incorporar las directrices en un programa. “Un momento para la mujer” ofrece un horario de reunión dedicado expresamente a las mujeres en el contexto de un servicio mixto.

Antecedentes

Quai 9 es un centro de acogida de bajo umbral con instalaciones de inyección. Durante un período de aproximadamente 10 años, el personal de un servicio de

acercamiento por autobús en Ginebra analizó la necesidad de prestar servicios sensibles a las necesidades de la mujer. Además, dicho servicio participó en un estudio sobre las mujeres con problemas de toxicomanía. En 2000 se ejecutó el mandato concreto de tomar contacto con las mujeres. Quai 9 inició sus actividades en 2001, y en 2002 empezó a prestar servicios específicos para la mujer. Uno de ellos fue la distribución de un estuche de prevención especialmente pensado para las mujeres.

Objetivos

Los objetivos son reducir las circunstancias que hacen vulnerables a las mujeres, limitar el trabajo sexual sin protección, mejorar el seguimiento ginecológico y reducir la violencia conyugal y otros comportamientos agresivos.

Actividades

Programa: “Un momento para la mujer” ofrece un espacio dedicado expresamente a las mujeres todos los miércoles de las 12.00 a las 14.00 horas. El personal consta solamente de mujeres de diversos servicios de reducción del daño del Groupe sida Genève. En promedio, de ocho a 12 mujeres asisten a las sesiones semanales (de un total de 250 que visitan Quai 9, lo cual representa el 25% de todas las consumidoras de sustancias).

“Un momento para la mujer” no es un grupo terapéutico, sino que se ocupa de los problemas que las mujeres plantean en sus visitas. Una vez al mes asisten representantes de un grupo de víctimas de violaciones y de un servicio de planificación de la familia. Se entrega a las mujeres, para ayudarlas a aumentar su autoestima e iniciar el diálogo, un estuche de prevención que contiene condones, crema lubricante, paños especiales, toallitas para las manos, un espejo, una lima de uñas, tampones, una lista de direcciones y Vita-Merfen. Los temas tratados son los niños, la maternidad, la violencia marital, la violencia en la calle, la prostitución, los anticonceptivos y la vida en general.

Resultados/logros

Las mujeres asisten con regularidad a las sesiones de “Un momento para la mujer” y, en general, se sienten más a gusto hablando de cuestiones íntimas. El equipo de trabajo ha comprendido que la prestación de servicios sensibles a las necesidades de la mujer forma parte de una actuación de calidad y su personal participa en las conversaciones sobre cuestiones de género. Los condones, la crema lubricante y los volantes de información se utilizan y el estuche de prevención es muy apreciado. La

intervención de la red de colaboradores es positiva y diversos servicios de reducción del daño, incluido Quai 9, ceden personal femenino a “Un momento para la mujer”. El proyecto ha atraído la atención de los medios de información, que incluso han publicado una entrevista, y ha logrado el reconocimiento de los colaboradores. Los hombres atendidos en este programa se han vuelto menos agresivos.

Retos

Los retos son, entre otros, lograr un apoyo auténtico del personal directivo y el equipo, obtener recursos financieros e integrar “Un momento para la mujer” en el sector de los servicios de reducción del daño de Ginebra.

Experiencia adquirida

Para establecer con éxito servicios sensibles a las diferencias de género se requiere el apoyo y la dedicación del director y demás personal. De ese modo, y también con paciencia, confianza y perseverancia, ha logrado aceptación la idea de los servicios orientados por las cuestiones de género.

Europa: Servicios de tratamiento del abuso de drogas y servicios para mujeres maltratadas

Nombre: La drogadicción como posibilidad de supervivencia de las mujeres víctimas de la violencia

Región: Europa

Contacto: Karin Goger

Información: Gudrunstrasse 184/3-4,
1100 Viena (Austria)

Teléfono: +(43) (1) 548 60 90

Fax: +(43) (1) 548 60 90/76

Correo electrónico: Karin.goger@dialog-on.at

Internet: www.chance-of-survival.net;
www.dialog-on.at

El proyecto se ejecutó de diciembre de 2001 a marzo de 2003, con financiación de la Comisión Europea, en el marco del programa Daphne, y del Ministerio de la Familia, las Personas de Edad, la Mujer y la Juventud de Alemania.

Antecedentes

El punto de partida del proyecto fue la estrecha relación que existe entre los episodios traumáticos de violencia y los problemas del consumo de sustancias; la falta de asistencia y orientación para hacer frente a ambas cuestiones, y las estructuras insatisfactorias de interacción y cooperación de los servicios contra el uso indebido de sustancias con las residencias de mujeres maltratadas,

que se traduce en un ciclo de violencia y toxicomanía. La violencia de que son objeto las mujeres no suele abordarse en los servicios de tratamiento de la drogodependencia, que en general son mixtos. En esos contextos, quizá las mujeres se enfrenten a las mismas estructuras de poder, violencia y dependencia, lo que conduce a que abandonen el tratamiento. Al mismo tiempo, las residencias de mujeres maltratadas no están en condiciones de encarar los problemas de consumo de sustancias y, en la mayoría de los casos, puede ser que no acepten a las mujeres que tengan tales problemas. Si no se abordan adecuadamente esos dos aspectos, las mujeres siguen sumidas en el ciclo de violencia y toxicomanía, con muchas posibilidades de ser victimizadas otra vez.

Objetivos

Los objetivos son elaborar criterios y métodos transnacionales, interdisciplinarios y sensibles a las cuestiones de género para atender a las mujeres víctimas de la violencia; sensibilizar a los profesionales respecto de la cuestión de la mujer en el contexto de la toxicomanía y la violencia, y establecer equipos mixtos en cuya labor se incorpore la perspectiva de género; mejorar la organización de los servicios y aumentar la disponibilidad de ayuda a las mujeres afectadas; elaborar métodos para estimular el desarrollo de actividades de autoayuda; hacer que el personal directivo participe en el establecimiento y aplicación de criterios y métodos que respondan a las especificidades de género; y promover la cooperación entre los servicios de tratamiento del abuso de sustancias nocivas y las residencias de mujeres.

Actividades

El proyecto entrañó la colaboración de servicios de cuatro países (Alemania, Austria, Irlanda y los Países Bajos) y seis organismos: HeXenHaus-Hilfe für Frauen in Krisensituationen, centro de orientación, residencia de mujeres y ayuda para la vida; Drogenberatung Viersen, servicio de tipo tradicional contra la drogodependencia en general que ofrece orientación, terapia, prevención y ayuda para la vida; SAOL Project Dublin, servicio comunitario de tratamiento de mujeres toxicómanas cuyo objetivo es ayudarlas a desempeñar un papel sano en su comunidad mediante labores de desarrollo y el fomento de la capacidad; CAD Noord-en-Midden-Limburg, Venlo, centro de tratamiento del uso indebido de sustancias en general que presta servicios de orientación, terapia, prevención, terapia de sustitución y atención a pacientes ambulatorios e internos; Verein Wiener Sozialprojekte, Viena, centro de bajo umbral que presta servicios de reducción del daño, acogida, ayuda para la vida y reintegración; y Verein Dialog, Viena, un servicio

de lucha contra el uso indebido de sustancias que realiza actividades de prevención, orientación, terapia general y terapia de mantenimiento.

En las fases iniciales del proyecto se celebraron reuniones entre los organismos de cooperación y se preparó una solicitud de financiación para presentarla a la Unión Europea; se informó del proyecto a los organismos locales, con los que se intercambiaron experiencias, y se buscó apoyo político.

En las fases ulteriores se elaboraron modelos de “buenas prácticas” para el trabajo interdisciplinario con las mujeres toxicómanas que habían sido víctimas de la violencia y se establecieron criterios y normas relativos al marco, el contenido, los métodos y las actitudes básicas aplicables a las intervenciones destinadas específicamente a la mujer, incluso en instituciones mixtas.

Como conclusión del proyecto, se celebró un simposio final en Bielefeld (Alemania) para presentar los resultados.

Además de brindar orientación personal directa específica para las mujeres, las instituciones participantes organizaron intervenciones en grupo, por ejemplo, Verein Dialog organizó grupos para mujeres dedicadas al trabajo sexual, para mujeres que deseaban volver a la vida laboral y para mujeres del centro de detención de la policía de Viena a las que se había ofrecido tal posibilidad. Junto con Verein Wiener Sozialprojekte, Dialog también impartió un curso de autodefensa para mujeres.

Se realizó una evaluación del proyecto con personal y pacientes de los organismos asociados. Se formularon preguntas al personal acerca del establecimiento de redes de trabajo, las intervenciones sensibles a las cuestiones de género y la incorporación de la perspectiva de género en las actividades. Se hicieron entrevistas a las pacientes sobre sus experiencias.

Resultados/logros

El proyecto ha reforzado de forma innovadora los debates interdisciplinarios sobre el tema mujer-toxicomanía-violencia y ha dado lugar a deliberaciones sobre las necesidades específicas de las pacientes de las instituciones participantes. Ello ha llevado a una mayor sensibilización acerca de la mujer, sus experiencias en la vida y sus necesidades especiales. Hay una conciencia mayor de las cuestiones de género como resultado de los debates y el examen de la literatura correspondiente.

El personal directivo ha participado en la labor relacionada con el contenido del proyecto y ha empezado a

aplicar estrategias de incorporación de la perspectiva de género; asimismo, los profesionales se han sensibilizado más gracias a la labor de la prensa regional y especializada.

Como resultado de la cooperación transnacional, se han adoptado modelos de “buenas prácticas” para las tareas de las organizaciones asociadas participantes y se ha ampliado o mejorado la orientación dada a las mujeres afectadas.

La hipótesis de que las mujeres consumen sustancias para poder soportar la violencia de que son objeto ha abierto una nueva perspectiva de apoyo a la potenciación de la mujer. Esa perspectiva parte de la base de que la mujer es sobreviviente y no víctima de la violencia y que la drogodependencia es una estrategia para superar la situación. Como sobreviviente, en vez de víctima, la mujer puede aumentar su autoestima y reducir el odio y menosprecio de sí misma.

Retos

Inicialmente fue un problema tomar contacto con los organismos locales especializados en cuestiones de la mujer, pero se superó enviándoles información periódica acerca del proyecto e invitándolos a presentar un informe al final del mismo.

Fue difícil superar los conflictos surgidos entre las instituciones mixtas y los organismos especializados en cuestiones de la mujer con respecto a la incorporación de la perspectiva de género, sobre todo superar el conflicto entre el personal directivo mayoritariamente masculino y las posiciones feministas, pero se logró gracias a deliberaciones y una reflexión crítica sobre los diferentes puntos de vista.

Muchos miembros de los equipos de los organismos asociados necesitaron capacitación especial para la labor con mujeres traumatizadas. Por ejemplo, Verein Dialog impartió capacitación avanzada a sus empleados.

Otros retos fueron la ejecución de este tipo de proyecto a pesar de la falta de servicios de tratamiento de la drogodependencia sensibles a las necesidades de la mujer; la falta de orientación psicológica especial para la mujer y de sensibilización a las cuestiones de género entre los miembros de los equipos; las cuestiones de seguridad psicológica y física de la mujer en entornos mixtos; la falta de servicios de guardería para los hijos de las mujeres que asistían a las sesiones de orientación contra el uso indebido de sustancias, carencia que frecuentemente se atribuyó a la falta de demanda y recursos; y la negativa de las residencias de mujeres maltratadas a admitir a consumidoras de sustancias.

La formación de grupos específicos de mujeres en los lugares de tratamiento del uso indebido de sustancias fue problemática a veces por no asistir un número suficiente de personas, y porque las salas polivalentes frecuentemente utilizadas para los grupos femeninos no ofrecían un entorno adecuado. Una solución podría ser tratar de obtener salas destinadas sólo a las mujeres y dejar que las adapten a sus necesidades.

Experiencia adquirida

Un enfoque “vertical” (por ejemplo, que sea aprobado y promovido por el personal directivo) es importante para incorporar la perspectiva de género; la formación de redes entre los servicios específicos para las mujeres (por ejemplo, las residencias de mujeres maltratadas) y los servicios especialmente dedicados a la toxicomanía puede contribuir a eliminar los tabúes relativos al tema de las drogas y promover el descubrimiento de casos. A la inversa, puede hacer también que en los servicios específicos para la toxicomanía se preste más atención a la violencia sufrida por la mujer.

Establecer grupos de mujeres, incluso si inicialmente nadie asiste a sus reuniones, muestra a las afectadas que hay un lugar al que pueden acudir. Suponiendo que esos grupos necesiten cierto tiempo para iniciar su labor en la red local y entre las pacientes, puede haber un período de inactividad hasta que las mujeres empiecen a asistir a sus reuniones.

Para atraer a las mujeres, los servicios de tratamiento del uso indebido de sustancias tienen que ofrecer también atención a los niños, lo cual es una señal de que reconocen la situación de la mujer en la vida, respetan sus necesidades, la acogen con afecto tanto a ella como a sus hijos y procuran facilitarle el acceso a las prestaciones.

Sudáfrica: Adaptación de un método de tratamiento de los Estados Unidos para prevenir el VIH

Nombre: South African Initiative: Pilot for the Women-Focused HIV Prevention Study (Iniciativa sudafricana: Estudio experimental para la prevención del VIH centrada en la mujer)
País: Sudáfrica
Contacto: Wendee Wechsberg
Información: RTI International, 3040 Cornwallis Drive, Hobbs 142, North Carolina, 27709-2194
Teléfono: +(1) (919) 541-6422
Fax: +(1) (919) 541-6683
Correo electrónico: wmw@rti.org
Internet: <http://www.rti.org>
Carácter: organización no gubernamental. Estudio financiado por el Instituto Nacional contra la

Drogadicción de los Estados Unidos como complemento de otro más amplio realizado en dos comunidades urbanas estadounidenses situadas en barrios deprimidos.

Antecedentes

Las autoridades de los Estados Unidos deseaban comprobar si una intervención preparada en ese país se podía adaptar para ayudar en Sudáfrica a las mujeres expuestas al riesgo de la drogodependencia y el VIH. La labor cualitativa preliminar confirmó que las mujeres solían consumir sustancias antes del trabajo sexual para reducir las inhibiciones y animarse a captar clientes. La rápida difusión del VIH y la alta tasa de mortalidad por SIDA entre las mujeres negras de Sudáfrica en edad de procrear estaban frecuentemente ligadas al consumo de sustancias y las prácticas sexuales arriesgadas y, además, se complicaban por las diferencias de género, clase y raza. Era necesario elaborar y evaluar un método eficaz para abordar la interrelación entre el consumo de drogas, el comportamiento sexual, la violencia relacionada con el sexo y el riesgo que tenían las mujeres de contraer el VIH.

Objetivos

Los objetivos del programa fueron determinar las semejanzas y diferencias interculturales entre las mujeres estadounidenses de barrios deprimidos y las mujeres sudafricanas cuyo consumo de sustancias aumentaba el riesgo de infección por el VIH y las enfermedades de transmisión sexual; determinar si un programa de prevención del VIH concebido para consumidoras de crack negras de los Estados Unidos podía adaptarse para utilizarlo con trabajadoras sexuales sudafricanas negras adictas a la cocaína; y repetir la intervención adoptada y verificar su eficacia, comparándola con una intervención normal destinada a reducir el consumo de drogas y los comportamientos que entrañan el riesgo de contraer el VIH.

Actividades

Inicio: en la fase preparatoria del estudio se realizaron entrevistas y se establecieron grupos de discusión con los principales interesados, incluidas trabajadoras sexuales sudafricanas negras con problemas de consumo de sustancias, a fin de determinar el mejor modo de hacer frente, en su contexto cultural, a los comportamientos de alto riesgo y adaptar la intervención en consecuencia. Se estableció una junta comunitaria de asesoramiento, integrada por organizaciones no gubernamentales, personas no profesionales, proveedores de servicios e investigadores.

Se captó para el estudio a trabajadoras sexuales drogadiccionadas de comunidades escogidas. Se pidió a las personas aptas su consentimiento para participar en el estudio y, en la oficina exterior del proyecto, se las sometió a pruebas como análisis de orina para determinar su consumo de sustancias, y a evaluaciones sobre ese consumo y su comportamiento sexual riesgoso. Luego, se adscribió al azar a las participantes a una de dos intervenciones, una normal y otra orientada a la mujer.

La primera intervención consistió en dos sesiones privadas de una hora con un miembro del proyecto, organizadas con un intervalo de dos semanas para suministrar información sobre el VIH, los riesgos inherentes a las drogas y el sexo, los métodos de reducción de riesgos, incluida la utilización adecuada de condones masculinos y femeninos, el modo de hablar con la pareja sobre las prácticas sexuales más seguras, la prueba para detectar anticuerpos del VIH y las medidas que debían adoptar las participantes para prevenir la propagación del VIH. La intervención orientada a la mujer incluyó una evaluación más personalizada de los riesgos debidos a las drogas y el sexo y se formularon objetivos concretos para ayudar a las mujeres a adquirir aptitudes para negociar la reducción de riesgos.

Usuaris. Las usuarias debían ser negras sudafricanas de 18 años como mínimo que hubieran tenido un resultado positivo en un análisis de cocaína en la orina, que hubieran declarado haberla consumido en los últimos 90 días, que se hubieran dedicado al trabajo sexual en los últimos 90 días o que hubieran tenido múltiples parejas sexuales, y que hubieran consentido, con conocimiento de causa, en participar en el estudio.

Resultados/logros

Los resultados del estudio revelaron una disminución de la proporción de mujeres que declaraba haber tenido relaciones sexuales sin protección con clientes o novios, así como una disminución del consumo diario de alcohol y cocaína. Asimismo, este consumo diario disminuyó más en el caso de las mujeres tratadas en la intervención pensada para ellas que en el de las que habían sido objeto de la intervención normal; por último, aunque la violencia seguía siendo un problema, las participantes en la intervención orientada a la mujer declararon haber sido victimizadas con menos frecuencia que las tratadas en la intervención normal.

Retos

Crear credibilidad y confianza para desarrollar las actividades de acercamiento fue el principal reto al comienzo

del estudio, que, sin embargo, se superó con una tasa de seguimiento del 80% al cabo de un mes. La presencia de la policía, que frecuentemente hizo redadas en las zonas donde sospechaba la presencia de trabajadoras sexuales, dificultó la captación de participantes en el estudio y la reanudación del contacto con ellas. Las llamadas “porteras”, frecuentemente mujeres mayores que sostenían las finanzas u ofrecían protección a dichas trabajadoras, a veces pedían dinero o las informaban erróneamente acerca del proyecto. El deber de cuidar a los hijos también influyó en las posibilidades que tenían las mujeres de asistir a las sesiones. Otras dificultades que surgieron durante el estudio fueron la violencia contra la mujer, la falta de oportunidades legales de empleo y el acceso limitado a condones masculinos y femeninos de calidad.

Experiencia adquirida

Es posible adaptar eficazmente al contexto de Sudáfrica las intervenciones organizadas en los Estados Unidos para combatir el VIH y el consumo de sustancias, incluidas las orientadas específicamente a la mujer y a una determinada cultura sobre la base de la potenciación, a fin de reducir el consumo de sustancias y los comportamientos sexuales riesgosos de las mujeres y mejorar sus circunstancias sociales; el fomento de vínculos nacionales y comunitarios es importante a fin de tener más en cuenta el contexto vital y las necesidades de las mujeres; se necesitan recursos para hacer frente al importante problema de la violencia, y las mujeres reconocen que necesitan tratamiento contra su drogodependencia, pero les resulta difícil acceder a él.

Recomendaciones sobre enfoques satisfactorios y la experiencia adquirida

Las siguientes recomendaciones sobre enfoques satisfactorios y la experiencia adquirida son fruto del examen bibliográfico, los estudios monográficos y los debates sostenidos en la reunión de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito titulada “Women’s Drug Treatment: Lessons Learned”, celebrada en Viena del 15 al 17 de diciembre de 2003.

Promoción y establecimiento de redes en el plano político. Los estudios monográficos y los debates de la reunión de Viena demuestran la necesidad de promover y establecer redes en el plano político con posibles asociados e interesados para despertar conciencia acerca de la importancia de las cuestiones de género. La promoción y el establecimiento de redes en el plano político también pueden permitir que se supere la estigmatización y se reconozca la necesidad de un tratamiento sensible a las

cuestiones de género, tanto en el caso de la mujer como del hombre. Para lograrlo, la promoción debe existir a todos los niveles: internacional, nacional y comunitario. En los debates celebrados en la reunión de Viena se concretaron las siguientes estrategias:

- a) Realizar actividades de promoción en reuniones y grupos sobre cuestiones normativas a nivel internacional, nacional o local;
- b) Servirse de estructuras como las Naciones Unidas y la Unión Europea para elaborar planes mundiales o regionales de financiación;
- c) Lograr que mujeres de gran relieve aboguen por que se reduzca la estigmatización de las mujeres con problemas de drogodependencia;
- d) Asegurar una notoriedad constante gracias a actividades de investigación, capacitación y actos de afirmación femenina;
- e) Aumentar la sensibilización entre los grupos poco informados, como los medios de comunicación local, y citar ejemplos de casos que demuestren la eficacia en función de los costos;
- f) Lograr que mujeres dedicadas a la política transmitan el mensaje de que “vale la pena invertir en la mujer” y que los efectos de los resultados satisfactorios no se limitan a las propias mujeres, sino que también benefician a sus familiares y comunidades;
- g) Promover en reuniones de mesa redonda que interesen a los diversos niveles jerárquicos ideas como la de que la incorporación de la perspectiva de género requiere un enfoque “vertical”;
- h) Utilizar mecanismos de potenciación de comunidades en general para aumentar la sensibilización; establecer alianzas con posibles asociados o interesados que puedan repercutir en el éxito de los proyectos en las fases iniciales de planificación;
- i) Preparar iniciativas regionales de cooperación para sensibilizar a la población e intensificar su toma de conciencia;
- j) Recurrir, en las comunidades, a los mensajes de salud pública, la educación por personas de igual condición, las consultas comunitarias y la publicidad en favor de los programas para atraer a las consumidoras y los agentes de remisión de casos.

Estudios epidemiológicos, evaluación de programas e investigación sobre los modelos de intervención. El examen de la bibliografía y los debates celebrados en la reunión de Viena pusieron de relieve la falta de información apropiada sobre las mujeres con problemas de consumo de sustancias. Asimismo, se carecía de datos de evaluación

de los programas para mujeres, datos necesarios para obtener financiación, y hacían falta investigaciones básicas sobre las intervenciones eficaces para el tratamiento de mujeres. Se reconoció la necesidad de hacer investigaciones en que se aplicaran diversos métodos de acopio de datos (cualitativos y cuantitativos), en las siguientes esferas:

- Epidemiológica: ¿Qué sustancias se consumen y cuáles son los métodos de consumo, teniendo en cuenta que en diferentes contextos culturales puede haber modelos diferentes de pautas de consumo de esas sustancias por parte de los hombres y las mujeres?;
- Investigaciones cualitativas para conocer cabalmente las proporciones de hombres y mujeres entre los consumidores de sustancias ilícitas, dado que los datos sobre la utilización de los servicios tal vez no reflejen las necesidades reales;
- Evaluaciones de las necesidades específicas por sexo, y elaboración de instrumentos y herramientas apropiados para aplicar a las mujeres;
- Investigaciones sobre el tratamiento relacionadas con:
 - Las pautas de comportamiento de las mujeres en lo que respecta a solicitar ayuda y los factores que promueven o refrenan la solicitud de ayuda;
 - Las opiniones de las mujeres sobre la prestación de servicios para promover el acceso al tratamiento y la adecuación de los servicios a las necesidades de las mujeres;
 - Las diferencias de género en los factores o las intervenciones que contribuyen al inicio del tratamiento, la permanencia en él y sus resultados;
 - La evaluación del proceso y los resultados del tratamiento especialmente destinado a las mujeres.

Adaptación de modelos de programas basados en pruebas empíricas y prácticas óptimas al contexto político y socio-cultural del grupo demográfico de los usuarios. Como muestra uno de los estudios monográficos, los modelos

o directrices de programas basados en las prácticas óptimas desarrollados en un país se pueden adaptar con éxito para utilizarlos en otro país de contexto político y sociocultural diferente. En los debates celebrados en la reunión de Viena se indicaron enfoques satisfactorios que comprendían actividades de información, el intercambio de personal, programas de mentores culturales, adaptación gradual de los modelos de otros países y la adecuación del lenguaje utilizado para describir los servicios a la cultura de que se trate. La posibilidad de aplicar y adaptar a diferentes países y culturas intervenciones y modelos de programas basados en pruebas empíricas quizá no siempre entrañe una transferencia de tecnología de los países desarrollados a los países en desarrollo, sino que la transferencia puede ocurrir también en la dirección contraria.

Puntos principales

Los puntos principales del capítulo 3 son los siguientes:

- Las estrategias de promoción de los servicios sensibles a las necesidades de la mujer comprenden la atención a las cuestiones de género al formular las estrategias y políticas nacionales en materia de drogas, la asignación de recursos y la elaboración y aplicación de recomendaciones sobre prácticas óptimas y normas o directrices relativas a esos servicios;
- La promoción de dichos servicios requiere actividades de apoyo y el establecimiento de redes y vínculos en el plano político a diversos niveles —internacional, nacional y comunitario— y dentro de los propios servicios, incluso la participación del personal directivo para impulsar la incorporación de la perspectiva de género;
- La transmisión de conocimientos, la capacitación y el establecimiento de redes entre los profesionales pueden facilitar la creación o el mejoramiento de los servicios sensibles a las necesidades de la mujer;
- Las intervenciones basadas en pruebas empíricas desarrolladas en un país se pueden adaptar para utilizarlas en otro país.

Referencias

1. D. Hedrich, Problem Drug Use by Women: Focus on Community-based Interventions (Estrasburgo, Grupo Pompidou, 2002) (puede consultarse en: www.coe.int/T/E/Social_Cohesion/pompidou_group/5.Publications/).
2. N. Finkelstein y otros, Gender-Specific Substance Abuse Treatment (National Women's Resource Center for the Prevention and Treatment of Alcohol, Tobacco, and Other Drug Abuse and Mental Illness and Substance Abuse and Mental Health Services Administration and Health Resources and Services Administration, 1997).
3. Estados Unidos de América, Institute of Medicine, Treating Drug Problems, D. R. Gerstein y H. J. Harwood, eds. (Washington, D.C., National Academy Press, 1990) (puede consultarse en <http://books.nap.edu/openbook/0309042852/html/index.html>).
4. J. Wallen, Need for services research on treatment for drug abuse in women, Drug Addiction Research and the Health of Women, Cora Lee Wetherington y Adele B. Roman, eds., NIH publication No. 98-4289 (Rockville, Maryland, National Institute on Drug Abuse, United States Department of Health and Human Services, 1998), págs. 229 a 236 (puede consultarse en <http://165.112.78.61/WHGD/DARHW-Download.html>).
5. Health and Welfare Canada, Canada's Drug Strategy: Phase II: a Situation Paper: Rising to the Challenge (Ottawa, Canadá, 1994).
6. Health Canada, Best Practices: Treatment and Rehabilitation for Women with Substance Use Problems (Ottawa, Minister of Public Works and Government Services of Canada, 2001) (puede consultarse en www.cds-sca.com).
7. Health Canada, Profile: Substance Abuse Treatment and Rehabilitation in Canada (Ottawa, Minister of Public Works and Government Services of Canada, 1999) (puede consultarse en www.cds-sca.com).
8. Australia, Ministerial Council on Drug Strategy, National Drug Strategic Framework 1998-99 to 2002-03: Building Partnerships (Canberra, Australia, 1998) (puede consultarse en www.health.gov.au/pubhlth/publicat/document/ndsf.pdf).
9. Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte, Department of Health, National Treatment Agency for Substance Misuse, Models of Care for the Treatment of Drug Misusers (Londres, 2002) (puede consultarse en www.nta.nhs.uk).
10. D. Abdulrahim, D. Lavoie y S. Hasan, Commissioning Standards: Drug and Alcohol Treatment and Care (Londres, 1999) (puede consultarse en www.nta.nhs.uk/programme/guidance/smas_comm_standards.pdf).
11. Alemania, Comisionado de Drogas del Gobierno Federal, Key points for the Action Plan on Drugs and Addiction (Alemania, 2002) (puede consultarse en www.drugpolicy.org/docUploads/Eckpunkte_.pdf).
12. I. Vogt, Drug dependent women in Germany, ponencia presentada en la reunión de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito titulada Women's Drug Treatment: Lessons Learned, Viena, 15 a 17 de diciembre de 2003.

Bibliografía

Consejo de Europa, Grupo Pompidou. Pregnancy and drug misuse: up-date 2000. Proceedings of the seminar on pregnancy and drug misuse, Estrasburgo, Francia, 29 y 30 de mayo de 2000.

_____. Pregnancy and drug misuse. Proceedings of the symposium on pregnancy and drug misuse, Estrasburgo, Francia, 6 y 7 de marzo de 1997.

_____. Women and Drugs. Proceedings of the international expert seminar on women and drugs, Praga, 22 a 25 de noviembre de 1993.

Women and opiate addiction; a European perspective. P. Stocco y otros. IREFREA y Comisión Europea, 2002.

Women drug abuse in Europe; gender identity. P. Stocco y otros. IREFREA y Comisión Europea, Venecia (Italia), 2000.

4. Participación de las mujeres en el tratamiento

En el presente capítulo se exponen estrategias idóneas para superar los obstáculos señalados en el capítulo 2 y se explica también cómo hacer para que las mujeres participen en el tratamiento. Entre las estrategias figuran:

a) Sensibilizar a la comunidad sobre los problemas de uso de sustancias por mujeres en situación de riesgo y proporcionar información sobre los servicios disponibles;

b) Mejorar la competencia y los conocimientos de las personas que estén en situación de determinar qué mujeres tienen problemas de uso de drogas, remitirlas a tratamiento y facilitar el acceso al mismo. Esas personas pueden ser dirigentes de comunidades, compañeros de una comunidad, autoridades religiosas o directores espirituales, proveedores de servicios de atención primaria de salud y personal de ámbitos más especializados como los servicios de salud prenatal e infantil, los servicios sociales y los servicios de salud mental;

c) Mejorar el acceso al tratamiento recurriendo a los programas de acercamiento y los servicios de bajo umbral. Estos últimos se reseñan también bajo el título “Servicios de acceso directo” en la reciente publicación titulada *Abuso de drogas: tratamiento y rehabilitación — Guía práctica de planificación y aplicación* [1].

Sensibilización y educación de la comunidad

En una serie de informes y artículos recientes sobre las mujeres con problemas de uso de sustancias se pone de relieve la necesidad de aumentar la sensibilidad de la comunidad en cuanto a la mujer y la drogodependencia en general, y en cuanto a las mujeres con problemas de ese tipo y las opciones de tratamiento [2, 3].

Algunas de las estrategias que se sugieren son las siguientes:

- Preparar material de sensibilización informativo, no estigmatizador, accesible y orientado a encontrar soluciones (por ejemplo, información sobre lugares de tratamiento del abuso de sustancias, el costo del tratamiento, los criterios de admisión y las reglas para la remisión de pacientes);
- Proporcionar información a través de los medios de comunicación, por ejemplo, material impreso (carteles y folletos, artículos de revistas y periódicos, la guía telefónica) y anuncios de radio y televisión y en la web;
- Poner material de información en los diversos lugares a los que acuden mujeres, como los servicios de atención de salud, tiendas y almacenes, centros comunitarios, lugares de culto, lugares de trabajo y otros ámbitos de interés cultural;
- Celebrar foros comunitarios en los que se brinde información y educación sobre el tema;
- Formar a voluntarios de las comunidades, aprovechando los servicios existentes destinados a las mujeres o estableciendo vínculos con esos servicios. (Ello es particularmente eficaz en los casos en que no se cuenta con estructuras de ayuda o éstas son muy reducidas.)

Una serie de estudios monográficos que se describen en el presente capítulo, en particular la labor realizada con asociaciones de mujeres en el Senegal y con mujeres afganas en su país y en el Pakistán, ilustran las actividades de sensibilización y educación que reducen la estigmatización y potencian a las comunidades para tratar los problemas del uso de sustancias por las mujeres. Esos proyectos demuestran que llevar la acción exterior a las comunidades, sensibilizarlas sobre los problemas del uso de sustancias por las mujeres y proporcionarles información sobre los servicios de tratamiento disponibles puede servir para vencer tabúes y aumentar el acceso de las mujeres al tratamiento.

La capacitación de los profesionales de atención primaria de la salud y demás personal asistencial

Por lo general, las mujeres recurren a los servicios de salud más que los hombres. Las mujeres con problemas de uso de sustancias suelen establecer contacto inicialmente con servicios no especializados en el tratamiento de esos problemas. Pueden, por ejemplo, acudir a su médico o a agentes de atención primaria de salud para recibir cuidados médicos corrientes, procurarse servicios de orientación en el caso de problemas familiares o de salud mental, procurarse servicios médicos especializados como atención médica prenatal o ginecológica, o ser objeto de la atención de las autoridades de bienestar de menores o del sistema de justicia penal.

Impartir capacitación al personal de esos sectores para que efectúe habitualmente reconocimientos que permitan detectar los problemas de uso de sustancias y remitir a servicios o intervenir brevemente cuando se detecten puede contribuir a que se logren mejores resultados, en particular si la intervención se produce en una etapa temprana. La capacitación no debe dirigirse únicamente a la adquisición de conocimientos y aptitudes, sino versar también sobre las actitudes y creencias en cuanto a las mujeres con problemas de drogodependencia y la eficacia del tratamiento. Una encuesta de mujeres en tratamiento reveló que la mayoría de ellas (el 74%) juzgaba apropiado que los médicos y demás personal sanitario preguntasen habitualmente a sus pacientes sobre el consumo de alcohol y otras drogas y les ofrecieran orientación y apoyo. Solamente el 8% dijo que no procedía, mientras que el 10% afirmó que dependía de las circunstancias [4].

En el recuadro 7 se describe una iniciativa que se puso en práctica en los Estados Unidos.

RECUADRO 7

CAPACITACIÓN DE PERSONAL DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD: INICIATIVA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD EN LOS ESTADOS UNIDOS

Es importante centrar la atención en los proveedores de servicios de atención primaria de salud, ya que las mujeres suelen acudir con frecuencia a esos servicios. En los Estados Unidos, el Instituto Nacional contra la Drogadicción puso en marcha recientemente una iniciativa de atención primaria de salud cuyo fin es responder a cuestiones de capacitación. Incluye programas de acercamiento para médicos cuyo objetivo es que los proveedores de servicios de atención primaria de salud participen en el reconocimiento y la determinación precoces del abuso de sustancias por adolescentes y sus familias y que intervengan en esos casos.

Los métodos de reconocimiento inicial pueden consistir en formular ciertas preguntas tipo sobre el uso de sustancias o distribuir un instrumento modelo. Eso puede hacerse como parte de un examen médico o psicosocial ordinario o en una discusión de las estrategias de las que se valen las mujeres para sobrellevar el estrés. Sea cual fuere el método empleado, el reconocimiento inicial debe hacerse abordando el uso de sustancias desde una perspectiva que fomente el análisis de los problemas y no conlleve un juicio de valores. En el anexo IV de la publicación *Abuso de drogas: tratamiento y rehabilitación — Guía práctica de planificación y aplicación* [1] se ofrece un ejemplo de instrumento general de reconocimiento inicial. Se consideran otros ejemplos en la serie del Protocolo de mejora del tratamiento titulada *Substance Abuse Treatment: Addressing the Specific Needs of Women* que publicará el Centro para el Tratamiento del Abuso de Drogas de los Estados Unidos. Como ocurre con los instrumentos de evaluación considerados en el capítulo siguiente, los instrumentos de reconocimiento inicial elaborados para utilizarlos en un país o en un contexto cultural tienen que adaptarse según convenga para usarlos en otros idiomas y culturas.

Creación de redes y vínculos con otros servicios

Como se indica en el capítulo anterior, las personas con problemas de uso de sustancias suelen tener una serie de necesidades a las que un solo servicio es incapaz de atender. En el caso de las mujeres, son particularmente cruciales la coordinación y colaboración entre los servicios de tratamiento del abuso de sustancias y los de atención prenatal y de obstetricia y ginecología, los de bienestar y protección del menor, los de crisis, por ejemplo, las residencias de mujeres o los servicios para víctimas de agresión sexual y los de atención de salud mental (incluidos los casos de trauma). Además, será necesario contar con servicios distintos en las distintas fases de tratamiento de las pacientes con problemas de uso de sustancias. Por ejemplo, en la fase de postratamiento son importantes los vínculos con servicios de desarrollo de aptitudes, de empleo y de vivienda, aunque las mujeres en tratamiento ambulatorio también necesitan opciones de vivienda satisfactoria.

Impartir capacitación es una forma de enfocar la creación de redes y vínculos. Pueden reforzar la capacitación otras actividades que impliquen conexión como la colaboración entre sectores para desarrollar modelos de prácticas óptimas aplicables a problemas dobles (por ejemplo, los de las mujeres que usan sustancias y han sido víctimas de violencia); la capacitación intersectorial o compartida (por ejemplo, en el caso de los servicios de

tratamiento del VIH/SIDA y los de tratamiento del abuso de sustancias); la adscripción de personal de tratamiento del abuso de sustancias a un organismo de atención de salud o servicio social o viceversa; la visita a los proveedores de servicios de atención primaria de salud o de otros servicios para explicar las necesidades y atenciones que requieren las mujeres sometidas a tratamiento por abuso de sustancias; y la adopción de acuerdos de asociación entre servicios que tienen pacientes comunes. Becker y Duffy [5] abordan las estrategias para establecer vínculos con otros servicios y lo mismo hace Charnaud [6]. Varios estudios monográficos ilustran también estas actividades; por ejemplo, los reseñados en el capítulo anterior, titulados “La drogadicción como posibilidad de supervivencia de las mujeres víctimas de la violencia” y “Un momento para la mujer”. El caso que se describe en el capítulo siguiente, “Breaking the cycle” (Romper el ciclo) es un ejemplo de “modelo de acceso único” en el que organismos distintos se unen para prestar servicios de atención integral a mujeres embarazadas o con hijos.

Servicios de acercamiento

Cabe definir los servicios de acercamiento como los servicios que se prestan más allá de los límites habituales de la actividad de un organismo para contactar o captar a personas que tienen problemas de uso de sustancias o problemas de salud conexos o corren el riesgo de tenerlos. El objetivo de las actividades de acercamiento suele ser llegar hasta personas “ocultas o difíciles de encontrar” y que no están en contacto con otros servicios. No obstante, también puede ser captar a personas que ya han establecido contacto con servicios de asistencia pero que necesitan servicios asequibles contra el abuso de sustancias. El desarrollo de los servicios de acercamiento ha de basarse en una minuciosa evaluación de las características, circunstancias de vida y necesidades del grupo específico al que se prestarán. En algunas culturas, los hombres y las mujeres viven más separados unos de otras y ello debe tenerse en cuenta al planificar tales servicios. La seguridad física debe ser el factor primordial al planificarlos, en particular cuando se trate de contactar con mujeres que se dedican al trabajo sexual o mujeres sin hogar.

Las actividades de acercamiento pueden tener como marco el domicilio de las mujeres, la calle o el mundo de las drogas, los cafés y bares, los centros de acogida o de atención del ciudadano, las comisarías, las residencias, las entidades comunitarias, los lugares de culto, los hospitales, las cárceles, los centros de servicios sociales o de atención de salud o cualquier ámbito natural en el que se reúnan las mujeres.

Las actividades de acercamiento pueden llevarse a cabo por teléfono o empleando furgonetas o automóviles o por ambos medios; también puede llevarse a cabo estableciendo oficinas exteriores en lugares accesibles.

A fin de crear confianza, la continuidad es un factor importante para los destinatarios de esa acción, en particular las personas que se hallan en situación de alto riesgo, como las mujeres que se dedican al trabajo sexual y se inyectan drogas o que viven en situaciones de violencia.

El estudio monográfico sobre la labor con mujeres afganas en Kabul, expuesto más adelante en el presente capítulo, es un ejemplo de las estrategias seguidas para contactar con las mujeres en su domicilio en una cultura en que su vida está mucho más confinada.

En el recuadro 8 se señalan diferentes tipos de actividades de acercamiento encaminadas a inducir a las mujeres a iniciar un tratamiento y continuarlo.

RECUADRO 8

ESTRATEGIAS PARA INDUCIR A LAS MUJERES A INICIAR UN TRATAMIENTO Y CONTINUARLO

El Ministerio del Interior del Reino Unido ha publicado un informe sobre cómo estimular a las mujeres con problemas de uso de sustancias para que inicien un tratamiento y lo continúen [5]. En el informe se describen cinco tipos diferentes de labor “de acercamiento” desarrollada por las organizaciones contactadas para el estudio monográfico. Se trata de los siguientes: visitas a domicilio, en especial en el caso de mujeres con hijos o embarazadas; atención antes y después del tratamiento residencial; servicios dirigidos a las trabajadoras sexuales; trabajo en comunidades locales prestando servicios de tratamiento en las instalaciones de otros servicios de base comunitaria; y trabajo con mujeres involucradas en procesos judiciales.

En el informe se señalan también estrategias para tratar con las pacientes y para establecer vínculos más sólidos con asociados clave.

Programas de acercamiento a cargo de personas de igual condición

La labor de acercamiento a cargo de personas de igual condición puede ser un modo eficaz de llegar a mujeres que no están en contacto con servicios profesionales, que viven en sociedades con arraigados tabúes culturales contra el uso de sustancias por parte de las mujeres o que

se encuentran en circunstancias de mayor marginación, como las mujeres que se inyectan drogas o las que se dedican al trabajo sexual. La bibliografía sobre el tema indica que, en ciertos grupos, las personas de igual condición posiblemente sean consideradas más dignas de crédito, y que a las mujeres drogodependientes les puede resultar más fácil confiar en sus iguales y abordar con ellas cuestiones personales. Las personas de igual condición dedicadas a la acción de acercamiento pueden proporcionar a las drogadictas información sobre cómo reducir los comportamientos de riesgo, enseñar con el ejemplo y poner a las consumidoras de drogas en contacto con los servicios de tratamiento y otros servicios sociales y de atención de salud.

Como muestran varios de los estudios monográficos que se exponen más adelante, las personas de igual condición pueden ser mujeres que viven en la misma comunidad, o bien ser antiguas consumidoras de drogas o consumirlas en el presente. Las mujeres que han concluido con éxito un tratamiento pueden ser modelos de conducta y prestar apoyo a otras que se encuentren en ese proceso.

Los programas “de 12 pasos” emprendidos por miembros de Alcohólicos Anónimos o Narcóticos Anónimos constituyen una modalidad de acercamiento a cargo de “iguales” muy arraigada en los países en que se han creado grupos de ayuda mutua organizados según el esquema de los 12 pasos.

En el recuadro 9 se reseñan dos estudios sobre actividades de acercamiento realizadas con personas que tenían problemas de uso de sustancias.

En algunos países existen organizaciones de consumidores de drogas que prestan servicios directos a los pacientes. Dos ejemplos son Australia y los Países Bajos. En los Países Bajos, la Fundación Mainline, con sede en Amsterdam, proporciona información a “consumidores de drogas duras” y publica una revista que edita todos los años un número dedicado específicamente a las mujeres drogodependientes. En Australia, el Gobierno otorga financiación a grupos de consumidores de drogas que prestan servicios de primera línea, publican con regularidad boletines informativos y representan a los drogadictos en diversas comisiones y foros gubernamentales y no gubernamentales (por ejemplo, la Liga Australiana de Consumidores de Drogas Inyectables e Ilícitas (www.aivl.org.au/)).

En el recuadro 10 se describe un centro de acogida de la República Islámica del Irán en el que actúan personas que fueron drogadictos.

Servicios de bajo umbral

Los servicios de bajo umbral tienen por objeto fomentar al máximo el contacto y el acceso no exigiendo a los pacientes que dejen de consumir sustancias, averiguando los lugares en que se reúnen los consumidores de drogas, ofreciendo acogida libre en lugar de recurrir a citas previas, no pidiendo a los usuarios que se identifiquen y ofreciéndoles servicios básicos “de supervivencia” y un horario apropiado. Estos servicios pueden también prestarse fuera de las sedes con furgonetas o autobuses y medidas de acercamiento. Como siempre que se organiza un servicio, se debe determinar las características y necesidades del grupo destinatario, así como el apoyo de otros interesados clave como la policía. La Oficina Federal de Salud Pública de Suiza ha elaborado directrices para el establecimiento de servicios de bajo umbral sensibles a las cuestiones de género (véase el capítulo 3).

La bibliografía especializada indica que los servicios de bajo umbral suelen trabajar con un grupo sumamente vulnerable de pacientes que tienen por lo general un largo historial de consumo de varias sustancias y múltiples problemas de salud y psicosociales. Las mujeres suelen dedicarse al trabajo sexual, reciben poco apoyo y tienen pocos recursos. Si alguna vez tuvieron relación con los servicios principales, suelen haber perdido el contacto. A menudo son vulnerables a la violencia de sus parejas sexuales u otros individuos como los proxenetas y tienen pocas posibilidades de cambiar de comportamiento para llevar una vida más segura.

Muchos servicios de bajo umbral se iniciaron en respuesta a la propagación del VIH/SIDA entre los consumidores de drogas por inyección y las personas dedicadas al trabajo sexual, centrándose en la reducción de comportamientos de alto riesgo (como la práctica de compartir agujas o mantener relaciones sexuales sin protección) mediante la distribución de agujas limpias y utensilios de inyección estériles, la recolección de agujas y jeringuillas usadas, la distribución de condones y la difusión de información sobre prácticas de inyección y prácticas sexuales más seguras. En algunos casos se atiende también a las personas sin hogar. Los servicios de bajo umbral pueden ofrecer otros cuidados prácticos como alimentación, albergue, medios de higiene y lavandería, información sobre la salud, acceso a la asistencia médica (incluso tratamiento de sustitución) y posibilidades de remisión de los casos. Por ejemplo, en Alemania, los servicios de bajo umbral recetan metadona. Para atender a las múltiples necesidades señaladas, estos servicios tienen que formar redes que permitan acceder a los cuidados que no ofrecen *in situ*, como la atención de salud (incluso medidas contra el VIH/SIDA y la hepatitis),

RECUADRO 9**INVESTIGACIÓN SOBRE LAS ACTIVIDADES DE ACERCAMIENTO**

En un estudio comparativo de una intervención ejecutada con personas de igual condición y una intervención de tipo clásico para reducir comportamientos de riesgo relacionados con el VIH entre toxicómanos que no estaban en tratamiento en los Estados Unidos de América, se llegó a la conclusión de que en el primer caso las personas tendían más a modificar su comportamiento en lo tocante al consumo de cocaína y al número de parejas sexuales, pero no al empleo de condones. Al examinar la distribución por sexos, las mujeres comprendidas en la intervención a cargo de iguales mostraron una tendencia a mejorar mayor que las mujeres de la intervención clásica en las dos esferas indicadas, pero las diferencias no fueron significativas desde un punto de vista estadístico, lo que llevó a los autores a sugerir que las intervenciones destinadas a mujeres debían diseñarse por separado para responder a sus necesidades distintas [7].

En otro estudio sobre la eficacia de los servicios de acercamiento de calle para poner en contacto a consumidores de drogas por inyección con servicios médicos, aunque no era un estudio sexoespecífico, se constató que los pacientes que habían establecido contacto cuatro o más veces con personal de acercamiento de calle durante los seis meses anteriores tendían más a seguir las instrucciones de remisión. Los autores indicaron que el intercambio de capacitación entre los programas de acercamiento y los organismos de servicios sociales podría mejorar la eficacia de los primeros en cuanto a establecer conexiones entre los pacientes y los servicios de atención de salud, y que la capacitación debería centrarse en: las estrategias para intensificar el contacto con consumidores de drogas por inyección menos detectables, la coordinación de la labor de acercamiento de diversos organismos en cuanto a cobertura y servicios, determinando qué obstáculos impiden que los pacientes acudan a los servicios médicos y superándolos, las técnicas de seguimiento de los casos remitidos, la denuncia de abusos físicos y sexuales, la promoción de servicios como el postratamiento, la atención odontológica y prenatal, la incorporación de actividades de gestión de casos en los programas de acercamiento y las relaciones entre las enfermedades de transmisión sexual y la transmisión del VIH [8].

RECUADRO 10**EMPLEO DE EDUCADORES DE IGUAL CONDICIÓN EN LA REPÚBLICA ISLÁMICA DEL IRÁN**

La labor de un centro de acogida ubicado en Kermanshah (República Islámica del Irán), llamado Club de Salud de Toopkhaneh, demuestra la utilidad de los educadores de igual condición y las ventajas de prestar servicios de base comunitaria. El centro ha logrado atraer la participación de mujeres y superar las barreras de tradición y cultura. Distribuye agujas y jeringuillas, condones e información y presta atención primaria de salud a usuarios de drogas por inyección en la calle. Atiende tanto a mujeres como a hombres y emplea en la actualidad a cinco mujeres, que antes se inyectaban drogas, como educadoras. Estas mujeres, que mantienen su abstinencia desde hace cinco a siete meses, la lograron con el apoyo de una modalidad de "terapia de red" ofrecida a través de la "subcultura" del centro de acogida con dos drogadictos como principales educadores.

Los educadores se encargan de divulgar conocimientos básicos y eliminar en condiciones de seguridad las agujas y jeringuillas usadas en las proximidades del centro. Además, participan en la terapia de grupo como pacientes y coterapeutas, cuidan como enfermeros a los pacientes durante la desintoxicación, participan en sesiones y discusiones de educación sobre modos de vida y han formado una red terapéutica para usuarios y ex usuarios de drogas por inyección.

El apoyo para la reinserción social mediante actividades de generación de ingresos constituye una importante actividad de las educadoras, algunas de las cuales dan empleo a usuarias de drogas por inyección. Una de ellas tiene un taller de fabricación de alfombras donde trabajan cinco consumidoras de drogas inyectables y otra emplea a tres mujeres, antiguas consumidoras de drogas por inyección dedicadas al trabajo sexual. Las demás educadoras de igual condición trabajan también en el tejido de alfombras. La inversión principal para tales actividades de generación de ingresos proviene de empresas locales del bazar en que está situado el centro de acogida. Las ventajas que éste tiene como servicio de base comunitaria sobre los servicios tradicionales son la capacidad de seguimiento, la menor estigmatización que pesa sobre el consumo de sustancias por mujeres y el mayor respeto que éstas inspiran en la comunidad que se ha movilizad para apoyarlas, por ejemplo invirtiendo en sus proyectos de generación de ingresos.

RECUADRO 11

OBJETIVOS Y SERVICIOS ESPECÍFICOS PARA LA MUJER EN EL MARCO DE SERVICIOS DE BAJO UMBRAL

En Europa el Grupo Pompidou [3] emprendió un proyecto titulado “Consumo problemático de drogas por mujeres: enfoque centrado en las intervenciones de base comunitaria”. En una encuesta de nueve servicios de bajo umbral contactados como parte del proyecto se determinaron los siguientes objetivos o servicios específicos para la mujer:

- Seguridad o protección frente a la violencia, en un lugar en el que las mujeres puedan descansar sin verse sometidas a la presión de sus parejas masculinas o de otros compañeros sexuales;
- Atención de salud y fomento de la salud específico para la mujer, ya se trate de servicios prestados en un centro o mediante redes activas de remisión; se señaló que la atención ginecológica revestía particular importancia;
- Información sobre la reducción de daños para mitigar el riesgo de que las mujeres contraigan enfermedades de transmisión por la sangre, proporcionándoles información específica sobre prácticas de inyección y prácticas sexuales más seguras;
- Intervención en situaciones de crisis: capacitación de personal de algunos servicios para prestar asistencia inmediata a las mujeres víctimas de abusos sexuales o físicos;
- Orientación motivacional, gestión y remisión “cualificada” de los casos, reconocimiento de la importancia de desarrollar una relación de confianza con las pacientes a fin de trabajar en el contexto de las prioridades y necesidades señaladas por ellas y ordenar las remisiones que convenga. También se consideró importante la relación con una persona asistente en particular.

En el informe se indicó la necesidad de que el personal esté familiarizado con las situaciones en que viven las mujeres con problemas de uso de sustancias y se sepa respetar la “autoespecialización” de las pacientes. Se señaló también la importancia de las aptitudes requeridas para la intervención en situaciones de crisis, la orientación en caso de abuso sexual, la orientación en materia de relaciones y cuestiones de transferencia, así como un alto grado de profesionalismo.

servicios sociales, residencias y viviendas de emergencia, orientación profesional y sobre el abuso de sustancias, que además sean asequibles e idóneos para las usuarias atendidas.

En el recuadro 11 se indican los objetivos específicos para la mujer de los servicios de bajo umbral previstos en un proyecto del Grupo Pompidou de la Unión Europea.

Estudios monográficos

Captar a las mujeres para el tratamiento

Los dos primeros estudios son ejemplos de cómo se puede movilizar a las comunidades mediante la sensibilización y la educación para superar arraigados tabúes culturales y hacer frente a los problemas de uso de sustancias por mujeres en el Afganistán, el Pakistán y el Senegal. Ambos proyectos incluyen sólidos componentes de capacitación de quienes prestan a las mujeres afectadas los servicios de prevención, tratamiento y postratamiento.

Las otras monografías son ejemplos de labores de acercamiento de bajo umbral. El servicio denominado “Protegerse a sí mismo”, organizado en Eslovaquia, ofrece componentes específicos para la mujer como parte de un servicio de acercamiento de calle que se presta a personas de ambos sexos. En Alemania, los proyectos de bajo umbral Frauenberatungsstelle y Frauencafé forman parte de un servicio dirigido únicamente a mujeres. En ambos proyectos se trabaja con mujeres en situación de alto riesgo que se inyectan drogas y se dedican al trabajo sexual.

Afganistán y Pakistán: Creación de servicios de base comunitaria para mujeres afganas

Nombre: Información sobre la demanda de drogas y servicios de asesoramiento y capacitación para mujeres afganas de los campamentos de refugiados de Beluchistán y la provincia de la Frontera del Noroeste del Pakistán y el tratamiento ofrecido a mujeres afganas en el Centro Nejat de Kabul.

Países: 1. Pakistán; 2. Afganistán.

Contacto: 1. Jehanzeb Khan, Coordinador de proyecto,

Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, Afganistán.
 Información: House Nº 95, Street Nº 7G/2
 Phase @ Hayatabad, Peshawar, Pakistán.
 Teléfono: +(92) (91) 822842, 812218
 Fax: +(92) (91) 81481.
 Correo electrónico: jkhan@pes.comsats.net.pk;
 Jehanseb_pk@yahoo.com; jehazeb68@hotmail.com2.
 Dr. Stanakzai, Nejat Centre, Kabul, Afganistán.
 Situación: los dos proyectos son de organizaciones no gubernamentales que cuentan con financiación internacional por tiempo limitado. El proyecto del Pakistán ha estado en funcionamiento 18 meses y el proyecto de Kabul dos meses.

Antecedentes

Durante una visita realizada en 1999 por funcionarios de reducción de la demanda de drogas de las Naciones Unidas a un campamento de refugiados afganos en el Pakistán, las mujeres del campamento solicitaron ayuda para sus problemas de drogodependencia. A raíz de esa solicitud se llevó a cabo un estudio a fondo de la situación de las mujeres afganas que viven en campamentos de refugiados en Beluchistán y la provincia de la Frontera del Noroeste del Pakistán. El estudio incluyó entrevistas con maestros, médicos, personal de organizaciones no gubernamentales, ancianos de la comunidad, autoridades religiosas, miembros de la comunidad y mujeres que consumían sustancias y sus familias. El examen de las necesidades mostró que era corriente el abuso de sustancias ilícitas y productos farmacéuticos. Entre las sustancias consumidas figuraban el opio, el tabaco, los sedantes, los analgésicos y los somníferos.

Se determinaron tres grupos de mujeres afganas con problemas de uso de sustancias provocados por motivos distintos. Constituían el primero tejedoras de alfombras que habían contraído dolores de espalda por su trabajo y trataban su dolor con opio. Se informó de que varias embarazadas de ese grupo habían abortado mientras sufrían los efectos de privarse del opio, y de que los bebés de otras mujeres presentaban síndrome de abstinencia neonatal. Un segundo grupo de mujeres utilizaba tradicionalmente el opio para “tratar” diversos problemas de salud y protegerse del frío durante el invierno. En este grupo había familias enteras que fumaban opio reunidas. Algunas mujeres dejaron de consumir opio en los campamentos para refugiados y recuperaron la salud. Un tercer grupo de mujeres se había visto gravemente afectado por el trauma de la guerra; era extendido el abuso de opio y de productos farmacéuticos. Ocurría a menudo que tras recibir tratamiento de desintoxicación, los síntomas de traumatismo que padecían estas mujeres, incluidas depresiones graves, volvían a presentarse.

La necesidad de servicios dirigidos a mujeres resultó también evidente en Kabul tras la salida de los talibanes. Nejat, un centro de tratamiento del uso indebido de sustancias, ya había prestado servicios durante varios años a refugiados afganos en Peshawar (Pakistán), principalmente a hombres; posteriormente se creó en Kabul un centro para drogadictos. Un análisis de las necesidades realizado en la comunidad de Kabul mostró que existía también un problema de uso de sustancias por mujeres que era necesario abordar.

La mayoría de las mujeres que recurren a los servicios de Nejat tienen entre 15 y 25 años de edad, aunque algunas son mayores. Como ocurre con algunas mujeres de los campamentos de refugiados del Pakistán, los problemas de uso de sustancias que las aquejan se deben fundamentalmente a la experiencia de vivir durante muchos años en situaciones de guerra o de conflicto. La mayoría de ellas consumen opio o sedantes o ambos; aproximadamente, un 5% consume resina de cannabis y un 5% consume alcohol. Algunas se inyectan el analgésico pentazocina.

Objetivos

Los objetivos son reducir y prevenir el uso indebido o el abuso de sustancias por las mujeres afganas en determinados campamentos de refugiados del Pakistán y también de Kabul, mejorar la capacidad de los profesionales de la atención de salud, los trabajadores sociales, maestros, personal de desarrollo comunitario y grupos comunitarios dedicados al trabajo con mujeres en los campamentos destinatarios del programa en el Pakistán para hacer frente al uso indebido y abuso de sustancias, así como a cuestiones de atención de la salud conexas y contactar con las mujeres de Kabul que tienen problemas de uso de sustancias y prestarles apoyo para que cambien su comportamiento y se reintegren a la sociedad.

Actividades

En el Pakistán, tras el examen inicial de las necesidades, se pusieron en marcha cinco actividades principales en el marco del proyecto:

Capacitación y creación de capacidad para prevenir el abuso de sustancias: El proyecto incluyó un amplio componente de capacitación, con cursillos prácticos de dos días sobre conocimientos para la prevención del abuso de sustancias en los que se impartió información sobre las sustancias, la preparación para la vida y la prevención de problemas de drogodependencia mediante charlas, sesiones de intercambio de ideas, trabajo en grupos pequeños y juegos de improvisación de roles. A esos

cursillos iniciales siguieron sesiones de respaldo ulteriores con suministro de apoyo técnico y material de sensibilización. Entre los participantes del seminario figuraron grupos de mujeres activistas de los campamentos de refugiados, trabajadores de la comunidad, profesionales de la salud, trabajadores de desarrollo comunitario y docentes.

Elaboración de material de sensibilización: Como parte del proyecto se elaboró una diversidad de carteles dirigidos a las mujeres drogodependientes y a las que estaban en riesgo de caer en esos problemas, así como a las refugiadas a las que se repatriaba.

Rehabilitación basada en la comunidad: Este aspecto del proyecto consistió en capacitar a trabajadores de la comunidad, profesionales de la salud y personal de organizaciones no gubernamentales en servicios de rehabilitación en la comunidad dirigidos a mujeres con problemas de uso de sustancias. Este aspecto incluyó técnicas de prevención de recaídas, facilitando el establecimiento de servicios de rehabilitación de las mujeres en los campamentos y permitiendo un apoyo técnico continuo a fin de que los programas fueran sostenibles. En las comunidades afganas se observa rigurosamente la práctica de la reclusión (*purdah*) y no se permite a las mujeres ir solas a otros lugares o casas. Por consiguiente, las mujeres con problemas de uso de sustancias son remitidas a centros de tratamiento del Pakistán que cuentan con instalaciones separadas para ellas o son desintoxicadas en el hogar. Como parte de la rehabilitación de base comunitaria, se impartió también a las tejedoras de alfombras enseñanzas prácticas y técnicas para hacer frente a los problemas de salud relacionados con su trabajo, como el dolor de espalda, y sobre la forma de cuidar de sus hijos mientras tejían.

Generación de ingresos: El aspecto de generación de ingresos del proyecto tuvo por objeto atender a las necesidades de las mujeres que habían sido desintoxicadas y de las que corrían el riesgo de sufrir problemas de uso de sustancias y que estuvieran en condiciones de participar en actividades de generación de ingresos. Las actividades comprendieron un estudio inicial de las necesidades, el perfeccionamiento de los conocimientos prácticos existentes, la capacitación de las mujeres en nuevas prácticas de generación de ingresos y la promoción y facilitación de sus esfuerzos por producir y comercializar materiales y crear pequeñas empresas.

Formación de redes: La formación de redes supuso establecer vínculos entre los servicios sanitarios y sociales y los grupos comunitarios de refugiados, coordinar y facilitar actividades conjuntas y forjar vínculos con organi-

zaciones que trabajan en el Afganistán como la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR) y con grupos del Pakistán que estuvieran en condiciones de prestar servicios específicos como asistencia a opiómanas embarazadas y a sus bebés recién nacidos.

En Kabul, el Centro Nejat prestó servicios a las mujeres esencialmente en cuatro etapas:

- Primer contacto — Se ofrece a las mujeres en general información sobre las consecuencias del consumo de sustancias (esto es, educación básica y sensibilización sobre el problema de las drogas) y la higiene del hogar y del medio ambiente y se proporciona información sanitaria general, por ejemplo, sobre la prevención de la diarrea en niños pequeños; consejos sobre cómo abrigoarlos en climas fríos; consejos sobre la escolarización de los niños para que no vaguen por las calles y orientación a las mujeres embarazadas y las que están en período de lactancia.
- Etapa anterior al tratamiento — Las mujeres que ya son drogodependientes reciben asesoramiento motivacional durante un período de tres meses en el que se discuten el impacto a corto y largo plazo y los riesgos que el consumo de sustancias entraña para la salud, las relaciones sociales y la situación financiera. Durante esta etapa también se discute la posibilidad de tratamiento, aun cuando algunas mujeres disminuyen su consumo de sustancias o dejan de consumirlas por completo.
- Etapa de desintoxicación y tratamiento — Dura un mes y abarca el tratamiento sintomático con analgésicos de ser necesario (brufen/paracetamol/diclofenac), el suministro de alimentos como aceite de cocina, arroz y azúcar, si se dispone de recursos, el suministro de jabón y champú y asesoramiento motivacional continuado.
- Etapa de postratamiento — Servicios de seguimiento a cargo de personal femenino durante un año. Durante los primeros tres meses se visita a las mujeres en su domicilio cada diez días; durante los tres meses siguientes, cada dos semanas y durante los últimos seis meses, una vez al mes. Se procura principalmente mantener su bienestar de modo que no se sientan abandonadas. Se ofrece orientación sobre cómo mejorar las relaciones familiares, cómo prevenir las recaídas y otros problemas que puedan surgir.

En el programa se procura descubrir las causas profundas del uso de sustancias y se presta gran atención a los logros ejemplares en el trabajo con las pacientes. Se

calcula que un 20% de la labor es médica y un 80% psicosocial. El programa cuenta con siete trabajadoras que han recibido capacitación en el empleo. Además, en el marco del proyecto se ha impartido capacitación básica y un breve curso práctico sobre control del estrés. El proyecto ha impulsado también un programa de sensibilización sobre las drogas dirigido a las mujeres y a la comunidad y ha establecido grupos de voluntarios integrados por mujeres en recuperación y otros miembros de la comunidad a fin de que trabajen con mujeres que tienen problemas de uso de sustancias y con sus familias.

Resultados/logros

Pakistán

- Se ha impartido capacitación en materia de prevención del abuso de sustancias a mujeres activistas de campamentos de refugiados, así como a trabajadores sociales, trabajadores de la salud, trabajadores de la comunidad y trabajadores de organizaciones no gubernamentales que actuaban sobre el terreno; todos ellos han participado en actividades de sensibilización de las mujeres sobre distintas sustancias, en particular el opio y los sedantes: recibieron capacitación en prevención primaria 1.304 personas en total, de las cuales 1.269 eran mujeres;
- Recibieron capacitación en materia de tratamiento y rehabilitación del abuso de sustancias en la comunidad 35 profesionales de atención de salud;
- 85 mujeres se inscribieron para recibir tratamiento del abuso de sustancias en cuatro campamentos de refugiados de Peshawar; y 20 mujeres fueron remitidas a centros de tratamiento del abuso de sustancias fuera de los campamentos de refugiados;
- Se establecieron 80 consejos de mujeres en los campamentos de refugiados a fin de emprender actividades de prevención y de generación de ingresos, y 230 mujeres participaron en los proyectos de generación de ingresos;
- 23 tejedoras de alfombras participaron en un programa de capacitación especial destinado a enseñarles técnicas y conocimientos prácticos para reducir los problemas de salud relacionados con su trabajo.

Kabul

- Se contactó a más de 4.000 mujeres, a las que se impartió orientación general sobre atención de salud y sensibilización básica en materia de drogas;
- Recibieron tratamiento 325 consumidoras de sustancias;

- Las mujeres dejaron de consumir sustancias y se han reunido con sus familias;
- Entre los aspectos particularmente satisfactorios del proyecto cabe incluir la orientación motivacional, la capacitación de dirigentes de la comunidad en materia de sensibilización y la dedicación del personal.

Retos

Pakistán

Uno de los retos que se presentaron en el Pakistán fue el tradicional carácter tribal de la sociedad afgana, en particular en relación con los problemas de consumo de sustancias por las mujeres. Tampoco se disponía de servicios para tratar el consumo de sustancias y problemas concomitantes que afectaban a las mujeres. Complicó aún más la situación la inexistencia de servicios de prevención del abuso de sustancias para hombres. No obstante, el enfoque positivo y la participación de la población masculina en el proyecto ayudaron a los encargados a superar dichos problemas.

La elevada tasa de analfabetismo entre las mujeres en general y entre las activistas que participaron en el proyecto fue también un problema. Por último, la dependencia de la comunidad afgana respecto de la ayuda exterior entorpeció los esfuerzos por alentar a los participantes a que trabajaran para sí mismos y sus comunidades.

Kabul

El ambiente general de recelo y falta de confianza que impera en Kabul tras el conflicto, junto a la vergüenza y estigmatización que sienten las mujeres que consumen sustancias, además de su resistencia a revelar su problema a los familiares, supusieron un reto para el programa. Cerca de un 30% de los maridos prohibió a sus esposas aprovechar el servicio de acercamiento. Fue difícil superar problemas económicos como la falta de financiación (y de personal capacitado), la falta de medios de transporte adecuados que habrían facilitado las visitas a domicilio y la pobreza extrema de las pacientes, que esperaban que el programa les proporcionara artículos como alimentos y vestido.

Experiencia adquirida

Pakistán

Puede alcanzarse un alto grado de apoyo de la comunidad haciendo que sus miembros participen en el análisis, la elaboración y la ejecución de un proyecto. Desde el inicio, tal participación hace que la comunidad asuma

como propio el problema. Reviste también importancia conocer los valores y normas de una comunidad y es necesario respetarlas para el éxito del programa. Para hacer frente a los problemas del consumo de sustancias por parte de las mujeres afganas y potenciar a la comunidad para prevenir esos problemas es necesario que los responsables del tratamiento fomenten los servicios de tratamiento y de rehabilitación en la comunidad, así como proyectos que den a las mujeres aptitudes prácticas para la generación de ingresos. Se advirtió que poner término de manera prematura a la financiación de un proyecto podría provocar frustración en la comunidad.

Kabul

Para acercarse a la comunidad en Kabul es necesario adoptar una serie de precauciones. El personal debe haber contactado con un miembro de la familia antes de entrar en un domicilio y, si se trata de mujeres, deben ir acompañadas de un asistente social varón por razones de seguridad. Antes de discutir el tema del consumo de sustancias y con miras a ganarse la confianza de las pacientes, el personal debe abordar problemas generales de salud (durante varios días o semanas si es necesario). Si se descubre que algún hombre de la familia tiene algún problema de consumo de sustancias, es indispensable la intervención de un asistente varón.

Senegal: vencer los tabúes culturales mediante las asociaciones de mujeres

Nombre: Fangandiku Dorog: Protección contra las drogas-programa de apoyo dirigido a asociaciones de mujeres que luchan contra el abuso de drogas
País: Senegal
Contacto: Sr. Abdoulaye Diouf
Información: Association pour la Promotion du Centre de Sensibilisation et d'Information sur les Drogues (APSCID), Route des Niayes x Tally Diallo, B.P. 20540, Thiaroye, Dakar, Senegal
Teléfono: +(221) 834 50 19 o +(221) 854 25 34
Fax: +(221) 834 50 19
Correo electrónico: apscid@sentoosn
Carácter: organización no gubernamental con financiación internacional continuada que lleva cuatro años actuando

Antecedentes

Un análisis de la situación del abuso de sustancias en las comunidades senegalesas realizado por la Association pour la promotion du centre de sensibilisation et d'information sur les drogues (APSCID) (Asociación para la Promoción del Centro de Sensibilización y de Información sobre las

Drogas) señaló la necesidad de llevar a cabo intervenciones eficaces de prevención y tratamiento dirigidas a jóvenes y mujeres. Las zonas rurales del país carecían de centros de tratamiento y de personal capacitado para educar a la comunidad acerca de los riesgos que entraña para la salud el consumo de sustancias y de bebidas locales ilícitas. Al cabo de una campaña de sensibilización realizada en estas comunidades, las reacciones de las mujeres y sus familiares pusieron de manifiesto que era cada vez mayor la necesidad de tratar los problemas de consumo de sustancias por mujeres, que no se contaba con servicios idóneos para ellas y que las que recibían tratamiento tenían a menudo recaídas porque no recibían servicios de postratamiento.

La edad de la mayoría de las mujeres con problemas de consumo de sustancias variaba entre los 35 y los 55 años y las principales sustancias problemáticas eran el cannabis y las bebidas locales ilícitas; el consumo de varias sustancias era extendido. Muchas mujeres vivían en los pueblos y eran madres solteras y algunas eran prostitutas.

Los obstáculos concretos con que se enfrenta la mujer para acceder al tratamiento son:

a) La estigmatización y el hecho de que los trabajadores de atención de salud nieguen la existencia de problemas de consumo de sustancias de las mujeres, lo que las induce al aislamiento y al secreto;

b) La dificultad de recibir tratamiento en régimen de internación debido a la falta de centros de ese tipo en el Senegal y a que las normas culturales, en particular en las zonas rurales, impiden que las mujeres acudan a los centros de tratamiento;

c) El hecho de que la mujer dependa de su marido o de los ingresos de la familia de éste para pagar el tratamiento;

d) Las dudas de las mujeres en acudir al tratamiento por su falta de confianza en los hombres que lo administran, lo que contribuye también al abandono del tratamiento;

e) El temor de las embarazadas que consumen sustancias a que les arrebaten a sus bebés; como consecuencia de ello acuden a los servicios de atención de salud en estado avanzado de embarazo;

f) El hecho de que las madres no acudan al tratamiento por temor a perder la custodia de sus hijos;

g) La escasa autoestima de las mujeres y el temor a ser juzgadas como malas mujeres y malas madres por la sociedad.

Objetivos

Los objetivos fueron: fortalecer la capacidad organizativa y de programación de las asociaciones de mujeres de todas las regiones del Senegal a fin de garantizar la sostenibilidad de las actividades de prevención del abuso de sustancias; instruir a las mujeres para que informen en sus comunidades sobre la prevención y el tratamiento (criterio de las personas de igual condición); promover el cambio de comportamiento de las mujeres con problemas de consumo de sustancias; y lograr la participación de las asociaciones femeninas y de las mujeres de la comunidad en el postratamiento y la reintegración de las mujeres que tienen esos problemas.

Actividades

El primer paso de la Asociación fue organizar reuniones y jornadas comunitarias de sensibilización con asociaciones de mujeres y jóvenes y trazar planes de información, educación y toma de conciencia con los dirigentes de las comunidades. En segundo lugar, la Asociación seleccionó las organizaciones femeninas más activas para realizar el seguimiento. Las dirigentes de esas asociaciones participaron en cursillos de capacitación de instructores e impartieron a su vez capacitación a las mujeres de las comunidades locales para detectar y respaldar a las que tenían problemas de drogodependencia. La Asociación ha promovido también la comunicación y colaboración entre los profesionales encargados del tratamiento en la región de Dakar (adonde las mujeres acuden para recibirlo) y las asociaciones femeninas locales para facilitar el acceso al tratamiento a las mujeres con problemas de consumo de sustancias. Las asociaciones femeninas también han participado prestando servicios de postratamiento con el apoyo de centros psiquiátricos de la región de Dakar cuyo personal realiza visitas a las comunidades locales cuando resulta necesario.

Resultados/logros

Las asociaciones femeninas han adquirido conocimientos básicos de prevención y tratamiento; se ha informado a los dirigentes de las comunidades y a los políticos de la región sobre la necesidad de administrar tratamiento a las mujeres, en especial a las embarazadas; es cada vez mayor el número de mujeres que accede a los centros de tratamiento; las intervenciones que tienen por fin el tratamiento del abuso de sustancias se han adaptado a las necesidades de las mujeres y se presta atención de seguimiento después de la fase de desintoxicación. Ello abarca intervenciones psicosociales y, cuando resulta necesario, medidas de farmacoterapia. Como consecuencia del proyecto, ha mejorado la colaboración

entre el sector de la prevención y el del tratamiento, que ahora se perciben como complementarios.

Entre los factores clave del éxito del proyecto cabe señalar su compatibilidad con los componentes de reducción de la demanda del Plan de Acción Nacional para la Fiscalización de Drogas en el Senegal; el apoyo de la Comisión Interministerial Antidrogas; la participación activa de las familias y comunidades (incluidas las asociaciones de hombres y de jóvenes) en la atención de las mujeres con problemas de uso de sustancias; haber logrado que las mujeres de la comunidad participen en la sensibilización y el postratamiento para dar apoyo a las mujeres que desean dejar de consumir sustancias; la participación de las asociaciones femeninas en la política nacional de reducción de la demanda; la cooperación de hospitales psiquiátricos de Dakar y la participación de trabajadoras sociales.

Retos

El reto principal de este proyecto ha sido superar las creencias culturales, religiosas y sociales y los esquemas que no favorecen la potenciación de la mujer. Otro reto importante ha sido desarrollar una estrategia y un enfoque para tratar a las mujeres con problemas de uso de sustancias a fin de mejorar los cuidados que reciben.

Experiencia adquirida

La sensibilización cada vez mayor de las comunidades puede reducir la estigmatización de las mujeres con problemas de uso de sustancias y crear confianza en los servicios de tratamiento. Se debe alentar a los dirigentes de las comunidades y a los políticos en el plano local a que actúen para facilitar la discusión de los problemas de uso de sustancias de las mujeres y vencer los tabúes en las comunidades. Se puede potenciar a la mujer de las zonas rurales para que comprenda su función de liderazgo en las cuestiones sociales y culturales y dirija los debates sobre la prevención del abuso de sustancias, el tratamiento y el postratamiento en sus comunidades.

Promover la salud de las mujeres mediante el tratamiento del abuso de sustancias repercute no solo en la salud de cada una en particular sino también en la salud y la supervivencia de sus familias y de la comunidad. Las mujeres con problemas de drogodependencia tienen necesidades individuales que son difíciles a veces de atender, pero hay que informarlas y prestarles apoyo para que asuman la responsabilidad de su propio cambio. El tratamiento de desintoxicación no basta y se debe proseguir con medidas psicosociales y, tal vez, de rehabilitación.

Alemania: Atención continuada para la mujer

Nombre: Frauenberatungsstelle (Centro de Asesoramiento a Mujeres), Frauencafé (Café de la Mujer)
País: Alemania
Contacto: Christine Heinrichs
Información: 60329 Frankfurt am Main, Alemania
Teléfono: +(49) (69) 23 33 61 ó 43 95 21
Fax: +(49) (69) 23 18 63
Correo electrónico:
Christine.heinrichs@frankfurter-verein.de o
Frauenberatungsstelle@vae-ev.de
Internet: www.vae-ev.de
Carácter: Organización no gubernamental con financiación continuada; funcionamiento: 15 años en el caso del Centro de Asesoramiento y 8 años en el caso del Café de la Mujer

Antecedentes

Cuando se estableció el servicio, eran motivo de preocupación la propagación del VIH/SIDA, especialmente su prevención entre las consumidoras de sustancias que se dedicaban al trabajo sexual, y la falta de servicios para este grupo de mujeres. Se había producido también una serie de ataques violentos contra trabajadoras sexuales consumidoras de drogas, que se percibían como una amenaza. Un gran número de ellas no tenían hogar, por lo que les era difícil seguir los consejos de prevención del VIH. Si bien al comienzo el grupo principal de usuarias eran prostitutas, actualmente se atiende a las drogodependientes en general.

Objetivos

La meta general de este proyecto es contactar con las mujeres drogodependientes de todos los grupos de edad, así como rehabilitarlas y reintegrarlas a la sociedad manteniendo el contacto con ellas, estableciendo una relación, iniciando medidas de asesoramiento y gestión de casos, logrando que se ocupen de su propia salud física y psicológica, brindándoles capacitación en aptitudes prácticas y terapia artística y ayudándolas a encontrar un lugar donde dormir o nuevo alojamiento.

Los objetivos específicos son:

- Reducir conductas de riesgo y prevenir las enfermedades infecciosas y otros riesgos que entraña para la salud el consumo de sustancias;
- Reducir los riesgos relacionados con el comercio sexual;
- Mejorar la salud de las pacientes prestando servicios como tratamiento de mantenimiento con opioides;
- Motivar a las usuarias y prestarles apoyo para que cambien su vida;

- Facilitar la reintegración social de las mujeres drogodependientes en general, así como de las trabajadoras sexuales, ofreciéndoles vivienda, atención médica (mantenimiento con metadona) y capacitación en aptitudes sociales.

Actividades

Diversas entidades dedicadas a cuestiones de drogodependencia, un grupo de autoayuda formado por trabajadoras sexuales y las autoridades sanitarias municipales llevaron a cabo un estudio de la situación de las trabajadoras sexuales consumidoras de sustancias. También se estableció contacto con la policía. Se elaboró una propuesta que se financió como proyecto piloto y recibió posteriormente financiación municipal y estatal continuada. Recibir financiación para iniciar el proyecto piloto fue decisivo para sus resultados, pues se consideró necesario establecer un servicio independiente para la mujer, en lugar de un componente exclusivamente femenino en el marco de un servicio conjunto para hombres y mujeres que ya existía.

Frauenberatungsstelle (Centro de Asesoramiento a Mujeres) ofrece una variedad de servicios, entre los que figuran servicios de bajo umbral y atención diurna en forma de café para mujeres, el Frauencafé, así como medidas de acercamiento utilizando un autobús; servicios de asesoramiento —gestión de casos de mujeres drogodependientes; un proyecto de intervención orientado específicamente hacia comportamientos de riesgo para la prevención del SIDA en las mujeres dedicadas al comercio sexual; un dispensario para el mantenimiento con metadona de 30 mujeres; capacitación en materia de aptitudes sociales, incluida la terapia artística para mujeres drogodependientes; asesoramiento en el lugar de trabajo y apoyo para reintegrarse a la población activa; y servicios de asesoramiento y reinserción con vivienda a mediano plazo para 27 mujeres.

El proyecto presta servicios únicamente a mujeres y especialmente a las que llevaban mucho tiempo de drogodependencia, las que consumen varias drogas, las mujeres sin hogar, las que presentan una elevada prevalencia de enfermedades crónicas como la hepatitis C, el VIH/SIDA y problemas de salud física y mental, así como a las drogodependientes dedicadas al comercio sexual.

Resultados/logros

El Centro de Asesoramiento a Mujeres, Frauenberatungsstelle, proporciona una amplia variedad de servicios a mujeres que dependen de sustancias y están estrechamente relacionadas con el mundo de la droga en Frankfurt y la zona de tolerancia de esa ciudad. Procura

ofrecer lugares seguros a las drogadictas, como el Café, el Centro de Asesoramiento y la zona de viviendas. Todos los proyectos de Frauenberatungsstelle atraen a gran número de consumidoras de sustancias, que establecen con facilidad lazos con las consejeras del proyecto. Se ha comprobado que las mujeres mantienen durante largo tiempo el contacto con Frauenberatungsstelle, en especial las que se estabilizan con metadona y se adhieren a uno de los proyectos de vivienda.

La tasa de remisión a servicios de tratamiento del abuso de sustancias en régimen de internación se ha incrementado a lo largo de los años. Ha aumentado la importancia de los grupos de capacitación en aptitudes prácticas, así como la de capacitar a las pacientes para que se incorporen a la población activa.

El proyecto es evaluado cada año por la municipalidad, que presenta sus estadísticas e informes sobre la gestión de casos y documenta detalladamente sus actividades.

Retos

El reto principal del proyecto tiene que ver con la financiación, que proviene de la municipalidad. En tiempos de financiación cada vez más reducida, aumenta el apremio por documentar los éxitos alcanzados. Sin embargo, los logros de las mujeres que llevan mucho tiempo con problemas de uso de sustancias o padecen enfermedades crónicas u otros trastornos mentales son algo escasos si se les mide en función de la abstinencia o del apoyo financiero. Así pues, el proyecto se esfuerza por renovar cada año su financiamiento y tiene que avenirse a la disminución de la ayuda que recibe de la municipalidad.

Experiencia adquirida

Al poner en marcha un proyecto dirigido a un grupo de mujeres tan estigmatizado como el de las prostitutas drogodependientes, es aconsejable iniciarlo en un entorno propicio, por ejemplo, ofrecer un lugar seguro en el que las mujeres puedan reunirse, conversar y establecer contacto con las consejeras y que inspire confianza, acceso a primeros auxilios, a medidas de protección para las relaciones sexuales y el consumo de sustancias y a servicios médicos como el tratamiento con metadona. Una vez establecido el proyecto, puede ampliarse a fin de incluir una mayor variedad de servicios distintos y especializados que varíen con el tiempo para atender a las necesidades cambiantes de las usuarias.

Por último, las usuarias necesitan ayuda concreta en forma de vivienda, desarrollo de aptitudes, capacitación en el trabajo y asistencia para reintegrarse a la sociedad.

Eslovaquia: Confianza en las calles

Nombre: "Protéjase"

País: Eslovaquia

Contacto: Katarina Jiresova

Información: Odyseus, Ukrajinska 10,
831 02 Bratislava 3, Eslovaquia

Teléfono: + (421) 903 786 706; + (421) (2) 524 94 344

Fax: + (421) (2) 524 94 344

Correo electrónico: katjir@yahoo.com;

pkatka@yahoo.com; jiresova@ozodyseus.sk

Internet: www.odyseus.net

Carácter: organización no gubernamental con financiación de diversas fuentes entre las que figuran la municipalidad, el Estado y algunas fundaciones; años de funcionamiento: seis

Antecedentes

En Eslovaquia, y en particular su capital Bratislava, hubo un rápido aumento del abuso de sustancias a comienzos del decenio de 1990, cuando las pautas de consumo cambiaron, pasando de los disolventes, los hipnóticos y los sedantes a la heroína inyectada. Desde 1994 hasta la fecha se ha registrado en el país un crecimiento vertiginoso del número de adictos a opiáceos que han recibido tratamiento. Hasta 1995, la mayoría de los pacientes tratados residían en Bratislava, pero el aumento del porcentaje de personas tratadas que no residen en la capital confirma la propagación de la epidemia de heroína en todo el país.

En 1997, cerca de un 80% de todos los tratamientos por drogodependencia tenía que ver con el consumo de opiáceos o heroína o de ambos; la mayoría de los pacientes eran usuarios de drogas por inyección y cerca de dos tercios tenían 24 años o menos. En 1994 se creó en Bratislava el primer programa de intercambio de agujas en un sitio fijo y en 1997 el primer programa de tratamiento con metadona, pero no existían servicios de acercamiento ni otros servicios de bajo umbral. Antes de poner en marcha el programa "Protéjase", el personal visitó zonas en las que se ejercía la prostitución callejera y se consumían drogas y estableció contacto con los futuros usuarios. Se hizo patente que, o bien éstos desconocían esos servicios, o el umbral de los servicios era demasiado alto. Al no existir ningún otro programa que prestara asistencia a quienes practican el comercio sexual en las calles, que trabajan en condiciones sumamente precarias, la iniciativa fue muy bien recibida. "Protéjase" es un proyecto de la organización no gubernamental Odyseus, que ofrece una variedad de servicios como los de reducción del daño, acercamiento, autoayuda, promoción e información, principalmente a consumidores de sustancias y a trabajadores sexuales.

Objetivos

Los objetivos del proyecto eran los siguientes: reducir las consecuencias que para la salud entrañan el consumo de sustancias y el comercio sexual (VIH/SIDA, hepatitis B y C y otras infecciones de transmisión por la sangre y transmisión sexual) en los grupos destinatarios; establecer y mantener contacto con esos grupos; hacer más accesible a los consumidores de drogas inyectables dedicados al trabajo sexual la información de interés sobre dicho consumo, así como sobre el VIH/SIDA y las infecciones sexualmente transmitidas y los medios de protección; reducir la frecuencia de las relaciones sexuales sin protección; y aumentar los contactos entre el sistema de atención de salud y los servicios sociales y los consumidores de drogas inyectables y trabajadores sexuales.

Actividades

Servicios: El proyecto “Protéjase” fue el primero que brindó en Eslovaquia servicios de acercamiento y de intercambio de agujas en la calle. Funciona los domingos, los lunes y de miércoles a viernes en cuatro zonas del centro de Bratislava, incluidas dos conocidas por ejercerse allí la prostitución callejera. Desde 2003, se prestan también servicios en la localidad de Puchov. En esta localidad se realiza una labor de acercamiento a cargo de personas de igual condición, mientras que en Bratislava los encargados no forman parte del grupo objetivo (es decir, no son consumidores de drogas). Además del personal de acercamiento que recorre las calles, hay una unidad móvil que funciona en otras dos zonas de Bratislava, mientras que en Puchov los usuarios pueden establecer contacto telefónico.

Las personas que trabajan en la calle lo hacen en parejas y llevan los materiales necesarios en dos grandes bolsas negras que se han convertido en una señal para los usuarios. También llevan un recipiente para jeringuillas y agujas usadas en el que figura el nombre del proyecto. El trabajo en la calle se realiza entrada la tarde y durante la noche y el equipo suele visitar las zonas de prostitución en las noches. Los usuarios aprecian la formalidad del personal, su estabilidad y su horario de trabajo. Las trabajadoras sexuales valoran la posibilidad de establecer contacto permanente con el personal.

Se prestan los siguientes servicios:

- Distribución de material educativo sobre prácticas sexuales y prácticas de inyección más seguras, así como distribución de condones y lubricantes;

- Información y conversaciones sobre cómo reducir el daño causado por el consumo de sustancias y el comportamiento sexual;
- Distribución e intercambio de agujas, jeringuillas estériles y demás material de inyección seguro (por ejemplo, algodones impregnados en alcohol, algodones secos, filtros, agua, ácido ascórbico y polvo) y retiro de las jeringuillas usadas de la circulación;
- Remisión a servicios sociales y de atención de salud, pactándose acuerdos especiales con estos servicios para las usuarias, así como asistencia social;
- La revista titulada *Intoxi*, que incluye una sección fija dedicada específicamente a las mujeres;
- Distribución de folletos a los usuarios, en particular “Chran sa sam” (Protéjase), sobre prácticas de inyección más seguras; “Bezpecnost pri praci” (Seguridad en el trabajo), para informar a las trabajadoras sexuales sobre prácticas sexuales más seguras; “Infekcia HIV ochorenie AIDS” (Infección por el VIH y SIDA); “Chlapci z ulice”, para informar a los trabajadores sexuales sobre la seguridad en su trabajo y el uso de condones; y otros folletos en forma de revista de historietas. Se han publicado también en distintos formatos muchos otros folletos educativos sobre las cuestiones más importantes, a saber, la hepatitis, las perforaciones y tatuajes, la inhalación de sustancias y la sífilis.
- El proyecto “Protéjase” ha ofrecido también la posibilidad de hacerse análisis de anticuerpos del VIH (como proyectos breves en el período 1999-2000 y en 2002) y de sífilis (ofrecidos de manera continuada desde 2002).

En 2003, se estableció en Podchod un club de bajo umbral únicamente para mujeres dedicadas al comercio sexual. La finalidad del club, que está situado en una zona conocida por la prostitución callejera, es proporcionar un espacio seguro y cómodo al que las mujeres pueden acudir para tomar un té o un café, conversar o simplemente pasar el rato. Entre los planes de desarrollo figura el de establecer un horario sólo para mujeres, lo que sería también útil para iniciar un grupo u organización de autoayuda.

Personal: El equipo consta de 13 personas que trabajan en la calle (4 hombres y 9 mujeres, incluido el coordinador del proyecto y un asistente) y un asistente social.

Usuarios: La edad media de los usuarios oscila entre los 20 y los 25 años y las principales sustancias consumidas son la heroína y el Pervitin (una metanfetamina); las

mujeres representan del 5% al 53% de los usuarios, según el lugar en que se realice la labor de acercamiento. No se requiere documentación formal alguna para participar en el programa.

Resultados/logros

Desde el inicio del proyecto, los encargados de la labor de acercamiento han establecido 38.327 contactos con los grupos destinatarios, han recogido 508.233 agujas y jeringuillas usadas y han distribuido 626.302 agujas y jeringuillas estériles. Esa información abarca únicamente el proyecto de Bratislava, ya que las estadísticas difieren en el caso de Puchov.

Retos

En Eslovaquia son muchos los retos que implica prestar servicios sensibles a las diferencias de género. Faltan, en general, servicios de acercamiento de bajo umbral; en el país existe solamente uno dirigido específicamente a las mujeres, y para acceder a los servicios sociales se aplican criterios demasiado rigurosos. Se cuenta con poco personal capacitado y sensible, mujeres y hombres, y no existe capacitación en la materia en idioma eslovaco. Los proyectos destinados a las mujeres carecen de financiación, en particular los que abordan el tema del uso de sustancias y el comercio sexual.

Las mujeres, que tienen una autoestima muy baja y se enfrentan al rechazo de sus familias y comunidades, deben también soportar a “expertos” en cuestiones de drogas que suelen ser hombres. Además, los problemas de uso indebido de sustancias se tratan como problemas médicos, sin atender a las cuestiones sociales, y algunos servicios contra el abuso de sustancias tienen un enfoque más de castigo que de apoyo. Las mujeres se enfrentan también al estigma social que acompaña a los problemas de drogodependencia, pues no se toleran sus “fallos” de conducta, lo cual es extensivo al consumo de sustancias.

Por último, es necesario introducir modificaciones en el sistema social y de atención de salud con miras a aliviar la carga financiera que pesa sobre quienes viven en la calle.

Experiencia adquirida

La labor de acercamiento es un modo eficaz de establecer contacto y una relación con los consumidores de drogas inyectables y las personas dedicadas al trabajo sexual, así como de distribuir utensilios de inyección estériles e información sobre prácticas de inyección sin riesgo y sobre el VIH a los grupos que no reciben otros servicios. Es necesario contar con personal de calle pro-

fesionalmente capacitado y remunerado y capacitarlo y supervisarlos permanentemente, en especial para evitar que “se desgaste”.

Es importante que el personal se mantenga constante a lo largo del programa para fomentar la confianza y la sensación de seguridad de los usuarios. También es mejor comenzar con un pequeño equipo y ampliarlo sólo cuando el proyecto se haya establecido firmemente. El equipo fundador debe pasar todo el tiempo que le sea posible en la calle, a fin de darse a conocer entre los usuarios de drogas por inyección y las personas dedicadas al trabajo sexual, promover el proyecto y ganarse la confianza y el respeto de los usuarios.

Es importante crear redes locales para que la labor de acercamiento se desarrolle en un entorno favorable y seguro. Se debe informar sobre el proyecto previsto a otros interesados directos a nivel local (por ejemplo, a las autoridades municipales, los servicios de salud y otros servicios sociales y organizaciones no gubernamentales). Además, es necesario establecer contacto con la policía e informarle de las actividades del proyecto, a fin de procurar su apoyo y una actitud no discriminatoria hacia quienes se inyectan drogas y se dedican al trabajo sexual.

Recomendaciones sobre enfoques satisfactorios y la experiencia adquirida

Las siguientes recomendaciones sobre enfoques satisfactorios y la experiencia adquirida son fruto del examen de la bibliografía, los estudios monográficos y las deliberaciones de la reunión celebrada en Viena. Además de las recomendaciones generales que figuran a continuación, los grupos de trabajo organizados sobre el tema en dicha reunión hicieron algunas recomendaciones concretas que se resumen en el recuadro 12.

- *Despertar el interés de los miembros de la comunidad, los dirigentes políticos, las redes locales y los usuarios potenciales en el análisis de las necesidades y la planificación y desarrollo del proyecto.* En los estudios monográficos descritos en esta sección, y en las deliberaciones de la reunión de Viena, se destacó la importancia de que en el proceso de planificación y desarrollo del proyecto contribuya una amplia variedad de “interesados”, entre ellos dirigentes de la comunidad y dirigentes políticos (hombres y mujeres), mujeres con problemas de consumo de sustancias y sus familiares, la policía, servicios de atención de salud y servicios sociales y las redes de tratamiento del abuso de sustancias. La participación de los interesados proporciona información para elaborar

RECUADRO 12

RECOMENDACIONES DE LOS GRUPOS DE TRABAJO PARA HACER QUE LAS MUJERES PARTICIPEN EN EL TRATAMIENTO

1. Pronta intervención y participación en el tratamiento

- Programas únicamente para mujeres
- Detección precoz en el marco de servicios de atención primaria de salud
- Sensibilización y suministro de información realista y exacta
- Uso de estrategias motivacionales de participación ajenas a enfoques de confrontación o moralizadores y ofrecimiento de opciones de programas flexibles

2. Contacto con los servicios de tratamiento psiquiátrico para atender a las necesidades de las mujeres con trastornos concomitantes

- Directrices para las entidades que ofrecen tratamiento contra el abuso de sustancias o tratamiento para problemas de salud mental
- Integración de los servicios, en lugar de fragmentación
- Reconocimiento precoz de los problemas concomitantes de abuso de sustancias y salud mental y de las necesidades de intervención, a fin de retener a las pacientes
- Capacitación intersectorial entre los sistemas de tratamiento del abuso de sustancias y los de salud mental, así como entre los servicios de atención de salud y los servicios sociales
- Cooperación y creación de redes
- Gestión de casos y atención compartida

3. Atención a las tradiciones culturales

- Servicios en la comunidad
- Desintoxicación en el hogar
- Adaptación de los métodos de intervención al entorno cultural, respetando la cultura y el idioma
- En algunas culturas, hacer que personas de la población masculina participen en la planificación y el desarrollo de los servicios a fin de vencer el estigma y los tabúes culturales que afectan a las mujeres

4. Atención a las sustancias que la cultura tolera

- Reconocer que el alcohol y el tabaco son drogas
- Proporcionar información y educación sobre las sustancias lícitas
- Modificar el uso social reconociendo los problemas que esas sustancias causan
- Despertar conciencia de que la mayoría de los perjuicios a la sociedad provienen de los aficionados al alcohol en la vida social

5. Consumo de varias sustancias por las mujeres

- Analizar los problemas de abuso de sustancias y ofrecer tratamiento para todos ellos en un solo contexto
- Incorporar enfoques de reducción del daño
- Ayudar a las mujeres a establecer prioridades
- Llevar a cabo investigaciones para definir el perfil de las mujeres con problemas de alcoholismo o de drogodependencia

las intervenciones del proyecto, incluso información sobre las normas y los valores de la comunidad y el modo de entenderlos. Tal participación contribuye también a que se asuman como propios el proyecto

y sus resultados. En las regiones en que hay arraigados tabúes culturales contra el uso de sustancias por mujeres, el proceso puede ayudar también a vencer esos tabúes.

- *Crear un clima cultural de prevención y educación.* Debido al estigma que pesa sobre el consumo de sustancias por mujeres, es posible aprovechar las actividades de sensibilización sobre las drogas que abarcan todos los sectores de la comunidad como mecanismo para concienciar sobre el tema de las mujeres y el consumo de sustancias, reduciendo así la estigmatización. Se adoptó este enfoque tanto en el proyecto del Senegal como en la labor realizada con las refugiadas afganas. La bibliografía, los estudios monográficos y las deliberaciones de la reunión celebrada en Viena mostraron que los materiales de sensibilización deben proporcionar información realista adecuada al público al que se dirigen. Además de carteles y folletos, se pueden emplear medios como la radio, la televisión y el cine para sensibilizar a la comunidad sobre las sustancias y los problemas de abuso que conllevan. En el caso de mujeres que tengan tales problemas, la educación sobre las cuestiones de salud específicas de la mujer, incluso sobre prácticas sexuales más seguras y consumo de sustancias más seguro a fin de prevenir la propagación del VIH/SIDA y la hepatitis, constituyen componentes clave de los servicios.
- *Impartir capacitación en general y capacitación intersectorial (compartida) al personal de los centros de atención primaria de salud y otros centros de salud y servicios sociales.* La bibliografía parece indicar que los centros de atención primaria de salud y otros centros no detectan a las mujeres con problemas de drogodependencia porque no les preguntan habitualmente sobre el particular. Impartir capacitación al personal de esos centros para descubrir a las pacientes, ordenar su remisión o intervenir brevemente cuando se constaten problemas de abuso de sustancias puede incrementar las posibilidades de que las mujeres reciban ayuda y ampliar la base del tratamiento. En la reunión de Viena se expresó apoyo a la práctica del reconocimiento inicial por considerarse un enfoque satisfactorio. La capacitación intersectorial o compartida entre proveedores de servicios contra el abuso de sustancias y proveedores de servicios sociales o de atención de salud puede ser otro medio de mancomunar conocimientos y aptitudes, establecer alianzas y colaboración y superar las actitudes negativas hacia las mujeres con problemas de drogodependencia.
- *Recurrir a actividades de acercamiento en el caso de las mujeres marginadas y difíciles de contactar, así como de las necesitadas de servicios más accesibles de tratamiento del abuso de sustancias.* La bibliografía y los estudios monográficos indican que pueden adoptarse medidas de acercamiento para llegar a las mujeres que no tienen contacto con ningún servicio y a las que necesitan servicios a domicilio o en otros lugares como hospitales u otros centros de atención de salud, entidades de servicio social o residencias.
- *Servirse de la educación por “iguales” y de la labor de acercamiento para atender a las mujeres con problemas de abuso de sustancias.* Las tres ramas del proyecto han avalado la utilización de educadores de igual condición como estrategia para atender a grupos particularmente marginados de mujeres, por ejemplo, las que se inyectan drogas o se dedican al comercio sexual. El proyecto ejecutado en la República Islámica del Irán demostró el acierto de valerse de antiguas consumidoras de drogas por inyección para contactar con sus iguales y prestarles apoyo. La función de las personas de igual condición se amplió en los proyectos del Senegal y en la labor realizada con refugiadas afganas en el Pakistán, donde se recurrió a mujeres activistas de la comunidad y se les capacitó para llevar a cabo actividades de prevención en sus comunidades y prestar apoyo a las mujeres con problemas de abuso de sustancias.
- *Prever servicios únicamente para mujeres o componentes únicamente para mujeres en el marco de medidas de acercamiento y de bajo umbral.* La bibliografía y los estudios monográficos indican que las mujeres atendidas por los servicios de acercamiento de calle y de bajo umbral por lo general son extremadamente vulnerables. Pueden carecer de hogar, padecer situaciones de violencia o abusos, pueden estar embarazadas y vivir en la calle o tener comportamientos de alto riesgo como compartir utensilios de inyección o tener relaciones sexuales sin protección. Los servicios destinados únicamente a mujeres les brindan la oportunidad de estar en un lugar a salvo de la violencia masculina y recibir intervenciones adecuadas a sus necesidades específicas. Las intervenciones pueden consistir, por ejemplo, en atención ginecológica, adiestramiento para negociar relaciones sexuales más seguras y seguir prácticas de inyección más seguras y oportunidades de abordar temas como la violencia, el embarazo y las relaciones con otras personas. Los servicios que se prestan únicamente a mujeres pueden ayudarlas también a vencer la estigmatización y la vergüenza que sufren por su drogodependencia.
- *Adoptar enfoques centrados en las usuarias que respondan a sus prioridades y a las necesidades que indiquen.* La bibliografía y los estudios monográficos muestran que las mujeres pueden indicar una variedad de necesidades distintas en cuanto a alimentación, alojamiento o vivienda, un lugar seguro para pasar el

rato fuera de la calle, cuidado de los hijos, o servicios de atención de salud mental o física. Responder a estas necesidades inmediatas puede ser el inicio del proceso de participación.

- *Establecer lazos de cooperación y redes.* Las beneficiarias de los servicios de acercamiento de calle y de bajo umbral suelen ser extremadamente vulnerables y tener necesidades múltiples y complejas. Pueden haber tenido experiencias muy negativas al acudir a servicios de salud u otros servicios necesarios, por lo que les cuesta confiar en los profesionales que ofrecen asistencia. La bibliografía y los estudios monográficos demuestran la necesidad de establecer redes que funcionen activamente y crear alianzas a fin de remitir los casos en forma acertada y velar por que se reciba y atienda como es debido a las pacientes. Los participantes en la reunión de Viena avalaron también este enfoque.
- *Fomentar políticas y actividades que promuevan la dedicación y la continuidad del personal y encarar el problema del “desgaste” del personal.* Los estudios de casos y las deliberaciones de la reunión celebrada en Viena pusieron de relieve el hecho de que la continuidad y la regularidad de los encargados de los servicios de acercamiento o de bajo umbral pueden ser sumamente importantes para las usuarias. Para alcanzar esa meta, los consejeros necesitan apoyo, supervisión y capacitación permanentes a fin de fomentar la continuidad, prevenir el “desgaste” y recibir ayuda para hacer frente a las situaciones penosas y desconcertantes que les presentan las usuarias.

Puntos principales

Los puntos principales tratados en el capítulo 4 son los siguientes:

- La participación de los interesados de la comunidad, tanto mujeres como hombres, contribuye al éxito del proyecto y a que la comunidad lo asuma como propio.
- Los proyectos de tipo comunitario deben basarse en una cuidadosa determinación de las necesidades del grupo objetivo, incluida la comprensión de las normas y valores culturales de la comunidad.
- La sensibilización y la educación dirigidas a toda una comunidad pueden reducir la estigmatización y potenciar a la comunidad para abordar los problemas del abuso de sustancias por las mujeres.
- Capacitar a los trabajadores de la atención primaria de salud y otros profesionales que prestan asistencia para que practiquen habitualmente reconocimientos encaminados a detectar problemas de uso de sustancias y remitan los casos o intervengan brevemente puede reportar mejores resultados, en particular si se detecta a las drogodependientes en una etapa temprana de su consumo problemático.
- Para prestar la variedad de servicios y modalidades de apoyo que las mujeres necesitan es fundamental la creación de redes y vínculos entre los servicios de tratamiento del abuso de sustancias y otros servicios como los de atención prenatal y obstétrica o ginecológica y de bienestar y protección del menor, servicios de crisis como las residencias de mujeres o los ofrecidos a las que han sido víctimas de agresión sexual y los de atención de salud mental (incluidos los casos traumáticos). Ello reviste particular importancia para las mujeres que pueden haber tenido experiencias negativas al acudir a los servicios necesarios.
- La labor de acercamiento es una estrategia importante para atender a las mujeres que no pueden acceder fácilmente a los servicios corrientes. Puede tener lugar en el domicilio de las mujeres, en la calle o en cualquier lugar en que se reúnan. Esos servicios han de adecuarse a las circunstancias particulares del grupo objetivo. Además de los profesionales, se puede capacitar a personas de igual condición para que realicen esa labor y ayuden a las mujeres a acceder a los recursos de tratamiento.
- Los servicios de bajo umbral se destinan a un grupo sumamente vulnerable de usuarias, las consumidoras de drogas por inyección, que corren riesgo de contraer el VIH y otras enfermedades de transmisión sanguínea y suelen dedicarse al comercio sexual. Los servicios de bajo umbral sensibles a las consideraciones de género brindan a las mujeres la oportunidad de recibir cuidados para reducir el daño y atención a necesidades prácticas, en formas que toman en consideración sus necesidades específicas y sus circunstancias de vida, proporcionándoles además un lugar seguro.

Referencias

1. Abuso de drogas: tratamiento y rehabilitación — Guía práctica de planificación y aplicación (Publicación de las Naciones Unidas, núm. de venta: S.03.XI.II).
2. Health Canada, Best Practices: Treatment and Rehabilitation for Women with Substance Use Problems (Ottawa, Ministry of Public Works and Government Services of Canada, 2001) (puede consultarse en www.cds-sca.com/).
3. D. Hedrich, Problem Drug Use by Women: Focus on Community-based Interventions (Estrasburgo, Grupo Pompidou, 2000) (puede consultarse en www.coe.int/T/E/Social_Cohesion/pompidou_group/5.Publications/).
4. W. Swift, J. Copeland y W. Hall, Characteristics and Treatment Needs of Women with Alcohol and Other Drug Problems: Results of an Australian National Survey, National Drug Strategy Research Report Series, No. 7 (Canberra, Australia, 1995).
5. J. Becker y C. Duffy, Women Drug Users and Drugs Service Provision: Service-level Responses to Engagement and Retention, Report for the Home Office Drugs Strategy Directorate, DPAS Paper No. 17 (Londres, Ministerio del Interior, 2002) (puede consultarse www.drugs.gov.uk/ReportsandPublications/Communities/1034596415/WomenDrugUsersandServiceProvision.pdf).
6. A. B. Charnaud, Service innovation in drug misuse services, *Psychiatric Bulletin*, vol. 25, núm. 5 (2001), págs. 187 a 189.
7. L. B. Cottler y otros, Peer-delivered interventions reduce HIV risk behaviors among out-of-treatment drug abusers, *Public Health Reports*, vol. 113, Supplement 1 (1998), págs. 31 a 41.
8. J. B. Greenberg y otros, Linking injection drug users to medical services: role of street outreach referrals, *Health and Social Work*, vol. 23, núm. 4 (1998), págs. 298 a 309.

Bibliografía

La capacitación de profesionales de atención primaria de salud y demás personal asistencial

Alcohol screening questionnaires in women: a critical review. Katharine A. Bradley y otros. *Journal of the American Medical Association*. 280:2:166-171, 1998.

Dawe, Sharon, y Mattick, Richard P. Review of diagnostic screening instruments for alcohol and other drug use and other psychiatric disorders. Canberra, Australian Government Publishing Service, 1997.

Estados Unidos de América, Department of Health and Human Services, Center for Substance Abuse Treatment. Substance Abuse Treatment: Addressing the Specific Needs of Women. Rockville, Maryland, 2004. En prensa

Gender-specific substance abuse treatment. N. Finkelstein y otros. National Women's Resource Center for the Prevention and Treatment of Alcohol, Tobacco and Other Drug Abuse and Mental Illness and Substance Abuse and Mental Health Services Administration and Health Resources and Services Administration, 1997.

National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Assessing alcohol problems: a guide for clinicians and researchers. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, 1998. NIAAA Treatment Handbook Series No. 4.

Creación de redes y vínculos con otros servicios

Price, A., y Simmel, C. Partners' influence on women's addiction and recovery; the connection between substance abuse, trauma, and intimate relationships. Berkeley, California, National Abandoned Infants Assistance Resource Center, School of Social Welfare, Universidad de California en Berkeley, 2002.

Servicios de acercamiento

Coppel, Anne. The outreach method; the difficult art of reaching the very fringes of society. Drugtext, 1998.

Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. Guidelines for the evaluation of outreach work; a manual for outreach practitioners. Luxemburgo, Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas, 2001.

Trautmann, F. Peer support; Dutch experience with AIDS prevention by drug users for drug users. Drugtext.

Servicios de bajo umbral

Burrows, Dave. Starting and managing needle and syringe exchange programs: a guide for Central and Eastern Europe and the Newly Independent States of the former Soviet Union. A. Preston y J. Derricott, editores. Nueva York, International Harm Reduction Development, 2000.

5. Servicios de tratamiento del abuso de sustancias receptivos a las cuestiones de género

En el capítulo 4 se esbozaron los enfoques para lograr la participación de las mujeres en el tratamiento. En el presente capítulo se examina la forma de lograr que los servicios de tratamiento estructurado respondan a las necesidades de la mujer, tomando como base los enfoques reseñados en el capítulo anterior, así como en otras publicaciones de la serie del Manual sobre Tratamiento del Abuso de Drogas, de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, en particular la titulada *Abuso de drogas: tratamiento y rehabilitación — Guía práctica de planificación y aplicación* [1]. Su uso para planificar y elaborar programas o sistemas concretos de servicios destinados expresamente a la mujer requiere comprender los factores que influyen en el desarrollo y la persistencia de los problemas de consumo de sustancias por las mujeres en distintos contextos socioculturales, así como adaptarse a la forma en que se organizan y financian en distintos países los servicios de tratamiento de esos problemas, y también reconocer la validez de distintos criterios de tratamiento. Por ejemplo, algunas culturas no dan el mismo valor a las “terapias de diálogo” que a la farmacoterapia, lo cual puede restringir la aplicación de algunos de estos criterios.

En la publicación *Abuso de drogas: tratamiento y rehabilitación* se reseñan los siguientes elementos de un sistema general de tratamiento: **servicios de acceso directo** (por ejemplo, servicios en la calle o de acercamiento), que se examinan en el capítulo anterior; y **servicios de tratamiento estructurado**, que comprenden una etapa de desintoxicación y estabilización, otra de rehabilitación y prevención de recaídas (que comprende tratamiento farmacológico) y medidas de pos-tratamiento. En el marco del tratamiento estructurado existe la opción de adoptar un régimen ambulatorio o uno de internación.

Tras exponer a grandes rasgos los aspectos teóricos y los principios, en el presente capítulo se examinan las

cuestiones de organización, las etapas del tratamiento, su evaluación y planificación, las intervenciones psicosociales y farmacológicas durante su administración y las necesidades especiales de las embarazadas y las mujeres con hijos.

Como se ha definido con anterioridad, el tratamiento sensible a las cuestiones de género es aquel en que se tienen en cuenta las necesidades de la mujer en todos los aspectos de su elaboración y ejecución. En el recuadro 13 se enumeran los elementos componentes de la noción “sensible a las cuestiones de género”. En la programación de algunos servicios se podrán incorporar muchos aspectos de esta enumeración, mientras que en otros se requerirá establecer un orden de prioridad de los aspectos que quepa razonablemente incorporar y que se amolden a sus circunstancias y recursos.

Teoría y principios

Aunque los programas pueden ser eclécticos en cuanto a los métodos de orientación que utilicen, la adopción de una teoría y un conjunto de principios unificadores es una base para elaborar dichos programas, su contenido y sus medios. Es garantía de que el personal “transmitirá el mismo mensaje a las pacientes y fundará su actuación en conceptos y valores morales comunes en lo relativo al tratamiento de la mujer” [4].

Los enfoques recientes del tratamiento del abuso de sustancias para las mujeres se han visto influidos por teorías sobre su desarrollo psicológico y el reconocimiento de la función determinante que cumplen las relaciones y el contacto con los demás en el sentido de identidad de la mujer; por la importancia de aplicar métodos de orientación que la potencien y la

RECUADRO 13

¿QUÉ QUIERE DECIR “SENSIBLE A LAS CUESTIONES DE GÉNERO”?

“Sensible a las cuestiones de género” significa contar con [2, 3]:

- Un entorno seguro, acogedor y propicio para la mujer que inspire confianza y promueva el establecimiento de lazos y contactos personales;
- Perspectivas teóricas que comprendan las experiencias y realidad de la vida de la mujer;
- Enfoques programáticos basados en teorías que se ajusten a las necesidades psicológicas y sociales de la mujer;
- Modalidades o enfoques terapéuticos (por ejemplo, en el plano de las relaciones) que aborden cuestiones como el maltrato físico, sexual y emocional, las relaciones familiares, el uso indebido de sustancias, los trastornos de la alimentación y otros trastornos concomitantes;
- Posibilidades de desarrollar aptitudes en una diversidad de campos educativos y profesionales (incluidas aptitudes profesionales no tradicionales);
- Un enfoque del tratamiento y la promoción de aptitudes basado en los puntos fuertes o aspectos positivos y atención especial a las actividades centradas en la potenciación y la autosuficiencia;
- Personal que armonice con la población de pacientes en lo tocante a género, raza o etnia, idioma y estado de recuperación;
- Modelos de comportamiento y mentoras femeninas que reflejen el trasfondo racial o étnico y cultural de las pacientes;
- Utilización de instrumentos de evaluación sensibles a las cuestiones de género, y planes de tratamiento individualizado que adecuen el tratamiento a las necesidades o los aspectos positivos constatados de cada paciente;
- Educación y orientación relativa a la salud (por ejemplo, en cuestiones de embarazo, alimentación, formas de hacer frente al estrés, VIH/SIDA, hepatitis, y enfermedades de transmisión sexual, así como a la salud mental (por ejemplo, en caso de trastorno por estrés postraumático o depresión);
- Atención especial a la educación en materia de crianza de los hijos, desarrollo del niño y relaciones (o reunificación) con los hijos (cuando corresponda);
- Un entorno favorable a la infancia, con actividades concebidas para los niños adecuadas a su edad y servicios de guardería en el lugar, en el caso de las pacientes internas;
- Vínculos con organismos de base comunitaria que coadyuven, en un entorno sin drogas, en cuestiones de vivienda, empleo, tratamiento del abuso de sustancias, grupos de ayuda mutua, bienestar del niño, violencia doméstica, crianza de los hijos, servicios de guardería, grupos de apoyo a cargo de “iguales”, salud en general, salud mental, VIH/SIDA, tratamiento diurno y postratamiento;
- Capacitación del personal en el trabajo receptiva a los aspectos de género e idónea en el plano cultural.

RECUADRO 14

PRINCIPIOS RECTORES DEL TRATAMIENTO SENSIBLE A LAS CUESTIONES DE GÉNERO

Género: Reconocer que el género es un hecho diferencial.

Entorno: Crear un entorno basado en la seguridad, el respeto y la dignidad.

Relaciones: Elaborar políticas, prácticas y programas favorables a las relaciones personales y que promuevan vínculos sanos con los hijos, los familiares, la pareja y la comunidad.

Servicios: Abordar las cuestiones relativas al uso indebido de sustancias, los traumas y la salud mental ofreciendo servicios de amplio alcance, integrados y culturalmente adecuados.

Situación económica y social: Dar a la mujer posibilidades de mejorar sus condiciones socioeconómicas.

Comunidad: Establecer un sistema de atención en la comunidad que incluya servicios de amplio alcance, inspirados en la colaboración [5].

fortalezcan; y por la necesidad de tener en cuenta y atender a sus experiencias traumáticas. En el recuadro 14 se presenta un ejemplo de principios sensibles a las cuestiones de género. Los estudios monográficos comprendidos en el presente capítulo reflejan la aplicación práctica de estos principios.

Organización de los programas

En la planificación y prestación de servicios de tratamiento del abuso de sustancias para la mujer se deberán adoptar decisiones sobre varias cuestiones de organización. La medida en que éstas puedan atenderse dependerá del contexto en que se prepare el programa y de los recursos existentes.

Estructura de los programas

Entre las opciones para administrar programas sensibles a las cuestiones de género figuran las siguientes:

- Un programa específico para las mujeres, que sea autónomo y tenga estructuras propias de dirección (junta de directores);
- Un programa específico para las mujeres que forme parte de una organización más amplia; o
- Un programa para mujeres y hombres, pero que tenga algunos componentes destinados exclusivamente a la mujer.

Los proyectos descritos en la presente publicación ofrecen ejemplos de todas estas estructuras administrativas. En los programas tal vez se considere también apropiada la representación de la mujer en los mecanismos de dirección y gestión, según el contexto cultural en que se apliquen. Por ejemplo, es posible que en los servicios autónomos destinados exclusivamente a mujeres se desee asegurar para éstas una función destacada de dirección y que los estatutos correspondientes exijan que la mayoría de los miembros de la junta directiva sean mujeres o que éstas ocupen ciertos cargos en ella.

Con independencia de su estructura, tal vez en los programas se deba estudiar también la posibilidad de aplicar una normativa que obligue a destinar algunos cargos directivos exclusivamente a mujeres. Las mujeres en puestos directivos pueden constituir modelos de conducta para las pacientes. En los programas que formen parte de una estructura administrativa más amplia cabe considerar la conveniencia de un comité asesor. Éste puede ser un portavoz de la comunidad que defienda la

necesidad de servicios para la mujer y su continuación, y cumpla una función integradora con otros organismos e interesados de la comunidad. Las juntas directivas y los comités asesores ofrecen a las mujeres que han finalizado el programa oportunidades de seguir desempeñando un papel en su desarrollo y evaluación.

Consideración de los problemas de seguridad

La seguridad es un problema para todas las mujeres, pero en particular para las que han sido objeto de abusos físicos o sexuales. Por desgracia, según indica la bibliografía, algunas mujeres han denunciado haber sido acosadas en entornos de tratamiento mixto [6].

A continuación figuran algunas sugerencias para la seguridad de un entorno:

- Establecer condiciones de privacidad en los programas mixtos, con elementos que separen a hombres de mujeres, por ejemplo, distintas entradas, estancias y dormitorios, así como salas de programación;
- Contar con personal femenino en todos los turnos;
- Aumentar al máximo la seguridad del entorno exterior con una iluminación adecuada y zonas despejadas (sin muchos árboles ni arbustos sombríos), y proximidad a las vías de transporte en el caso de los programas de régimen ambulatorio;
- Cuidar de que la labor de acercamiento destinada a las mujeres en la calle no las exponga al riesgo de acoso de sus parejas sexuales masculinas o de otros hombres en su vida que puedan significar un peligro para ellas;
- Instaurar en los programas políticas y actitudes que no permitan el acoso físico o sexual a las mujeres por el personal o los pacientes de sexo masculino.

Dotación de personal

Cuando se disponga de recursos suficientes, en algunos programas destinados exclusivamente a mujeres se contratará en principio únicamente a personal femenino; en otros podrá haber personal de ambos sexos. Los debates celebrados en la reunión de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito titulada Women's Drug Treatment: Lessons Learned, celebrada en Viena del 15 al 17 de diciembre de 2003, mostraron que, cuando hubiera opciones y recursos, se debía sopesar muy bien la participación de personal masculino en función de su cometido en el tratamiento de las mujeres. Por ejemplo, su participación podría resultar más apro-

piada en las etapas finales del tratamiento, o en calidad de coterapeutas en los grupos educativos o las sesiones de terapia familiar. La experiencia clínica no avala la utilización de personal masculino como coterapeutas en el caso de problemas de la mujer o de grupos femeninos traumatizados. Además, cabe señalar que en varios estudios se ha indicado que las mujeres atendidas por una terapeuta principal de sexo femenino tendrían menos a incurrir en el consumo de sustancias “peligrosas” a los seis meses del tratamiento que las atendidas por un terapeuta masculino [7, 8].

De preferencia, se debe dar a las mujeres la posibilidad de elegir a un orientador personal femenino o masculino. Sin embargo, como demuestran algunos estudios, en las primeras etapas del programa puede no contarse con personal femenino capacitado. En estas situaciones, tal vez convenga supervisar estrechamente al personal masculino que trabaje con mujeres a fin de velar por que se mantenga una relación profesional en la labor de orientación. Además, se deben considerar los aspectos siguientes:

- Algunas mujeres, en particular las que han sufrido abusos, ven a otras mujeres como competidoras, por lo que el personal femenino debe idear modelos de relaciones apropiadas y no competitivas, y en los programas se deben promover modelos de relaciones entre personal y pacientes basados en la igualdad antes que en el poder y la jerarquía.
- Si los recursos lo permiten, se debe emplear a personal que conjugue capacitación y aptitudes profesionales para abordar los diversos problemas de las pacientes, como las relaciones personales, la crianza de los hijos, la custodia de éstos y la salud mental y física.
- Parte del personal debería tener algunas características comunes con las pacientes (por ejemplo, el idioma, la cultura, la edad, haberse recuperado de problemas de consumo de sustancias) y actuar como modelo de comportamiento positivo. Los orientadores de igual condición pueden cumplir una función eficaz, pero tal vez necesiten supervisión y apoyo suplementarios.

En el recuadro 15 se dan ejemplos de características del personal importantes a los ojos de las pacientes.

Competencia, capacitación y supervisión

Contar con personal bien capacitado y competente es un factor importante para prestar servicios que respondan a

RECUADRO 15

CARACTERÍSTICAS DEL PERSONAL VISTAS POR LAS PACIENTES

Nelson-Zlupko y otros [6] entrevistaron a mujeres en recuperación para indagar sobre su visión del tratamiento. Si bien algunas expresaron el deseo de elegir a una persona orientadora según sus características demográficas, un tema fundamental fue la importancia de que esa persona las respetara en lo esencial. Otro estudio de siete programas de tratamiento del uso indebido de sustancias para mujeres mostró que una de las características más útiles del personal era su buena disposición a “estar presente” y atender a las pacientes escuchándolas hablar de sus preocupaciones y problemas, lo que confirmó la importancia de contar con personal que les hiciera sentir atendidas, respetadas y comprendidas y fue esencial para su permanencia en el tratamiento [9].

las necesidades de la mujer, aunque el tipo de conocimientos y aptitudes puede variar de una cultura y un país a otro, así como entre diferentes tipos y niveles de servicios. Si bien en gran medida la competencia o la capacitación del personal encargado del tratamiento le permitirán trabajar con ambos sexos, hay algunos aspectos que resultan más específicamente necesarios en el caso de la mujer. Entre ellos figuran:

- El conocimiento de las circunstancias de la vida de las mujeres y del origen, las consecuencias y la evolución de los problemas de abuso de sustancias;
- Los aspectos relativos a las relaciones personales de las mujeres;
- La repercusión de los traumas en su vida y la forma en que las afectan;
- Las cuestiones de género relativas a la reducción de los comportamientos de alto riesgo (prácticas de inyección y prácticas sexuales más seguras);
- Las cuestiones de género relacionadas con la salud de la mujer, entre ellas los problemas del VIH, la hepatitis y otras enfermedades infecciosas;
- El conocimiento de los recursos locales y de su adecuación a la mujer, en particular con respecto a la violencia doméstica y los problemas de seguridad.

Otros aspectos son:

- Las cuestiones relacionadas con los niños, como las aptitudes para la crianza de los hijos y el bienestar de éstos;

- El trastorno resultante del estrés postraumático y otras perturbaciones concomitantes, en particular las que son más frecuentes entre las mujeres, como las relativas a la alimentación, la ansiedad, la depresión y la fobia social;
- La prevención del suicidio;
- La sexualidad.

Pueden existir también necesidades especiales en materia de competencias o de capacitación relativas a grupos determinados de mujeres, como las que tienen problemas con la justicia, las minusválidas, las lesbianas, las que no tienen hogar o viven en la calle y las que vienen de culturas distintas de la predominante. Las necesidades de competencia o capacitación señaladas con anterioridad se refieren a sociedades que en general cuentan con recursos suficientes. Cuando éstos escaseen, pueden haber otras opciones para adquirir esa competencia, por ejemplo, adscripción de personal, capacitación conjunta o creación de vínculos estrechos con otros organismos que puedan aportar recursos.

Asegurar una función supervisora que aumente la calidad de los cuidados y la satisfacción del personal evitando así que éste “se desgaste” no es, a todas luces, un aspecto exclusivo de los programas para la mujer. Sin embargo, la labor de orientación puede presentar situaciones, más típicas en los servicios destinados a mujeres, que sean difíciles y agobiantes para quienes realizan tal labor y puedan plantear cuestiones éticas. Como ejemplos cabe citar la forma de encarar los problemas de bienestar y protección de los niños, la orientación a las embarazadas que continúan consumiendo sustancias y tienen comportamientos de alto riesgo, la orientación a las pacientes víctimas de relaciones que conllevan abusos y de traumas y la forma de abordar las relaciones incorrectas entre el personal masculino y las pacientes.

Determinación de las necesidades y supervisión y evaluación de los programas

Se sabe mucho menos sobre las características y experiencias de tratamiento de las mujeres que de los hombres. Tal puede ser el caso, en particular, en los países en que existen grandes tabúes respecto del consumo de sustancias por la mujer. Los proyectos pueden contribuir a acumular conocimientos sobre las mujeres con problemas de drogodependencia cuando los programas se planifican y elaboran sobre la base de una determinación sistemática de las necesidades y se establecen procedimientos para la supervisión sistemática de su ejecución y de los objetivos y resultados en los pacientes. Como

muestran varios estudios monográficos, la participación de mujeres con problemas de drogadicción como informadoras importantes en la etapa de determinación de las necesidades, así como su contribución como pacientes a la supervisión y evaluación de las actividades de un programa, son garantía de que éste continuará siendo útil para las mujeres a quienes se destina.

Servicios de tratamiento estructurado

Entornos de tratamiento

El proceso de abstinencia de las sustancias puede tener lugar en un hospital, un servicio residencial de la comunidad o un entorno para pacientes en régimen ambulatorio o no interno, en función de factores como la situación de la paciente, la gravedad del problema de consumo de sustancias y el historial de problemas de abstinencia. En algunas regiones no existen servicios de desintoxicación en régimen ambulatorio o en el hogar, o bien no son adecuados. Pero los servicios de desintoxicación en régimen de internación pueden presentar obstáculos para las mujeres con hijos. Los estudios monográficos reseñados más adelante en el presente capítulo ofrecen ejemplos de servicios que han abordado la necesidad de guarderías para las mujeres que se someten a desintoxicación, a saber, Jarrah House y Sahara House.

Aunque el tratamiento en régimen de internación durante la fase de prevención de recaídas es común en muchas partes del mundo, también puede plantear obstáculos para las mujeres que tengan deberes familiares o domésticos o que no cuenten con recursos económicos para pagar el tratamiento, la guardería y el transporte hasta los locales del programa. Sin embargo, algunas mujeres necesitan la supervisión y el apoyo que se prestan sin interrupción en régimen de internación debido a la gravedad de sus problemas de consumo de sustancias y otros problemas conexos y a la falta de respaldo y recursos suficientes para afrontar la situación en régimen ambulatorio. Además, algunas mujeres suelen requerir tratamiento en régimen de internación para escapar de su situación actual, que puede ser de violencia doméstica, vida en un entorno de drogodependencia o falta de hogar.

El tratamiento en régimen ambulatorio en la comunidad o en un centro diurno es una opción más asequible y económica para las mujeres que cuentan con apoyo suficiente para valerse entre una y otra sesión

RECUADRO 16

EJEMPLOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN RÉGIMEN AMBULATORIO

- Orientación individual y colectiva
- Grupos separados de mujeres a cargo de una terapeuta (como parte de un entorno de tratamiento ambulatorio mixto)
- Diversidad de modalidades de tratamiento, incluida una terapia social con perspectiva feminista inteligente
- Evaluación exhaustiva para la planificación del tratamiento y la atención, incluidas las necesidades de tratamiento médico y psicosocial, el historial de abusos sufridos y las cuestiones relacionadas con los hijos
- Atención permanente, con visitas a las pacientes en la cárcel, el hospital y el hogar
- Gestión de los casos a largo plazo, incluso con remisión a otros niveles de tratamiento del uso indebido de sustancias y a otros servicios que sean necesarios
- Tratamiento de mantenimiento con metadona [10]

de tratamiento. En el recuadro 16 se enumeran los tipos de servicios prestados en régimen ambulatorio, indicados en el informe titulado *Problem Drug Use by Women: Focus on Community-Based Interventions* [10].

Los entornos de tratamiento en régimen ambulatorio pueden tener las ventajas siguientes:

- Suponen menos injerencia (repercuten menos) en la vida privada de la mujer que el tratamiento en régimen de internación;
- Pueden administrarse en una diversidad de ámbitos no necesariamente relacionados de manera específica con la drogodependencia y ser menos estigmatizantes para la mujer (por ejemplo, en organismos de ayuda social, servicios a las mujeres u otros lugares cercanos a sus viviendas);
- Pueden ser móviles y administrarse en distintos lugares o comunidades en régimen rotativo;
- Son menos costosos que el tratamiento en régimen de internación;
- Ofrecen la posibilidad de una programación flexible (de día, de noche o los fines de semana);
- En los entornos para ambos sexos es posible prestar continuamente servicios ambulatorios exclusivamente a mujeres, cuando el número de pacientes lo permita,

o en régimen rotativo, cuando el número de mujeres sea menor; y

- Facilitan la organización de servicios de guardería.

El tratamiento en régimen ambulatorio es también tema de la publicación *Intensive Outpatient Treatment for Alcohol and Other Drug Abuse*, del Centro para el Tratamiento del Abuso de Drogas de los Estados Unidos [11].

Duración del tratamiento

Las investigaciones sobre la duración del tratamiento indican que una permanencia más prolongada en él o contactos más frecuentes con sus servicios (por ejemplo, tres o cuatro sesiones semanales en régimen ambulatorio en lugar de una o dos) se correlacionan con la obtención de mejores resultados [12]. Los expertos que contribuyeron al informe de Health Canada titulado *Best Practices: Treatment and Rehabilitation for Women with Substance Use Problems* [13] recomiendan que el tratamiento residencial no dure menos de cuatro semanas y el ambulatorio no menos de tres a seis meses, pero con criterios de flexibilidad basados en las necesidades de cada paciente antes que en normas uniformes rígidas. En la publicación del Instituto Nacional contra la Drogadicción de los Estados Unidos titulada *Principles of Drug Addiction Treatment: A Research-Based Guide* [14] se señala que, en la mayoría de las personas sometidas a tratamiento, el umbral de mejoría notable se alcanza alrededor de tres meses después de iniciarlo.

Postratamiento o atención continuada

El postratamiento o la atención continuada es un componente importante del apoyo permanente a los pacientes y puede resultar decisivo en el caso de los que terminan un programa intenso en régimen de internación y regresan a su comunidad. El postratamiento puede administrarse de diversas maneras, en forma individual o en grupo, en contacto personal o por teléfono, en sesiones regularmente previstas o sin solicitar consulta, según resulte necesario. En los países en que existen las asociaciones Alcohólicos Anónimos, Narcóticos Anónimos u otros grupos de ayuda mutua, éstos pueden cumplir una función importante de apoyo a los pacientes para su recuperación. El estudio monográfico que expone la labor realizada con asociaciones de mujeres en el Senegal presenta un enfoque innovador para la administración de postratamiento recurriendo a personas de igual condición de la comunidad, apoyadas por profesionales del tratamiento, que hacen visitas cuando son necesarias (véase el capítulo 4).

Actividades de reinserción social

Las actividades de reinserción social forman parte de la fase de postratamiento. Como se señaló en un informe reciente del Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías [15], la reinserción social se centra en la capacitación, la educación y el desarrollo de aptitudes, el empleo y la vivienda. En las investigaciones se ha reafirmado la necesidad de prestar atención a estas cuestiones prácticas en el caso de la mujer, por lo que varios de los proyectos reseñados en la presente publicación tienen componentes de reinserción social, en particular la preparación para el empleo, la promoción de proyectos que generen ingresos y el suministro de viviendas de transición. La obtención de un hogar estable es con frecuencia un aspecto primordial para las mujeres que desean recuperar la custodia de sus hijos. Podrán requerirse vínculos estrechos con los servicios que puedan ocuparse de la educación y el desarrollo de aptitudes o de la vivienda. Además, suele necesitarse ayuda en esta etapa de la recuperación a fin de desarrollar la capacidad de hacer nuevas amistades y de tener acceso a actividades recreativas que constituyan opciones distintas del consumo de sustancias.

Atención graduada

Los sistemas de tratamiento bien integrados, o los servicios individualizados que pueden brindar una gama continua de servicios ofrecen la opción de un “enfoque graduado” de la terapia. Ello permite a los pacientes pasar a un entorno de cuidados menos o más intensos según la evolución de sus necesidades. Varios de los estudios monográficos que se señalan en el presente capítulo, como el Programa de Atenco à Mulher Dependente Química (PROMUD) del Brasil y los Marin Services for Women, presentan ejemplos de servicios con múltiples componentes.

Determinación y planificación del tratamiento

Evaluación

Una evaluación exhaustiva de la situación permite elaborar un plan de tratamiento centrado en las pacientes, que d la posibilidad de estudiar las características del consumo de sustancias y los problemas conexos, los puntos fuertes y los motivos de inquietud, la disposición a cambiar y los obstáculos para que una mujer se someta a tratamiento y lo continúe. Resultado de esta evalua-

ción exhaustiva es un plan de tratamiento compatible con los objetivos y las opciones de la persona al respecto. La evaluación no se realiza una sola vez, sino que es un proceso que debe repetirse durante el tratamiento a fin de observar los cambios y determinar la disposición a avanzar hacia una fase del mismo menos intensa u, opcionalmente, a intensificar el contacto y apoyo terapéutico. Además, la información reunida mediante una evaluación puede facilitar las actividades de supervisión y análisis del programa.

Hay gran diversidad de instrumentos de evaluación, pero la mayoría de ellos no son específicos para la mujer. El Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías tiene un banco de datos de instrumentos que pueden utilizarse para la evaluación, así como para dar seguimiento a los pacientes con ese fin. Sin embargo, se debería verificar su utilidad en el caso de las mujeres de distintas culturas y países.

Un instrumento de utilización habitual es el Índice de Gravedad de la Adicción, que se ha traducido a varios idiomas, entre ellos el farsi, y una de cuyas versiones se incluyó en la publicación *Abuso de drogas: tratamiento y rehabilitación — Guía práctica de planificación y aplicación* [1]. Además, el Índice fue modificado por la Universidad de Washington para adaptarlo a las embarazadas y a las mujeres que acababan de dar a luz [16]. Se preparó también una versión ampliada del Índice, llamada Expanded Female Version of the Addiction Severity Index, en la que figuran preguntas expresamente pertinentes a la mujer [17].

La Psychosocial History [18] es otra versión aumentada del Índice, preparada expresamente para usar con embarazadas o mujeres con hijos consumidoras de sustancias. Se reseña en la publicación del Instituto Nacional contra la Drogadicción titulada *Treatment for Drug Exposed Women and Their Children: Advances in Research Methodology*.

Otros instrumentos de evaluación apropiados para la mujer, que incluyen métodos para determinar su exposición a traumas, trastornos resultantes del estrés posttraumático y perturbaciones concomitantes, se reseñan en la publicación del Centro para el Tratamiento del Abuso de Drogas de los Estados Unidos titulada *Substance Abuse Treatment: Addressing the Specific Needs of Women* [19]. En el capítulo 1 se señalan como diferencias de género los aspectos siguientes, que conviene considerar como parte de una evaluación exhaustiva, si bien reconociendo que los problemas pueden variar según el contexto cultural y social:

- Las relaciones personales existentes y, en particular, el consumo de sustancias por la pareja o por otros familiares o personas con quienes viva la paciente;
- El embarazo;
- Los deberes familiares, incluido el cuidado de los hijos a cargo o de parientes mayores, y los problemas de la paciente como madre, relacionados con la salud física y mental de sus hijos;
- El historial de abusos físicos o sexuales o de otros traumas, en particular la necesidad de servicios de apoyo en caso de agresión sexual que haya indicado la propia paciente;
- El estado de salud mental, en particular la ansiedad y la depresión, el trastorno por estrés postraumático, las perturbaciones de la alimentación y las fobias;
- El riesgo de suicidio y otras conductas de autoagresión;
- Los comportamientos de riesgo frente al VIH y la hepatitis (intercambio de utensilios de inyección, relaciones sexuales sin protección);
- La violencia doméstica o las condiciones de vida poco seguras en la actualidad;
- La educación, el empleo, la situación económica y la vivienda;
- El riesgo de sufrir un síndrome de abstinencia grave;
- Los obstáculos que parezcan existir para someterse a tratamiento y continuarlo, como los deberes familiares, la falta de respaldo familiar, las limitaciones económicas y las dificultades de transporte para acudir a los servicios.

Es posible que la evaluación sea la primera ocasión en que la paciente tiene la posibilidad de hablar de su drogodependencia y problemas conexos con una persona que no emita juicios y sea tolerante. Sin embargo, los orientadores deben actuar con prudencia al formular preguntas sobre algunas cuestiones, en particular las experiencias traumáticas, a menos que hayan recibido formación sobre la forma de abordarlas con cautela y respeto hacia las pacientes, y que sean capaces de ayudarlas a afrontar los síntomas perturbadores que puedan causar las preguntas durante la evaluación.

Objetivos del tratamiento

Si bien la gravedad de los problemas de consumo de sustancias y otros problemas conexos puede inducir a ver la abstinencia como objetivo preferente del tratamiento, tal vez algunas mujeres no consideren prioritario su problema de toxicomanía o piensen que no tienen los recursos necesarios para superarlo en ese momento. Por

desgracia, los programas tienden a centrarse en la abstinencia o en la reducción del daño únicamente. Ello tal vez limite el número de mujeres a quienes pueden captar y prestar ayuda los servicios de tratamiento. Se recomienda prestar una gama continua de servicios que comprenda la reducción del daño y, en un extremo, la abstinencia, ya que para muchas mujeres que tienen problemas graves de consumo de sustancias la abstinencia es necesaria para la recuperación.

Los enfoques basados en la reducción del daño alientan a las pacientes a fijarse objetivos alcanzables para mejorar su salud, aun cuando no den prioridad, al principio, al abuso de sustancias. Además, les permiten mantener contacto con los servicios de ayuda y experimentar cambios beneficiosos. A largo plazo, las mujeres pueden declararse dispuestas a intentar conseguir los objetivos de abstinencia. Si bien las opciones de reducción del daño se ofrecen con mayor frecuencia en los servicios de bajo umbral o ambulatorios, también otros servicios más intensivos pueden ser útiles para reducirlo, adoptando un enfoque flexible y de apoyo a las pacientes en caso de recaídas, suministrando información e impartiendo educación sobre prácticas de inyección y relaciones sexuales más seguras y sobre la disponibilidad de jeringuillas y agujas esterilizadas y condones, difundiendo información sobre el VIH, el virus de la hepatitis C y otras enfermedades de transmisión sanguínea, así como facilitando la remisión a efectos de orientación y análisis, encauzando a las pacientes y apoyándolas cuando intenten un tratamiento de mantenimiento con opioides; y educando al personal sobre los enfoques basados en la reducción del daño.

Criterios para asignar el tratamiento

En varios países se han elaborado criterios uniformes para asignar tratamiento a los usuarios o pacientes de modo que cada cual reciba el nivel y la intensidad de tratamiento apropiados. Aunque no se han establecido expresamente para la mujer, esos criterios proporcionan alguna orientación que cabe tener en cuenta. En América del Norte, la mayoría se basa en las directrices originales de la American Society of Addiction Medicine [20]. Los criterios para asignar el tratamiento admiten que ningún enfoque por sí solo es adecuado para todos los pacientes y que, en igualdad de condiciones, la intensidad o nivel del tratamiento escogido debe ser el que entrañe la mínima injerencia en la vida privada del paciente. Ello es particularmente importante en el caso de la mujer, que con frecuencia ve difícil participar en un tratamiento residencial por sus deberes maternos y otros deberes de carácter familiar, así como por las normas culturales de algunas sociedades que le dificultan salir del hogar. Además, los criterios de asignación del

tratamiento, junto con la información de evaluación permanente, constituyen una base para determinar el momento en que se puede dar el alta al paciente o pasarlo a un entorno de tratamiento menos intensivo.

Gestión de casos y coordinación de la atención

El concepto de gestión de casos o de coordinación de la atención se expone también en la publicación *Abuso de Drogas: Tratamiento y Rehabilitación — Guía práctica de planificación y aplicación* [1]. Se trata de una función que puede incluir la evaluación del paciente y la planificación del tratamiento, el enlace con los servicios necesarios, respaldo para asegurar el acceso del paciente a dichos servicios y actividades de supervisión y apoyo. Esto se aplica en particular a las mujeres, que suelen requerir diversos servicios de atención de salud y servicios sociales y que, además, con frecuencia han tenido experiencias negativas al tratar de obtenerlos. Como ejemplo tomado de los estudios que figuran en la bibliografía, cabe señalar que el empleo de paraprofesionales con capacitación para la gestión de casos ha dado resultados favorables con mujeres embarazadas en lo referente a los problemas de consumo de sustancias, la planificación de la familia y la reinserción social [21, 22]. En los lugares donde se carezca de servicios completos de tratamiento del uso indebido de sustancias, el encargo de la gestión de casos puede prestar respaldo a las pacientes y ponerlas en contacto con los servicios de salud y sociales existentes. La función de gestión de casos puede cumplirse en un servicio especializado de tratamiento del abuso de sustancias o en otro servicio.

Intervenciones psicosociales

Introducción

Para atender a las necesidades de las mujeres con problemas de consumo de sustancias se requiere una diversidad de enfoques terapéuticos y de componentes del tratamiento. De ello dan ejemplo muchos de los estudios monográficos reseñados en el presente capítulo, cuyos programas prevén diversas modalidades y criterios, incluso sesiones de orientación individual y colectiva, uso combinado de enfoques cognitivo-conductuales y psicodinámicos, desarrollo de aptitudes y atención a las necesidades prácticas.

Programación integral o reforzada

Los estudios indican que, en comparación con los hombres, las mujeres que acuden a recibir tratamiento tienen problemas más graves, entre ellos un historial de traumas y

problemas de salud mental concomitantes, menos recursos en lo que respecta a empleo e ingresos, menos apoyo social para el tratamiento y más deberes familiares o domésticos.

Los clínicos que trabajan con mujeres conocen desde hace mucho tiempo estas necesidades múltiples y complejas y han elaborado programas innovadores para atenderlas. Sin embargo, la investigación ha ido a la zaga de las innovaciones clínicas, y sólo en trabajos recientes se ha comenzado a corroborar la eficacia del tratamiento reforzado o integral para la mujer. Las investigaciones recientes, que se reseñan con más detalle a continuación (véase el recuadro 17), indican que se han registrado mejores resultados con los programas que responden a las necesidades específicas de la mujer.

Los estudios examinados en el capítulo 1 indican que las mujeres con problemas de consumo de sustancias en general tienen menos recursos en lo concerniente a educación, empleo e ingresos. Algunas suelen vivir en condiciones extremadamente difíciles, luchando por el sustento diario de sí mismas y de su familia. Estas situaciones pueden verse agravadas en el caso de las mujeres que viven en sociedades que les ofrecen pocas posibilidades de modificar sus condiciones de vida. Así pues, en las investigaciones se reafirma también la necesidad de darles acceso a alimentación, ropa, alojamiento, transporte, educación, posibilidades de empleo y generación de ingresos, asistencia letrada, atención médica, servicios sociales, apoyo social y terapia familiar. En algunas sociedades, las estrategias para satisfacer estas necesidades pueden hallarse vinculadas a otras de carácter más general para potenciar a la mujer. También puede ser necesario facilitar el acceso de las mujeres a recursos ajenos al entorno de tratamiento, pues con ellos se coadyuva, por ejemplo, a su alfabetización o a desarrollar aptitudes necesarias para generar ingresos o acogerse a servicios de atención de la salud reproductiva.

En un estudio de Nelson-Zlupko y otros [6] sobre las impresiones de las pacientes con respecto al tratamiento, reseñado en el recuadro 18, se reafirma la necesidad de contar con servicios integrales.

Modalidades de tratamiento cognitivo-conductuales

Las modalidades de tratamiento cognitivo-conductual, basadas en la teoría del aprendizaje, tienen por objeto ayudar a las personas a modificar las ideas o creencias negativas que conducen a comportamientos perjudiciales y a adquirir nuevas conductas o capacidad para hacer frente a las situaciones. Las intervenciones de tratamiento cognitivo-conductual son por lo general estructuradas y prácticas,

RECUADRO 17

INVESTIGACIONES SOBRE LOS RESULTADOS OBTENIDOS POR LAS PARTICIPANTES EN PROGRAMAS QUE RESPONDEN A LAS NECESIDADES ESPECÍFICAS DE LA MUJER

Un metaanálisis de 33 programas de tratamiento del abuso de sustancias por mujeres realizado por Orwin y sus colegas arrojó la conclusión de que reforzando el tratamiento con otros componentes orientados concretamente a satisfacer las necesidades de las pacientes se consigue una eficacia que supera los efectos previstos de los programas normales destinados exclusivamente a la mujer [23]. Entre las mejoras señaladas en este metaanálisis cabe citar servicios de guardería, capacitación para la crianza de los hijos, terapia colectiva sólo para mujeres, formación para fortalecer la autoestima y la capacidad de reafirmación personal y educación sobre sexualidad y planificación de la familia.

De manera análoga, en un examen de 38 estudios de resultados del tratamiento (siete ensayos controlados aleatorios y 31 estudios no aleatorios) referente a la eficacia de la programación del tratamiento contra el abuso de sustancias para las mujeres, realizado por Ashley y colegas [24], se observaron porcentajes mayores de permanencia, disminución del consumo de drogas y mejora de las condiciones perinatales y del parto (programas destinados a las embarazadas drogadictas); también hubo avances en cuanto a las conductas de riesgo ante el VIH, el grado de autoestima y la depresión que se relacionaron con los componentes siguientes: servicios de guardería, atención prenatal, admisión a tratamiento sólo para mujeres, servicios complementarios y cursos prácticos dedicados a temas centrados en la mujer, programas de salud mental y una programación integral.

En otro examen reciente de tratamientos psicosociales para las mujeres con trastornos de drogodependencia [25] se llegó a la conclusión de que si bien había pocos indicios de peores resultados en el caso de las mujeres que en el de los hombres —con la posible excepción de los relativos al empleo—, existían ciertas pruebas de que las mujeres resultan favorecidas por el tratamiento reforzado, como el que comprende servicios de guardería, capacitación sobre la crianza de los hijos y terapia individualizada. También hay indicios de que los hombres que tienen algunas características comunes con las mujeres (por ejemplo, si son los principales responsables de los hijos o han sufrido traumas) también pueden verse favorecidos por los servicios reforzados.

En un estudio realizado en Australia en que se comparó un servicio exclusivo para mujeres con otro tradicional para ambos sexos se determinó que el primero tenía más posibilidades de captar mujeres con hijos a cargo, lesbianas, u otras mujeres con un historial materno de problemas de toxicomanía o alcoholismo o que habían sufrido abuso sexual en la infancia. Estos resultados indican que los servicios de tratamiento sensibles a cuestiones de género pueden atraer a mujeres que de otro modo no habrían acudido a tratar sus problemas de abuso de sustancias [8, 26]. Además, en el caso de las lesbianas, las mujeres con historial de agresión sexual durante la infancia y las que tienen hijos a cargo, la asistencia a un servicio especializado para la mujer reducía la incidencia del abandono del tratamiento [27].

RECUADRO 18

IMPRESIONES DE LAS PACIENTES CON RESPECTO AL TRATAMIENTO

Las impresiones de las pacientes son un elemento importante para determinar el tipo de programación que resulta útil para las mujeres. Nelson-Zlupko y otros [6] estudiaron la visión femenina de la eficacia y utilidad del tratamiento. Entrevistaron a 24 mujeres que habían recibido tratamiento especializado y no especializado por abuso de sustancias. Aunque las conclusiones de este estudio no pueden generalizarse necesariamente a las mujeres que se hallan en otros contextos o países, son congruentes con las que se desprenden de la bibliografía sobre la eficacia del tratamiento. Los servicios que el 75% o más de las entrevistadas consideraron útiles o muy útiles fueron: la asistencia para costear el transporte (el 86%), la ayuda para obtener alimentos, vivienda, ropa, etc. (el 83%), las actividades recreativas (el 83%), la atención de salud in situ (el 82%), las sesiones de grupos de 12 pasos (el 81%), el examen de cuestiones de interés para la mujer (el 80%), la medicación (el 76%), la asistencia financiera de emergencia (el 76%), los grupos exclusivos para mujeres (el 75%) y la educación en materia de salud reproductiva (el 75%). Los menos útiles fueron los grupos mixtos (el 6%). En el mismo estudio se señalaron también varios temas resultantes de las entrevistas con las mujeres. La orientación individual era el aspecto más importante del tratamiento del abuso de sustancias (la presencia de una persona que se interesaba por ellas); en los programas convencionales de tratamiento puede haber acoso sexual por parte de los orientadores; el cuidado de los hijos es determinante en la recuperación de las madres; la mayoría de los grupos de tratamiento mixtos no dan a la mujer la ocasión de expresar libremente sus necesidades y experiencias; y la eficacia de los servicios de tratamiento sensibles a las cuestiones de género disminuye en los entornos que no prestan apoyo ni respaldan a las mujeres [6].

y promueven la participación del paciente en actividades como la fijación de objetivos, la observación del consumo de sustancias y el examen de sus antecedentes y consecuencias inmediatos, el descubrimiento y aplicación de nuevas aptitudes para superar situaciones y evitar la recaída en el consumo de sustancias y el aprendizaje de técnicas o aptitudes para sustituir, por ejemplo, las ideas o creencias negativas por otras positivas, resolver problemas, reducir la tensión y entablar relaciones sociales.

Las modalidades de tratamiento cognitivo-conductual han recibido respaldo considerable en la bibliografía científica al ensayarse con muestras que comprendían a mujeres. Además, han sido avaladas por expertos en tratamiento que las consideran eficaces para la mujer. En la mayoría de las situaciones, los tratamientos cognitivo-conductuales se deben complementar con otras intervenciones como las referentes a las relaciones interpersonales y las centradas en cuestiones de salud mental, así como en las necesidades prácticas. Entre las modalidades de tratamiento cognitivo-conductual que han recibido apoyo en la bibliografía científica figuran la gestión de las situaciones imprevistas; la terapia conyugal conductual, el desarrollo de aptitudes, incluso para la prevención de recaídas; los enfoques basados en el fortalecimiento comunitario; y la gestión del estrés. En algunos estudios de investigación se ha examinado la aplicación de enfoques cognitivo-conductuales a grupos específicos de mujeres; por ejemplo, se ha demostrado que la gestión de imprevistos es eficaz para aumentar la asistencia y la abstinencia del consumo de sustancias ilícitas en las embarazadas que reciben tratamiento de mantenimiento con metadona.

Como en el caso de otros enfoques, tal vez deban ajustarse los tratamientos cognitivo-conductuales a las circunstancias del grupo de pacientes. A modo de ejemplo, existen indicios de que hombres y mujeres sufren recaídas por razones distintas y de que las mujeres tienden más a sufrirlas en situaciones en que experimentan emociones negativas o tienen conflictos interpersonales. Las intervenciones conductuales para la prevención de recaídas se deben estructurar de manera que reflejen estas diferencias.

El Instituto Nacional contra la Drogadicción de los Estados Unidos ha publicado una serie de manuales sobre terapia conductual basándose en tratamientos respaldados empíricamente (www.nida.nih.gov/DrugPages/Treatment.html).

Modelo de etapas de cambio y entrevista motivacional

En el “modelo de etapas de cambio” elaborado por Prochaska y DiClemente [28] se reconoce que la dispo-

sición de las personas a modificar su comportamiento atraviesa distintas etapas, por lo que los orientadores deben aplicar estrategias e intervenciones que se ajusten a la fase de cambio de cada uno de ellos. La entrevista motivacional es un enfoque de orientación centrado en el paciente que elaboraron Miller y Rollnick. La definieron como un estilo orientador y centrado en los pacientes para inducir cambios del comportamiento ayudándolos a estudiar y resolver sus ambigüedades [29].

El enfoque de la entrevista motivacional se contrapone a los de confrontación que se utilizaban antes para inducir cambios del comportamiento y que muchos clínicos consideraban especialmente perjudiciales para las mujeres con problemas de consumo de sustancias, que con frecuencia sufren por su baja autoestima, ansiedad o depresión. La terapia basada en el reforzamiento de la motivación es un tratamiento breve destinado a reforzar la voluntad de cambio aplicando los principios y las técnicas de la entrevista motivacional. Se ha comprobado su efectividad en las personas dependientes de opioides. Los enfoques basados en la entrevista motivacional se reseñan en una publicación del Center for Substance Abuse [30] y en Internet (www.motivationalinterviewing.org).

Las mujeres con problemas de consumo de sustancias tienen con frecuencia otras dificultades complejas y urgentes que se deben tomar en cuenta en la planificación del tratamiento. Brown y sus colegas [31] ampliaron las etapas del modelo de cambio incorporando lo que definen como fases para el cambio de la mujer, que se reseñan en el recuadro 19.

RECUADRO 19

MODELO DE LAS FASES PARA EL CAMBIO DE LA MUJER

Los investigadores han ampliado las etapas del modelo de cambio incorporando lo que definen como modelo de “las fases para el cambio de la mujer”, que abarcan cuatro aspectos de la vida en que pueden estar dispuestas a cambiar: la violencia doméstica, los comportamientos sexuales de riesgo, el uso indebido de sustancias y los problemas emocionales [31]. Brown y sus colegas plantean que la conducta de las mujeres con problemas de drogodependencia que solicitan ayuda puede reflejar grados jerarquizados de una disposición a cambiar basada en la urgencia o inmediatez de los problemas del tratamiento. Por ejemplo, su estudio indica que algunas mujeres pueden estar dispuestas a cambiar en lo que las expone a la violencia doméstica o en su comportamiento sexual de riesgo antes que cambiar en su conducta de consumo de sustancias.

Teoría relacional

La teoría relacional tiene su origen en el trabajo de Jean Baker Miller, que determinó que la motivación principal de la mujer era la necesidad de crear un sentido de enlace con los demás y señaló que la noción de sí misma y de su propia valía se basaban en esta vinculación; las mujeres asumen la responsabilidad del cultivo y la conservación de las relaciones, y este modelo intenta articular los aspectos positivos y los problemas que plantea a la mujer la orientación relacional [32]. Ello se contrapone con las teorías tradicionales del desarrollo psicológico, en que se identifica la separación y la individualización con la madurez psicológica. Como señalan Finkelstein y otros [33], las relaciones o su disolución cumplen una función determinante en el consumo de sustancias por la mujer. Muchas mujeres que tienen problemas de consumo de sustancias mantienen relaciones que se han caracterizado por los abusos, la violencia y el uso de drogas. Las mujeres pueden consumir drogas para conservar estas relaciones (por ejemplo, con una pareja que también lo hace), para colmar el vacío creado por una relación insatisfactoria o malograda, o para soportar el dolor de una relación abusiva. En los enfoques tradicionales del tratamiento individual con frecuencia se intentaba lograr que la mujer rompiera estas relaciones, aunque mantenerlas solía ser decisivo para su autoestima. El resultado era a menudo el abandono del tratamiento, porque las mujeres volvían con su pareja, su familia o sus hijos, y por ello se consideraba que saboteaban su tratamiento.

Con la incorporación de la teoría relacional en las intervenciones de tratamiento para la mujer se reconoce que en su vida es esencial establecer y mantener relaciones y que la ruptura puede causar disminución de su autoestima u otras emociones negativas. Además, se reconoce la importancia de los vínculos de la mujer con sus hijos y la función que puede cumplir un firme apoyo social para que se recupere de los problemas de consumo de sustancias. En los programas de tratamiento destinados a la mujer se deben incorporar componentes y medios que le permitan pasar revista a sus relaciones anteriores y actuales y aprender a establecer y mantener relaciones sanas. La teoría relacional y su aplicación al tratamiento del uso indebido de sustancias por la mujer se reseñan con más detalle en otras publicaciones [4, 19, 32, 33, 34, 35]. Najavits [36] examina módulos e instrumentos para ayudar a las mujeres a estudiar sus relaciones.

Además de los componentes programáticos específicos y del tiempo dedicado a trabajar con la mujer en sus pro-

blemas de relación, educación de la pareja o la familia, terapia familiar, cuidado de los hijos in situ u obtención de recintos para las visitas familiares, la instrucción en los deberes de madre y la terapia colectiva son distintas formas de reconocer y apoyar en los programas la trama de relaciones de las mujeres.

La teoría relacional y su incorporación al tratamiento de la mujer contrasta con la opinión, extendida en el decenio de 1980, de que las mujeres, y otros familiares de una persona que tuviera problemas de drogodependencia, eran codependientes. Se consideraba que los familiares codependientes formaban parte del problema y necesitaban tratamiento para ayudarlos a modificar sus relaciones disfuncionales y su capacidad de hacer frente a las situaciones. En particular, la función de las mujeres como “cuidadoras” se consideraba un atributo más negativo que positivo.

Terapia de grupo

La terapia de grupo puede ayudar a las mujeres a establecer nexos entre sí. Algunos estudios muestran que las mujeres participan en terapias de grupo con más frecuencia que los hombres, pero también que los grupos mixtos son menos eficaces para ellas que los formados sólo por mujeres. Ello es explicable, porque con frecuencia son minoritarias en los grupos mixtos y es menos probable que se aborden sus problemas, porque hombres y mujeres tienen formas distintas de interactuar. Por lo general los hombres dominan las interacciones en el grupo e interrumpen más a menudo, mientras que las mujeres se muestran reservadas ante ellos y, en algunos casos, compiten entre sí por su atención. Las que tienen problemas anteriores o actuales de abuso de sustancias suelen sentirse especialmente vulnerables en los grupos mixtos.

En las zonas en que son pocas las mujeres que inician el tratamiento y en que su número es insuficiente para establecer grupos femeninos, tal vez los programadores deseen considerar normas relativas a la incorporación de mujeres a grupos mixtos. Por ejemplo:

- Integrarlas en un grupo exclusivamente masculino cuando su número alcance una determinada proporción del total de integrantes, por ejemplo el 30%, para que no haya una mujer sola en él;
- Contar con un terapeuta de cada sexo como cofacilitadores en los grupos mixtos; o
- Prestar apoyo individual a las mujeres a falta de un grupo apropiado.

Problemas de salud mental concomitantes

Los problemas de salud mental concomitantes, en particular la ansiedad y la depresión, los trastornos resultantes del estrés postraumático, las perturbaciones de la alimentación (en particular la bulimia y los comportamientos bulímicos), las fobias y algunas alteraciones de la personalidad (por ejemplo, el trastorno de personalidad límite), son, en general, más frecuentes entre las mujeres con problemas de consumo de sustancias que entre los hombres. El personal a cargo de la orientación deberá efectuar un reconocimiento inicial para detectar la posible presencia de problemas de salud mental y, si los recursos lo permiten, remitir a la paciente a otros servicios para su evaluación correcta, diagnóstico y tratamiento especializado. Además, los orientadores deben ser conscientes de que los efectos del consumo de sustancias (tanto mientras se practica como al suprimirlo) pueden ser un remedio de los síntomas de algunos trastornos psiquiátricos, lo que dificulta determinar si existe un problema de salud mental de fondo o si se trata de síntomas causados por las drogas. Este problema puede resolverse con un período de abstinencia. Además, el consumo de una sustancia incluso en cantidades pequeñas puede agravar algunos problemas mentales. Las normas culturales, incluso las predominantes en cuestiones de género, influyen también en la posibilidad de que se diagnostique un trastorno psiquiátrico determinado.

Con frecuencia las mujeres que tienen problemas de consumo de sustancias y de salud mental no reciben ayuda adecuada. El sistema de atención de salud mental tal vez no detecte ni trate los primeros, o los servicios contra la drogodependencia no se ocupen de los segundos. Los estudios indican que el hecho de tener trastornos concomitantes de ambos tipos se correlaciona con tasas más reducidas de permanencia en el tratamiento y resultados más insatisfactorios de éste.

A fin de mejorar esta situación, algunas directrices recientes [37] sobre el tratamiento de las personas con problemas concomitantes de consumo de sustancias y salud mental recomiendan abordar los dos trastornos con un plan de tratamiento integrado, tanto si las intervenciones se efectúan simultánea o sucesivamente como si el tratamiento se administra en el marco de un solo programa o mediante colaboración entre distintos programas. Hay investigaciones en curso sobre tratamientos integrados de los trastornos psiquiátricos que suelen presentar las mujeres con problemas de consumo de sustancias, entre ellos los resultantes del estrés postraumático y la personalidad límite [36, 38, 39].

En los programas destinados a las mujeres con problemas de consumo de sustancias también se debe prestar

atención al hecho de que muchas han experimentado una situación traumática por lo menos una vez en su vida y se exponen a sufrir una perturbación por estrés postraumático u otra perturbación del estado de ánimo o causada por ansiedad (que puede ir aparejada con la primera) si no se han resuelto los problemas debidos al trauma inicial. El consumo de sustancias puede aumentar tras la experiencia traumática, o tal vez las sustancias se utilicen como automedicación para aliviar los síntomas de la perturbación por estrés postraumático. Si la persona deja de consumir drogas, dicha perturbación puede reaparecer o intensificarse, precipitando una recaída y posiblemente el abandono del tratamiento. Además, la toxicomanía puede exponer más a las mujeres a una nueva victimización y a sufrir otros traumas.

El trastorno resultante del estrés postraumático se produce como consecuencia de experimentar una situación o unas situaciones traumáticas en que hay peligro o amenaza de muerte o lesiones graves, incluso por abuso sexual, para la persona o para terceros, en que la víctima se sintió sumamente atemorizada, indefensa y horrorizada. Hay tres grupos de síntomas que caracterizan este trastorno:

- *Reconstitución mental del hecho* por reviviscencia, pesadillas o reacciones fisiológicas causadas por el recuerdo;
- *Evitación de personas o cosas que pudieran suscitar la reaparición de pensamientos perturbadores relativos al hecho*, lo que puede conllevar embotamiento emocional, despersonalización y retraimiento;
- *Hipersusceptibilidad*, manifestada en un aumento de la aprensión, reacciones de sobresalto o intensificación de la agresividad, así como en insomnio y dificultades de concentración.

La bibliografía muestra que la frecuencia de relatos de abusos físicos y sexuales, en particular abuso sexual durante la infancia, y de trastornos por estrés postraumático es mayor en las mujeres que en los hombres drogodependientes. Aunque gran parte de la bibliografía de investigación reciente sobre traumas, trastorno por estrés postraumático y problemas de consumo de sustancias se refiere a experiencias de abuso físico o sexual, hay pacientes que han resultado gravemente traumatizadas como consecuencia de conflictos y guerras. Tal era el caso de algunas de las mujeres afganas a que se refiere el estudio monográfico del capítulo 4.

Abordar las experiencias traumáticas de las mujeres se considera cada vez más un aspecto fundamental de la prestación de servicios sensibles a las cuestiones de género. Es esencial que los destinados a la mujer tengan posibilidades de crear un entorno seguro y dotar a las

afectadas de capacidad para afrontar los síntomas inmediatos del trauma y los trastornos causados por él. Al mismo tiempo, los programas deben estructurarse con cautela en cuanto a las formas de hacer frente a los traumas, porque la bibliografía indica que cuando un personal poco capacitado intenta abordar las cuestiones de abuso sexual durante la infancia y alienta a las mujeres a revivir emociones dolorosas sin otro apoyo, es más probable que ocurran recaídas que cuando la cuestión no se aborda en absoluto [8].

Aunque la mayoría de los servicios de tratamiento del uso indebido de sustancias carecen de los conocimientos prácticos y recursos requeridos para una orientación especializada o intervenciones en caso de estrés postraumático, resultarán más eficaces si están “informados sobre los traumas”. Son servicios informados sobre los traumas los que conocen bien lo que es la violencia contra la mujer y las repercusiones de los episodios traumáticos. En dichos servicios:

- Se reconoce que las pacientes pueden haber sufrido traumas y la relación que ello tiene con el uso indebido de sustancias;
- Se evita ocasionar reacciones traumáticas o traumatizar a la persona;
- Se adapta la conducta de los orientadores, demás personal y la organización a fin de reforzar la capacidad de la persona para hacer frente a la situación;
- Se da a los sobrevivientes la oportunidad de afrontar satisfactoriamente sus síntomas traumáticos facilitándoles información y educación para que saquen provecho del tratamiento del abuso de sustancias.

En las deliberaciones de la reunión de Viena se sugirió que cuando el personal carezca de capacitación y alguna paciente revele un trauma, aquél debería mostrarse comprensivo y adoptar técnicas de orientación básica, una escucha reflexiva y actitud confortadora para validar las experiencias vividas (véase Covington [3], Finkelstein [40] y Hiebert-Murphy y Loytkiw [41]) en lo relativo a recursos para abordar los traumas y los problemas de consumo de sustancias.

Abandono del hábito de fumar

El hábito de fumar es un problema institucional y terapéutico a la vez. Las tasas de consumo concurrente de tabaco de quienes abusan de otras sustancias nocivas son muy elevadas. Además, según la Organización Mundial de la Salud, aunque la epidemia del tabaco va en disminución entre los hombres, en las mujeres no llegará al

máximo sino hasta bien entrado el siglo XXI, a menos que se registren cambios importantes en las tasas de prevención y de abandono. Entre los fumadores el porcentaje de patologías graves y de muerte prematura es elevado en comparación con los no fumadores, y existen indicios de que la mujer puede ser más vulnerable que el hombre a los problemas de salud causados por el tabaco. Alrededor de una de cada cinco embarazadas fuma, y fumar durante el embarazo puede resultar perjudicial para el feto. Al mismo tiempo, hay indicios de que las políticas y los programas para suprimir el hábito de fumar pueden incluirse sin problemas en el tratamiento del consumo de otras sustancias. El apoyo a las mujeres en sus intentos de dejar de fumar puede ser fundamental, pues hay estudios que indican que es más difícil para ellas hacerlo que para los hombres. El abandono del tabaco puede reducir el riesgo de recaídas y aumentar las posibilidades de recuperación. Entre las directrices y prácticas que cabe considerar figuran:

- Establecer normas y procedimientos que impidan fumar en los lugares en que se ejecuten los programas;
- Estudiar el consumo de tabaco como parte de un examen global del abuso de sustancias;
- Facilitar información y educación sobre las consecuencias del hábito de fumar para la salud;
- Ofrecer a las mujeres programas para dejar de fumar en la entidad de que se trate o remitiéndolas a otra.

Son intervenciones eficaces las terapias de grupo conductuales y las de sustitución de la nicotina, aunque estas últimas no se han evaluado en el caso de las embarazadas [42].

Intervenciones farmacológicas

La medicación utilizada en el tratamiento de la drogodependencia funciona de distintas maneras. La de tipo agonista pertenece a la misma categoría que la sustancia problemática pero su efecto es más prolongado. Los fármacos agonistas pueden aliviar los síntomas de abstinencia y avidez; uno de ellos es, por ejemplo, la metadona, que se utiliza para tratar la dependencia de heroína u otros opioides. Los medicamentos antagonistas bloquean los efectos reforzantes (euforia) de la sustancia causante del problema; por ejemplo, se utiliza naltrexona contra la dependencia de opioides. La buprenorfina es un agonista parcial, porque puede producir efectos tanto agonistas como antagonistas. En la terapia de aversión, el medicamento produce una reacción desagradable si la sustancia problemática se consume junto con él, por ejemplo, si el paciente bebe y toma disulfiram (Antabus®).

Dependencia de los opioides

El tratamiento de sustitución con opioides ha recibido amplio apoyo en la bibliografía científica como intervención farmacológica eficaz para reducir el consumo de sustancias ilícitas y los problemas conexos, como el contagio con el VIH y la hepatitis, las muertes por sobredosis y las actividades delictivas, así como para aumentar las posibilidades de llevar una vida normal. El tratamiento de sustitución es la opción preferente en el caso de las embarazadas. Las drogas de sustitución más comunes en el tratamiento farmacológico de la dependencia de opioides son la metadona y la buprenorfina. Pueden utilizarse también para la desintoxicación, aunque las tasas de recaída tras su administración con esa mera finalidad son elevadas, a menos que se acompañen con un tratamiento psicosocial. En algunos países se utilizan también naltrexona, morfina de liberación lenta y codeína para tratar dicha forma de toxicomanía. Recientemente se dejó de utilizar en Australia, Europa y los Estados Unidos el levoalfacetilmetadol (LAAM), un tipo de metadona de efecto más prolongado, por sus posibilidades de causar problemas cardíacos.

El tratamiento de sustitución con opioides se debe complementar con otros servicios que respondan a las necesidades propias de la mujer en lo tocante a atención médica y prenatal, terapia contra el uso indebido de sustancias y de fortalecimiento psicosocial y cuestiones prácticas como el cuidado de los hijos, medios de transporte, vivienda segura y labor de acercamiento. Con estas otras intervenciones puede aumentarse la tasa de permanencia en el tratamiento. Por ejemplo, de un estudio de Bartholomew y sus colegas [43] se deduce que la participación en un curso práctico dedicado a cuestiones de reafirmación de la personalidad y sexualidad tuvo una correlación positiva con la duración de la permanencia en el tratamiento con metadona.

El tratamiento psicosocial es especialmente importante para las mujeres cuyas condiciones de vida repercuten en sus posibilidades de estabilizar su consumo de sustancias, por ejemplo, la violencia ejercida por su pareja, la dedicación al comercio sexual, el consumo de múltiples sustancias, las prácticas de inyección y las relaciones sexuales poco seguras. El personal que se ocupa de los programas de tratamiento debe trabajar en estrecha colaboración con los médicos que expiden recetas y las clínicas que las despachan para asegurar que las pacientes reciban atención coordinada y compatible.

La cuestión de la seguridad física y psicológica se debe abordar en las clínicas de sustitución de opioides, en particular si la pareja de una mujer u otro hombre

importante en su vida recibe tratamiento en la misma institución. Como las reglas de tratamiento de sustitución de opioides pueden exigir la asistencia diaria a la clínica, los programas deben ser especialmente sensibles a cuestiones como la necesidad de servicios de guardería, transporte y horarios flexibles, en particular en el caso de las mujeres que deben compatibilizar su trabajo con los deberes familiares y el cuidado de los hijos.

Tratamiento de mantenimiento con metadona

El mantenimiento con metadona es quizá la terapia de sustitución que más se utiliza para los dependientes de opioides. Se obtienen mejores resultados y se registra una permanencia más prolongada en el tratamiento, en particular cuando se administran dosis suficientes y se ofrece orientación a los pacientes. Las investigaciones demuestran que, en comparación con las terapias en que no hay sustitución con opioides, la metadona es más eficaz para lograr la permanencia de los pacientes en el tratamiento y reducir el consumo de heroína que los enfoques no farmacológicos [44]. En general, los estudios muestran que los beneficios del tratamiento de mantenimiento con metadona son análogos para las mujeres y los hombres.

Las embarazadas dependientes de opioides deben recibir acceso prioritario al mantenimiento con metadona, que se reconoce como la norma terapéutica. Para ellas la desintoxicación puede ser la solución ideal, pero entraña grandes posibilidades de terminar en recaída, lo que pondría en peligro la salud de la madre y del feto. Es importante vigilar estrechamente los niveles de metadona en las embarazadas a fin de asegurar una dosificación individual apropiada e impedir que las mujeres entren en síndrome de abstinencia prematuro y recaigan en el consumo de drogas ilícitas. En el tercer trimestre, tal vez se necesite aumentar la dosis o dividirla en dos dosis diarias a fin de mantener los niveles de metadona. Reducir la dosis de metadona a una mujer no atenúa el síndrome de abstinencia neonatal. Además, dicho fármaco puede administrarse sin problemas a las mujeres que amamantan. El mantenimiento con esta sustancia en el caso de las embarazadas tiene las ventajas siguientes, en particular si se administra en el marco de otros servicios necesarios, como la atención prenatal [42, 45]:

- Es un tratamiento seguro y con supervisión médica contra el consumo de opioides;
- La permanencia en el tratamiento es mayor;
- Pueden prestarse servicios como atención prenatal y tratamiento del VIH y de otras enfermedades de transmisión por vía sanguínea;

- Se registran mejores resultados en el caso de la madre y en el del feto;
- Da la posibilidad de atraer al tratamiento a las parejas de las pacientes, en caso de que sean consumidores de sustancias;
- Hay más probabilidades de que la madre pueda cuidar al bebé;
- El tratamiento es económico.

Buprenorfina

En algunos países, como Francia, la buprenorfina se utiliza más que la metadona. Algunos profesionales la prefieren con pacientes jóvenes, y comienza a parecer promisorio en el caso de las embarazadas. En estudios recientes se ha demostrado que la intensidad del síndrome de abstinencia neonatal es menor con la buprenorfina que con la metadona. En un examen de la Cochrane Library [46] se llegó a la conclusión de que la buprenorfina es un medio eficaz para la terapia de mantenimiento contra la dependencia de opioides, pero no más que la metadona cuando ésta se administra en dosis apropiadas. En algunos estudios comparativos de la buprenorfina y la metadona se han observado tasas mayores de permanencia en el tratamiento e inferiores de consumo de drogas ilícitas en las mujeres mantenidas con buprenorfina. Esta sustancia se ha aprobado para su utilización oficial como droga de sustitución de opioides en algunos países (por ejemplo, Australia y los Estados Unidos).

Dependencia de estimulantes de tipo anfetamínico

En la actualidad no hay pruebas suficientes de la eficacia de una medicación que sirva para tratar la dependencia de la cocaína o las anfetaminas, si bien se han realizado algunas investigaciones sobre el uso de antidepresivos contra el síndrome de abstinencia de la cocaína.

Cuestiones relativas a las embarazadas y las madres

La bibliografía indica que es más probable que las mujeres con problemas de consumo de sustancias tengan hijos a cargo que en el caso de los hombres, y la falta de servicios de guardería es tal vez uno de los obstáculos más importantes para el acceso de la mujer al tratamiento. El embarazo representa no solo riesgos excepcionales para la salud de la madre y el feto, sino también una oportunidad única de intervenir, porque el embarazo

puede ser un período de gran motivación y preocupación por la salud del feto. Con frecuencia las embarazadas que consumen sustancias tienen muchos problemas en su vida, entre ellos problemas de salud física debidos al VIH, la hepatitis y otras enfermedades de contagio por vía sanguínea, enfermedades de contagio por vía sexual, desnutrición y carencias de vitaminas o de minerales, perturbaciones emocionales o psicológicas como escasa autoestima, ansiedad y depresión o experiencias traumáticas. Además suelen vivir en un clima de relaciones abusivas y presentan un historial familiar de drogodependencia. Algunas carecen de hogar y viven en la calle, y otras pueden tener un comportamiento de alto riesgo como inyectarse drogas y tener relaciones sexuales sin protección.

Lograr que las embarazadas y las madres se sometan a tratamiento y lo continúen requiere una estrecha colaboración entre los profesionales encargados de la asistencia, en particular los que se ocupan del tratamiento del abuso de sustancias, la atención prenatal y los servicios de bienestar infantil. Estos diversos sectores tienen mandatos distintos y tal vez nociones y actitudes distintas respecto de las mujeres drogodependientes que están embarazadas o son las principales cuidadoras de sus hijos. A fin de superar estos obstáculos, los organismos que se ocupan del tratamiento deberían estudiar la posibilidad de establecer acuerdos o protocolos entre ellos y con los demás sectores, en los que se especificara la forma de colaborar para satisfacer las necesidades de sus pacientes comunes. La concertación de estos acuerdos puede constituir también un proceso educativo útil para que cada sector comprenda la perspectiva y los enfoques de tratamiento de los demás. Ofrece la posibilidad de examinar cuestiones jurídicas y éticas y otras estrategias, como la capacitación conjunta para reducir los obstáculos y fortalecer la colaboración.

Las intervenciones apropiadas en favor de las mujeres embarazadas y consumidoras de sustancias pueden reducir el consumo y mejorar las condiciones del parto. Como se ha determinado en estudios de resultados realizados en otros grupos de consumidores, el número de horas de participación en el programa, antes que el entorno del mismo, es un factor importante para los resultados positivos del tratamiento. Sin embargo, es posible que algunas embarazadas no estén dispuestas a dejar las drogas o no sean capaces de ello, y que otras dejen de consumirlas durante el embarazo pero no quieran seguir absteniéndose después del parto. El contacto durante la etapa temprana de la gestación aumenta la posibilidad de establecer una alianza terapéutica y da la oportunidad de motivar a las mujeres para cambiar por interés propio, y no sólo con el fin de dar a luz un hijo

sano. Los proveedores de cuidados prenatales pueden promover la creación de vínculos precoces dando a las mujeres la posibilidad de observar la evolución del feto mediante la ecografía.

Además, los estudios muestran que las mujeres que son madres y conservan la custodia de los hijos o los tienen consigo durante el tratamiento permanecen en él más tiempo que las que no están en tales condiciones, y en la mayoría de los estudios se ha observado una relación

importante entre la permanencia en el tratamiento y los resultados positivos.

En el recuadro 20 se reseñan algunos temas fundamentales relativos a la prestación de servicios apropiados para las mujeres embarazadas o con hijos, basados en los resultados de estudios realizados en el marco del programa Pregnant and Postpartum Women with Their Infants del Centro para el Tratamiento del Abuso de Drogas de los Estados Unidos.

RECUADRO 20

TEMAS PRINCIPALES RESULTANTES DE LAS EVALUACIONES DE PROGRAMAS DESTINADOS A MUJERES EMBARAZADAS O PARTURIENTAS Y SUS BEBÉS

Los temas principales resultantes de las actividades financiadas por el Gobierno de los Estados Unidos en el marco del programa para mujeres embarazadas o parturientas y sus bebés (Pregnant and Postpartum Women and Their Infants) [47,48] son los siguientes:

- Actitud respetuosa en los servicios, que tenga en cuenta la vergüenza y la sensación de culpa de las mujeres, la pérdida del rumbo en su vida y su desconfianza ante los sistemas escrutadores creando un entorno que no las juzgue, que promueva el respeto mutuo y la potenciación y que saque partido de sus buenas cualidades.
- Atención completa y práctica en que se conjugue el tratamiento del consumo de sustancias con una diversidad de servicios como los de asistencia prenatal y médica, educación sobre la crianza de los hijos, planificación de la familia, atención a las necesidades de alimentación y vivienda y orientación con respecto a la violencia y las relaciones personales, además de apoyo práctico en aspectos como costos de "baby-sitters" y medios de transporte a los lugares de cita para el tratamiento. Contribuye a la eficacia de los programas un criterio que apoye las opciones de las mujeres en cuanto a los aspectos de su vida que deseen mejorar y les permita servirse de una "ventanilla única" o una red bien integrada de servicios.
- Colaboración y coordinación entre los organismos para captar a las mujeres y mantenerlas en tratamiento y prestar la diversidad de servicios que requieran. Tal colaboración permitirá abordar cuestiones como distintos criterios y enfoques de los servicios, promover la capacitación conjunta, el uso compartido de recursos y la planificación concertada, así como, en particular, fomentar la colaboración entre el sistema de tratamiento de la toxicomanía, el sistema de bienestar del niño y el sistema de hogares de acogida.
- Atención continuada amplia y flexible, que permita dar apoyo a las mujeres para que inicien el tratamiento, se reincorporen a él o lo terminen.
- Actividades de acercamiento para reducir obstáculos de orden interno, como la vergüenza y el temor, e informar a las embarazadas sobre los servicios existentes, ya sea en forma directa con intervenciones como la acción en la calle, o mediante la educación de otros proveedores de servicios. Las visitas a domicilio y el transporte son factores importantes para el cumplimiento del tratamiento y sus resultados.
- Gestión de casos y programación flexible, lo que puede comprender visitas a domicilio, contactos telefónicos, respaldo de profesionales o personas de igual condición, ayuda para gastos de transporte y mecanismos que permitan a las mujeres iniciar el tratamiento o reingresar en él y respondan a su necesidad de ocuparse de otros asuntos como citas con el médico y con los organismos responsables del bienestar del niño.
- Atención a las cuestiones familiares, integrando a los hijos y las parejas en los servicios destinados a las mujeres y prestándoles apoyo en sus decisiones sobre reunificación o ruptura, lo que es un componente decisivo de una atención eficaz para las embarazadas y las madres.
- Apoyo permanente o postratamiento, decisivos para las mujeres por los numerosos cambios que experimentan tras la etapa intensiva del tratamiento. Ello comprende la creación de nuevas redes sociales, cuestiones de relaciones personales, modificaciones de la función en la familia, el trabajo sobre estrategias de prevención de las recaídas, etc.

RECUADRO 21

REDUCIR LA TRANSMISIÓN DEL VIH Y EL VIRUS DE LA HEPATITIS C DE MADRE A HIJO

El Hospital Universitario de Viena presta servicios en régimen ambulatorio a las embarazadas que consumen sustancias; lo hace por conducto de la clínica para embarazadas y toxicómanas del Departamento de Psiquiatría General. Ha establecido las directrices siguientes para las embarazadas contagiadas con el VIH y la hepatitis C [42]:

1. VIH:

- Parto programado por cesárea: 38ª semana
- Tratamiento antirretroviral (considerando la interacción de las drogas)
 - Durante el embarazo (después de la 14ª semana: hasta el momento del parto)
 - En el caso de los recién nacidos seronegativos: cuatro semanas de tratamiento
Seropositivos: tratamiento continuado
- Se excluye el amamantamiento

2. Hepatitis C:

- Parto normal
- Posibilidad de amamantamiento, según la carga viral
- No se inicia el tratamiento contra el virus de la hepatitis C durante el embarazo ni el amamantamiento

Transmisión del VIH y la hepatitis de madre a hijo

Las embarazadas llegan a menudo al tratamiento con una diversidad de problemas de salud, entre ellos el VIH y la hepatitis. En el recuadro 21 figuran las directrices elaboradas por el Hospital Universitario de Viena para reducir la transmisión del VIH y el virus de la hepatitis C de madre a hijo.

Estudios monográficos

En los estudios monográficos que se reseñan a continuación se ilustran diversos modelos de programas destinados a atender a las necesidades de las embarazadas y las madres. La mayoría de ellos son sensibles a las diferencias de género, con excepción del correspondiente a Kenya.

Además, representan diversos grados y tipos de servicios de tratamiento: en régimen ambulatorio (sin consumo de drogas y con mantenimiento de sustitución), en régimen de internación y en comunidades terapéuticas.

Australia: Desintoxicación y tratamiento residencial para las madres

Nombre: Jarrah House
País: Australia
Contacto: Barbara Rich
Información: P.O. Box 6026 Adelaide,
Malabar, New South Wales 2046
Teléfono: +(61) 296616555
Fax: +(61) 2996 16595
Correo electrónico: info@jarrahhouse.com.au
Internet: www.jarrahhouse.com.au
Carácter: organización no gubernamental;
financiación continuada;
años de funcionamiento: 20

Antecedentes

No existían servicios para las mujeres en Australia y éstas no podían iniciar el tratamiento si debían dejar a sus hijos en casa (porque no había servicios de guardería). Además, muchas mujeres con historiales de violencia doméstica o agresión sexual no estaban dispuestas a participar en un grupo mixto.

Objetivos

Los objetivos son procurar la desintoxicación con ayuda médica y la rehabilitación a corto plazo de las mujeres y sus hijos.

Actividades

Iniciación del proyecto: En la primera conferencia sobre la mujer y las drogas celebrada en Adelaida se reconoció la necesidad de este tipo de servicio. El comité de administración se puso en contacto directamente con un ministro de Estado y recibió una subvención. Tras una evaluación positiva, los Ministerios de Salud del Estado y de la Commonwealth han aportado financiación continua. Un problema importante ha sido encontrar una sede apropiada. Este año, Jarrah House recibió una subvención para un edificio especial.

Programa de tratamiento: Jarrah House es un servicio de tratamiento residencial con 12 camas para desintoxicación y otras tantas para rehabilitación. Hay una fase de desintoxicación de 21 días y una de rehabilitación de seis semanas. Los componentes del programa son los siguientes: gestión de casos, terapia familiar, orientación individual, un programa sobre crianza de los hijos, terapia cognitivo-conductual y grupos psicodinámicos ambulatorios. El centro de interés son cuestiones comunes como la violencia doméstica, la agresión sexual y la crianza de los hijos. En el programa se adopta una visión social de la salud, y el componente de gestión de casos comprende asuntos como ayuda contra la pobreza y la falta de vivienda y para el cuidado de los hijos, como complemento de su contenido. Las pacientes participan en la evaluación de todos los aspectos del programa y en las sesiones de planificación, a fin de asegurar que continúe respondiendo a las necesidades de sus respectivos grupos.

En cuanto a las mujeres con hijos, Jarrah House está en condiciones de atender a ocho niños, de 8 años como máximo, cuyas madres se encuentren en fase de desintoxicación o de rehabilitación. Algunos de ellos son recién nacidos remitidos directamente con sus madres desde los servicios de atención neonatal intensiva. En cuanto a las embarazadas, Jarrah House ofrece servicios de gestión conjunta de casos, arreglos de acceso especial para atención prenatal especializada, grupos de formación sobre la crianza de los hijos y gestión individual de casos a cargo de maestros de niños de corta edad y terapeutas de la familia.

Pacientes atendidas: mujeres de entre 16 y 65 años consumidoras de todo tipo de sustancias. El programa per-

tenece a un solo estado, pero como cuenta con el único servicio de desintoxicación de Australia que acepta a mujeres con hijos, también acoge a pacientes remitidas de otros estados.

Dotación de personal: El personal es exclusivamente femenino, capacitado en los aspectos de la salud de la mujer y otras cuestiones conexas.

Resultados/logros

Entre los logros figuran: reducción del número de hijos apartados de la custodia de sus madres; tasas de permanencia en tratamiento superiores al promedio nacional; presencia de la población indígena en el tratamiento tres veces mayor que el promedio nacional; e intervenciones más tempranas en favor de las embarazadas. Además, la gestión personalizada de casos y el programa de terapia en grupo recibieron una evaluación sumamente satisfactoria de las pacientes, por su gran utilidad.

Jarrah House aplica una serie de mecanismos para medir el efecto de sus programas, entre los que figuran: la recopilación de datos a escala nacional, lo que comprende información sobre aspectos demográficos y casos de tratamiento; entrevistas de seguimiento al mes de darse el alta, que giran en torno al cumplimiento y resultados positivos de los planes previstos en ese momento; encuestas sobre la satisfacción de las pacientes; grupos de examen de pacientes; y estudios sobre las mismas. Además, el programa ha sido objeto de evaluación por investigadores independientes [8] que utilizaron criterios casi experimentales.

Retos

A nivel del sistema, el mayor problema para atender a las mujeres embarazadas o con hijos es mantener la neutralidad terapéutica frente a la obligación de notificar requerida para la protección del niño y a la presión que ejerce el Departamento de Servicios Comunitarios. Para hacer frente a estos problemas son útiles los documentos que explican en detalle las diversas cuestiones relativas a la protección del niño, la gestión individual de casos, el análisis de éstos con los organismos de protección del niño y la acción concertada eficaz con dichos organismos.

Otros retos inherentes al sistema son la falta de especialistas médicos y de continuidad de la atención que se presta a las mujeres de una zona geográfica inmensa.

Además, el servicio afronta una demanda enorme, y los períodos de espera constituyen un problema, como lo es

también la limitación del espacio disponible para los niños. Jarrah House tiene una lista de espera, y el personal mantiene contacto cotidiano con las posibles pacientes a fin de prestarles apoyo. Además, hay un sistema para asignar prioridad a las pacientes de alto riesgo. Jarrah House ha concertado también memorandos de entendimiento con los organismos de remisión.

En cuanto a las pacientes, un reto importante es la prevención de recaídas de las que tienen pocos recursos, porque el programa no ejerce control sobre la disponibilidad de viviendas, servicios de guardería, etc. Se intenta superar estos obstáculos planificando mejor las altas y procurando la continuidad de la atención a fin de aumentar la posibilidad de que las pacientes tengan acceso a recursos en sus comunidades. Por otra parte, Jarrah House ha establecido un grupo de antiguas pacientes en la comunidad y ha intentado establecer vínculos con servicios de bienestar y de vivienda.

Experiencia adquirida

Las mujeres requieren tratamiento especializado para satisfacer sus necesidades especiales.

Brasil: Programa en régimen ambulatorio destinado exclusivamente a mujeres

Nombre: Programa de Atenção á Mulher Dependente Química (Centro de Tratamiento de las Mujeres Drogodependientes) (PROMUD), Instituto de Psiquiatría del Hospital Clínico de la Escuela de Medicina de la Universidad de São Paulo
País: Brasil
Contactos: Patricia M. Hochgraf y Silvia Brasiliano
Información: PROMUD-IPq-HC-FMUSP-R.
Dr. Ovidio Pires Campos, s/n-3andar-Cerqueira Cesar-0543-010, São Paulo, SP, Brasil
Teléfono: +(55) (11) 3069-6960
Fax: +(55) (11) 3069-6960
Correo electrónico: hochgrafp@uol.com.br o promud@hcnet.usp.br
Carácter: Organización gubernamental con financiación continuada; años de funcionamiento: 7

Antecedentes

El programa se creó en 1996 sobre la base de las experiencias de trabajo con personas que tenían problemas de consumo de sustancias. Un estudio de las características de las brasileñas afectadas por esos problemas y un examen de la bibliografía nacional e internacional mostraron que las mujeres tenían necesidades especiales y obtenían más provecho de los servicios de tratamiento destinados exclusivamente a ellas. En ese momento no había en el Brasil un programa análogo para la mujer.

Objetivo

El objetivo es administrar tratamiento gratuito y especial para mujeres.

Actividades

Programa de tratamiento: el Programa de Atenção á Mulher Dependente Química (PROMUD) del Brasil es de régimen ambulatorio y especial para mujeres. Se administra tratamiento en régimen de internación a mujeres con problemas médicos o psiquiátricos graves o que no reaccionan al tratamiento ambulatorio. Las mujeres pueden ser remitidas por iniciativa propia, o por decisión del Instituto Psiquiátrico al que esté afiliado el PROMUD o por otras dependencias del hospital, que atiende principalmente a una población de bajos ingresos. Tras la remisión se evalúa individualmente a cada mujer. El programa admite un máximo de cuatro pacientes por semana. Para su admisión las mujeres deben tener un diagnóstico de dependencia de sustancias psicoactivas basado en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV).

El PROMUD conjuga enfoques cognitivo-conductuales en algunos aspectos del tratamiento, como la prevención de recaídas, con criterios psicodinámicos para ayudar a las mujeres a comprender sus emociones profundas y su sufrimiento y a encontrar alternativas ajenas al consumo de drogas para sobrellevar sentimientos como la furia o la depresión. Los componentes del tratamiento son atención médico-psiquiátrica y remisión a servicios especializados en caso necesario, un grupo de psicoterapia semanal durante tres a cuatro años, un grupo de terapia artística, orientación en materia de alimentación, actividades de expresión corporal, orientación jurídica, un grupo para mujeres embarazadas y sus parejas y un plan de intervención precoz para las que tienen hijos (por falta de recursos, estas dos últimas actividades se hallan temporalmente suspendidas). La mayoría de estas actividades son semanales o quincenales.

El programa de tratamiento en régimen de internación consiste en atención psiquiátrica, psicoterapia individual, psicoterapia familiar, terapia ocupacional individual y orientación en materia de alimentación para las mujeres con perturbaciones concomitantes al respecto. Además, el PROMUD tiene una división de investigación y un programa de enseñanza que comprende un curso para egresados universitarios.

Personal: El programa de tratamiento cuenta con un equipo profesional multidisciplinario. Una etapa inicial en su creación fue contratar un grupo multidisciplinario

compuesto por psiquiatras, médicos clínicos, un psicólogo, terapeutas ocupacionales, nutricionistas y asistentes sociales e impartirles capacitación sobre casos relacionados con la toxicomanía.

Pacientes: El PROMUD atiende a mujeres con dependencia de sustancias psicoactivas (según el DSM-IV) de 18 años de edad, como mínimo, que habitan en el gran São Paulo.

Resultados/logros del proyecto

Las mujeres alcohólicas y drogodependientes acogidas al PROMUD permanecen en él más tiempo, en comparación, a los 3, 6 y 12 meses, con las que asisten al programa mixto.

En el 70% de las mujeres que han terminado el programa PROMUD se ha comprobado una mejora parcial o total de su capacidad general de funcionamiento y una reducción o abstinencia del consumo de alcohol y otras drogas.

Retos

La falta de recursos financieros es un problema importante, y muchos miembros del equipo trabajan en calidad de voluntarios; el espacio físico es insuficiente para organizar todos los grupos necesarios.

Las pacientes siguen afrontando obstáculos para iniciar el programa. Entre ellos figuran el temor a la discriminación, que se intenta superar ofreciendo actividades exclusivas para mujeres y empleando personal con capacitación especial; el temor a perder la custodia de los hijos (el programa cuenta con un abogado especializado que presta asesoramiento letrado a las mujeres), y la falta de dinero para sufragar los gastos de transporte a la sede del PROMUD, situada en el centro de la gran ciudad de São Paulo.

Experiencia adquirida

Se ha observado que con un programa destinado exclusivamente a la mujer se logra atraerla al tratamiento, pero es posible que los programas para mujeres afronten los mismos prejuicios y discriminación que sufren las pacientes en su vida cotidiana. Además, es necesario que se creen otros programas como el PROMUD, en el que un equipo capacitado, multidisciplinario y motivado atiende a las necesidades especiales de la mujer (en materia de nutrición, asistencia jurídica, etc.) dando preponderancia al tratamiento ambulatorio con psicoterapia.

El programa PROMUD ha mostrado el éxito que se obtiene al atender a las necesidades específicas de las

mujeres drogadictas incluyendo componentes que aborden la drogodependencia junto con los problemas familiares, sociales y personales, organizando grupos de psicoterapia destinados exclusivamente a mujeres, contando con personal profesional mayoritariamente femenino y contratando a personas muy motivadas.

Kenya: Atención a mujeres en un programa residencial mixto

Nombre: Proyecto Omari
País: Kenya
Contacto: Susan Beckerleg
Información: P.O. Box 438 Watamu, Malindi, Kenya
Teléfono: +(254) 733 591434
Fax: no disponible
Correo electrónico: susan.Beckerleg@warwick.ac.uk o theomariproject@yahoo.com
Carácter: organización no gubernamental con financiación por plazo limitado;
años de funcionamiento: 9

Antecedentes

El Proyecto Omari se puso en marcha porque el consumo de heroína causaba gran sufrimiento a los jóvenes y sus familias en centros turísticos como Malindi y Watamu. No existían servicios y no se tenía mucha idea sobre la forma de tratar a los consumidores. El proyecto tiene por objeto atender a las necesidades especiales de los heroinómanos.

Objetivos

Los objetivos son ayudar a los consumidores de heroína de Kenya a dejar la droga y prevenir el contagio y la transmisión del VIH y otras enfermedades que se propagan por vía sanguínea y sexual.

Actividades

Iniciación: Se obtuvo financiación para comprar tierras en las que construir el centro de tratamiento residencial, que puede atender a 20 personas (hombres y mujeres). Antes de recibirse estos fondos se habían emprendido iniciativas de prevención para la juventud financiadas por la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito y el Consejo Británico.

Programa de tratamiento: Consiste en un plan de rehabilitación residencial gratuito de seis meses de duración. Comprende la privación inicial del consumo de heroína, orientación en grupo e individual, seminarios para la familia y visitas de ésta, ejercicio y preparación para el trabajo.

Los internos antiguos, que han finalizado por lo menos tres meses del programa, se encargan en gran parte de la gestión cotidiana del centro. La demanda de plazas es grande y siempre hay una lista de espera. Además, se ejecuta un programa de acercamiento que da seguimiento a quienes han terminado el programa residencial y permite entablar contacto con nuevos pacientes y encauzarlos a servicios de remisión y reducción del daño. El Proyecto Omari inauguró recientemente dos centros de acogida que ofrecen información y orientación sobre el consumo de sustancias y los problemas de salud sexual y remiten a los pacientes a los servicios correspondientes.

Personal: El centro residencial tiene una plantilla de 10 personas. Ha habido dificultades para encontrar personal femenino con capacidad y disposición para asumir esta labor. Desde hace dos años una voluntaria británica imparte orientación individual a las mujeres que hablan bien el inglés. Se da prioridad a la contratación de más personal femenino, y en 2003 se contrató a una mujer como auxiliar. El personal de apoyo ha recibido capacitación para trabajar con las consumidoras de heroína y atender a sus necesidades físicas, emocionales y sociales.

Pacientes: El 90% de los pacientes son hombres, lo que refleja la proporción entre hombres y mujeres que consumen heroína en la comunidad. La mayoría de ellos tienen de 20 a 40 años, son musulmanes y consumen heroína y otras sustancias, por ejemplo, cannabis, khat, Valium®, otras drogas de venta con receta y alcohol.

Resultados/logros

Se mantiene informadas a la comunidad y las autoridades locales con una serie de cursos prácticos organizados para asistentes sanitarios, agentes de policía, autoridades municipales, grupos religiosos y grupos femeninos a fin de conservar su apoyo al programa.

En el proyecto se han adoptado las mejores prácticas internacionales, que se han adaptado y aplicado al entorno cultural de la zona costera de Kenya. Se trata de un programa bien establecido que atiende a personas provenientes de familias que no pueden pagar el tratamiento.

Las consumidoras de heroína saben que los servicios están a su disposición y que no sufrirán rechazo ni discriminación. Se ha adoptado un enfoque flexible de las necesidades de cada mujer; por ejemplo, recientemente se ha admitido a una embarazada y a una madre con su recién nacido.

Se han establecido vínculos con una organización no gubernamental local que da posibilidades de capacita-

ción a las “mujeres con problemas”, principalmente las que se dedican al comercio sexual.

Desde que se inició el programa residencial se ha registrado un cambio considerable en la actitud del personal, que ahora está dispuesto a atender con prioridad a las necesidades de las consumidoras de heroína.

Retos

Es preciso superar varios obstáculos para mejorar el proyecto. Por ejemplo, las posibles fuentes de financiación deben reconocer que existe un grave problema de consumo de heroína en la zona costera de Kenya, que exige la prestación de servicios continuos, en contraposición a los de prevención, ya que la causa de los heroínomanos es un tema impopular; se debe capacitar al personal, en especial a las mujeres, para el trabajo con consumidoras de heroína en Kenya; y superar la resistencia de la comunidad local ante un servicio que acoge tanto a las mujeres como a los hombres.

Por lo general, las mujeres que consumen heroína sufren más discriminación que los hombres. Hay miembros de la comunidad que las consideran perturbadoras y descarriadas y creen que su tratamiento es menos importante que el de los hombres. Por ello, aunque las heroínomanas saben que tienen acceso al servicio, no se atreven a solicitar tratamiento ni acuden al centro.

Experiencia adquirida

La principal experiencia adquirida en este caso es que la falta de posibilidades de empleo reduce las perspectivas de éxito de quienes terminan el tratamiento. Otra observación se refiere a la lentitud del cambio de comportamiento y la necesidad de actividades de seguimiento tras la terminación del programa.

Suecia: Programa terapéutico en la comunidad destinado exclusivamente a mujeres

Nombre: Sofia behandlingshem

País: Suecia

Contacto: Lotta Länne

Información: S:a Grängesbergsgat 43,
214 48 Malmö, Sweden

Teléfono: +(46) (40) 345576

Fax: +(46) (40) 345571

Correo electrónico: lotta.lanne@malmo.se

Internet: www.malmo.se/sofia (en sueco)

Carácter: Organización gubernamental con

financiación continuada; años de funcionamiento: 14

Antecedentes

Entre 1980 y 1990 estaban en curso varios estudios científicos de los distintos programas de tratamiento aplicados en Suecia. Tales trabajos mostraron resultados insatisfactorios en el caso de las mujeres drogodependientes cuando se sometían a tratamiento en programas mixtos, y menos del 20% lo terminaban. De resultados de estos estudios, el Gobierno asignó fondos a la Municipalidad de Malmö a fin de que analizara la necesidad de un programa de tratamiento específico para la mujer. Ello condujo a la inauguración de Sofia en 1990.

Objetivos

El Organismo de Servicios Sociales de la Zona Sur, con sede en Malmö, enunció los siguientes objetivos de Sofia en 1990:

- Ayudar a las mujeres a afrontar los problemas de consumo de sustancias y otros problemas subyacentes para que puedan llevar una vida sin drogas;
- Intervenir en una etapa temprana, porque ello favorece tanto a la embarazada como al bebé;
- Potenciar la capacidad de la mujer de entablar relaciones positivas con sus hijos, su pareja, sus familiares, sus amigos y otras personas cercanas a ella mediante la adopción de un enfoque integral;
- Ayudarla a aprovechar al máximo sus aptitudes a fin de que pueda llevar una vida socialmente independiente;
- Ampliar el alcance del tratamiento psicosocial para la mujer y seguir profundizando los conocimientos al respecto.

Actividades

Fase de iniciación: En 1989 y 1990 se contrataron los servicios de un director y un director auxiliar, respectivamente, encargados de comenzar la planificación de Sofia y contratar al personal. Se creó un grupo de referencia integrado por representantes de la administración de servicios sociales para que hiciera aportaciones al programa de tratamiento. Además, el director se entrevistó con políticos y jefes de oficinas municipales de servicios sociales para obtener sus aportes al programa. Ello resultó útil con posterioridad. En el momento en que se planificaba y establecía el proyecto Sofia, el tratamiento de mujeres era una cuestión “candente”, y había gran compromiso por parte de los responsables de adoptar decisiones y los asistentes sociales en este terreno. Sin embargo, desde entonces ha decaído el interés por el tratamiento de la mujer y se ha cuestionado la financiación

de Sofia. Por esa razón, los vínculos iniciales con políticos y otras personas que ocupan altos cargos han sido importantes para mantener este programa.

Programa de tratamiento: Sofia es un programa residencial sin drogas de larga duración especial para la mujer, con un entorno terapéutico adaptado del modelo elaborado por Maxwell Jones. El tratamiento dura un año como máximo, y después hay otro año de postratamiento. En esta última etapa, Sofia puede colaborar con un programa de sustitución de drogas, pero la intención del plan de tratamiento es ayudar a las mujeres a llevar una vida libre de sustancias.

El método de trabajo se basa en una perspectiva psicodinámica del desarrollo psicológico de las personas. El programa responde a las necesidades de la mujer administrando tratamiento centrado en el aspecto de las relaciones interpersonales. Se basa en el supuesto de que la identidad de la mujer está vinculada al “yo relacional”, con orientación hacia los aspectos siguientes:

- Los hijos y las relaciones con ellos;
- El embarazo y la sensibilidad creciente al tema de cómo cuidar y dar una acogida cálida al recién nacido;
- Una conciencia creciente de la explotación por parte de la pareja, así como de la represión soportada en una sociedad patriarcal; y
- El papel de cada sexo como cuestión importante en general y en el contexto del uso indebido de sustancias en particular.

Las recaídas se toleran y no se consideran motivo para expulsar a las pacientes. Quienes las sufren deben abandonar, pero son bien recibidas de nuevo si dejan de consumir sustancias y están dispuestas a intentarlo otra vez.

El programa recurre a terapia individual, sesiones en grupos reducidos y reuniones cotidianas en la comunidad. La relación con una orientadora principal se considera decisiva para que las mujeres puedan establecer contactos basados en la confianza. Se piensa que es el método óptimo para trabajar con las mujeres que han sufrido violencia y abusos. Parte del tratamiento consiste en darles la oportunidad de reflexionar sobre sus relaciones e introducir en ellas los cambios necesarios. Se permite a sus cónyuges o parejas visitarlas durante su estadía, y los fines de semana pueden quedarse en Sofia una o dos noches. Las personas que forman parte del entorno relacional de las mujeres también se reúnen con su orientadora principal en sesiones en grupo, a fin de que esta red de relaciones funcione constructivamente y dé apoyo a la mujer cuando lleve un estilo de vida sin drogas.

Servicios para las embarazadas: Sofia coopera con Enebackens barnhem, una guardería de Malmö. Durante el embarazo, las mujeres participan en el programa de Sofia, donde se concentran en el proceso de convertirse en madres. Después del parto pasan a Enebackens barnhem, donde el tratamiento se centra en la relación madre-hijo. Al mismo tiempo, las mujeres siguen recibiendo orientación de Sofia. El esperar un niño se considera una ocasión de cambio, y se alienta a las embarazadas a que la aprovechen para obtener nuevas perspectivas de autovaloración en su calidad de madres.

Pacientes: La paciente típica de Sofia tiene de 25 a 30 años de edad y un largo historial de problemas de consumo de sustancias. Con frecuencia ha sufrido agresiones, violencia y abuso sexual y se ha dedicado al comercio sexual.

Dotación de personal: Sofia tiene una plantilla de 11 mujeres.

Resultados/logros

A partir de una evaluación realizada en el período 2001-2002, en la que se hizo un seguimiento a 123 pacientes que habían recibido tratamiento en los diez años anteriores, y de las entrevistas exhaustivas efectuadas a 20 mujeres, se comprobó que alrededor del 50% de ellas habían dejado de consumir sustancias y habían introducido otros cambios en su vida.

Además, se comprobó la importancia de los siguientes elementos del programa: tratamiento diferenciado según el sexo, orientación individual, posibilidad de establecer relaciones y trabar amistad con otras mujeres, apoyo sostenido en caso de recaída y respaldo en el plano de las relaciones y la vida social.

Retos

A nivel del sistema, el principal problema ha sido asegurar la financiación constante para Sofia y otros servicios como los de desintoxicación. En tiempos de restricción de fondos, los servicios de tratamiento del abuso de sustancias para la mujer no se consideran prioritarios. Otra dificultad ha sido lograr que los servicios sociales remitan a las embarazadas al programa.

A nivel del programa, el proceso de tratamiento colectivo es difícil para algunas mujeres que han formado parte de la subcultura de las drogas durante muchos años. Además, los cambios organizativos pueden ser perturbadores para el personal y las pacientes, y significar una mayor frecuencia de abandono del tratamiento en esos períodos.

A nivel de las pacientes, las mujeres siguen afrontando muchos obstáculos cuando intentan iniciar el tratamiento, por ejemplo: suspicacia respecto de otras mujeres, lo que las hace reacias a recibir tratamiento en grupos exclusivamente femeninos; vergüenza y deseo de ocultar su condición de toxicómanas; temor de solicitar asistencia de la administración de los servicios sociales y de perder la custodia de los hijos, resistencia de las parejas, que no desean que su mujer se haga tratar, en particular si también tienen problemas de consumo de sustancias, y falta de autoestima y confianza.

Experiencia adquirida

Para la sostenibilidad del programa es importante crear alianzas y nexos con las organizaciones a cargo de los servicios relacionados con las drogas, mantener buenas relaciones con la comunidad circundante, documentar el programa y publicitarlo de manera adecuada.

Elementos importantes de los servicios sensibles a las cuestiones de género son: que la atención esté a cargo de mujeres, comprensión ante las recaídas, sesiones de orientación individual, amistad con otras mujeres, post-tratamiento y planificación del tratamiento a largo plazo, atención a los parientes de las mujeres, apoyo social y actividades creativas.

Estados Unidos: Programa de mantenimiento con metadona exclusivo para mujeres

Nombre: Programa Women in Treatment (WIT) (Mujeres en tratamiento) de la Fundación APT
País: Estados Unidos
Contacto: Martha J. Wright
Información: 540 Ella Grasso Blvd., New Haven, CT, USA
Teléfono: +(1) (203) 781-470
Fax: +(1) (203) 781-4783
Correo electrónico: mwright@aptfoundation.org
Internet: www.aptfoundation.org
Carácter: el programa Women in Treatment está subvencionado por el Departamento de Salud Mental y Servicios de Tratamiento de las Toxicomanías (Department of Mental Health and Addiction Services), en forma continuada. El proyecto se ejecuta desde hace 12 años.

Antecedentes

El programa se puso en marcha centrándolo en las cuestiones decisivas para las mujeres en tratamiento: la crianza de los hijos, la salud, la violencia doméstica y el abuso sexual. Los programas denominados Women in Treatment (WIT) y Holistic Women's Services (HWS) forman parte de los servicios de tratamiento de Orchard

Hill, una de las tres clínicas de mantenimiento con metadona que administra la Fundación APT. El programa HWS está destinado únicamente a las mujeres seropositivas o enfermas de SIDA.

Objetivos

Los objetivos son administrar tratamiento de mantenimiento con metadona y de otro tipo a las mujeres conforme a un modelo orientado culturalmente, aumentar sus posibilidades de concentrarse en el tratamiento prescindiendo de guardería in situ y dar tratamiento especializado a las mujeres seropositivas o enfermas de SIDA.

Actividades

Inicio: Se reunió información de organismos comunitarios y públicos sobre la población objetivo. Se estableció un comité para investigar las necesidades en la zona. Se constató que las mujeres de los barrios deprimidos recibían poca atención y que se había solicitado un programa específico para ellas. En ese momento había una lista de espera de seis meses para el tratamiento con metadona, y el único programa para mujeres estaba destinado a las embarazadas. Se procuró obtener fondos del Centro para el Tratamiento del Abuso de Drogas con los que crear 75 plazas, a fin de hacer más accesible a las mujeres al tratamiento con metadona.

Programa de tratamiento: El proyecto WIT tiene por objeto atender a las necesidades de las mujeres con problemas de consumo de sustancias mediante las intervenciones siguientes: tratamiento de mantenimiento con metadona, evaluación psiquiátrica y tratamiento paralelo (salvo en el caso de las mujeres con problemas psiquiátricos graves, a las que se remite a los organismos comunitarios locales de atención de salud mental), orientación colectiva e individual, orientación familiar según se requiera, servicios de guardería in situ durante las horas de tratamiento, servicios de gestión de casos, atención de salud primaria y servicios de capacitación profesional (que se prestan por conducto de otra sección de la Fundación APT). Además, WIT mantiene vínculos con organismos comunitarios, con los que está en contacto cotidiano. Sus responsables piensan que un tratamiento verdaderamente eficaz debe abordar el uso indebido de drogas, el historial psicológico y los factores socioeconómicos. Se presta atención especial a las embarazadas. Se avisa de los embarazos al personal de enfermería y éste recibe a las mujeres para dialogar sobre todo problema que puedan tener. Si lo desean, las embarazadas pueden ser trasladadas al programa especial para ellas, que administran otros servicios de la Fundación APT.

Pacientes: Las pacientes son mujeres de 21 años, como mínimo, adictas a los opiáceos desde hace por lo menos un año, que provienen de la zona de influencia de New Haven, Connecticut.

Resultados/logros

En las encuestas realizadas en 2003 para conocer las impresiones de las participantes en los programas, más del 80% de ellas notificaron una reducción de los síntomas. Las pacientes consideraron que el personal tenía en cuenta los aspectos culturales y que los servicios se prestaban en horarios convenientes.

Los efectos y el éxito se miden de distintas maneras, entre otras cosas, realizando encuestas anuales para conocer las impresiones de las participantes, fomentando su participación en grupos temáticos dedicados a estudiar los aspectos positivos de los servicios o los obstáculos para recibirlos, y efectuando mediciones mensuales de la calidad, en que se examinan los datos sobre altas, el porcentaje de análisis toxicológicos positivos y el número de contactos con servicios clínicos.

Retos

La reducción de las contraprestaciones del seguro médico debido a la disminución del presupuesto nacional para atención de salud ha dificultado el acceso de las mujeres al tratamiento. El transporte a los locales del programa constituía un problema para las pacientes, y aunque se superó solicitando a los servicios estatales de asistencia pasajes para autobuses y viajes en taxi, los recortes presupuestarios han hecho que disminuyan las prestaciones de transporte.

La falta de servicios de guardería fue un obstáculo que se venció prestándolos in situ; pese a ello, la reducción de fondos ha obligado a acortar el horario de funcionamiento, lo que dificulta más a las mujeres el acceso al tratamiento. Lograr que las embarazadas se sometieran voluntariamente a atención prenatal y mantuvieran una dosis adecuada de metadona fue un obstáculo que se superó organizando reuniones con el personal de enfermería y llevando un expediente sobre la evolución del embarazo de cada una de ellas.

Experiencia adquirida

Las mujeres pueden someterse al tratamiento y continuarlo cuando sus necesidades son escuchadas y atendidas; aplicar el principio de reducción del daño y examinar las tendencias y necesidades presentes de las dependientes de opioides fueron medidas decisivas para

lograr que las mujeres continuaran el tratamiento. Los componentes más fructíferos del programa son los servicios de guardería in situ, la administración de dosis de metadona ajustadas a las necesidades de cada mujer, el acceso a servicios de atención psicológica y la creación de vínculos con hospitales y organismos comunitarios que atienden a las pacientes seropositivas. Otro factor determinante del éxito es trabajar en estrecha cooperación con otros organismos comunitarios a fin de facilitar y coordinar los servicios.

Estados Unidos: Servicios integrales para la mujer

Nombre: Marin Services for Women (MSW)
(Servicios de Marin para la Mujer)
País: Estados Unidos
Contacto: Ann Harrison, Directora Ejecutiva
Información: 1251 Eliseo Drive, Greenbrae,
CA 94940, EE.UU.
Teléfono: +(415) 924-5995, ext. 17
Fax: +(1) (415) 924-6837
Correo electrónico: aharrison@mswinc.org
Internet: www.marinservicesforwomen.org
Carácter: Organización no gubernamental; Marin Services for Women recibe financiación continuada y temporal de varias fuentes, entre ellas subvenciones y contratos del gobierno, contratos de seguros, subsidios de empresas y fundaciones, aportes de donantes particulares y honorarios de los pacientes; años de funcionamiento: 25.

Antecedentes

Un grupo de alcohólicas en recuperación concibió la idea de que las mujeres necesitaban un entorno seguro y favorable para vivir mientras se restablecían con la ayuda de Alcohólicos Anónimos. En esa época no había servicios especiales para mujeres en el condado de Marin, pero en Redwood City existía un organismo llamado Women's Recovery Association (WRA) (Asociación para la Recuperación de las Mujeres) que se había establecido hacía algunos años. Las fundadoras de Marin Services for Women (MSW) se dirigieron al personal y la junta directiva de WRA pidiendo ayuda para crear un programa análogo. MSW se constituyó como organización sin fines de lucro y solicitó y obtuvo financiación del Consejo Nacional sobre el Alcoholismo (National Council on Alcoholism) para comenzar a prestar servicios. La fundación de MSW fue una iniciativa innovadora de base popular. En 1978 se acababan de establecer las "reservas de fondos" de origen federal para servicios destinados a la mujer. Prácticamente no había investigaciones sobre experiencias relativas a la dependencia de sustancias químicas en el caso de la mujer ni sobre sus

necesidades especiales en lo que respecta a la recuperación. Se prestaba servicios a las mujeres en entornos de tratamiento mixto cuyos enfoques se basaban en las experiencias adquiridas con toxicómanos de sexo masculino.

Objetivos

Los objetivos son promover la salud de la comunidad prestando servicios de recuperación de la dependencia de sustancias químicas a las mujeres, vincular esa recuperación a la potenciación personal, relacional, social y económica e impartir educación a la comunidad sobre la índole, la prevención y el tratamiento de la dependencia de sustancias químicas.

Actividades

Inicio: Las fundadoras de MSW evaluaron la magnitud del problema de adicción (que en ese momento era el alcoholismo) basándose en sus experiencias en Alcohólicos Anónimos, la bibliografía sumamente escasa existente sobre la mujer y la adicción y los casos conocidos por WRA. Las fundadoras colaboraron con funcionarios municipales y la oficina del condado encargada de combatir el alcoholismo, que en esa época era distinta de la que se ocupaba de las toxicomanías. Gran parte del personal inicial era voluntario y el modelo del programa se basaba casi exclusivamente en el programa de 12 pasos de Alcohólicos Anónimos. En el decenio de 1980 MSW comenzó a recibir pacientes con problemas de drogodependencia además de los alcohólicos e incorporó servicios ambulatorios y perinatales. Pasó de ser un "hogar de recuperación" basado únicamente en el programa de 12 pasos de Alcohólicos Anónimos a convertirse en un organismo progresista e innovador que propugna una práctica basada en la investigación, aunque también aplica modelos basados en los 12 pasos.

Programa de tratamiento: En los últimos cinco años, MSW ha actualizado y ampliado sus programas convirtiéndolos en una labor continua de atención que ofrece tratamiento residencial, tratamiento ambulatorio e intensivo diurno, tratamiento ambulatorio vespertino, cuidados continuados, un grupo de control de la irritabilidad, otro de recuperación de experiencias traumáticas y viviendas de transición. Todo eso le permite ayudar a las mujeres a pasar de una modalidad a otra y prestar el nivel más adecuado de atención, lo que se traduce en una utilización más eficaz de los servicios tanto desde la perspectiva clínica como desde la económica.

Los programas de MSW aplican un criterio de potenciación en el trabajo con las pacientes y sus familias.

Elementos básicos de este criterio son: el respeto sin juicios críticos de las pacientes en todo momento, consecuencias no punitivas cuando éstas deciden no cumplir las directrices del programa, la reformulación y validación de los aspectos positivos de las pacientes cada vez que existe la oportunidad de hacerlo y un proceso de asociación entre pacientes y personal en cada etapa del tratamiento: evaluación, planificación del tratamiento, ejecución, planificación del alta y atención continuada.

MSW se esfuerza por mantener un entorno acogedor, seguro y reconfortante en sus locales, lo que es beneficioso para la autoestima, la dignidad y la productividad tanto del personal como de las pacientes. Los programas acogen a mujeres embarazadas o con hijos y admiten a niños en edad preescolar que viven junto con su madre durante el tratamiento residencial. El personal está al tanto de los problemas de evolución de la identidad, la autoestima y el sentimiento de vergüenza de las mujeres, así como de sus necesidades en materia de atención de salud mental, y los programas atienden a todos los aspectos de la vida de las pacientes, según se requiera: vivienda, transporte, cuidado de los hijos, formación profesional, atención de salud mental y física, atención de salud reproductiva, control de la irritabilidad, violencia en las relaciones personales, crianza de los hijos y cuestiones financieras, jurídicas y relacionales.

Los programas de MSW atienden especialmente a las situaciones traumáticas y utilizan los servicios de orientadoras capacitadas para facilitar la aplicación de planes de recuperación de traumas basados en investigaciones, elaborados por especialistas destacadas como la Dra. Stephanie Covington, del Institute of Relational Development and Center for Gender and Justice, y la Dra. Lisa Najavits, de la Universidad de Harvard. Se entiende que los problemas de las pacientes relacionados con traumas físicos y psicológicos son decisivos en los procesos de drogodependencia y recuperación de la mujer.

MSW cuenta con un centro de atención al niño in situ, con dotación plena de personal, para los hijos de las pacientes internadas y ambulatorias. Se facilitan servicios de pediatría y de atención médica a los niños. Éstos son examinados para detectar problemas de traumas, dificultades de desarrollo y efectos del alcohol y las drogas, y remitidos a los centros comunitarios que corresponda. Las pacientes embarazadas o con hijos reciben educación para la crianza y desarrollo de los hijos en el marco de su programa, y participan de manera cooperativa en el centro de atención al niño cuatro horas por semana. Por lo general, las pacientes embarazadas o con hijos permanecen más tiempo en tratamiento que las que no tienen hijos.

Pacientes: Las pacientes son mujeres de 18 años como mínimo (la mayoría de ellas tienen de 20 a 25 o alrededor de 35 años de edad) que sufren dependencia del alcohol y otras drogas (principalmente marihuana y metanfetamina). MSW atiende a la gran zona de la Bahía de San Francisco (nueve condados). Más del 90% de las pacientes son mujeres de ingresos bajos o muy bajos.

Resultados/logros

Desde su inicio el MSW ha prestado servicios a más de 3.000 mujeres y sus familias. Además, tiene las tasas más elevadas de finalización de todos los programas que se administran en el condado de Marin, según los datos suministrados por su Oficina de Programas contra el Alcoholismo y la Toxicomanía. Las mujeres que terminan el programa mantienen su contacto con MSW mediante sus grupos semanales de atención continuada, la asociación de antiguas pacientes y su participación en la junta directiva o en calidad de personal remunerado.

El 76% de las antiguas pacientes mantiene su estado de recuperación al cabo de 12 meses. Con las instalaciones recientemente adquiridas aumentará el número de mujeres atendidas por año, pasando de alrededor de 250 a unas 525. Por último, dada la importancia que tienen para las mujeres las relaciones personales, las pacientes en recuperación tienen una influencia considerable no solo en su familia sino en toda la comunidad, por lo que todos los programas tienen sus plazas siempre ocupadas y hay listas de espera.

Para medir el éxito MSW realiza análisis estadísticos de los datos relativos a admisiones, terminación del tratamiento, seguimiento durante 12 meses y mejoras en los aspectos jurídicos, de reconciliación con los familiares y laborales. MSW no está convencido de la pertinencia de estas medidas y ha decidido establecer en el futuro un modelo de evaluación específico para la mujer, para lo cual ya viene procurando obtener financiación.

Retos

MSW afronta varios problemas, por ejemplo, la insuficiencia de su capacidad para satisfacer la demanda de servicios, que se intenta resolver mediante el traslado a una nueva instalación con el doble de plazas para pacientes internadas, la obtención de fondos para prestar servicios de alta calidad a las mujeres de bajos ingresos embarazadas o con hijos, para lo cual se procura diversificar las fuentes de financiación, y la conservación de un personal multidisciplinario muy competente, capaz de aplicar sistemáticamente el criterio de potenciación adoptado por MSW.

Experiencia adquirida

Para lograr y mantener una recuperación estable, las mujeres necesitan sentirse lo suficientemente seguras como para permitirse abrigar la esperanza de llevar una vida sin drogas. La experiencia adquirida en MSW reafirma los resultados de las investigaciones que avalan la eficacia superior de los programas destinados exclusivamente a mujeres y con personal femenino. Además, MSW ha comprobado que puede obtener los recursos que necesita. Asimismo, potenciando a las pacientes, el personal y la junta directiva para que tengan voz y participen al máximo de sus posibilidades, se generará una sinergia de solidaridad, respeto y trabajo denodado en aras de una salud mejor para las personas y la comunidad.

Austria: Programa de atención hospitalaria ambulatoria a embarazadas, con apoyo de medicación

Nombre: Adicción-Embarazo y Drogodependencia
País: Austria
Contacto: Gabriele Fischer
Información: Clínica de Adicciones, Departamento de Psiquiatría, Universidad de Medicina de Viena, Währinger Gürtel 18-20, 1090 Viena (Austria)
Teléfono: +(43) (1) 40400-3600
Fax: +(43) (1) 40400-3500
Correo electrónico: gabriele.fischer@meduniwien.ac.at
Internet: www.akh-drogenambulanz.vip.at
Carácter: Organización gubernamental financiada con regularidad; años de funcionamiento: 10

Antecedentes

En el decenio de 1980 aumentó en general el uso indebido de sustancias nocivas y un número creciente de mujeres embarazadas adictas a los opioides recurrió por propia iniciativa a los servicios médicos. Algunas lo hicieron al comienzo del embarazo y se les prestó atención prenatal continuada, mientras que otras solamente solicitaron ayuda en el momento del parto, por temor a que intervinieran las autoridades de bienestar del niño. En ese entonces no había ningún departamento especial de tratamiento de esas pacientes en forma interdisciplinaria y con profesionales de diversas especialidades, dado que la terapia generalmente aceptada para las toxicómanas embarazadas era la desintoxicación. Sin embargo, en muchos casos, era imposible para las pacientes lograr la abstinencia. Como resultado de ello, recaían en un ciclo de abuso y privación de sustancias que a menudo culminaba en un desenlace negativo para la madre y el niño.

Objetivos

Los objetivos son contactar con las toxicómanas embarazadas por medio de actividades de acercamiento a fin de integrarlas lo antes posible en un programa de atención integral; mantener a las embarazadas adictas a los opioides con opioides sintéticos (por ejemplo, metadona, morfina de liberación lenta para uso por vía oral o buprenorfina); brindar a esa población de pacientes una terapia interdisciplinaria a cargo de profesionales de diversas especialidades, inclusive tratamiento de la comorbilidad psiquiátrica y somática y atención psicoterapéutica y psicosocial; optimizar la situación sanitaria y el bienestar de los recién nacidos, brindando suficiente atención prenatal y postnatal; y captar el interés de los padres en el tratamiento para que los dos progenitores logren un nivel satisfactorio de estabilización y ayudarlos a alcanzar el objetivo de criar a sus hijos (el 60% de las toxicómanas embarazadas tiene una pareja drogadicta).

Actividades

Programa de tratamiento: Este programa de asistencia integral se ha establecido en la Clínica de Adicciones del Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Medicina de Viena para atender a las necesidades específicas de las embarazadas adictas a los opioides y de sus hijos.

Conforme a las normas de tratamiento aceptadas a nivel internacional para esta población de pacientes, la Clínica de Adicciones brinda tratamiento de mantenimiento con opioides usando la metadona, la morfina de liberación lenta para consumo por vía oral y la buprenorfina y ofrece también apoyo psicosocial y psicoterapéutico. El programa colabora con otros departamentos de la Universidad de Medicina de Viena, en particular el Departamento de Ginecología, que atiende a las mujeres en seis visitas prenatales y en el parto; el Departamento de Neonatología, que brinda tratamiento apropiado a los recién nacidos que presentan el síndrome de abstinencia neonatal; el Departamento de Medicina Física, que ofrece una terapia orientada al cuerpo; y el Departamento de Neuropsiquiatría Infantil y Juvenil, que completa la red de atención integral y se encarga de las visitas de seguimiento de los padres y sus hijos, incluidos cuatro exámenes durante el primer año.

Pacientes: La edad media de las drogodependientes embarazadas en su primera visita a la Clínica de Adicciones es de 20 a 30 años (una tercera parte de las adictas a los opioides son mujeres en edad de procrear).

Es común el uso indebido de varias sustancias a la vez; entre ellas figuran los opioides, la cocaína, las benzodiazepinas, la nicotina, el alcohol, las anfetaminas y el cannabis. La incidencia de comorbilidad psiquiátrica y somática de las mujeres adictas a los opioides es alta e incluye ansiedad y depresión (hasta el 50% de esta población de pacientes sufre trastornos depresivos), enfermedades de transmisión sexual, enfermedades infecciosas como la hepatitis C y el VIH/SIDA, enfermedades del hígado, anemia, malnutrición y carencia de vitaminas y minerales. Además, muchas mujeres se tienen en poca estima, viven en un clima de relaciones abusivas, tienen antecedentes de uso indebido de sustancias químicas por los padres y están poco motivadas para el tratamiento.

Resultados/logros

El programa ha logrado una tasa de retención del 98%. El 85% de los neonatos son calificados como hijos de madres saludables en el momento de nacer, salvo que son pequeños para su edad de gestación, lo cual podría relacionarse con el hecho de que sus madres fuman. El 80% de los recién nacidos pueden permanecer con sus madres.

Se han hecho investigaciones sobre la base de la labor clínica [49 a 52].

Retos

Es difícil establecer contacto con las toxicómanas embarazadas, dado que las mujeres con problemas de consumo de sustancias recurren a la atención prenatal en una fase tardía de su embarazo. Otras dificultades son las de adecuar la sustancia de sustitución y la dosis de mantenimiento a las necesidades de las pacientes. Ello ayuda a lograr niveles satisfactorios de estabilización, evitar el consumo concomitante de sustancias ilícitas por las embarazadas y minimizar los síntomas de abstinencia neonatal.

Experiencia adquirida

La terapia de mantenimiento con opioides, combinada con un enfoque de equipo multidisciplinario, puede hacer que las mujeres inicien el tratamiento en una etapa temprana del embarazo y puede mejorar los resultados para la madre y el recién nacido. Las mujeres y sus parejas continúan el tratamiento cuando se les ofrece una terapia de mantenimiento con opioides, un tratamiento psicofarmacológico diversificado y apoyo psicosocial y psicológico, y cuando el equipo multidisciplinario presta servicios en un mismo lugar. La diversificación

de la medicación de mantenimiento y el tratamiento de los trastornos conexos reducen el consumo concomitante de sustancias ilícitas y no ilícitas. La atención posterior de la madre y el niño es esencial para el éxito del programa y el mejoramiento de los resultados de las pacientes.

Canadá: Programa ambulatorio integrado para embarazadas y madres y sus hijos

Nombre: Breaking the Cycle (Romper el círculo vicioso)
País: Canadá
Contacto: Margaret Leslie
Información: 761 Queen Street West, Ste. 107, Toronto, Ontario, M6J 1G1 (Canadá)
Teléfono: +(1) (416) 364-7373, ext. 204
Fax: +(1) (416) 364-8008
Correo-e: mleslie@mothercraft.org
Internet: www.breakingthecycle.ca; www.mothercraft.ca
Carácter: Organización no gubernamental que recibe financiación de Health Canada en forma de subsidios trienales cuya renovación se examina cada tres años; años de funcionamiento: 9

Antecedentes

El impulso inicial para el programa Breaking the Cycle (BTC) tuvo su origen en una conferencia organizada en 1992 por el Proyecto de Promoción de la Salud Mental de los Lactantes de Toronto y el Comité de Servicios de Tratamiento de la Toxicomanía en la Zona Metropolitana de Toronto. En las recomendaciones de la conferencia se señaló la urgente necesidad de elaborar un programa integrado de determinación precoz y prevención para mujeres embarazadas y familias con niños pequeños afectadas por el consumo de sustancias. Los objetivos eran enfrentar los problemas del sistema de servicios existente, como la fragmentación de los que atendían a las madres drogodependientes y sus hijos, las múltiples experiencias de admisión; la coordinación deficiente, en especial entre el sector de tratamiento de los adultos y el de servicios para los niños; la falta de coherencia; y la multiplicidad de puntos de acceso a los servicios.

Objetivos

Los objetivos son reducir los riesgos y favorecer el desarrollo de los niños expuestos a sustancias nocivas atendiendo a los problemas de toxicomanía materna y a las relaciones madre-hijo con arreglo a un modelo amplio, integrado e intersectorial.

Actividades

Inicio: En el bienio 1993-1994, cuatro organismos colaboraron en la elaboración de una iniciativa intersectorial, basándose en sus respectivos conocimientos especializados (servicios de lucha contra la toxicomanía en la mujer, desarrollo del niño y la familia, bienestar del niño y atención de salud). Se realizó un examen de la bibliografía y las investigaciones para confirmar la necesidad de una respuesta amplia a los problemas de consumo de sustancias de las mujeres. En mayo de 1994, con financiación de Health Canada, se contrató a un consultor para que examinara las necesidades singulares de la zona metropolitana de Toronto, celebrara consultas en la comunidad con profesionales y pacientes y examinara la bibliografía sobre los modelos de programas existentes en otras ciudades. Como resultado de esa fase preparatoria se perfeccionó la formulación del modelo en base a los siguientes principios y características:

- *Una respuesta caracterizada por la colaboración, basada en la comunidad*, en que se reconozca que ningún organismo puede satisfacer adecuadamente, por sí solo, las necesidades múltiples y complejas de los padres y los niños afectados por el consumo de sustancias;
- *Un sistema amplio, integrado e intersectorial* que reorganice y mejore los servicios existentes, reconociendo que deben ser coordinados de tal manera que los organismos se adapten a las familias, en vez de que éstas se tengan que adaptar a los múltiples organismos;
- *Prevención mediante una pronta determinación del problema*, lo cual entraña la convicción de que, con el tiempo y suficiente aceptación, incluso la mujer de más alto riesgo puede ser atraída a un proceso de planificación en favor de sus hijos;
- *Mejora de las aptitudes para la crianza de los hijos y prevención del maltrato de los niños*, suministrando a las mujeres información sobre los riesgos del consumo de sustancias, promoviendo la reducción del consumo de esas sustancias por las madres durante el embarazo, alentando una planificación óptima del parto, apoyando los esfuerzos de las madres por establecer lazos óptimos con los bebés y creando oportunidades de desarrollar la autosuficiencia materna;
- *Un modelo de "acceso único"*, que no solamente aumente la disponibilidad de múltiples servicios, sino que también coordine la prestación de esos servicios en un mismo lugar;
- *Evaluación*, a fin de verificar y seguir elaborando el modelo.

BTC comenzó a actuar en abril de 1995, impulsado por cuatro asociados principales: la Canadian Mothercraft Society, el Jean Tweed Treatment Center (un centro de tratamiento del abuso de sustancias sólo para mujeres), la Children's Aid Society of Metropolitan Toronto (bienestar infantil) y el programa Motherisk del Hospital de Niños. Después de la inauguración del Centro se sumó un quinto asociado, el Departamento de Salud Pública de Toronto. En 1996 la Catholic Children's Aid Society de Toronto se convirtió en el sexto asociado y en 2003 se unió a la alianza el St. Joseph's Health Center.

Programa de tratamiento: BTC presta una amplia gama de servicios a embarazadas y madres con problemas de consumo de sustancias, así como a los hijos de 0 a 6 años, mediante un modelo de acceso único que ofrece tratamiento individual o colectivo contra la toxicomanía, programas de crianza de los hijos, guardería, servicios de desarrollo infantil (que incluyen reconocimiento, evaluación e intervención), servicios sanitarios y médicos (incluso una clínica pediátrica y una clínica médica de tratamiento de la adicción), orientación en materia de salud mental y apoyo para las necesidades básicas (incluso para alimentación, ropa y transporte).

El programa BTC comprende medidas de acercamiento de calle para atraer a las mujeres sin hogar embarazadas y drogodependientes a los servicios sanitarios, de tratamiento y apoyo social. Estas medidas se establecieron después de que un estudio mostrara que la tasa de participación de las embarazadas (22%) era más baja que la de las madres (78%). Se constató también que las embarazadas drogodependientes sin hogar tenían más obstáculos para acceder a los servicios sanitarios y de tratamiento que las que tenían hogar. BTC también colabora estrechamente con los proveedores y servicios de mantenimiento con metadona destinados a las mujeres que también tienen acceso a las prestaciones de BTC.

BTC aplica estrategias de motivación consistentes en entrevistas en las etapas de cambio para apoyar a las mujeres en su empeño por cambiar y establecer objetivos personales con tal fin. Se sigue un enfoque de reducción del daño que reconoce la abstinencia como un resultado ideal, pero acepta otras alternativas que reduzcan el daño. Este enfoque permite aceptar los objetivos individuales de cambio y facilita una actitud respetuosa, sin juicios negativos, que da a las mujeres la posibilidad de establecer objetivos para mejorar su salud en los que quizá no se dé prioridad inmediata a las cuestiones de consumo de sustancias. Todos los servicios relacionados con la toxicomanía se destinan solamente a las mujeres. Queda a discreción de ellas la participación de sus parejas en los programas de crianza de los hijos.

Pacientes: La edad media de las pacientes de BTC es de 30 años; las principales drogas que consumen son cocaína en forma de crack y alcohol y, por término medio, son drogodependientes desde hace 10 años. Tienen un promedio de dos hijos (margen de variación: 1 a 12 hijos) y un tercio de éstos está a cargo de la madre, otro tercio a cargo de un familiar, y el otro tercio restante, a cargo de la Children's Aid Society.

El 82% de las mujeres declara haber sufrido abuso físico, el 84%, abuso emocional y el 70%, abuso sexual. En el momento de ser admitidas, más del 70% de las mujeres declara haber experimentado los siguientes síntomas en los seis meses anteriores: depresión, ansiedad, trastornos de la alimentación (aproximadamente, un tercio dice sufrir trastornos concomitantes de esta índole), pensamientos o sentimientos violentos, temores o fobias y amnesia. Los intentos de suicidio, los problemas con la ley y la pobreza son cuestiones importantes también para tener en cuenta.

Resultados/logros

A juzgar por una serie de evaluaciones, el programa ha logrado con éxito su objetivo de contactar con una población femenina de muy alto riesgo y conseguir su participación. Como resultado de ello, ha mejorado el acceso de las mujeres a servicios como los de atención prenatal y bienestar del niño, ha mejorado la situación de los recién nacidos y la interacción entre las madres y los bebés, y ha aumentado la sobriedad. Una evaluación del programa de acercamiento para embarazadas mostró que se había logrado contactar satisfactoriamente con la población objetivo, a saber, embarazadas sin hogar al comienzo de su embarazo, como resultado de lo cual habían mejorado las características de los partos de las contactadas en los dos primeros trimestres del embarazo.

Retos

Es un reto conseguir financiación para el funcionamiento de un programa singular destinado a una población difícil de contactar, aplicando un modelo innovador y estableciendo alianzas entre sectores que no se habían asociado anteriormente para prestar servicios (es decir, de tratamiento de adultos y para niños). Además, el establecimiento y aplicación de un modelo multisectorial planteó retos importantes. Se les hizo frente logrando, antes del inicio del programa, acuerdos sobre varias cuestiones clave como aspiraciones del programa, contribuciones de los servicios asociados, servicios básicos a prestar y relaciones y comunicación con los asociados en materia de bienestar infantil. Un organismo se retiró porque no estaba de acuerdo con las relaciones que se proponían con el sector del bienestar del niño.

Es difícil lograr la participación de las embarazadas sin hogar y administrar un tratamiento de mantenimiento a este grupo de mujeres.

En general, la falta de hogar y de vivienda segura y asequible sigue siendo un obstáculo para que las mujeres con problemas de abuso de sustancias mantengan un entorno de resguardo y estabilidad.

Experiencia adquirida

Un programa de acercamiento permite aumentar la tasa de participación de las embarazadas drogodependientes y una pronta determinación del problema e iniciación del tratamiento (primero y segundo trimestres) mejoran las condiciones del parto.

Ha quedado demostrada la eficacia financiera del modelo basado en alianzas. El valor de las contribuciones en especie de las organizaciones asociadas supera el monto de la financiación básica aportada por Health Canada, lo cual garantiza la abundancia y estabilidad de los servicios del programa.

En varias comunidades se ha imitado el modelo de alianzas intersectoriales integradas para ayudar a las mujeres embarazadas drogodependientes y a sus hijos y el proyecto ha despertado interés en todo el Canadá, así como a nivel internacional, lo que ha servido para acumular conocimientos, promover actividades de formación práctica y obtener recursos.

Las mujeres dan cuenta de historiales notables de abuso de sustancias en sus familias de origen, lo que ha planteado la hipótesis de que ellas mismas pueden verse afectadas por el consumo de sustancias de sus madres durante el embarazo. Esto, a su vez, ha planteado cuestiones relativas a las prácticas eficaces de apoyo a los padres y madres afectados por el consumo de sustancias nocivas antes de nacer.

Se está demostrando la importancia de integrar clínicas de diagnóstico en el contexto de un tratamiento en la comunidad y de programas de crianza de los hijos destinados a las mujeres drogodependientes.

Los datos cualitativos y de grupos temáticos confirman el significativo impacto dañino del uso indebido de sustancias nocivas en la crianza de los hijos y el desarrollo del niño.

Continuamente se plantea la dificultad de lograr que los proveedores de servicios de los sectores del tratamiento y de atención infantil comprendan que tanto los adultos como los niños son sus pacientes.

República Checa: Una comunidad terapéutica para las madres

Nombre: Comunidad Terapéutica Karlov
País: República Checa
Contacto: Jiri Richter
Información: Novovysocanska 604/A,
Praga (República Checa)
Teléfono: +(42) (2) 84 822 872
Fax: +(42) (2) 66 315 306
Correo electrónico: richter@sananim.cz;
karlov@sananim.cz
Internet: www.sananim.cz
Carácter: Organización no gubernamental que
recibe financiación pública y privada; años de
funcionamiento: 3

Antecedentes

SANANIM presta toda una gama de servicios continuados a personas con problemas de consumo de sustancias en la República Checa. Cuenta con un centro de contacto, dos programas terapéuticos en la comunidad, programación ambulatoria y un centro de postratamiento. Cuando se estableció la Comunidad Terapéutica Karlov, en la República Checa no existía ningún programa de tratamiento del abuso de sustancias destinado a embarazadas y madres. Sin embargo, en el programa de bajo umbral de SANANIM se observó la presencia de un número creciente de madres y la información procedente de los otros proyectos de SANANIM confirmó la necesidad de establecer un servicio especializado. En la República Checa la comunidad terapéutica es un tipo de tratamiento aceptado que recibe apoyo en el marco del componente de reducción de la demanda de la estrategia nacional sobre drogas.

Objetivo

El objetivo es brindar tratamiento a las mujeres con problemas de drogodependencia que están embarazadas o tienen hijos.

Actividades

Programa de tratamiento: El programa funciona como comunidad terapéutica y es capaz de atender a 10 madres y 12 niños. La duración media de la permanencia en el programa es de 10 meses. Se acepta también a mujeres embarazadas. SANANIM cuenta no solo con la Comunidad Terapéutica, sino también con un programa ambulatorio y un programa de postratamiento en viviendas protegidas para embarazadas y madres. Una parte del programa está relacionada con la crianza de los hijos, y dos especialistas de SANANIM ayudan a las mujeres a desarrollar las aptitudes correspondientes.

Pacientes: La Comunidad Terapéutica Karlov presta servicios a dos grupos, cada uno de los cuales tiene su propio edificio. Uno de ellos está integrado por mujeres de 18 años como mínimo que tienen hijos, y el otro, por jóvenes de 16 a 22 años.

Sensibilización y establecimiento de redes: SANANIM establece activamente redes con programas e instituciones que están en contacto con embarazadas y madres que consumen sustancias. También trata de dar a conocer los servicios que presta a las mujeres de este grupo.

Resultados/logros

En el período de cinco años que lleva funcionando se ha comprobado la necesidad del programa. Las pacientes concluyen con éxito el tratamiento, se reintegran a la vida normal y cuidan de sus hijos. El programa se hace conocer cada vez más y paulatinamente se establecen redes con otras instituciones de la República Checa. El programa ha establecido buenas relaciones de cooperación con el sistema de justicia, que reconoce su labor. Gracias a ello, una madre que ha cumplido las condiciones de su tratamiento puede conservar o recuperar legalmente la custodia de su hijo.

Retos

A nivel del sistema, los principales problemas son las actitudes y acciones de las personas que están en contacto con las embarazadas drogodependientes, puesto que en esos casos la madre pierde la custodia de su hijo inmediatamente después de dar a luz.

A nivel del programa, los principales retos son los siguientes:

- Ayudar a las mujeres que son madres a sentirse motivadas para dejar de consumir sustancias y apoyarlas en su papel de madres;
- Trabajar con las parejas de las mujeres, dado que, en general, también ellos consumen sustancias;
- Revitalizar el sistema familiar a fin de asegurar el apoyo del hogar y la ayuda de los padres cuando las mujeres dejan la Comunidad Terapéutica; frecuentemente estas relaciones han resultado muy afectadas durante el período de drogodependencia de la mujer;
- Llegar a un equilibrio entre la necesidad de hacer frente al consumo de sustancias y la necesidad de prestar apoyo e impartir educación y conocimientos prácticos para la crianza de los hijos.

Experiencia adquirida

En la República Checa se reconoce cada vez más la necesidad de contar con programas específicos para hombres y mujeres y de desarrollar la capacidad de prestar servicios a las embarazadas y a las madres.

India: Desintoxicación y orientación de las madres

Nombre: Sahara-Refugio de Mujeres y Niños
País: India
Contacto: Elizabeth Selhore
Información: E 453, Greater Kailash II, Nueva Delhi (India)
Teléfono: +(91) (11) 98111 94494
Fax: +(91) (11) 29216540
Correo electrónico: ega_selhore@yahoo.com
Internet: www.saharahouse.org
Carácter: Organización no gubernamental, actualmente con financiación puente; años de funcionamiento: 9

Antecedentes

Desde que la primera paciente solicitó tratamiento, hace 17 años, el número de mujeres que acuden a ser tratadas ha aumentado constantemente. Sin embargo, surgieron dificultades importantes porque hombres y mujeres vivían bajo el mismo techo y no había servicios para mujeres con problemas de abuso de sustancias, ni programas destinados a atender a las necesidades concretas de las mujeres drogodependientes y sus hijos, ni servicios holísticos para drogodependientes que trataran a toda la familia; además, las consumidoras de drogas estaban muy estigmatizadas y eran vulnerables al abuso sexual y físico. La trata de mujeres y niños afectados por el abuso de sustancias también era un problema. En consecuencia, se reconoció que había complejas cuestiones de género que requerían un sistema enteramente nuevo, especialmente destinado a las mujeres y los niños.

Objetivos

Los objetivos son brindar un entorno propicio a las drogodependientes y sus hijos; potenciar a la mujer, haciendo que tome conciencia de sus derechos y alentándola a adoptar decisiones con independencia; brindar a las mujeres drogodependientes un modelo eficaz de servicios de tratamiento del abuso de sustancias, atención médica básica y servicios de remisión de casos; abordar los aspectos que tienen consecuencias socioeconómicas negativas con programas culturalmente apropiados de reintegración social y económica y educación en materia de drogas; y brindar programas de atención residencial y rehabilitación sensibles a las cuestiones de género y adecuados a las necesidades individuales.

Otros objetivos son ayudar a las mujeres a desarrollar aptitudes comercializables y ofrecerles apoyo residencial, servicios de gestión y atención continuada para que se puedan reintegrar en sus redes familiares y la sociedad normal; por último, sensibilizar sobre el VIH/SIDA y otras infecciones que se transmiten por la sangre.

Actividades

Inicio: Al comienzo, la movilización de recursos a nivel local aportó el apoyo financiero necesario hasta obtener oficialmente fondos de los organismos que sostenían otros proyectos de Sahara. Se obtuvieron recursos humanos empleando a personal experimentado del programa de tratamiento del abuso de sustancias de Sahara destinado a los hombres; más adelante, algunas antiguas pacientes del programa de lucha contra la drogodependencia de las mujeres pasaron a integrar el personal.

Programa de tratamiento: El programa ha evolucionado a lo largo de los años en función de la experiencia y las necesidades. Actualmente, los principales tipos de servicios que se prestan a las mujeres son los siguientes: desintoxicación, orientación, actividades terapéuticas, sensibilización y educación, desarrollo de aptitudes, alfabetización de adultos, formación y orientación profesionales, servicios de búsqueda de empleo, atención de salud (por ejemplo, vacunación), guarderías, servicios de apoyo en grupo entre personas de igual condición y nutrición complementaria de los enfermos de VIH/SIDA, un programa de alfabetización (enseñanza no escolarizada) y nutrición para los niños, servicios de apoyo a antiguas pacientes, orientación familiar, residencia de transición y remisión de casos.

Sahara House ofrece a las mujeres embarazadas dieta y nutrición complementarias prescritas, sesiones de sensibilización y educación relacionadas con el embarazo y la crianza de los hijos, servicios de remisión a centros de atención de salud (exámenes periódicos) y un programa de vacunación.

Recientemente, Sahara House también ha iniciado un servicio ambulatorio para las pacientes que no pueden participar en los programas de rehabilitación debido a condicionamientos familiares. Este servicio diurno se ofrece también a las mujeres que han concluido la fase de rehabilitación y asisten a él mientras buscan trabajo.

Pacientes: Las pacientes de Sahara House tienen 16 años como mínimo. Se prestan servicios a niños de todas las edades y de ambos sexos. Los tipos de sustancias que consumen las mujeres comprenden la heroína, la buprenorfina, el Spasmo proxyvon (que contiene un opioide

sintético usado como analgésico), la marihuana, los jarabes contra la tos a base de opiáceos, la cocaína, el alcohol y los sedantes.

Dotación de personal: El personal está integrado, en su mayor parte, por antiguas pacientes, así como por mujeres emancipadas que sirven de modelo e imparten orientación.

Resultados/logros

Desde el principio, Sahara House ha establecido redes para la obtención de recursos y la remisión de casos y ha creado un programa flexible, con un enfoque centrado en las pacientes, que estimula su motivación para cambiar de comportamiento y mantener esos cambios. Los miembros de la comunidad local también tienen acceso al programa de guardería y alfabetización, con lo que se alienta el desarrollo comunitario.

En el centro trabajan antiguas drogodependientes conocedoras de los problemas a que hacen frente las pacientes, a las que sirven de modelo como mujeres que han sabido emanciparse. Después del tratamiento, las pacientes rehabilitadas están en condiciones de bastarse a sí mismas y de ser independientes y son reubicadas en la ciudad de Delhi.

En las etapas finales del proceso de reinserción, las pacientes pueden vivir durante un período breve en un hogar de transición.

Se ha creado una plataforma que permite escuchar la voz de la mujer drogodependiente. Más de 400 pacientes se han beneficiado directamente de Sahara House y más de 2.000 casos no han quedado registrados.

Se ha observado una clara mejora en lo que respecta a la situación sanitaria y la sensibilización de las mujeres y sus hijos, los cuales se van incorporando al sistema educativo.

En el marco del proyecto se han ejecutado programas de sensibilización sobre las drogas, por ejemplo, con representaciones callejeras, distribución de material informativo y actividades de alerta a las drogas en las escuelas, y se han apoyado actividades en pro de cambios de política respecto de la mujer, participando en una red de organizaciones a fin de superar el estigma y ciertas actitudes que afectan a las mujeres consumidoras de drogas.

Retos

Hubo que hacer frente al problema de obtener atención médica para las mujeres y sus hijos, entre otras cosas, pro-

gramas de abstinencia con supervisión médica para lactantes, debido a la fuerte estigmatización social que pesa sobre las mujeres con problemas de consumo de sustancias. El problema se superó actuando con perseverancia hasta que se encontró personal médico dispuesto a tratar a las mujeres sin emitir juicios críticos; consiguiendo quien se ocupara de los niños, en particular de los de corta edad, mientras sus madres se sometían a desintoxicación o asistían al tratamiento, para lo cual se estableció una guardería, y obteniendo artículos y elementos básicos (por ejemplo, un número suficiente de orinales para niños pequeños y alimento para lactantes), asunto que se resolvió revisando los presupuestos y movilizándolo fondos.

Además, la injerencia de los familiares en la vida de las pacientes fue un problema porque no comprendían que fuera necesario tanto tiempo para el tratamiento. Ello se ha resuelto con sesiones de orientación familiar y manteniendo la confidencialidad en torno a las mujeres que solicitan tratamiento. La falta de apoyo familiar y financiero ocasionó gastos adicionales a Sahara House.

Algunas veces las mujeres son víctimas de abuso sexual por parte de sus familiares y se niegan a pedir ayuda a su familia, razón por la cual carecen de apoyo. Ello puede resolverse alentándolas a ser independientes y proponiéndoles objetivos concretos.

Surgieron también otras dificultades, como la insuficiencia de los servicios y los grupos de autoayuda destinados a la mujer; el deseo de algunas pacientes de tener relaciones masculinas, lo que dio lugar a que se impusieran reglas estrictas al personal masculino para que se abstuviera de entablar relaciones con ellas; el desconocimiento de algunas personas de sus derechos legales y humanos, y el hecho de que hubiera mujeres embarazadas, frecuentemente desnutridas, que solicitaran tratamiento al final de su embarazo (por ejemplo, después del momento en que la nutrición complementaria y las dietas con prescripción médica hubieran surtido efecto).

Es necesario abordar una serie de obstáculos que siguen existiendo para que la mujer pueda acceder al tratamiento. Existe aún desconocimiento acerca del uso indebido de sustancias y el tratamiento disponible, y las consumidoras de sustancias siguen siendo víctimas de gran discriminación. Las mujeres y sus familias no se atreven a informarse del tratamiento a que pueden recurrir, debido a la extrema estigmatización social. Las mujeres tienen funciones sociales que dificultan su acceso a un tratamiento residencial de larga duración. Para las que se dedican al comercio sexual también es difícil romper los lazos con los propietarios de los prostíbulos y los proxenetas.

Experiencia adquirida

Debido a la estigmatización y discriminación de que son víctimas, las mujeres drogodependientes constituyen una “población oculta”. Ello va estrechamente ligado a la opresión de la mujer en todas las formas y capas de la sociedad, lo cual es, aparentemente, un factor subyacente que influye en el consumo de sustancias.

Las mujeres afectadas por problemas de drogodependencia tienen también otras dificultades complejas que es necesario encarar, como la pobreza, el matrimonio de niños, el abuso sexual, la violencia, el comercio sexual, la trata de mujeres, el repudio y el abandono (sobre todo cuando revelan que son seropositivas), la estigmatización y la discriminación.

Por último, debido a que las mujeres desconocen sus derechos legales, aceptan determinadas situaciones como parte de su vida y están condicionadas a creer que deben subordinarse a sus parejas, a sus familias y a la sociedad.

Panamá: Tratamiento residencial para mujeres

Nombre: Fundación Teen Challenge-Panamá
País: Panamá
Contacto: Dr. Miquel Cedeño T.
Información: Apartado postal 55-1957, Panamá, Panamá
Teléfono: +(507) 616-5601 o +(507) 212-9406/9306
Fax: +(507) 212-9461
Correo electrónico: mangelcete@hotmail.com o mlandince@hotmail.com
Carácter: Organización no gubernamental apoyada con colectas por tiempo limitado de organizaciones nacionales e internacionales; años de funcionamiento: 20

Antecedentes

Teen Challenge trabaja desde hace 24 años en favor de las personas con problemas de abuso de sustancias en todo el país, pero durante muchos años solamente prestó servicios a hombres. Debido al número creciente de mujeres que sufren esos problemas, se decidió crear un centro de tratamiento para ellas.

Objetivos

Los objetivos son prestar asistencia a las panameñas afectadas por problemas de consumo de sustancias y facilitar la reinserción social de las mujeres que se han recuperado después de recibir tratamiento.

Actividades

Inicio: El plan del proyecto se basó en la información estadística recopilada sobre el abuso de sustancias.

Programa de tratamiento: El programa atiende exclusivamente a mujeres de cualquier parte de Panamá, aunque principalmente de la capital. Ofrece tratamiento residencial de mediana y larga duración. Los métodos incluyen terapia espiritual, combinada con terapia laboral u ocupacional, así como con ludoterapia, una forma de terapia basada en actividades recreativas, además de atención psiquiátrica y psicológica, de ser necesaria. Estos diferentes enfoques están mutuamente integrados. El programa admite a embarazadas y presta atención prenatal en colaboración con centros de salud que envían un ginecólogo a visitarlas. Se admite también a madres, a las que se da alojamiento especial para que puedan estar junto con sus hijos. Las embarazadas y las madres participan en el mismo tratamiento que las demás mujeres.

Pacientes: Las pacientes son adultas de 18 años como mínimo con problemas de uso indebido de sustancias lícitas e ilícitas.

Resultados/logros

Entre los logros figura la rehabilitación de muchas panameñas, algunas de las cuales son madres. Muchas trabajan ya y pueden brindar a sus hijos un hogar digno. Las tasas de recuperación del centro son similares a las de los demás centros para mujeres de Panamá y otros países.

Retos

Entre los retos figura la falta de recursos. Se necesitan más fondos a fin de mejorar el entorno físico del centro de tratamiento (mobiliario y otros artículos), en particular para las embarazadas y las madres, y para transporte y suministro de medicamentos (vitaminas) a las pacientes. Aunque la organización trata de resolver estos problemas recaudando fondos, no lo ha logrado plenamente. A veces hay que esperar para ser admitida a este programa exclusivo para mujeres.

Experiencia adquirida

Los problemas de abuso de sustancias no afectan exclusivamente a los hombres, sino también a las mujeres, sobre todo a las jóvenes. Es necesario aumentar la admisión de mujeres al tratamiento, establecer nuevos programas terapéuticos e intensificar las actividades para impedir que los problemas de consumo de sustancias empiecen a una edad temprana.

El éxito del proyecto se debe sobre todo a la dedicación del personal participante.

Estados Unidos: Programa para embarazadas en régimen ambulatorio o residencial con ayuda de medicación

Nombre: Maternal Addiction Treatment, Education and Research (MATER) (Tratamiento, educación e investigaciones sobre drogodependencia materna)
País: Estados Unidos
Contacto: Dr. Karol Kaltenbach, 1201 Chestnut Street, Suite 900, Filadelfia, PA
Teléfono: +(1) (215) 955-4069
Fax: +(1) (215) 568-6414
Correo electrónico: Karol.Kaltenbach@jefferson.edu
Carácter: organización no gubernamental con financiación continuada; años de funcionamiento: 29 (programa ambulatorio) y 12 (programa residencial)

Antecedentes

Maternal Addiction Treatment, Education and Research (MATER) es un proyecto destinado solamente a mujeres cuyo programa ambulatorio se estableció en 1974, en virtud de un subsidio para investigaciones de demostración práctica concedido por el Instituto Nacional contra la Drogadicción (NIDA), como modelo de prestación de servicios amplios a embarazadas adictas a los opioides. A la sazón apenas existían programas de esa índole en el país. Si bien en los últimos quince años en los Estados Unidos se ha hecho hincapié en los programas para mujeres y niños, todavía hay pocos programas especializados en embarazadas. El programa residencial se estableció en 1989, también en virtud de un subsidio para investigaciones de demostración concedido por el NIDA, a fin de evaluar la eficacia del tratamiento residencial de embarazadas adictas a la cocaína. En ese entonces era difícil lograr la participación de esas mujeres en los programas de tratamiento, lo que daba lugar a resultados perinatales deficientes.

Objetivos

Los objetivos son mejorar y conservar la salud y seguridad de las mujeres y sus hijos y de las comunidades a las que pertenecen brindando:

- Un tratamiento orientado a la mujer, con ayuda de medicación, conforme a los últimos adelantos;
- Un tratamiento exhaustivo, humanitario, eficiente y de calidad a las embarazadas y las madres drogodependientes;

- Un tratamiento asequible basado en el modelo de atención de salud pública, que incluya medicación, orientación individual o en grupo, terapia y servicios familiares, educación para la crianza de los hijos, educación para prevenir recaídas, atención prenatal, educación sobre cuestiones de salud de la mujer y servicios de gestión de casos.

Actividades

Inicio del programa: Se utilizaron datos de alcance local y nacional para documentar la necesidad de aplicar el programa, y se aprovecharon conocimientos clínicos y datos de investigaciones para elaborar un modelo capaz de responder a las necesidades de la mujer. Los recursos iniciales se aportaron en forma de subsidios y los recursos sucesivos se obtuvieron de múltiples fuentes de financiación.

Programa de tratamiento: MATER presta amplios servicios especializados en dos modalidades de tratamiento: en régimen ambulatorio intensivo, con capacidad para 170 mujeres, y en régimen de internación, con capacidad para 20 mujeres y sus hijos menores de 6 años (por lo general, el número de niños atendidos es de 20 a 30). Los servicios ofrecidos son orientación individual o en grupo, tratamiento con ayuda de medicación, orientación y análisis en relación con el VIH, cuidados psiquiátricos, atención prenatal y obstétrica, gestión de casos y promoción de las relaciones entre padres e hijos. El programa se basa en pruebas científicas (que provienen de investigaciones de MATER y otras fuentes).

La atención perinatal está a cargo de perinatólogos que trabajan directamente para el programa y entienden de problemas de adicción. La enfermera coordinadora organiza grupos de educación prenatal y sanitaria que se reúnen semanalmente. Los servicios para promover las relaciones entre padres e hijos corren a cargo de personal capacitado en la educación de niños pequeños. MATER tiene centros para promover las relaciones entre padres e hijos en sus programas ambulatorio y residencial, donde se atiende al desarrollo del niño, hay especialistas en relaciones entre padres e hijos que dirigen grupos de carácter didáctico y experimental y se organizan salidas trimestrales para madres e hijos. Si bien todos los componentes del programa han resultado satisfactorios porque se han desarrollado a partir de la evaluación de las tasas de utilización y retención, los componentes más sensiblemente satisfactorios son los servicios prenatales y de crianza de los hijos.

Pacientes: Embarazadas y madres de 18 a 45 años de edad, con una media de 29 años. Aproximadamente, el

15% de ellas son de origen latino, el 40% afroamericanas y el 45% caucásicas. Más del 95% son heroinómanas. Las que no lo son (el 5%) consumen principalmente cocaína, además de marihuana y alcohol. Un gran porcentaje de las heroinómanas también abusa de la cocaína, las benzodiazepinas y la marihuana. La mayoría de las mujeres han sido víctimas de abuso físico o sexual en su infancia y su vida adulta, son jefas de familia y padecen problemas psiquiátricos. El programa presta servicios en toda la zona metropolitana de Filadelfia.

Resultados/logros

Gracias a MATER, las mujeres en situación de alto riesgo pueden llevar a feliz término su embarazo y dar a luz niños sanos. También pueden rehacer su vida y crear un entorno saludable para ellas mismas y sus hijos. El éxito se mide por las condiciones de los nacimientos y los progresos de las mujeres al rehacer su vida. Un estudio de los resultados del tratamiento del programa MATER mostró que las pacientes internadas permanecían en promedio 6,3 meses en tratamiento y las pacientes en régimen ambulatorio, 5,8 meses. En ambos grupos, las que permanecían en tratamiento lograron tasas de abstinencia altas (97% de las pacientes internadas y 47% de las ambulatorias). La proporción de bebés nacidos antes de término o con bajo peso de madres cuidadas hasta el momento del parto fue comparable a la existente a nivel nacional. En casi todos los casos, los recién nacidos dados de alta de los hospitales fueron confiados al cuidado de sus madres [53 a 55].

Retos

Trabajar con la población objetivo de MATER es particularmente difícil porque se deben tener en cuenta muchas cuestiones diversas. La dificultad aumenta por la falta de compromiso político o social a nivel nacional con las mujeres y sus hijos, la actitud despectiva y peyorativa hacia ese grupo y la escasez de recursos para prestar los servicios necesarios, por ejemplo, la falta de fondos suficientes para atender a la demanda de tratamiento residencial o para pagar servicios auxiliares.

Experiencia adquirida

Esta población singular requiere amplios servicios especializados. Otra enseñanza extraída es que cuando esos servicios se brindan en un entorno seguro y propicio, es posible reducir significativamente la morbilidad y mortalidad de las madres y los recién nacidos, y que mejorar las condiciones de vida de las mujeres no solo las beneficia a ellas, sino también a sus familias y a la comunidad en general.

Recomendaciones sobre enfoques satisfactorios y la experiencia adquirida

Las siguientes recomendaciones sobre enfoques satisfactorios y la experiencia adquirida son fruto del examen de la bibliografía, los estudios monográficos y las deliberaciones de la reunión de Viena:

- *Despertar el interés de los principales beneficiarios, sistemas y servicios de la comunidad.* La bibliografía y la experiencia resultante de los estudios monográficos muestran que para establecer con éxito servicios de tratamiento del abuso de sustancias destinados a la mujer se necesita el apoyo de los dirigentes locales, en particular de los que controlan la financiación, así como de una serie de interesados, sistemas y servicios de la comunidad.
- *Aplicar intervenciones de tratamiento basadas en pruebas científicas, en el contexto de la planificación y el desarrollo sistemáticos del proyecto.* Se deben aplicar intervenciones de tratamiento comprobadas que se basen en la planificación y el desarrollo sistemáticos del proyecto, incluida la evaluación sistemática de las necesidades. A fin de lograr sostenibilidad a largo plazo, los programas se deben elaborar teniendo en cuenta los recursos disponibles. Es mejor empezar con un proyecto modesto y ampliarlo a medida que se disponga de recursos sostenibles.
- *Incluir actividades de supervisión y evaluación del programa e investigación.* En la bibliografía se señala la necesidad de aumentar la información sobre las mujeres con problemas de consumo de sustancias y las intervenciones eficaces al respecto. Además, en una serie de proyectos monográficos asentados sobre una sólida base de evaluaciones e investigaciones se ha podido demostrar la influencia de la programación en los resultados logrados con las pacientes, lo cual no solamente impulsa los conocimientos sobre los programas satisfactorios para las mujeres, sino que también proporciona una documentación importante para la continuidad de su financiación. Se debe procurar incluir normalmente actividades de supervisión y evaluación del programa.
- *Realizar investigaciones sobre los métodos de tratamiento de diferentes grupos.* En los debates celebrados en la reunión de Viena se señaló la necesidad de realizar más investigaciones sobre los métodos de tratamiento aplicables a diferentes grupos de mujeres, como las consumidoras de cocaína o crack, y los aplicables a las embarazadas drogodependientes, especialmente en los países en que no está autorizado el tratamiento de sustitución con opioides.

- *Aplicar estrategias de programación culturalmente apropiadas y ancladas en la comunidad.* Los estudios monográficos demuestran la importancia de adaptar las intervenciones eficaces teniendo en cuenta las diferencias existentes entre las mujeres con respecto a su cultura, idioma, situación en la vida y papel social. La programación en la comunidad en régimen ambulatorio es un enfoque satisfactorio, sobre todo en las regiones en que es difícil que las mujeres salgan de su comunidad.
- *Emplear un personal variado, incluso algunas personas que sean reflejo de la población femenina atendida.* En la bibliografía y los debates celebrados en la reunión de Viena se ha reconocido la importancia de emplear personas que tengan antecedentes diversos y compartan algunas características con las pacientes, de modo que puedan ser modelos para ellas. Si se emplea personal masculino, su actuación no debe poner en peligro la seguridad física ni psicológica de las pacientes.
- *Garantizar capacitación y supervisión.* En la bibliografía y los debates celebrados en la reunión de Viena se ha puesto de relieve la importancia de capacitar y supervisar al personal. Los servicios deben esforzarse por contar con personal competente en intervenciones en situación de crisis y orientación personal en caso de traumas y trastornos conexos, así como con aptitudes para la formación profesional y la educación para la integración social.
- *Abordar las cuestiones de reinserción social.* La bibliografía, los estudios monográficos y los debates celebrados en la reunión de Viena indican que las mujeres tienen menos recursos y apoyo que los hombres y necesitan asistencia para desarrollar la autosuficiencia económica, vivienda segura y un sistema de apoyo social. En los debates de los grupos de trabajo de la reunión de Viena se señaló que la reinserción social es más complicada en el caso de la mujer.
- *Establecer relaciones y acuerdos de colaboración con otros servicios y sistemas.* Los estudios monográficos muestran algunas de las dificultades a que hacen frente las pacientes y los programas para obtener los servicios necesarios, así como la necesidad de mantener buenas relaciones de trabajo con los sistemas conexos, especialmente el de bienestar del niño, los servicios de atención prenatal y el sistema de salud mental, así como los sistemas proveedores de recursos prácticos como la vivienda.
- *Ofrecer programas amplios que sean sensibles a las diferencias de género y respondan a las necesidades diferentes de las mujeres.* La bibliografía y los estudios monográficos indican que las mujeres con problemas de consumo de sustancias tienen necesidades complejas y múltiples, diferentes de las de los hombres. Asimismo, muestran que la atención integral, con servicios exclusivamente destinados a mujeres, atención prenatal y guardería, promoción de aptitudes para criar a los hijos y de las relaciones interpersonales, atención a los problemas de salud mental y a las necesidades prácticas, puede aumentar la tasa de retención en el tratamiento y los resultados de éste. En los debates celebrados en la reunión de Viena se observó que la permanencia en el tratamiento aumenta cuando el entorno es favorable, los horarios son flexibles, hay servicios de guardería, se dan facilidades para el transporte y se ofrece terapia optativa para la pareja de la paciente.
- *Tener en cuenta las situaciones traumáticas y los trastornos conexos.* La bibliografía y los estudios monográficos muestran una gran incidencia de situaciones traumáticas y problemas conexos de salud mental en las mujeres con problemas de consumo de sustancias, a lo que se debe responder con un tratamiento integral. En los debates celebrados en la reunión de Viena se observó que uno de los enfoques satisfactorios consistía en adscribir a los servicios de tratamiento del abuso de sustancias personal de servicios especializados en situaciones traumáticas agudas, asegurar el “control de calidad” en la evaluación de las situaciones traumáticas, aceptar y reconocer el problema en las pacientes, respetar la confidencialidad y no ejercer presión sobre las pacientes para que revelen una situación traumática.
- *Brindar tratamiento de sustitución con opioides en el contexto de otros componentes de una atención integral.* La bibliografía indica la eficacia del tratamiento de sustitución con opioides, en particular con metadona, para reducir el consumo de sustancias ilícitas y sus consecuencias y atender a las embarazadas adictas a opioides. Sin embargo, en el caso de las mujeres, el tratamiento de sustitución con opioides debe ofrecerse en el contexto de una atención integral y coordinada que aborde los problemas médicos, psicosociales y prácticos de la vida de las pacientes. A fin de asegurar el acceso al tratamiento de sustitución con opioides, se deben tener presentes cuestiones como los horarios flexibles, el cuidado de los niños pequeños, el transporte y la seguridad.
- *Prestar una atención integral y coordinada a embarazadas y madres.* La bibliografía y los proyectos monográficos muestran que prestar atención en forma multidisciplinaria, integral y práctica y desde un solo punto de acceso a las embarazadas drogodependientes

contribuye a aumentar la permanencia en el tratamiento y los resultados de éste para las madres y los recién nacidos. En los debates celebrados en la reunión de Viena se reconocieron como enfoques satisfactorios los que incluían: programas de motivación anteriores al tratamiento, actividades de promoción de lazos entre la madre y el niño por nacer y de motivación para que las mujeres piensen en sus necesidades de salud a largo plazo, y no solamente en las del bebé; planificación de la familia; sensibilización y promoción del cambio de actitudes de los proveedores de cuidados prenatales y posnatales; apoyo a la madre y el hijo para que permanezcan juntos formando una unidad en los servicios de tratamiento residencial, y una buena supervisión y capacitación en autoasistencia para el personal que trabaje con embarazadas drogodependientes. También se reconoció la importancia de los modelos de reducción del daño para las embarazadas y madres que aún consuman sustancias.

- *Administrar tratamiento de sustitución con opioides a las embarazadas dependientes de esas sustancias.* Es el tratamiento preferible para las mujeres dependientes de opioides que están embarazadas o amamantan a sus hijos, si bien no todos los países permiten que se receten metadona u otras drogas de sustitución. En los debates celebrados en la reunión de Viena se subrayó la necesidad de elaborar directrices para el tratamiento de ese grupo en los países donde no están autorizadas las drogas de sustitución, así como para el tratamiento de las embarazadas que usan psicoestimulantes.

Puntos importantes

Los puntos importantes del capítulo 5 son los siguientes:

- La planificación y elaboración del programa deben basarse en una determinación cuidadosa de las necesidades y deben comprender mecanismos que permitan observar los logros del programa, así como los objetivos y resultados de las pacientes.
- Para establecer un buen programa para mujeres se requiere la participación de interesados directos que puedan prestarle apoyo inicial y a lo largo del tiempo, especialmente en épocas de recursos limitados.
- Al organizar un programa sensible a las necesidades de la mujer se deben tener en cuenta la estructura de los servicios, la participación de personal femenino en las funciones directivas, la forma de garantizar la

seguridad del entorno del tratamiento y la contratación, supervisión y capacitación del personal, parte del cual debería tener algunas características en común con las pacientes y servirles de modelo.

- El tratamiento ambulatorio o diurno, culturalmente apropiado y administrado en la comunidad, cerca del domicilio de las beneficiarias, favorece el acceso y es menos costoso. Sin embargo, hay mujeres que por la gravedad de su drogodependencia y los problemas conexos u otras circunstancias, necesitan tratamiento residencial.
- Los componentes de postratamiento y reinserción social, incluidas las actividades relativas al desarrollo de aptitudes, el empleo y la vivienda, son muy importantes en el tratamiento de la mujer.
- En la evaluación amplia de la situación se deben tener en cuenta los aspectos particularmente pertinentes para la mujer, como las relaciones personales, el embarazo, los problemas de salud mental, incluido el tema del suicidio, el historial de drogodependencia y la violencia actual en el hogar.
- Los programas para mujeres deben ser sensibles a las cuestiones de género en su filosofía y sus principios, con una teoría integrada que sirva de marco para su desarrollo, su contenido y sus materiales. Ofrecer programas para mujeres inspirados en modelos del tratamiento de los hombres, que impliquen censura y enfrentamiento, no producirá ningún resultado favorable para ellas.
- Los estudios realizados demuestran que una programación integral o reforzada, con componentes como los grupos exclusivamente de mujeres, guardería, atención prenatal, temática centrada en la mujer y programación de salud mental, arroja mejores resultados para las mujeres que los programas tradicionales destinados a ambos sexos.
- La aplicación de criterios cognitivo-conductuales al programar el tratamiento de las mujeres ha recibido apoyo científico y clínico.
- En estudios recientes del desarrollo psicológico de la mujer se ha reconocido el papel central que tienen en su vida las relaciones y los contactos personales. La ayuda a la mujer para que aprenda a entablar y mantener relaciones saludables, los grupos integrados solamente por mujeres, la educación y terapia familiares, los servicios de guardería in situ y la capacitación sobre aptitudes para la crianza de los hijos son mecanismos que responden a esa necesidad de contactos y respaldan su red de relaciones.

- Las experiencias traumáticas y los problemas de salud mental son comunes en las mujeres que consumen drogas. Es necesario que en los servicios destinados a la mujer se tenga conciencia del impacto de esos problemas y se elaboren estrategias para atenderlos in situ o remitiendo los casos a otros servicios.
- Las intervenciones farmacológicas contra la adicción a los opioides, sobre todo en el caso de las mujeres embarazadas, pueden reducir el consumo de sustancias ilícitas y los problemas conexos, mejorar la actuación social de las pacientes y crear mejores condiciones para el niño que está por nacer. Sin embargo, esas intervenciones se deben ofrecer en el contexto de tratamientos psicosociales sensibles a las necesidades de la mujer que aborden otras necesidades prácticas.
- Las embarazadas y las madres tienen necesidades singulares que requieren enfoques sin juicios negativos, integrales y coordinados, que entrañen, en particular, coordinación entre los servicios de tratamiento del abuso de sustancias y los sectores encargados del bienestar del niño y de la atención prenatal.

Referencias

1. Abuso de drogas: tratamiento y rehabilitación. Guía práctica de planificación y aplicación (publicación de las Naciones Unidas, núm. de venta: S.03.XI.II) (puede consultarse en: www.unodc.org/unodc/en/treatment_toolkit.html).
2. B. Bloom y S. S. Covington, Gender-specific programming for female offenders: What is it and why is it important?; ponencia presentada en la 50ª reunión anual de la Sociedad Americana de Criminología, Washington, D.C., 11 a 14 de noviembre de 1998 (puede consultarse en: www.centerforgenderandjustice.org).
3. S. S. Covington, Beyond Trauma: a Healing Journey for Women (Center City, Minnesota, Hazelden Publishing and Educational Services, 2003) (puede consultarse en: www.stephaniecovington.com).
4. A. Price y C. Simmel, Partners' Influence on Women's Addiction and Recovery: the Connection Between Substance Abuse, Trauma and Intimate Relationships (Berkeley, California, National Abandoned Infants Assistance Resource Center, School of Social Welfare, Universidad de California en Berkeley, 2002), pág. 37 (puede consultarse en: <http://aia.berkeley.edu/media/pdf/partners.pdf>).
5. B. Bloom, B. Owen y S. S. Covington, Gender-Responsive Strategies: Research, Practice, and Guiding Principles for Women Offenders (Estados Unidos de América, Department of Justice, National Institute of Corrections, 2003) (puede consultarse en: www.nicic.org/pubs/2003/018017.pdf).
6. L. Nelson-Zlupko y otros, Women in recovery: their perceptions of treatment effectiveness, *Journal of Substance Abuse Treatment*, vol. 13, núm. 1 (1996), págs. 51 a 59.
7. W. C. Bonney, D. A. Randall y J. D. Cleveland, An analysis of client-perceived curative factors in a therapy group of former incest victims, *Small Group Behavior: International Journal of Therapy, Counseling and Training*, vol. 17, núm. 3 (1986), págs. 303 a 321.
8. J. Copeland y otros, Evaluation of a Specialist Drug and Alcohol Treatment Service for Women: Jarrah House, Technical Report núm. 17 (Sydney, National Drug and Alcohol Research Center, 1993).
9. C. Kirk y K. R. Amaranth, Staffing issues in work with women at risk for and in recovery from substance abuse, *Women's Health Issues*, vol. 8, núm. 4 (1998), págs. 261 a 266.
10. D. Hedrich, Problem Drug Use by Women: Focus on Community-based Interventions (Estrasburgo, Grupo Pompidou, 2000) (puede consultarse en: www.coe.int/T/E/Social_Cohesion/pompidou_group/5.Publications/).
11. Estados Unidos de América, Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Substance Abuse Treatment, *Intensive Outpatient Treatment for Alcohol and Other Drug Abuse*, Treatment Improvement Protocol series núm. 8 (Rockville, Maryland, 1994) (puede consultarse en: <http://ncadi.samhsa.gov/govpubs/bkd139/>).
12. R. Fiorentine y otros, Drug treatment: explaining the gender paradox, *Substance Use and Misuse*, vol. 32, núm. 6 (1997), págs. 653 a 678.
13. Health Canada, Best Practices: Treatment and Rehabilitation for Women with Substance Use Problems (Ottawa Ministry of Public Works and Government Services, Canadá, 2001) (puede consultarse en: www.cds-sca.com/).
14. National Institute on Drug Abuse, Principles of Drug Addiction Treatment: a Research-Based Guide, NIH publication núm. 99-4180 (Estados Unidos de América National Institute on Drug Abuse, Department of Health and Human Services 1999), pág. 3 (puede consultarse en: www.nida.nih.gov/PODAT/PODAT1.html).

15. Annette Verster y Ulrik Solberg, Social Reintegration in the European Union and Norway, Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (Lisboa, 2003), pág. 4 (puede consultarse en: www.emcdda.eu.int/index.cfm).
16. Universidad de Washington, Addiction Severity Index, University of Washington Modification for Pregnant and Postpartum Women (puede consultarse en: <http://depts.washington.edu/fadu/ASIExitManual.pdf>).
17. Estados Unidos de América, Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Substance Abuse Treatment, Supplementary Administration Manual for the Expanded Female Version of the Addiction Severity Index (ASI) Instrument, the ASI-F, DHSS Publication No. 96-8056 (Rockville, Maryland, 1997).
18. M. Comfort y K. Kaltenbach, The psychosocial history: an interview for pregnant and parenting women in substance abuse treatment and research, *Treatment for Drug Exposed Women and Their Children*, NIDA Research Monograph núm. 166 (Estados Unidos de América, Department of Health and Human Services, National Institute on Drug Abuse, 1996), págs. 123 a 142.
19. Estados Unidos de América, Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, *Center for Substance Abuse Treatment*, Substance Abuse Treatment: Addressing the Specific Needs of Women, Treatment Improvement Protocol series (Rockville, Maryland), en prensa.
20. American Society of Addiction Medicine, Patient Placement Criteria, rev. 2nd ed. (Chevy Chase, Maryland, American Society of Addiction Medicine, 2001).
21. T. M. Grant y otros, When case management isn't enough: a model of paraprofessional advocacy for drug- and alcohol-abusing mothers, *Journal of Case Management*, vol. 5, núm. 1 (1996), págs. 3 a 11.
22. T. Grant y otros, Postpartum follow-up effects of paraprofessional intervention with high-risk women who abused alcohol and drugs during pregnancy, *Journal of Community Psychology*, vol. 31, núm. 3 (2003), págs. 211 a 222.
23. R. Orwin, L. Francisco y T. Bernichon, Effectiveness of Women's Substance Abuse Treatment Programs: a Meta-Analysis (Estados Unidos de América, Center for Substance Abuse Treatment, National Evaluation Data Services, mayo de 2001), pág. 34 (puede consultarse en: www.icpsr.umich.edu/SAMHDA/NTIES/NTIESPDF/SUMMARIES/21_womens_meta_analysis.pdf).
24. O. S. Ashley, M. E. Marsden y T. M. Brady, Effectiveness of substance abuse treatment programming for women: a review, *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, vol. 29, núm. 1 (2003), págs. 19 a 53.
25. T. M. Winhusen y F. Kropp, Psychosocial treatments for women with substance use disorders, *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, vol. 30, núm. 3 (2003), págs. 483 a 499.
26. J. Copeland y W. Hall, A comparison of women seeking drug and alcohol treatment in a specialist women's and two traditional mixed-sex treatment services, *British Journal of Addiction*, vol. 87, núm. 9 (1992), págs. 1293 a 1302.
27. J. Copeland y W. Hall, A comparison of predictors of treatment drop-out of women seeking drug and alcohol treatment in a specialist women's and two traditional mixed-sex treatment services, *British Journal of Addiction*, vol. 87, núm. 6 (1992), págs. 883 a 890.
28. J. O. Prochaska y C. C. DiClemente, *The Transtheoretical Approach: Crossing Traditional Boundaries of Therapy* (Homewood, Illinois, Dow Jones-Irwin, 1984).
29. S. Rollnick y W. R. Miller, What is motivational interviewing?, *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, vol. 23, 1995, págs. 325 a 334 (puede consultarse en: www.motivationalinterviewing.org).
30. Estados Unidos de América, Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, *Center for Substance Abuse Treatment*, Enhancing Motivation for Change in Substance Abuse Treatment, Treatment Improvement Protocol series núm. 35 (Rockville, Maryland, 2002) (puede consultarse en: <http://www.health.org/govpubs/bkd342/>).
31. V. B. Brown y otros, Women's steps of change and entry into drug abuse treatment: a multidimensional stages of change model, *Journal of Substance Abuse Treatment*, vol. 18, núm. 3 (2000), págs. 231 a 240.
32. S. S. Covington y J. Surrey, The Relational Model of Women's Psychological Development: implications for substance abuse, *Gender and Alcohol: Individual and Social Perspectives*, Sharon Wilsnack y Richard Wilsnack, eds. (New Brunswick, New Jersey, Rutgers Center of Alcohol Studies, 1997), págs. 335 a 351 (puede consultarse en: www.stephaniecovington.com).
33. N. Finkelstein y otros, Gender-Specific Substance Abuse Treatment (National Women's Resource Center for the Prevention and Treatment of Alcohol, Tobacco and Other Drug Abuse and Mental Illness and Substance Abuse and Mental Health Services Administration and Health Resources and Services Administration, 1997).
34. S. S. Covington, Helping women recover: creating gender-responsive treatment, *The Handbook of Addiction Treatment for Women: Theory and Practice*, S. L. Straussner y S. Brown, eds. (San Francisco, Jossey-Bass, 2002) (puede consultarse en: www.stephaniecovington.com).

35. S. S. Covington y J. Surrey, The Relational Model of Women's Psychological Development: implications for substance abuse, *Work in Progress*, Working Paper Series núm. 91 (Wellesley, Massachusetts, Stone Center, 2000) (puede consultarse en: www.stephaniecovington.com).
36. L. M. Najavits, Training clinicians in the seeking safety treatment protocols for post traumatic stress disorder and substance abuse, *Alcoholism Treatment Quarterly*, vol. 18, núm. 3 (2000), págs. 83 a 98.
37. Health Canada, Best Practices: Concurrent Mental Health and Substance Use Disorders (Ottawa, Ministry of Public Works and Government Services of Canada, 2002) (puede consultarse en: www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/cds/pdf/concurrentBestPractice.pdf).
38. M. M. Linehan y otros, Dialectical behavior therapy versus comprehensive validation therapy plus 12-step for the treatment of opioid dependent women meeting criteria for borderline personality disorder, *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 67, núm. 1 (2002), págs. 13 a 26.
39. L. M. Najavits, *Seeking Safety: a Treatment Manual for PTSD and Substance Abuse* (Nueva York, Guilford Press, 2002).
40. N. Finkelstein, A model of care for trauma-informed and trauma-sensitive services: the WELL & WELL child projects, ponencia presentada en el Missouri Spring Training Institute, 29 de mayo de 2003.
41. D. Hiebert-Murphy y L. Woytkiw, A model for working with women dealing with child sexual abuse and addictions: the Laurel Centre, Winnipeg, Manitoba, Canada, *Journal of Substance Abuse Treatment*, vol. 18, núm. 4 (2000), págs. 387 a 394.
42. G. Fischer, Special issues in services for pregnant and parenting women, ponencia presentada en la reunión de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito titulada Women's Drug Treatment: Lessons Learned, Viena, 15 a 17 de diciembre de 2003.
43. N. G. Bartholomew y otros, Effectiveness of a specialized intervention for women in a methadone program, *Journal of Psychoactive Drugs*, vol. 26, núm. 3 (1994), págs. 249 a 255.
44. R. P. Mattick y otros, Methadone maintenance therapy versus no opioid replacement therapy for opioid dependence (Cochrane Review), *The Cochrane Library*, Issue 3, 2004 (puede verse resumen en: www.cochrane.org/cochrane/revabstr/AB002209.htm).
45. Health Canada, Best Practices: Methadone Maintenance Treatment (Ottawa, Ministry of Public Works and Government Services of Canada, 2002) (puede consultarse en: www.cds-sca.com).
46. R. P. Mattick y otros, Buprenorphine maintenance versus placebo or methadone maintenance for opioid dependence (Cochrane Review), *The Cochrane Library*, Issue 3, 2004 (puede verse resumen en: www.cochrane.org/cochrane/revabstr/AB002207.htm).
47. Health Canada, Best Practices: Fetal Alcohol Syndrome/Fetal Alcohol Effects and the Effects of Other Substance Use During Pregnancy (Ottawa, Ministry of Public Works and Government Services of Canada, 2001) (puede consultarse en: www.cds-sca.com).
48. N. Poole, Evaluation Report of the Sheway Project for High-Risk Pregnant and Parenting Women (Vancouver, British Columbia, Centre of Excellence for Women's Health, 2000) (puede consultarse en: www.bccwh.bc.ca/PDFs/shewayreport.pdf).
49. G. Fischer, Treatment of opioid dependence in pregnant women, *Addiction*, vol. 95, núm. 8 (2000), págs. 1141 a 1144.
50. G. Fischer y otros, Maintenance therapy with synthetic opioids within a multidisciplinary program: a stabilizing necessity for pregnant opioid dependent women, *Archives of Women's Mental Health*, vol. 1, núm. 3 (1998), págs. 109 a 116.
51. G. Fischer y otros, Pregnancy and substance abuse, *Archives of Women's Mental Health*, vol. 2, núm. 2 (1999), págs. 57 a 65.
52. G. Fischer y otros, Comparison of methadone and slow release morphine maintenance in pregnant addicts, *Addiction*, vol. 94, núm. 2 (1999), págs. 231 a 239.
53. M. L. Comfort y K. Kaltenbach, Biopsychosocial characteristics and treatment outcomes of pregnant cocaine dependent women in residential and outpatient substance treatment, *Journal of Psychoactive Drugs*, vol. 31, núm. 3 (1999), págs. 279 a 289.
54. M. L. Comfort y K. Kaltenbach, Predictors of treatment outcomes for substance-abusing women: a retrospective study, *Substance Abuse*, vol. 21, núm. 1 (2000), págs. 33 a 45.
55. M. L. Comfort y otros, Multiple predictors of substance-abusing women's treatment and life outcomes: a prospective longitudinal study, *Addictive Behaviors*, vol. 28, núm. 2 (2003), págs. 199 a 224.

Bibliografía

Evaluación y planificación del tratamiento

Estados Unidos de América, Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Substance Abuse Treatment. The role and current status of patient placement criteria in the treatment of substance use disorders. Rockville, Maryland, 2002. Treatment Improvement Protocol series núm. 13.

Intervenciones psicosociales

Bloom, B. Gender-responsive programming for women offenders: guiding principles and practices, *Forum on corrections research* 11: 3: 22 a 27, 1999.

Chander, G., y McCaul, M. E. Co-occurring psychiatric disorders in women with addictions, *Obstetrics and gynecology clinics of North America* 30:3:469 a 481, 2003.

Covington, S. S. Gender-responsive services. Ponencia presentada en la reunión de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito titulada Women's Drug Treatment: Lessons Learned, Viena (Austria), 15 a 17 de diciembre de 2003.

Dahlgren, L. y Willander, A. Are special treatment facilities for female alcoholics needed? A controlled 2-year follow-up study from a specialized female unit (EWA) versus a mixed male/female treatment facility. *Alcoholism: clinical and experimental research* 13:4:499 a 504, 1989.

The effectiveness of incentives in enhancing treatment attendance and drug abstinence in methadone-maintained pregnant women. H. Jones y otros, *Drug and alcohol dependence* 61:3:297 a 306, 2001.

Evaluation of a specialist drug and alcohol treatment service for women; Jarrah House. J. Copeland y otros, Sydney, National Drug and Alcohol Research Center, 1993. Technical report núm. 17.

Gordon, S. M. Women and addiction: gender issues in abuse and treatment. Caron Foundation, 2002.

Health Canada. Best practices: substance abuse treatment and rehabilitation. Ottawa, Canada, Ministry of Public Works and Government Services, 1999.

Moras, K. Behavioral therapies for female drug users: an efficacy-focused review. Drug addiction research and the health of women. Cora Lee Wetherington y Adele B. Roman, eds. Rockville, Maryland, Estados Unidos de América, National Institute on Drug Abuse, United States Department of Health and Human Services, 1998. págs. 197 a 222. NIH publication núm. 98-4289

Poole, N., Greaves, L., y Cormier, R. A. Integrating treatment for tobacco and other addictions at the Aurora Centre of the British Columbia Women's Hospital and Health Centre. *Canadian journal of nursing research* 35:1:95 a 102, 2003.

Price, A., y Simmel, C. Partners' influence on women's addiction and recovery; the connection between substance abuse, trauma and intimate relationships. Berkeley, California, Universidad de California en Berkeley, 2002.

Swift, W., y Copeland, J. Treatment needs of women with alcohol and other drug problems; experiences and views of Australian treatment personnel. *Drug and alcohol review* 17:1:59 a 67, 1998.

Targeting nicotine addiction in a substance abuse program. J. R. Sharp y otros. *NIDA science and practice perspectives* 2:1:33 a 39, 2003.

Underhill, B. L. Recovery needs of lesbian alcoholics in treatment. *Feminist perspectives on addictions*, N. Van Den Bergh, ed. New York, Springer, 1991. págs. 73 a 86.

Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte, Department of Health, National Treatment Agency for Substance Misuse. Models of care for the treatment of drug misusers. London, National Treatment Agency, 2002.

Estados Unidos de América, Department of Health and Human Services, National Institute on Drug Abuse. Treatment methods for women. *NIDA infofacts*, 2003.

Organización Mundial de la Salud. Women and the tobacco epidemic; challenges for the 21st century. Jonathan M. Samet y Soon-Young Yoon, eds. Organización Mundial de la Salud, 2001. WHO/NMH/TFI/01.1

Intervenciones farmacológicas

Bogenschutz, M. P., y Geppert, C. M. A. Pharmacologic treatments for women with addictions. *Obstetrics and gynecology clinics of North America* 30:3:523 a 544, 2003.

Buprenorphine treatment of pregnant opioid-dependent women; maternal and neonatal outcomes. R. E. Johnston y otros. *Drug and alcohol dependence* 63:1:97 a 103, 2001.

Gordon, S. M. Heroin; challenge for the 21st Century. Caron Foundation, 2001.

Services provided during methadone treatment: a gender comparison. G. A. Rowan-Szal y otros. *Journal of substance abuse treatment* 19:1:7 a 14, 2000.

Verster, A., y Buning, E. European methadone guidelines. Euro-*Metbwork*, 2000.

Embarazo y crianza de los hijos

Bolnick, J. M., y Rayburn, W. F. Substance use disorders in women; special considerations during pregnancy. *Obstetrics and gynecology clinics of North America* 30:3:545 a 558, 2003.

Child care and parenting education within drug treatment programs for pregnant and parenting women. C. McMurtrie y otros. *Women's health issues* 8:4:246 a 253, 1998.

Consejo de Europa, Grupo Pompidou. Pregnancy and drug misuse; proceedings of the symposium on pregnancy and drug misuse. Estrasburgo (Francia), 6 y 7 de marzo de 1997.

Consejo de Europa, Grupo Pompidou. Pregnancy and drug misuse: Up-date 2000. Proceedings of the seminar on pregnancy and drug misuse, Estrasburgo (Francia), 29 y 30 de mayo de 2000.

Creamer, S., y McMurtrie, C. Special needs of pregnant and parenting women in recovery; a move toward a more women-centered approach. *Women's health issues* 8:4:239 a 245, 1998.

Fischer, G. Special issues in services for pregnant and parenting women. Ponencia presentada en la reunión de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito titulada Women's Drug Treatment: Lessons Learned, Viena, 15 a 17 de diciembre de 2003.

Howell, E. M., Heiser, N., y Harrington, M. A review of recent findings on substance abuse treatment for pregnant women. *Journal of substance abuse treatment* 16:3:195 a 219, 1999.

Leopold, B., y Steffan, E. Special needs of children of drug misusers. Consejo de Europa, Grupo Pompidou, 1997.

Neonatal outcome following buprenorphine maintenance during conception and throughout pregnancy. S. D. Schindler y otros. *Addiction* 98:1:103 a 110.

Roberts, L. W., y Dunn, L. B. Ethical considerations in caring for women with substance use disorders. *Obstetrics and gynecology clinics of North America* 30:3:559 a 582, 2003.

Sherman, B. R., Sanders, L. M., y Yearde, J. Role-modeling healthy behavior; peer counseling for pregnant and postpartum women in recovery. *Women's health issues* 8:4:230 a 238, 1998.

Treatment of opioid-dependent pregnant women with buprenorphine. G. Fischer y otros. *Addiction* 95:2:239 a 244, 2000.

Estados Unidos de América, Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, *Center for Substance Abuse Treatment*. Benefits of residential substance abuse treatment for pregnant and parenting women; highlights from a study of 50 demonstration programs of the Center for Substance Abuse Treatment. Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2001.

Estados Unidos de América, Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, *Center for Substance Abuse Treatment*. Improving treatment for drug-exposed infants. Rockville, Maryland, 1993. Treatment Improvement Protocol series núm. 5.

Estados Unidos de América, Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, *Center for Substance Abuse Treatment*. Pregnant, substance-using women. Rockville, Maryland, 1993. Treatment Improvement Protocol series núm. 2.

Estados Unidos de América, National Institute on Drug Abuse. Buprenorphine treatment of pregnant opioid-dependent women; maternal and neonatal outcomes. Child and Adolescent Workgroup, 2003.

Supervisión y evaluación de los programas

Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. Manual del GAP. Publicación de las Naciones Unidas para la venta.

Organización Mundial de la Salud. Evaluation of psychoactive substance use disorder treatment. 2000, Workbook series.



NACIONES UNIDAS
Oficina contra la Droga y el Delito

Vienna International Centre, P.O. Box 500, 1400 Vienna, Austria
Tel: (+43-1) 26060-0, Fax: (+43-1) 26060-5866, www.unodc.org

كيفية الحصول على منشورات الأمم المتحدة

يمكن الحصول على منشورات الأمم المتحدة من المكتبات ودور التوزيع في جميع أنحاء العالم. استعلم عنها من المكتبة التي تتعامل معها أو اكتب إلى: الأمم المتحدة، قسم البيع في نيويورك أو في جنيف.

如何购取联合国出版物

联合国出版物在全世界各地的书店和经营处均有发售。 请向书店询问或写信到纽约或日内瓦的联合国销售组。

HOW TO OBTAIN UNITED NATIONS PUBLICATIONS

United Nations publications may be obtained from bookstores and distributors throughout the world. Consult your bookstore or write to: United Nations, Sales Section, New York or Geneva.

COMMENT SE PROCURER LES PUBLICATIONS DES NATIONS UNIES

Les publications des Nations Unies sont en vente dans les librairies et les agences dépositaires du monde entier. Informez-vous auprès de votre libraire ou adressez-vous à: Nations Unies, Section des ventes, New York ou Genève.

КАК ПОЛУЧИТЬ ИЗДАНИЯ ОРГАНИЗАЦИИ ОБЪЕДИНЕННЫХ НАЦИЙ

Издания Организации Объединенных Наций можно купить в книжных магазинах и агентствах во всех районах мира. Наводите справки об изданиях в вашем книжном магазине или пишите по адресу: Организация Объединенных Наций, Секция по продаже изданий, Нью-Йорк или Женева.

CÓMO CONSEGUIR PUBLICACIONES DE LAS NACIONES UNIDAS

Las publicaciones de las Naciones Unidas están en venta en librerías y casas distribuidoras en todas partes del mundo. Consulte a su librero o diríjase a: Naciones Unidas, Sección de Ventas, Nueva York o Ginebra.

Printed in Austria
V.04-55686—April 2005—540

United Nations publication
Sales No. S.04.XI.24
ISBN 92-1-348104-7

