



TRATAMIENTO DOCUMENTOS TÉCNICOS

MUJERES Y TRATAMIENTO DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS
EMBARAZO, PUERPERIO Y LACTANCIA

MUJERES Y TRATAMIENTO DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS
EMBARAZO, PUERPERIO Y LACTANCIA

Mujeres y Tratamiento de Alcohol y otras Drogas

Área Técnica en Tratamiento y Rehabilitación. División Programática
Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, SENDA
Ministerio del Interior y Seguridad Pública
Gobierno de Chile

Este documento fue elaborado por la psicóloga Ada Pérez Berti, experta en tratamiento de mujeres consumidoras problemáticas de sustancias y asesora especializada del Área del Tratamiento del Servicio Nacional para la Prevención y la Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, SENDA.

Santiago, Chile

2016

© SENDA Todos los derechos reservados.

Registro de Propiedad Intelectual N° A-265111

ISBN: 978-956-9141-37-9

Este material puede ser reproducido total o parcialmente para fines de difusión y capacitación citando la fuente.
Prohibida su venta.

ÍNDICE

Presentación	4
Capítulo I Mujeres y Consumo de Sustancias	6
1. Las mujeres con consumo problemático de sustancias, a partir de estudios internacionales	7
2. Perfil sociodemográfico de las mujeres con consumo problemático de sustancias en Chile	10
Capítulo II Embarazo, Puerperio, Lactancia y Drogas	20
1. Antecedentes históricos	21
2. Representaciones sociales en el embarazo	23
3. Madre hay una sola	25
4. En el nombre del padre	26
5. Mujeres embarazadas con consumo de sustancias	33
6. Perfil sociodemográfico de las mujeres embarazadas con consumo problemático de sustancias en Chile	36
7. Efectos de las drogas y/o alcohol, en el feto y el niño o niña	45
8. Lactancia y consumo de drogas y/o alcohol	46
Capítulo III Mujeres, Tratamiento y Perspectiva de Género	50
1. Programas de tratamiento para mujeres, con perspectiva de género	51
a. Obstaculizadores	53
b. Facilitadores	59
c. Sugerencias para las fases del tratamiento	60
2. Intervenciones sugeridas con mujeres embarazadas	66
a. Detección del consumo de sustancias	66
b. Recomendaciones para el tratamiento de mujeres embarazadas	67
c. Sugerencias sobre recién nacidos/as	70
d. Posturas sobre la lactancia en el tratamiento	71
Capítulo IV Orientaciones para Asesorar a los Equipos de Tratamiento	74
1. Desarrollo técnico y construcción del vínculo	75
2. Sugerencias para asesorar equipos que atienden mujeres	76
Bibliografía	79



PRESENTACIÓN



El área de Tratamiento de la División Programática del Servicio Nacional para la Prevención y la Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, SENDA, ha promovido el desarrollo de intervenciones terapéuticas que respondan a las necesidades y motivaciones de quienes acceden a un programa de tratamiento por consumo de sustancias; entendiendo que el proceso de recuperación de cada persona es *único*, aunque el problema que origina la atención es similar, cada persona según su género, según su edad su condiciones ambientales y su cultura, presenta una singularidad en la manifestación de sus síntomas, en sus fortalezas y en sus debilidades.

El objetivo de la presente publicación es poner a disposición de los profesionales que realizan acompañamiento técnico a los equipos que entregan tratamiento a mujeres consumidoras problemáticas de sustancias, especialmente aquellas que se encuentran en estado de embarazo puerperio y lactancia, así como también a los propios profesionales que conforman esos equipos, orientaciones y sugerencias contenidas en la literatura internacional y en la propia experiencia nacional, para la detección, tratamiento y rehabilitación de esta población.

Este documento es el quinto de la serie denominada: *Mujeres y Tratamiento de Drogas*, que el área de Tratamiento de SENDA viene publicando desde el año 2004.

Esperamos que sea una herramienta útil de trabajo, para todos los intervinientes de los niveles de atención para población femenina, con problemas asociados al consumo de Alcohol y otras Drogas de la red social y sanitaria de nuestro país.



CAPÍTULO I

MUJERES Y CONSUMO DE SUSTANCIAS



1. LAS MUJERES CON CONSUMO PROBLEMÁTICO DE SUSTANCIAS, A PARTIR DE ESTUDIOS INTERNACIONALES

Según informes de estudios internacionales, respecto del perfil de las mujeres con consumo problemático de sustancias, Carmen Meneses (2007) señala que:

Si bien se aprecia un incremento constante de mujeres con usos problemáticos de drogas, numerosos estudios que analizan las diferencias por sexo de las personas en tratamiento, como el de Wechsberg y otros (1998) (con una muestra de 10.010 pacientes pertenecientes a 96 programas de tratamiento de 11 ciudades norteamericanas), indican una mayor prevalencia de varones.

Al analizar los motivos de la menor presencia de mujeres refieren la influencia del modelo de tratamiento y la tendencia de las mujeres a acudir más a los servicios de salud que a los dispositivos específicos sobre drogodependencias (Castaños, M.; Meneses, C.; Palop, M.; Rodríguez, M.; Tubert, S. 2007, p. 17).

La autora asocia lo anterior con la necesidad que ellas tienen de pedir ayuda, a la vez de no querer ser vistas como mujeres con problemas con el consumo de sustancias. Interpretación que sintoniza con lo que relatan en Chile algunos equipos de tratamiento y se asocia a un ocultamiento del consumo para no ser estigmatizadas.

A partir de diversos estudios internacionales, Carmen Meneses (2007) presenta las siguientes características a considerar en los perfiles de las mujeres, las cuales, más adelante en el texto, podremos ver que, la mayoría, se asemejan al perfil de las mujeres en Chile, que presentan consumo problemático de drogas y/o alcohol:

1. Las diferencias entre mujeres y hombres presentes en la sociedad se reflejan en los consumos de drogas. De ahí que los roles de género se manifiesten en los contextos de usos de drogas (Forth-Finegan, 1991; Hser y cols., 1987; Reed, 1987).
2. En los patrones de consumo -dosis, frecuencia, contexto, vías de administración, etc.- se observan diferencias entre mujeres y hombres (Dawson y Archer, 1992), si bien este tipo de análisis se ha realizado con mayor exhaustividad para determinadas sustancias (Lex, 1991; Babcock, 1996).
3. El nivel educativo y la capacitación profesional de las mujeres con drogodependencias es menor que en los varones (Nelson-Zlupko, 1996; Wechsberg y otros, 1998; Uriel-Miller y otros, 1998; Westermeyer y cols., 1998; Amaro y cols., 1999; Hser y cols., 2003).
4. En muchos casos, las mujeres tienen poca experiencia laboral, están desempleadas u ocupan puestos de trabajo de ingresos muy bajos, dependiendo económicamente de sus parejas (Wechsberg y otros, 1998; Amaro y cols., 1999).
5. Es frecuente que el inicio del consumo se produzca con usuarios varones, ya sea desde una relación afectiva o no (Eldred y Washington, 1976; Anglin y cols., 1987; Gossop y cols., 1994; Boyd y Guthrie, 1996; Wechsberg y otros, 1998; Hser y cols., 2003; Hser y cols., 2004); además, con la pareja puede incrementar el consumo de drogas (Hser y cols., 2005).

6. Muestran escaso poder de negociación con sus parejas ante los comportamientos de riesgo: en las relaciones sexuales y en la utilización compartida de material de inyección (Wells y Jackson, 1992; Freeman y cols., 1994; Wechsberg y cols., 1998).
7. En mayor medida viven solas, han salido del hogar familiar precozmente, reciben menos apoyo de la familia y de la comunidad (Dodge y Potocky-Tripodi, 2001). El aislamiento social las hace más vulnerable a la violencia de su pareja (Farris y Fenaughty, 2002).
8. Las mujeres con drogodependencias pueden haber vivido abusos físicos y sexuales en la infancia, es decir, antes de iniciarse el consumo de drogas, pero también haber sido maltratadas física y psicológicamente o abusadas sexualmente durante el periodo de consumo (Forth-Finegan, 1991; Swift y cols., 1996; Boyd y cols., 1997; Jarvis y cols., 1998; Wechsberg y otros, 1998; Murphy y cols., 1998; Westermeyer y cols., 1998; Amaro y cols., 1999; Cosden y Cortez-Ison, 1999; Fiorentine y cols., 1999; Farris y Fenaughty, 2002).
9. Pueden presentar problemas sexuales, en gran parte debido a los traumas sufridos (Forth-Finegan, 1991; Covington, 1997; Gordon, 2002).
10. Algunas mujeres son amas de casa, madres responsables del cuidado y la crianza sin ningún tipo de apoyo, encontrándose solas para asumir estas tareas (Gossop y cols., 1994; Swift y cols., 1996; Uriel-Miller y otros, 1998; Westermeyer y cols., 1998; Amaro y cols., 1999; Westermeyer y Boedicker, 2000; Hser y cols., 2003; McMahon y cols., 2005), aunque el consumo puede implicar dificultades para desempeñar su rol como madre (Goldestein y cols., 1996; Taylor, 1998).
11. La valoración social de las mujeres con problemas de consumo de sustancias comparada con los varones es más negativa, generando un mayor estigma social hacia ellas al transgredir los comportamientos normativos asociados socialmente a las mujeres (Rosenbaum, 1981; Forth-Finegan, 1991; Taylor, 1993; Inciardi y cols., 1993).
12. Sienten en mayor medida vergüenza, culpa y baja autoestima (Rosenbaum, 1981; Forth-Finegan, 1991; Inciardi y cols., 1993; Taylor, 1998; Curtis-Bobes y Jenkins-Monroe, 2000) porque viven una mayor estigmatización social.
13. Distintos estudios señalan una mayor severidad en cuanto a las repercusiones del consumo en el caso de las mujeres (Byqvist, 1999; Arfken y col., 2001), así como un mayor deterioro (Gossop y cols., 1994), dado que las situaciones sociales de partida son más precarias y desiguales.
14. Se observa una mayor prevalencia de trastornos psicológicos o psiquiátricos: ansiedad, depresión, estrés postraumático, intentos de suicidio y trastornos de la alimentación (Kingree, 1995; Wechsberg y otros, 1998; Uriel-Miller y otros, 1998; Westermeyer y cols., 1998; Grella y Joshi, 1999; Amaro y cols., 1999; Neale, 2004).
15. El uso continuado de drogas (heroína y alcohol) puede provocar alteraciones en el ciclo menstrual como amenorrea, irregularidades en la menstruación, etc. (Schmittner, J., 2004).
16. Recurren en mayor medida al ejercicio de la prostitución como modo de supervivencia y mantenimiento del consumo (Silverman, 1982; Grella y Joshi, 1999; Byqvist, 1999; Neale, 2004) y, a su vez, esta actividad puede dar lugar a un incremento del consumo (Taylor, 1998).

17. Los consumos de drogas tienen significados y motivaciones distintas en las mujeres, utilizándose en algunos casos para paliar síntomas de trastornos psicológicos o de condiciones sociales muy adversas (Hser y cols., 1987; Forth-Finegan, 1991; Boyd y cols., 1997).
18. La existencia de antecedentes de consumo problemático en la familia parece ser más recurrente e influyente en las mujeres que en los varones (Boyd y Guthrie, 1995; Westermeyer y Boedicker, 2000).
19. Se aprecia un periodo de tiempo menor entre el inicio del consumo de drogas y la dependencia a sustancias (Ellinwood y cols., 1966; Anglin y cols., 1987; Nelson-Zlupko, 1996; Grella y Joshi, 1999; Westermeyer y Boedicker, 2000).
20. Al principio la literatura mostraba a las mujeres en un papel muy pasivo respecto a la iniciación y mantenimiento del consumo de drogas. Sin embargo trabajos posteriores muestran estilos opuestos (Rosenbaum, 1979; Hser y col., 1987; Taylor, 1993), indicando que las mujeres son bastante activas y articulan estrategias diversas para el mantenimiento del consumo y su supervivencia.
21. Tienen escasos apoyos para ponerse en tratamiento, incluso pueden contar con la oposición de sus parejas, además de la familia (Curtis-Bobes y Jenkins-Monroe, 2000). Para las mujeres con drogodependencias los vínculos y relaciones personales son muy importantes y pueden anteponer las necesidades de los y las demás a las suyas.
22. El estilo de vida está asociado a los comportamientos de riesgo, siendo diferentes en varones y mujeres (Loxley y cols., 1998, pág. 17-20).

2. PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DE LAS MUJERES CON CONSUMO PROBLEMÁTICO DE SUSTANCIAS EN CHILE

Considerando el listado anterior de Carmen Meneses sobre cómo son las mujeres, de diferentes países, que presentan consumo problemático de sustancias, es relevante señalar que solo un par de estos puntos son menos atingentes a la realidad de las mujeres chilenas, por ejemplo, que en Chile solo tenemos un consumo aislado de heroína.

Esto da cuenta, de una población de mujeres de diferentes lugares del mundo, incluido nuestro país, que viven experiencias de trauma temprano, desde abandonos hasta abusos psicológicos, físicos y sexuales, quienes son exigidas desde lo doméstico, viven violencia intrafamiliar, son dependientes de sus parejas hombres; con quienes habitualmente inician consumo de las mismas sustancias de las que se hacen dependientes antes que ellos, viven más pobreza, porque tienen menos estudio y capacitación, y acceden a trabajos con peores sueldos, en comparación con los hombres.

Sobre ellas recaen más estigmas que, sobre los hombres, cuando tienen consumo de sustancias, de modo que presentan más sentimientos de vergüenza, culpa, y baja autoestima. Tienen más problemas judiciales por sus hijos e hijas, que los hombres con consumo problemático de sustancias. También se ha visto que hay más mujeres con patologías psiquiátricas -trastorno límite de la personalidad, bulimia, anorexia- asociadas al diagnóstico de consumo de sustancias.

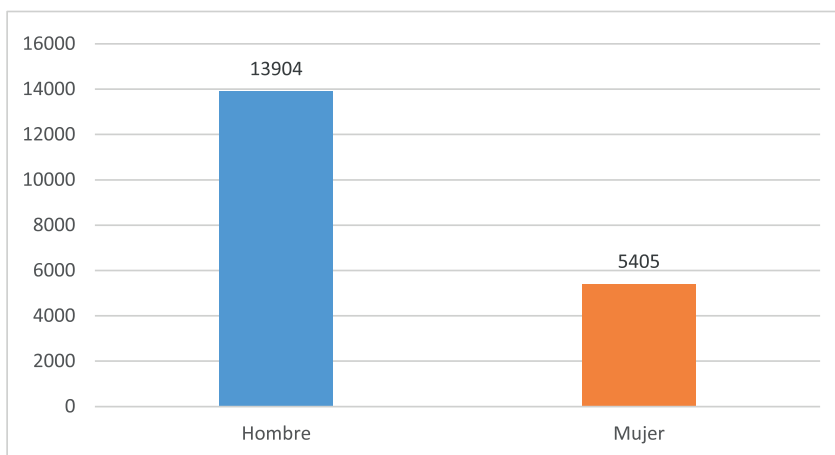
Cuando se trata de mujeres embarazadas, puérperas o en período de lactancia, lo anterior se agudiza, complejizando el tratamiento desde lo vincular y, constituyéndose en ocasiones, en barreras para el ingreso o adherencia al tratamiento.

A continuación, se presentan datos obtenidos desde el Sistema de Información y Gestión de Tratamiento (SISTRAT) de SENDA, con respecto a los perfiles sociodemográficos de las mujeres que ingresaron a tratamiento durante el período enero a diciembre del año 2016.

Durante el año 2016, han participado del tratamiento para personas adultas un total de 19.309 personas, de las cuales 13.904 (72%) son hombres y 5.405 mujeres (28%). Cabe destacar que, si bien el convenio para población adulta incluye a personas sobre 19 años, en el caso de las mujeres embarazadas se puede hacer excepciones e incluirlas igualmente en tratamiento, aun cuando sean menores a esa edad, dada su condición de gestantes. Ver gráfico 1.

Gráfico 1

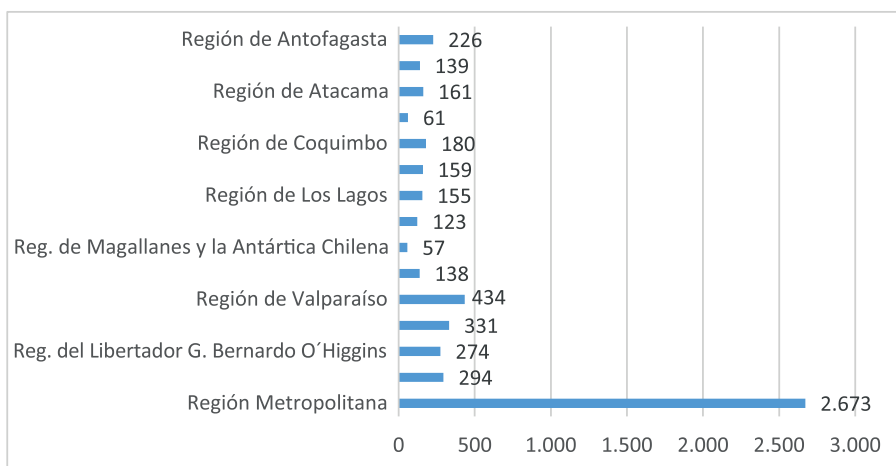
Total de personas tratadas



Del total de 5.405 mujeres tratadas en este período, el 49,5% se registra en la región Metropolitana (2.673), seguidas de un 8% en la región de Valparaíso (434) y un 6,1% en la región del Biobío (331), le siguen de cerca las regiones del Maule y del Libertador Bernardo O´Higgins con 294 y 274 casos respectivamente. El resto de las mujeres se desagregan en porcentajes menores a lo largo del país. Ver gráfico 2.

Gráfico 2

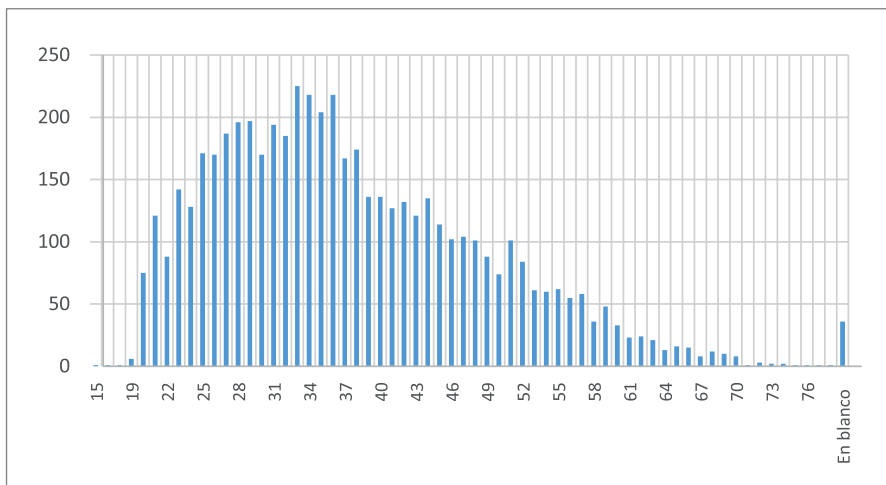
Mujeres tratadas en las regiones



2.117 mujeres, equivalentes al 39,2% del total, tienen edades entre los 25 y 35 años. Ver gráfico 3.

Gráfico 3

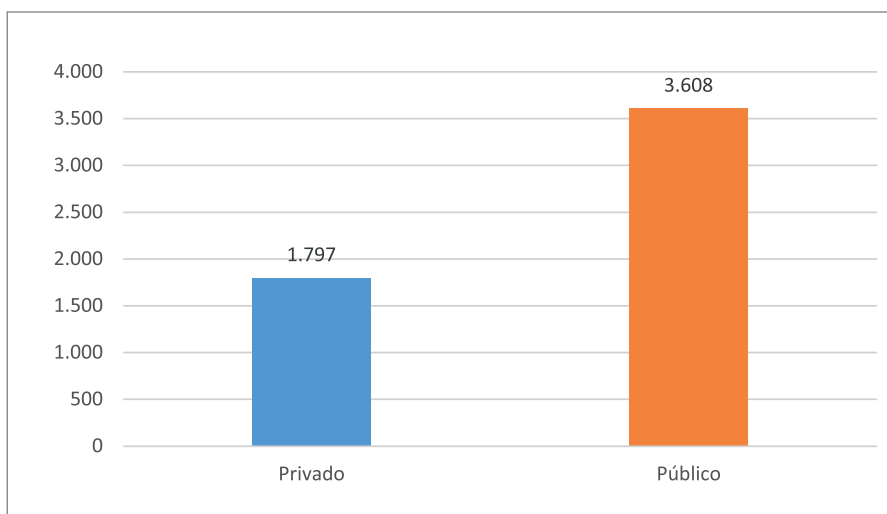
Edad de las mujeres tratadas



Las 5.405 mujeres tratadas se atendieron preferentemente en centros públicos de tratamiento. Un 66,7%, es decir 3.608 mujeres, acuden a centros públicos, en tanto 1.797 (33,3%) asisten a centros privados. Ver gráfico 4.

Gráfico 4

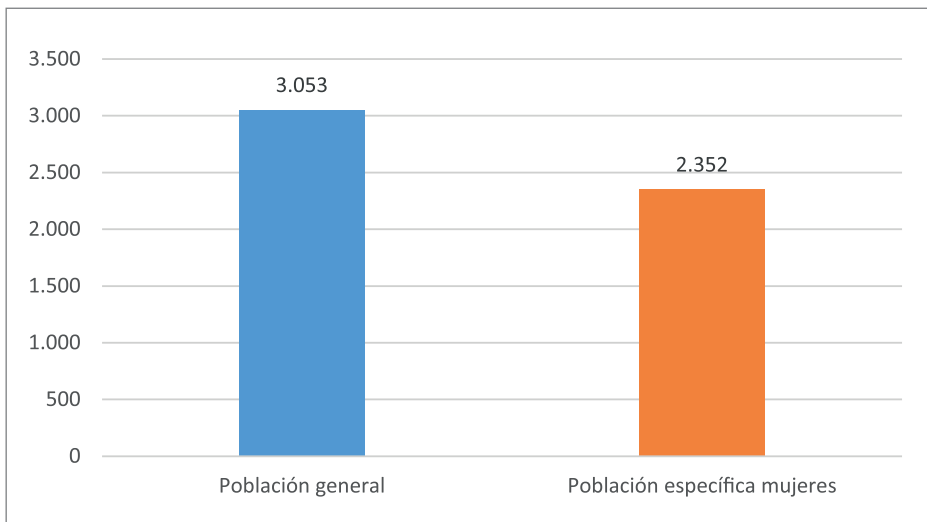
Tipo de Centro



3.053 mujeres (56,5%) se insertan en centros de tratamiento para población general, es decir centros mixtos, y 2.352 (43,5%) de ellas ingresan a centros para población específica: mujeres adultas. Ver gráfico 5.

Gráfico 5

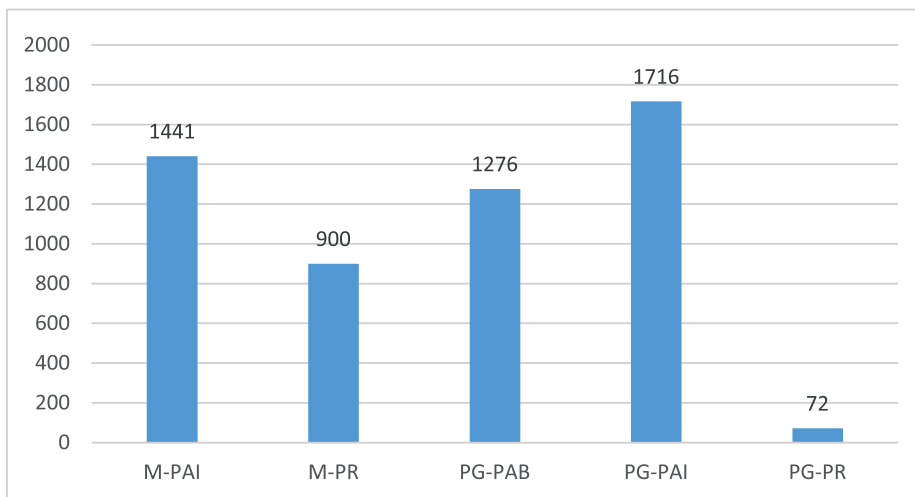
Tipo de Programa



4.433 mujeres (82%) son tratadas en modalidad ambulatoria y 972 (18%) en residencial. Ver gráfico 6.

Gráfico 6

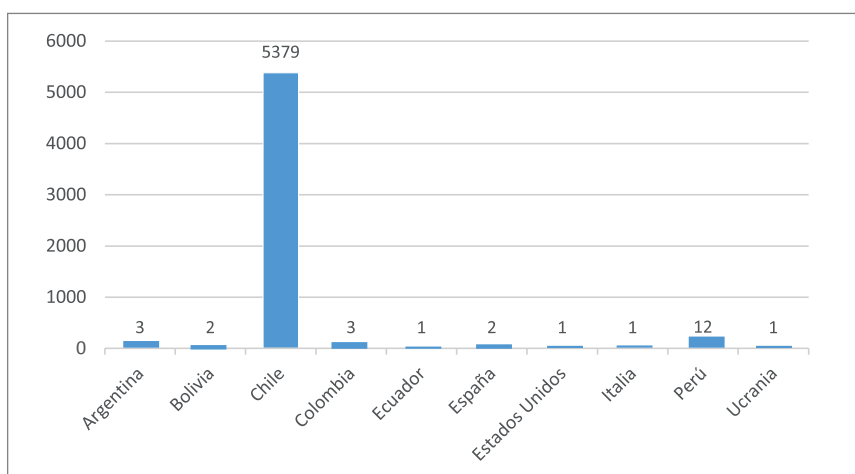
Tipo de Plan



Respecto de la nacionalidad de las mujeres en tratamiento, la gran mayoría (5.379) son de nacionalidad chilena, esto es un 99,5% de los casos. Le siguen 12 mujeres provenientes de Perú, y otras 15 desagregadas entre mujeres de nacionalidad argentina, colombiana, boliviana, española, ecuatoriana, estadounidense, italiana, y ucraniana. Ver gráfico 7.

Gráfico 7

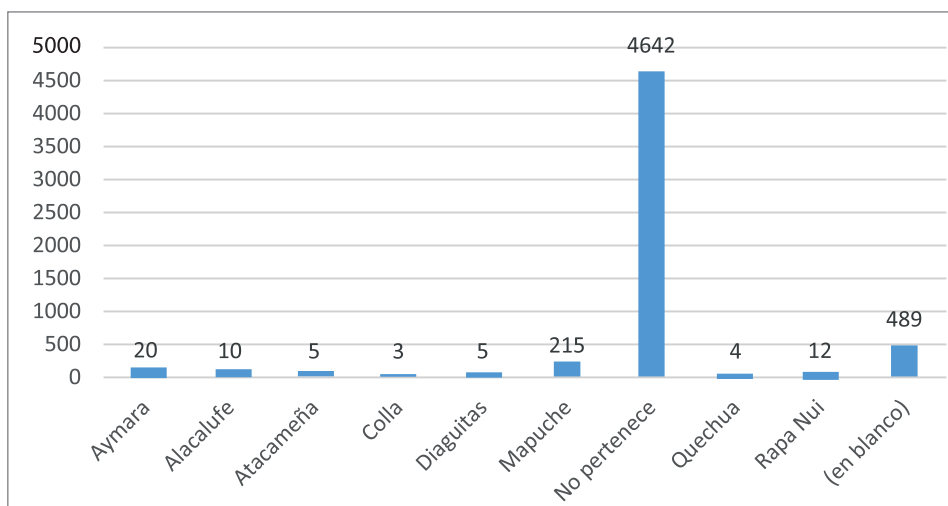
Nacionalidad de las mujeres en tratamiento



En relación con la etnia, el 85,9% de las informadas (4.642) se informa que no pertenecen a grupos étnicos. El 9% (489), tiene esta información en blanco y un 4% (215 casos), corresponde a etnia mapuche. Le siguen 59 personas de otras etnias, desagregadas en aymara, alacalufe, atacameña, colla, diaguitas, quechua y rapa nui. Ver gráfico 8.

Gráfico 8

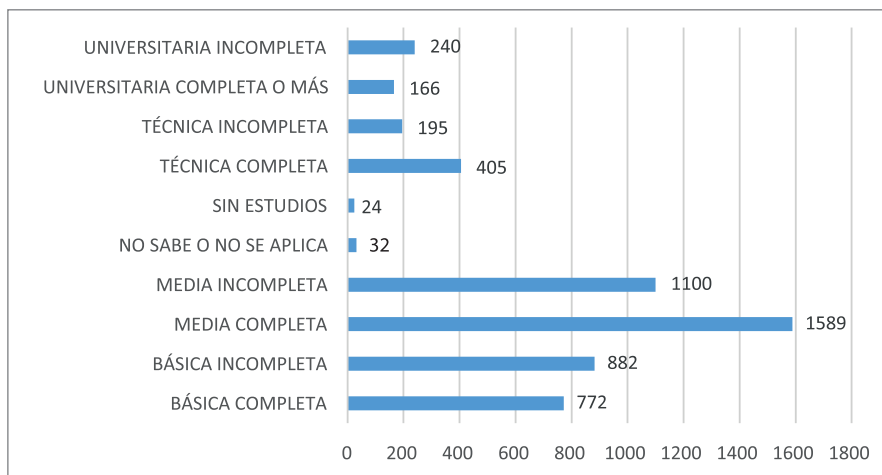
Etnia de las mujeres



La mitad de las mujeres tratadas, 2.754, equivalentes a un 50,1%, tienen enseñanza básica incompleta, completa y hasta media incompleta. Un tercio del total de mujeres tratadas (1.589), equivalentes a un 29,4%, tiene enseñanza media completa, en su último año de educación formal. Ver gráfico 9.

Gráfico 9

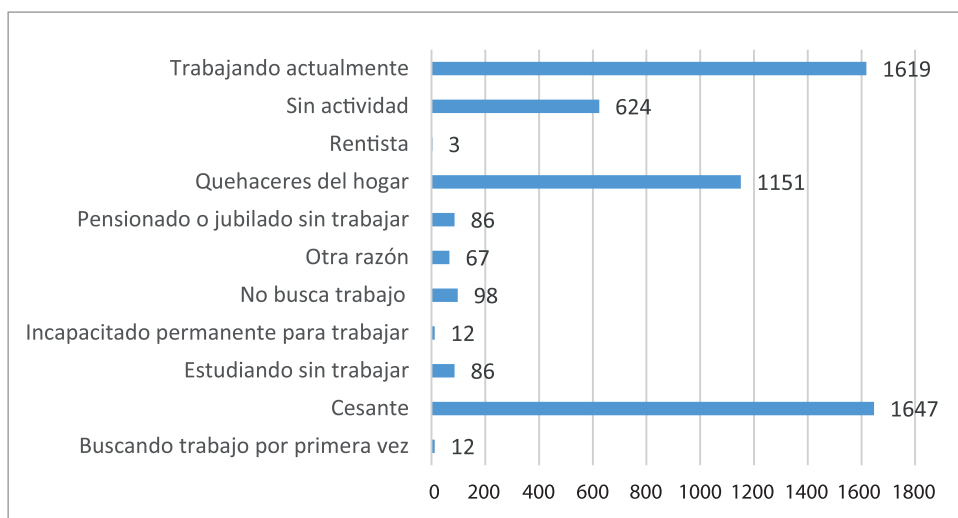
Escolaridad



Solo un 30% (1.619) de las mujeres en tratamiento, tiene trabajo remunerado, es decir, la mayoría no desarrolla actividades laborales remuneradas. Dentro de este segundo grupo se encuentra un 30,1% (1.647) de mujeres cesantes y un 21,3% (1.151) que se dedica a los quehaceres del hogar. Ver gráfico 10.

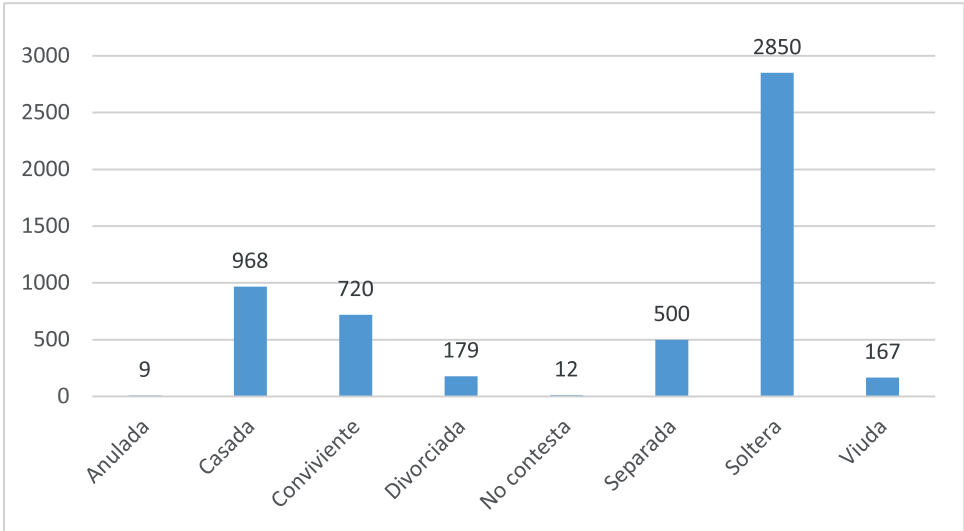
Gráfico 10

Condición educacional



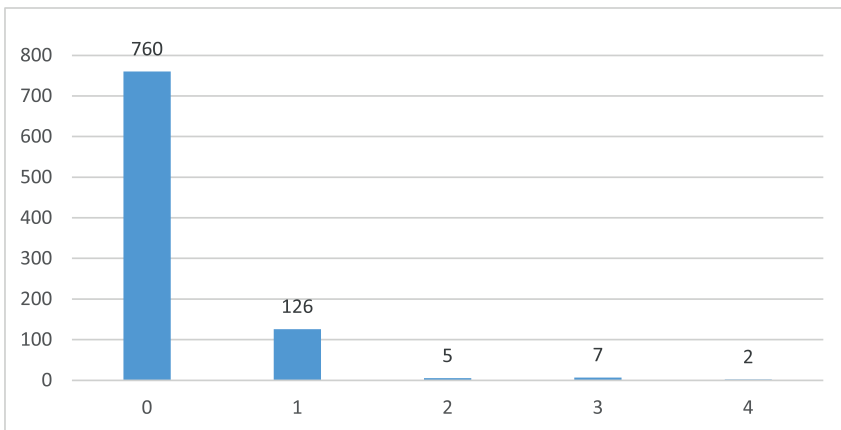
Con respecto al estado conyugal, un 52,7% (2.850) refiere estar soltera, le siguen 968 (17,9%) mujeres casadas, y 720 mujeres (13,3%) en convivencia. El resto de las mujeres, 867 (16%) se desagregan entre separadas, divorciadas, viudas y anuladas. Ver gráfico 11.

Gráfico 11
Estado conyugal



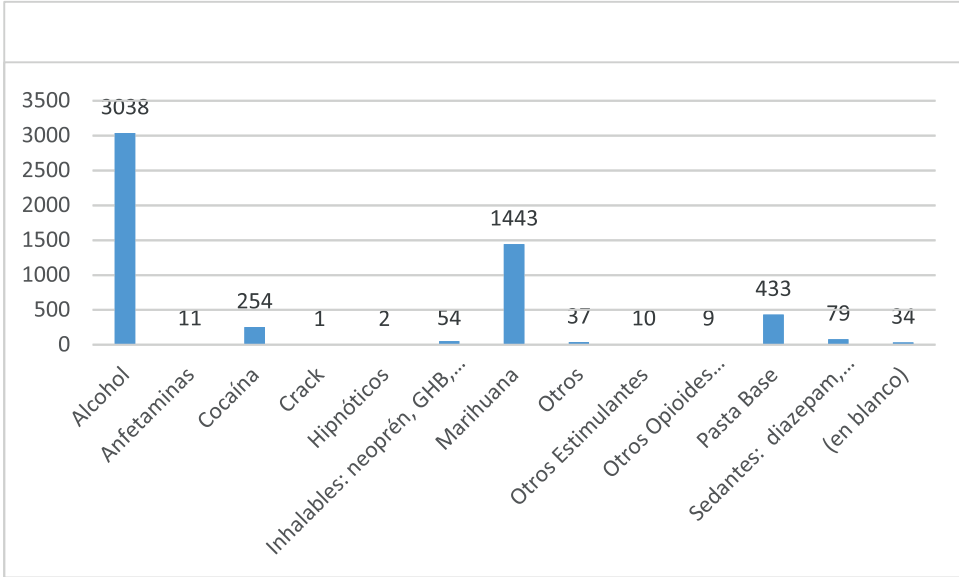
De un total de 5.405 mujeres tratadas, en diversos programas y planes, un 16,7% (900) participan de programas para población específica mujeres en planes residenciales. De este total, un 84,4 % (760) se han incorporado a tratamiento sin sus hijos o hijas y un 14 % (126) con un hijo o hija. El restante 1,5% (14) ingresó con 2,3 ó 4 hijos o hijas. Cabe destacar que un 8,1% (73 mujeres), se encontraban embarazadas al momento del ingreso a tratamiento, de las cuales un 90 % (66 casos), en su primer embarazo. Ver gráfico 12.

Gráfico 12
Número de hijos e hijas con la madre en tratamiento M-PR



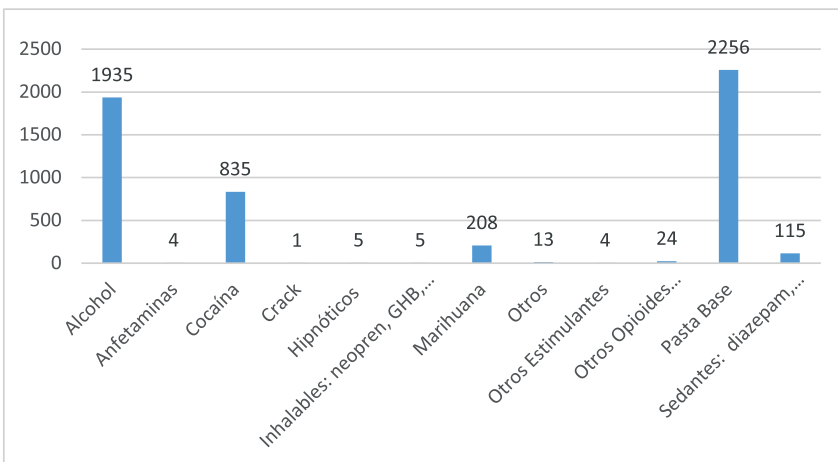
Las sustancias más frecuentes para el inicio del historial de consumo son alcohol con un 54,5% (2.945) y marihuana con un 25,1% (1.354). Ver gráfico 13.

Gráfico 13
Sustancia de inicio



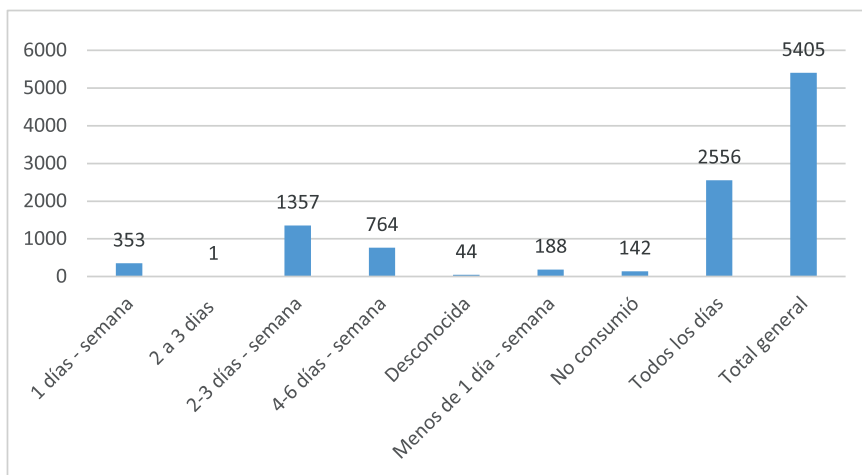
Respecto de la sustancia principal, destaca el 57,2% (3.091) de mujeres que consumen algún tipo de cocaína y un 35,8% (1.935) que ingresan a tratamiento por alcohol. Ver gráfico 14.

Gráfico 14
Sustancia principal



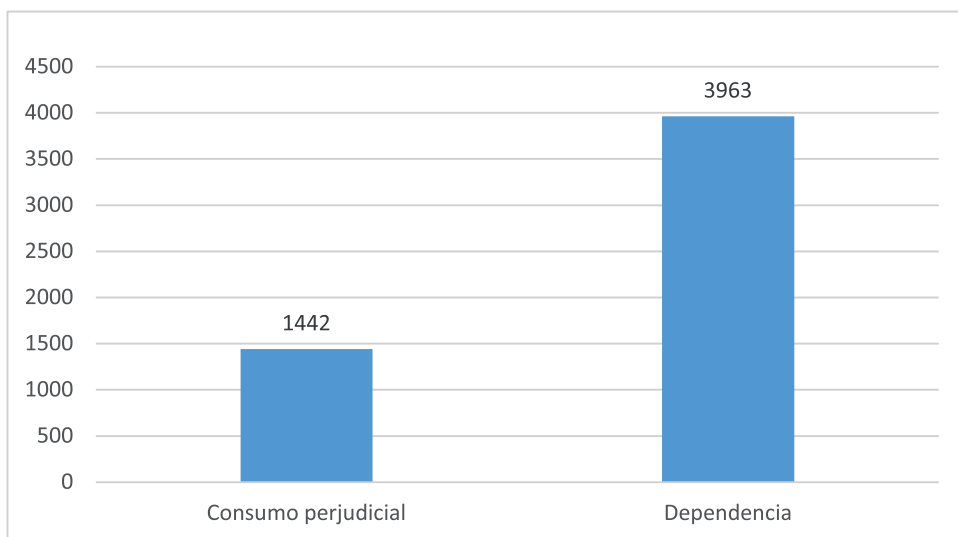
En cuanto a la frecuencia de consumo de la sustancia principal, 2.556 de ellas -vale decir un 47,3% de las mujeres- consumen a diario, valor seguido por un 25,1% (1.357) de mujeres que consumen 2-3 días en la semana, Ver gráfico 15.

Gráfico 15
Sustancia principal



El diagnóstico más frecuente por consumo de sustancias, es por dependencia, con un 73,3% (3.963) de los casos. Le sigue el consumo perjudicial, con un 26,7% (1.442). Ver gráfico 16.

Gráfico 16
Diagnóstico trastorno de consumo de sustancias





CAPÍTULO II

EMBARAZO, PUERPERIO, LACTANCIA Y DROGAS



1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS

Con respecto a los antecedentes históricos, y efectos en el feto, del consumo de sustancias psicoactivas por parte de las gestantes, M.L.Vélez, L.M.Jansson (citadas en Bobes, J.; Casas, M.; & Gutiérrez, M., 2010) señalan:

El consumo de sustancias psicoactivas en mujeres embarazadas, y con hijos, es un problema de salud pública, de alto impacto social, en diversos países del mundo. Los efectos negativos en el feto, en respuesta a las sustancias consumidas por la madre, se han sospechado desde la antigüedad, alertando por ejemplo sobre los posibles efectos fetales del uso materno de alcohol durante el embarazo. Los estudios sistemáticos y científicos que describieron dichos efectos solo se iniciaron durante los años sesenta con publicaciones sobre el Síndrome Alcohólico Fetal (SAF) y el Síndrome de Abstinencia Neonatal (SAN) debido a opioides (p. 251)

Las mismas autoras, señalan que desde la década del sesenta, diversos estudios en animales y en humanos, han ido demostrando que uno de los principales factores de riesgo para desarrollar trastornos del crecimiento, y del desarrollo fetal, ha sido la exposición prenatal a sustancias psicoactivas, la que además compromete "la integridad estructural y funcional del cerebro, y con consecuencias permanentes que predisponen a problemas del desarrollo en distintos ámbitos: conductuales, emocionales y cognitivos". (p. 251)

Destacan también que los problemas para los niños y niñas, derivados del consumo de sus madres, en el período del embarazo, pueden presentarse "tanto al momento del nacimiento como en cualquier etapa de su vida. Cabe destacar que pueden ser prevenibles". (p. 251)

Si bien es cierto, lo anterior nos enfrenta a una dura realidad -ante la cual debemos intervenir con toda rapidez-, es necesario considerar a la mujer madre, con sus problemas derivados del consumo de sustancias y también con los castigos sociales que recaen sobre ella, en tanto y en cuanto, está rompiendo con los mandatos sociales de género de lo que se espera de ella en el rol materno.

Respecto de la maternidad y la drogadicción, Mercedes Palop (en Castaños, M. et al, 2007) afirma que:

Habitualmente se ha focalizado la atención casi exclusivamente en las criaturas, prestando poco interés a las madres como mujeres. Así, la bibliografía se ha centrado extensamente en los efectos de las sustancias en el embrión y en las consecuencias socioeducativas en los niños y niñas debido a la adicción de sus progenitores, prestando mínima atención a las madres drogodependientes como sujetos de análisis e intervención a partir de sus intereses y necesidades. (p. 137)

Es importante considerar que el embarazo de la mujer con consumo problemático de sustancias es, en la gran mayoría de los casos, "de alto riesgo debido a complicaciones tales como retardo en el crecimiento intrauterino, aborto, muerte fetal, prematuridad, hipertensión, abrupción de placenta y una gran variedad de infecciones como hepatitis B y celulitis, endocarditis y enfermedades sexualmente transmisibles incluyendo el VIH". (M.L.Vélez, L.M.Jansson, citadas en Bobes, J.; Casas, M.; & Gutiérrez, M., 2010, p. 251)

Estas mujeres suelen provenir de familias, en la que hay otras personas que consumen sustancias de manera problemática; en algunos casos el padre, la madre o ambos, también otros familiares cercanos,

lo cual instala el consumo como un patrón conductual y de relación al interior de la familia, que incide también en los modelos de crianza que se ejercen y vivencian y, por ende, tiene impacto en los roles maternos que luego ejercerá, o esperará cambiar, la gestante.

Estas mujeres, y sus familias de origen, suelen estar involucradas en problemas legales, de violencia intrafamiliar, y otros, por falta de recursos económicos. Cabe agregar que se suman "factores genéticos y epigenéticos que pueden jugar un papel importante en la disrupción de la trayectoria normal del desarrollo en niños o niñas expuestos a drogas". (p. 253)

Dicho lo anterior, es importante reforzar la idea de que todo consumo de sustancias psicoactivas, en cualquier momento del embarazo, es un factor riesgo y puede producir efectos negativos en el desarrollo fetal. Si se está embarazada, se recomienda suspender cualquier consumo de sustancias psicoactivas, y además, estas autoras recomiendan, "que mujeres en edad reproductiva planeando quedar en embarazo deben abstenerse de alcohol y drogas". (p. 251)

M.L.Vélez y L.M.Jansson (2010) han dicho que si bien, lo anterior es de sentido común, hay una gran cantidad de mujeres en edad reproductiva que no sigue estas recomendaciones. Lo que puede asociarse con el descuido global que presentan, cuando están en un momento de la vida con consumo de sustancias. Así mismo, existen embarazos no planeados, de modo que las mujeres se dan cuenta, cuando ya han consumido drogas o alcohol. En este caso, lo más importante es que suspendan el consumo lo antes posible.

Una buena noticia, es que el embarazo en muchas mujeres se constituye en una motivación para detener el consumo de sustancias psicoactivas, legales o ilegales, aunque "los mismos cambios neurobiológicos causados por el uso crónico de drogas o alcohol pueden generar problemas funcionales en la mujer drogodependiente, llevándola al uso compulsivo y obsesivo de sustancias". (p. 251) Siendo más específicas, M.L.Vélez y L.M.Jansson (2010) refieren que "los cambios cerebrales que se deben al consumo de drogas y alcohol -incluyendo falta de autocontrol, desregulación emocional, problemas de función ejecutiva- afectan su capacidad para tomar decisiones que le faciliten cuidar de sí misma y del feto". (p. 252)

A lo anterior, estas autoras agregan que "el consumo de drogas es frecuentemente asociado con otros problemas que pueden afectar el desarrollo fetal, incluyendo el uso de varias sustancias, mala nutrición, falta de control prenatal, violencia interpersonal y comorbilidad psiquiátrica". (p. 252), todo lo cual se puede amortiguar con una adecuada y oportuna intervención con la madre.

En síntesis, un aspecto esencial en este tema de embarazo y consumo de drogas, es entender que, si bien es cierto, la mayoría de las mujeres embarazadas dejará el consumo en el período de gestación, aquellas que no lo hacen es porque la misma sustancia las fragiliza en la toma de decisiones, de modo que sin tratamiento no serán capaces de hacerlo, con los consiguientes daños fetales. Teniendo esto en claro, revisaremos algunos aspectos asociados al género, que funcionan incrementando el estigma hacia las mujeres, por ende, levantando barreras para su recuperación.

2. REPRESENTACIONES SOCIALES EN EL EMBARAZO

"Bien sabes que eres estéril y que no has tenido hijos, pero concebirás y darás a luz un hijo. En adelante cuídate de beber vino ni bebida fermentada..."

Antiguo Testamento. Jueces 14: 3-4

El nacimiento de un niño o niña, según García y Díaz (2010), es un hecho biológico cargado de significado cultural, a partir del cual se depositan expectativas específicas y atribuyen ciertas características en quien nace, según si es hombre o mujer, y dependiendo de los elementos que rodean su nacimiento: características de su grupo social, étnico religioso, su familia, sus padres. Todo lo anterior influye también sobre las exigencias que recaen sobre sus progenitores y en especial sobre la mujer, debido a las representaciones sociales del binomio mujer madre.

En relación al cambio, a través de los años, de las representaciones del nacimiento, García y Díaz (2010) señalan que:

Se nace en una época y en un determinado contexto, en el que se articulan las representaciones y prácticas que lo ordenan y dan sentido. En las sociedades occidentales el qué, cómo, quién y por qué cuidar los procesos relacionados con el nacimiento, se ha modificado con el tiempo y conforme a la evolución social. De ser un suceso que transcurría en el interior del grupo, con la ayuda y el apoyo general de las mujeres, se convirtió progresivamente en un acto de interés social con un importante valor político y económico que debe ser controlado.

Con esto cambia el lugar de nacimiento y sus participantes y se introducen nuevas formas de percibirlo, de nombrarlo y limitarlo, que conducen a nuevas maneras de representarlo. El contexto geográfico, los valores religiosos y culturales, las decisiones políticas y económicas o el momento histórico en el que ocurre el nacimiento determinan, entre otros aspectos, la compañía que tendrá la mujer en el momento del parto, la presencia de familiares o su pareja y la figura que es considerada como experta. (p. 2)

Lo anterior nos muestra cuán compleja es la articulación valórica, conceptual y práctica, que se da en torno al embarazo. García y Díaz (2010), describen que el proceso de la concepción y nacimiento ha ido cambiando desde ser cuidado y atendido en la comunidad por otras mujeres –parteras, en nuestra jerga chilena–, hacia una atención cada vez más profesionalizada y desde un modelo científico, que por un lado cuida la vida y por otro invalida la participación de la mujer como protagonista de su vivencia, centrándose casi exclusivamente en el feto – hijo o hija en camino.

Según señalan García y Díaz (2010), se puede decir que el embarazo, ha tenido grandes cambios, siendo entonces que,

Con la transición de lo privado a lo público este proceso deja de ser un fenómeno compartido por la mujer con sus redes sociales, es el personal médico, principalmente obstetras, quienes dirigen, deciden y están presentes; se concibe como un acontecimiento aislado de su entorno, igual y uniforme para todas las gestantes, basado fundamentalmente en su carácter biológico. (p. 3)

Dicho lo anterior, cabe preguntarse ¿cómo hacemos entonces para cuidar la vida y los derechos del ser que viene en camino, y a la vez, cuidar a la mujer y sus derechos humanos?

El proceso reproductivo: embarazo y parto, con el respectivo nacimiento de un hijo o hija, o más de uno/a en ciertos casos, provoca grandes cambios en la madre, el padre y sus familias. Es un momento trascendente, en el cual aparecen roles de género transgeneracionales, exigencias socioculturales, expectativas y estigmas; un hecho vital en el que se van a consolidar los roles personales y sociales, relacionados con la femineidad-masculinidad, y así mismo, con la maternidad-paternidad, de modo que "se hace necesaria la perspectiva de género en el análisis, para hacer visible la manera en que a través de éste, se organizan y mantienen las diferencias e inequidades históricas entre hombres y mujeres". (p. 6)

Con respecto al impacto de los mandatos de género sobre embarazo, parto y puerperio, García y Díaz (2010), señalan lo siguiente:

La forma en que se estructura el proceso, los comportamientos de sus protagonistas y la conceptualización de su atención son elementos moldeados por el género. Este atraviesa la comprensión y definición del embarazo, parto y puerperio. Por lo que es preciso el análisis a partir de aquellos aspectos que construyen y mantienen un sistema de género: las representaciones de la mujer gestante, la atención al parto y al puerperio y los modelos de maternidad y paternidad, que no solo tienen que ver con la capacidad biológica de las mujeres para engendrar y amamantar, sino también con las traducciones históricas, políticas, económicas, sociales y culturales que se han realizado de este hecho. Dicho sistema -presente en la sociedad- está representado y determina la vivencia de la maternidad, la paternidad y el advenimiento de un hijo en función de su sexo, la transformación de una mujer en madre y de un hombre en padre (cambio de estatus) y la transmisión de valores en un nuevo ser social.

Así mismo, este sistema trasciende a la percepción y actuación de los profesionales de la salud que atienden el proceso y de alguna manera contribuye al encuentro/desencuentro en la relación médico-paciente. (p. 6)

¿Y qué implicancias tiene en el desarrollo del embarazo este encuentro o desencuentro, entre profesionales de la salud y las gestantes?

En la Conferencia Internacional sobre la Humanización del Parto -realizada en el año 2000, en la ciudad de Fortaleza, Brasil- se precisó el concepto de humanización de la atención en salud, orientándolo hacia el bienestar de las personas involucradas directamente como un "factor de progreso y desarrollo humano, donde lo fundamental es la responsabilidad y el protagonismo de los sujetos para el logro de una vida más saludable, en un equilibrio dinámico con el desarrollo social, económico y ambiental de la sociedad". (p. 5)

Siguiendo con lo anterior, la humanización del parto requiere darle protagonismo a la mujer, por encima del equipo de salud, lo que considera el respeto y actitud cuidadosa, con "calidad y calidez de atención, que se estimule la presencia de un acompañante significativo para la parturienta (apoyo afectivo-emocional). O sea, que la mujer sea el foco en la atención y los servicios ofrecidos sensibles a sus necesidades y expectativas". (p. 5)

Cuando vemos los mandatos que recaen sobre la gestante o mujer madre, con el hijo o hija en brazos, cabe preguntarse sobre la participación de sus redes en el proceso. Esto es su familia directa, pareja y

otros cercanos. Es necesario destacar que este proceso reproductivo, desde lo biológico, es también un hecho social que, según señalan García y Díaz (2010),

Suele ser compartido por la mujer con sus redes de apoyo, desde lo afectivo hasta lo económico, por lo que el control del proceso no debe ser exclusivo de la gestante, sino incluir el criterio de la familia y en especial la pareja. De modo que el protagonismo que sugiere el concepto de humanización del parto debe ser extendido al padre.

Este constituye un elemento a considerar, además, en la humanización de cada etapa de atención, desde el embarazo y hasta el puerperio. La presencia de un acompañante fortalece a la gestante y a su vez contribuye a consolidar los valores y actitudes relacionados con la responsabilidad familiar ante la presencia de un nuevo miembro, implica a otros y condiciona la cohesión y solidaridad de la familia en función del nacimiento que se espera y las nuevas funciones que deben desarrollarse en torno a este. (p. 5)

3. MADRE HAY UNA SOLA

García y Díaz (2010) señalan que, a la mujer, a lo largo de la historia, “se le han asignado binomios inseparables, que han definido algunos mitos femeninos, entre los que se encuentra como más relevante el de mujer=madre, que influye en todas las esferas vitales femeninas y organiza su vida independientemente de cualquier condición” (p. 8). Es así que a la mujer se le exige un desempeño del rol materno con características predefinidas y enmarcadas en el estereotipo de buena madre. Lo anterior condiciona la vida de las mujeres, quienes deben poner la maternidad, ante todo, esto es, ante sus propios proyectos o necesidades en tanto personas.

Según nos relatan García y Díaz (2010),

La maternidad ha sido referente social en la construcción de la identidad de las mujeres no como algo natural sino precisamente como un producto social a lo largo de la historia de la humanidad. Se constituye en la institución básica de la subjetividad femenina; sus deseos, necesidades, fantasías e intereses se definen por las expectativas que depositan en el hecho de ser madres. (p. 8)

Esta exigencia recae en la mujer, paradójicamente, sobre un rol sub valorado socialmente, que en su ejercicio no es reconocido por pertenecer al mundo de lo doméstico y de la naturaleza, en contraposición al valorado mundo público y cultural que se atribuye al hombre. La desazón de tener que cumplir con una tarea que destaca solo cuando no está bien realizada (según lo que indican los patrones culturales), puede conducir a la desesperanza o a la rebelión.

Según Montes-Muñoz, citados en García y Díaz (2010)

En las últimas décadas se han introducido modificaciones en la construcción cultural de la maternidad y su idealización. La mayor incorporación de las mujeres al mercado laboral y con ello la autonomía económica, la anticoncepción, el valor del tiempo libre y la mayor formación, entre otros factores, hacen de la maternidad no un fin en sí mismo, sino una posibilidad más entre otras de su vida. (p. 8)

De acuerdo a lo anterior, cabe señalar que las modificaciones en la construcción cultural de la maternidad, se relacionan con,

La diversidad de formas de pensar y actuar de las mujeres en torno a la maternidad, en relación con su edad, condiciones de vida, historia familiar y en respuesta a los deseos y necesidades de su pareja, ya que la mayoría de las mujeres quieren ser madres y una vez que lo son, sienten que la mayor responsabilidad sobre el cuidado y protección del hijo o hija, es suya. (p. 8)

Estas representaciones sociales del embarazo atrapan a la mujer en un rol cargado de ideales, obligaciones, mandatos y tareas a desempeñar en el mundo de lo doméstico, el cual es socialmente sub valorado desde las construcciones sociales. Sostenerse en el papel de mujer madre, bella, dulce y sumisa implica, por contraste, la existencia de un rol hombre padre proveedor, que se desempeñe exitosamente en el mundo de lo público, esto es con poder y acceso al dinero. Cuando la mujer reniega y desobedece a este mandato pareciera que no hay quien pueda cuidar a los hijos e hijas y todo el sistema se desestabiliza, llenándose de dolores, culpas y castigos. Ya veremos que sí es posible que otros y otras, que no sean la madre, tengan roles protagónicos en la crianza, cuando así se necesite.

4. EN EL NOMBRE DEL PADRE

Para comenzar este apartado es importante mencionar que se ha decidido incluir a los hombres desde el rol de padres -en este tema del embarazo-, no solo por la obviedad de su implicancia desde lo biológico, sino como una forma de abrir los horizontes a las equidades entre géneros. Caso contrario, seguiríamos entendiendo el embarazo como un proceso exclusivamente de la mujer, biológico, y no psicológico y social. Abrirnos a esta mirada y permitirnos la inclusión del hombre, en este proceso, es un aporte para ambos en sus roles de madre y padre, y también para los hijos e hijas.

Suarez-Delucchi y Herrera (2010) refieren que,

La mayor demanda social, en especial del último tiempo, para la incorporación del hombre en tareas de crianza tradicionalmente femeninas, ha motivado el interés emergente de diversos actores sociales, instituciones e investigadores sobre el fenómeno de la paternidad, incluyendo Latinoamérica y Chile (por ejemplo, en el Banco Mundial: Barker, 2003; en el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia: Aguayo, 2003; en la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales: Olavarría, 2000). Este nuevo interés representa un cambio a nivel paradigmático, ya que anteriormente la preocupación se centraba primordialmente en el vínculo madre-hijo/a y la figura del padre quedaba invisibilizada de los escenarios académicos y políticos. (p. 91)

Lo anterior, con un énfasis en una invisibilidad de la figura paterna, que se puede relacionar con el como sí, la educación y las políticas de crianza solo se dirigieran hacia las madres.

Aunque Bowlby (1998), citado en Suarez-Delucchi y Herrera (2010), plantea que "el cuidador primario no necesariamente es la madre, esta ha sido tradicionalmente la figura de apego central en la cultura occidental" (p. 92). Luego estos autores, refuerzan lo anterior agregando que, según Maldonado-Durán (2005) y Pruett (1998) "la mayoría de las investigaciones se centra en cómo se da esta relación y qué

tipo de vínculo se construye entre la madre y su hijo/a, quedando el padre muchas veces excluido de las teorías e investigaciones respecto del vínculo". (p. 92)

Marrone (2001), citado en Suarez-Delucchi y Herrera (2010), señala que,

La teoría del apego cobra relevancia ya que destaca la importancia de los vínculos afectivos en el desarrollo de nuestra especie (Bowlby, 1998); planteando que existe en el género humano una necesidad constitucional de tocar y aferrarse a otro ser humano de manera de sentirse protegido y cuidado. Así, el apego es considerado como una pulsión *motu proprio*, no subordinada a las gratificaciones libidinales de tipo oral, como se propone en la teoría freudiana. (p. 92)

Luego agregan Stern (1978), ha señalado que los niños cuentan con un repertorio de conductas innatas que promueven acciones coordinadas, tales como la mirada, los movimientos de cabeza y las expresiones faciales" (p. 92), lo que asocian con las ideas de Federico (2003), quien "destaca la importancia de la audición, como primer sentido que permite, desde el embarazo, el contacto del bebé con el mundo que lo rodea y con las figuras de apego". (p. 92)

Marrone (2001), citado en Suarez-Delucchi y Herrera (2010), subrayan que,

Para poder gratificar la necesidad de apego es importante que las cuidadoras o cuidadores puedan entregar respuestas sensibles, que consisten en notar las señales del bebé y dar una adecuada interpretación y respuesta a las mismas. Otra función importante consistiría en ofrecer una base segura en la que el niño o la niña pueda recurrir para satisfacer sus necesidades de apego y, al mismo tiempo, permitir el desarrollo de conductas exploratorias. (p. 92)

Michael Lamp (1997) fue "uno de los primeros en investigar a los padres, como figuras de apego" (p. 92), quien, "además de concluir que ellos también podían ser figuras adecuadas de apego, observó que las interacciones con sus hijos presentaban cierta especificidad, siendo estas más estimulantes físicamente e impredecibles, en comparación con las de las madres." (p. 93) Lamp (1997) especifica que "estos hallazgos se han encontrado consistentemente en la cultura occidental, no siendo necesariamente así en otras". (p. 93)

Gibbon et al (2001), citado en Suarez-Delucchi (2010), menciona que "las madres son más sensibles a las señales de sus hijos" (p. 93) y según Kazura (2000) también citado por estos autores, "aunque los padres no estaban tan involucrados como las madres en el cuidado de los niños, estos desarrollaban mejores interacciones lúdicas". (p. 93)

Poco a poco, se nos va configurando la idea de que no es que los padres no tengan capacidades para vincularse más con sus hijos o hijas, sino más bien, que las construcciones sociales rólicas, los dejan en segundo plano, habitualmente.

Otros factores, influyen en el involucramiento responsable del padre con su bebé, Volling y Belsky (1991), en Suarez-Delucchi y Herrera (2010) señalan que, "hay múltiples factores, entre los que están la autoestima y empatía paterna, el temperamento del hijo o la hija, la posibilidad de complementar trabajo y familia, junto con la relación marital". Volling et al., (1991), especifican que este último factor,

complementar trabajo y familia, "influye en mayor medida en el menor involucramiento de los padres que de las madres con sus bebés". (p. 93)

Suarez-Delucchi y Herrera (2010), mencionan que,

Investigaciones sobre la masculinidad y la paternidad realizadas en diversos países de Latinoamérica -utilizando metodología cualitativa- estudian la paternidad en términos psicosociales, centradas en sus significados y relación con el sistema social sexo-género (Alatorre & Luna, 2000; Cruzat, 2003; Escobar & Muñoz, 1995; Fachel, 2000; Fuller, 2000a; Gallardo, Gómez, Muñoz & Suárez, 2006; Mora, Otárola & Recagno-Puente, 2005; Olavarría, 2000; Viveros, 2000).

Estas investigaciones integran la diversidad de las experiencias de los padres, mostrando que en la construcción de la identidad masculina la paternidad emerge como un eje central (Fuller, 2000b, p.93).

En síntesis, Suarez-Delucchi y Herrera citan a Fuller (2000) para referirse a lo que caracteriza el rol de padre, más allá de las diferencias en las prácticas concretas:

Aquel que protege, provee, forma y educa (...). Asimismo, la paternidad se vive como el momento en que se cierra la etapa juvenil, significa un reordenamiento de la vida del hombre y su inserción a un nuevo período en el que obtiene pleno reconocimiento social, es el punto en el que un hombre se convierte en un adulto. (p. 93)

En la misma línea citando a Fuller (2000), agregan que como desafío a los roles que ejercen los hombres "aparece un nuevo mandato moral que se resume en dos grandes demandas: 1) diálogo horizontal entre padres e hijos o hijas y 2) mayor participación del padre en la crianza de los hijos o hijas". (p. 93)

Olavarría (2001) en Suarez-Delucchi y Herrera, señala que "en relación con este nuevo modelo ideal de paternidad, un número creciente de hombres expresa su incompetencia para desempeñarse de acuerdo a las exigencias y expectativas actuales sobre su rol como padre, atribuyéndolo a las largas jornadas laborales". (p. 93)

Olavarría y Fuller (2000) en Suarez-Delucchi y Herrera, señalan que,

Los hallazgos realizados en investigaciones con poblaciones chilenas y latinoamericanas que han explorado específicamente la relación padre-hijo/a y a las personas que podrían influir en este vínculo, es posible destacar las siguientes conclusiones: a) la paternidad se consagra al tener un hijo varón, ya que permite que el apellido de la familia se transmita y sobreviva en el tiempo, aunque el vínculo amoroso sea con la madre; b) la hija representa el vínculo familiar, la solidaridad, y estaría más ligada a la madre y c) la relación con las hijas se percibe con mayor profundidad emocional que con los varones. (p. 93)

Con respecto a la experiencia del hombre de convertirse en padre, Suarez-Delucchi y Herrera citan ideas de Stoleru y Federico, afirmando que,

Los procesos psicológicos acontecidos tanto en el hombre como en la mujer, durante el embarazo y los primeros meses de vida de su hijo o hija, han sido descritos dentro de la etapa de transición a la parentalidad (o parentificación), afirmando Stoleru (1995) que es el reconocimiento del niño o niña, como tal, lo que induce el desarrollo del sentimiento de ser padre: reconocimiento de la dependencia e imposibilidad del niño o niña, de satisfacer sus propias necesidades. Esta transición no solo concierne a la mujer, sino que incluye al padre, ya que como plantea Federico (2003), el embarazo no se da solo en la esfera física sino también en las esferas mental, emocional y espiritual. (p. 94)

Luego estos autores, complementan la idea anterior, con otras conceptualizaciones sobre el proceso de parentificación, tomadas de Cupa y Riazuelo-Deschamps (2001), quienes, a su vez, se basan en el concepto psicoanalítico de constelación maternal, acuñado por Stern, a fines de los años noventa:

Ellos postulan que -en torno al nacimiento de su hijo- los padres pueden desarrollar una profunda reorganización subjetiva, denominada constelación paternal. Dicha constelación estaría constituida por preocupaciones paternas primarias (asegurar el crecimiento de la vida del bebé, su desarrollo psíquico y la capacidad de comprometerse con el bebé), además de una red de apoyo con la madre del bebé o ciertas figuras masculinas o femeninas, destacando la importancia de las interacciones con el bebé antes del nacimiento, así como las nuevas identificaciones paternas. Respecto a los factores que inciden en el desarrollo de la constelación paternal, en un estudio con 12 padres a los siete meses de embarazo de su pareja, Cupa y Riazuelo-Deschamps (2001) hallaron que la percepción de los movimientos del hijo es clave para sentirlo real y presente. Los padres mostraron una preferencia marcada por los niños varones, lo que relacionaron con que llevará su apellido y será su sucesor en la transmisión de este. (p. 94)

A lo anterior, se suma un estudio Draper (2002) que ayuda profundizar en la experiencia de ser padres, durante el proceso de gestación del hijo o hija, y luego en sus primeros meses de vida, el cual concluye que, al participar en la confirmación del embarazo, los padres acceden a la dimensión física de este, lo que les ayuda a sentirse más comprometidos con su hijo o hija por nacer." (Draper, J. en Suárez-Delucchi & Herrera, 2010, p. 94)

Barclay, Donovan y Genovese (1996), citados por Suarez-Delucchi y Herrera (2010), se refieren a los hallazgos de su investigación cualitativa, respecto de la experiencia de ser padres en un primer embarazo,

La mayoría de los padres se sentían confundidos respecto a lo que se espera de ellos durante el embarazo. Estaban desconcertados por los cambios en la relación con su pareja y sentían que sus roles respecto del bebé y de otras personas eran poco claros. La percepción de sí mismos (*self*) se sentía amenazada y percibían negativamente los cambios experimentados, en especial el distanciamiento de su pareja. Los hombres sentían, además, que los servicios clínicos y educacionales los dejaban de lado. (p. 95)

Se puede ver como el hombre en su rol de padre, se siente dejado de lado por su pareja, y el entorno que se centra en el hijo o hija. En otra investigación cualitativa realizada en el año 2004, los investigadores encontraron que "en las clases de preparación para el nacimiento los padres se sentían presionados a descuidar su propio soporte personal a favor de su compañera". (Bradley, Mackenzie y Boath, en Suárez-

Delucchi & Herrera, 2010, p. 95). Lo anterior es reforzado por "lo reportado por padres adolescentes chilenos, quienes expresan sentirse descuidados por los servicios sociales y de salud, en pos de la madre del hijo". (Cruzat, C. en Suarez-Delucchi & Herrera, 2010, p. 95)

La percepción de los hombres, respecto de que las madres son cuidadas por los equipos de salud, no siempre es la misma que tienen las mujeres, quienes -como ya hemos señalado anteriormente- perciben que toda la atención va hacia el hijo/a en camino.

Es una idea extendida, que el embarazo y el nacimiento de un hijo o hija, conllevan un cambio importante en la vida de ambos progenitores, en relación a esto, y en especial con respecto al padre, se ha encontrado que algunos de ellos perciben que este cambio será "radical en su vida, estresante y en general con connotación negativa, mientras que los que logran incorporar a su hijo o hija en sus planes tienden a ver esta nueva etapa de manera más optimista" (Cruzat, C., (2003), Escobar & Muñoz (1995), en Suárez-Delucchi & Herrera, 2010, p. 95).

Suárez-Delucchi y Herrera (2010) realizaron en Chile un estudio cualitativo sobre la relación del hombre con su hijo-hija primogénito o primogénita, el cual incluyó a 14 hombres adultos, padres de un total de 7 hijos y 7 hijas con edades entre 0 y 7 meses. Los hombres que participaron del estudio, vivían con su hijo o hija, y la madre de él o ella. Dicha investigación tuvo como objetivo describir y analizar la forma en que los hombres significaban su experiencia vincular con su primer hijo o hija durante los primeros seis meses de su vida.

El instrumento utilizado fue una entrevista individual semiestructurada que permitió obtener información de los padres acerca de los siguientes tópicos: 1) establecimiento del vínculo con su hijo o hija, 2) identidad de padre a partir del vínculo con su hijo o hija y 3) vínculos significativos actuales y pasados que han influido en la relación con su hijo o hija. (p. 96)

Para dar lugar a resultados relacionales, estos datos descriptivos se analizaron por medio del proceso de codificación axial, generando dos modelos comprensivos emergentes del discurso de los padres asociados al objetivo del estudio: el primero, referido a la identidad paterna, es el sentimiento de "padre" como: responsable del bienestar total del hijo; el segundo, referido a las personas influyentes en el vínculo, se denomina: madre del hijo, como influencia fundamental en la experiencia vincular con este. (p. 97)

Como resultados del estudio, los investigadores encontraron que los padres significan su vínculo con su primogénito o primogénita, de la siguiente manera,

Una experiencia de conocerse mutuamente, e incluye la descripción de cómo se da este proceso (contacto sensorial directo), las condiciones que permiten este conocimiento mutuo (capacidad/incapacidad paterna), los principales factores intervinientes (presencia disponible, cambios en la identidad y relación con la madre) y las consecuencias, tanto si se desarrolla de manera gratificante como no gratificante. La experiencia de conocerse padre e hijo o hija mutuamente incluye tres procesos: el cuidado del padre al hijo [o hija], la confianza del hijo [o hija] hacia el padre y el afecto mutuo. Este conocimiento se da a través del contacto sensorial directo con el hijo [o la hija]. Dentro de las principales formas de contacto sensorial que sostienen el conocimiento mutuo están: percibir/ser percibido por el hijo [o hija], las manifestaciones físicas mutuas de cariño y la comunicación auditiva.

La participación del hijo [o hija] en este proceso va aumentando desde el embarazo (mínima) hasta que el hijo [o hija] nace y luego a medida que va creciendo (mayor). Si este contacto sensorial directo ocurre en base a un conocimiento mutuo, surgen sensaciones gratificantes para el padre que permiten el desarrollo del afecto mutuo. (p. 97-98)

Este conocerse mutuamente, se facilitan con lo positivo y lo placentero, favoreciendo un vínculo que se construye desde las confianzas mutuas.

Dicho conocimiento puede darse de manera positiva, dando lugar a una experiencia gratificante, o de manera negativa, lo que se traduce en una experiencia no gratificante. ¿Qué es lo que determina que la experiencia sea gratificante o no gratificante? Se pueden distinguir ciertas condiciones y algunos factores que intervienen. Dentro de las condiciones que permiten a los hombres este conocimiento mutuo está la progresiva capacidad/incapacidad paterna para responder sensiblemente a las necesidades y adaptarse al temperamento del hijo [o hija]. Así el padre, en el cual se expresan dichas capacidades, podrá acercarse al hijo [o hija] de mejor manera, permitiéndole ser reconocido como un agente de cuidado y, de esta manera, obtener también su confianza. (p. 98)

Esta experiencia de conocimiento mutuo, entre padre e hijo o hija, se ve influida principalmente por la madre,

Ya que esta facilita el proceso (entrega claves, pone al día al padre), además de incentivar el contacto sensorial entre el padre y el hijo o hija, tanto con su presencia como con el incentivo de la relación dual. Si hay una relación disfuncional con la madre, estos procesos facilitadores se verían afectados... (p. 99)

Así como también es importante la propia percepción que tenga el progenitor en el cómo va a significar este proceso como un cambio identitario, durante la espera del nacimiento. Suarez-Delucchi y Herrera, señalan que,

Para los padres entrevistados la llegada de su primogénito/a implica el sentirse padre, responsable por una entrega total a su hijo o hija. Sin embargo esto se puede vivenciar de dos maneras: como una oportunidad de trascendencia o como una restricción de la libertad personal. (p. 99)

A los dos factores anteriores, los autores agregan un tercer factor: la presencia del padre con su hijo o hija.

Mientras más presente esté el padre, con mayor facilidad podrá contactarse sensorialmente con el hijo o hija, así como éste/a podrá contactarse con su padre, aumentando el afecto mutuo. También podrá conocer mejor a su hijo o hija y permitir que lo conozca como padre, a partir del desarrollo de su capacidad. Por esto la actividad laboral aparece como uno de los principales obstáculos para contactarse con el hijo o hija. (p. 99)

Cabe recordar que las relaciones tempranas son consideradas muy importantes para el desarrollo vincular, desde la teoría del apego (Bowlby 1998; Marrone, 2001) y que, además,

Coincidiendo con los postulados de Lamb (1997) acerca de que los hombres pueden ser figuras de apego adecuadas, estos investigadores pudieron concluir que los padres

del estudio se consideraban a sí mismos figuras de apego, ya que en su experiencia de conocimiento mutuo es fundamental que el hijo o hija sienta confianza y lo distinga de otras personas, estableciendo una relación de exclusividad, destacando la posibilidad de desarrollar la capacidad de satisfacer las necesidades afectivas del hijo o hija, y dar respuestas sensibles. (p. 100)

Estos investigadores, describen la opinión de los padres, respecto del tipo de vínculo que establecieron con sus hijos o hijas, atribuyendo las diferencias a la mayor presencia de las madres en casa y no a otro factor, por ejemplo, las diferencias que se atribuyen al género.

Aunque los padres no consideran que haya mayores diferencias respecto de la madre en el vínculo con su hijo o hija, sí plantean que se sienten menos competentes que ella para sus cuidados y que juegan o lo/la estimulan más que ella. Sin embargo, los padres no coinciden con la idea de que habría un modo específico de relación con sus bebés, propio de los hombres y diferente al de las mujeres. Ello difiere de lo señalado por los teóricos de interacciones precoces, quienes atribuyen diferencias de género (Clarke-Stewart, 1978; Herzog & Lebovici, 1995; Lamb, 1997). La explicación dada por los padres es que estas diferencias se deben más bien al menor tiempo-presencia que comparten con su hijo o hija -a diferencia de la madre- y que en ocasiones se sienten más incompetentes que ella para cuidarlos, porque los conocen menos. Lo anterior sería coherente con las conclusiones de Bowlby (1998) sobre que el cuidador principal es quien está más disponible y atento al hijo o hija y no necesariamente es la madre. (p. 100)

Luego nos aportan las coincidencias, y diferencias, de este estudio con los postulados teóricos de varios autores:

Transición de la parentalidad

La experiencia de los padres durante los primeros meses de vida de su primer hijo o hija es concordante con el proceso escrito como transición a la parentalidad, ya que, de acuerdo a Stoleru (1995), el reconocimiento de la dependencia del hijo y la imposibilidad de satisfacer las propias necesidades es lo que caracteriza a este sentimiento. (p. 101)

Proceso de paternalización

Herzog y Lebovici (1995), por su parte, señalan que el proceso de paternalización estaría facilitado por la participación del padre durante el embarazo, por la preparación para el parto y por su presencia en la sala de parto, lo que coincide con los hallazgos de la investigación descrita en relación con las etapas del establecimiento del vínculo. (p. 101)

Experiencia vincular, padre hijo-hija, durante el embarazo

Así mismo, los resultados de esta investigación son consistentes con los de Cupa y Riazuelo-Deschamps (2001) y Draper (2002) respecto a la importancia para la experiencia vincular de las interacciones padre-bebé durante el embarazo y su consecuente anticipación de la relación futura. (p. 101)

Respecto al período del embarazo, los hallazgos concuerdan con los planteamientos de Federico (2001), ya que los padres reconocen la importancia de hablar al hijo o hija durante el embarazo para el establecimiento del conocimiento mutuo. (p. 101)

En síntesis, estos autores encontraron que habrá una mejor relación padre e hijo o hija, cuando este tiene una buena relación con la madre, mira el nacimiento como una posibilidad de crecimiento y no una restricción, y se organiza para estar presente en la crianza; disponible. De lo contrario, no estando presentes estos tres factores, a solo algunos, habrá más posibilidad de dificultad vincular entre ambos. En este resumen, es importante sumar que los padres del estudio, refirieron que uno de los mayores obstáculos para una presencia disponible con sus hijos, o hijas, es el trabajo fuera de casa.

Cerrando este apartado sobre las representaciones sociales del embarazo, cabe agregar que, las reflexiones y hallazgos que aquí se han presentado, podrían constituirse en un aporte a la crianza de hijos o hijas, y también convertirse en un antecedente para favorecer la equidad de género, en el ejercicio de la maternidad y paternidad.

5. MUJERES EMBARAZADAS CON CONSUMO DE SUSTANCIAS

Describir los perfiles de las mujeres embarazadas que presentan consumo de sustancias, comienza yendo más allá de lo que habitualmente se enjuicia y paraliza: el consumo mismo. Se ha señalado -en textos de la serie Mujeres y Tratamiento de Drogas de CONACE (Publicaciones del Área Técnica de Tratamiento y Rehabilitación, Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes CONACE (2010)- que un "punto importante entre las embarazadas con consumo de drogas es el inicio tardío de los controles prenatales y así mismo, se ha asociado violencia de género en primerizas, dificultad para aceptar el embarazo, ambivalencia u ocultamiento del embarazo por miedo o temor (adolescentes, relaciones extramaritales, abuso sexual o violación por parte de familiar, allegado u otro). Así mismo, se explica que la presencia de violencia durante el periodo de gestación incide en la baja de autoestima, síntomas depresivos, riesgo para la salud física y aumento de la probabilidad de consumo de sustancias, así como insuficiente adherencia a los cuidados pre natales. Es habitual encontrar antecedentes de violencia y/o abuso sexual, físico o psicológico entre las mujeres con consumo problemático de sustancias (Ministerio de Salud. Manual de atención personalizada en el Proceso reproductivo. 1º ed. Departamento de Ciclo Vital, Subsecretaría de Salud Pública, 2008). En consonancia con lo anterior, es interesante delinear los perfiles de estas mujeres, para lo cual presentaremos datos de estas mujeres embarazadas que han participado del tratamiento durante los meses enero a diciembre de 2016.

Sin embargo, antes de entrar de lleno en sus perfiles sociodemográficos, es interesante poner la mirada -desde la profundidad del caso- en la historia de una mujer mexicana, sobre quien Martha Romero y Cecilia Gómez (2013) realizan una investigación cualitativa con la temática de mujeres embarazadas con problemas de adicciones, desde consideraciones de género, en el Distrito Federal (DF), México. Presentar la historia de la mujer, a quien llamaron Paty, nos facilita sintonizar con el tipo de problemáticas asociadas al consumo de sustancias en el período del embarazo, las que claramente muestran diversas fragilidades y traumas que podrían explicar su conducta específica. La mujer asistía a un centro de tratamiento para adicciones inserto en un consultorio de la parte oriente de esa ciudad capital. Las investigadoras obtuvieron su consentimiento informado para fines del trabajo investigativo.

A continuación, se relata el caso de una mujer mexicana, embarazada, con consumo de sustancias, quien participó en el estudio ya señalado de Romero y Gómez (2013):

Paty llega a las entrevistas vestida con ropa negra y una playera. Destacan en ella la presencia de diversas cicatrices, tanto en la cara como en las piernas. Se le explica que se trata de rescatar su historia personal como parte de un proyecto dedicado a mujeres que consumen sustancias adictivas, cuyo testimonio es muy valioso y para ello debe ser grabado. Acepta gustosa.

Paty tiene 24 años y proviene de una familia formada por seis hermanos. Los cuatro mayores son de la primera pareja de la madre, Paty y sus dos hermanas pequeñas de la segunda. La madre no contrajo matrimonio con ninguna de las dos parejas, ni vivió compartiendo la responsabilidad de la crianza de los hijos; tiene 57 años y es costurera jubilada de una boutique importante; proviene de una familia formada por sus padres, el abuelo materno muerto de cirrosis y siete tíos, cuatro de los cuales, todos varones, han muerto por problemas asociados al consumo de alcohol; es originaria de un estado del centro de la República Mexicana y emigró hacia el Distrito Federal en busca de buenas alternativas laborales; reside en la zona oriente y se asentó en una colonia que apenas hace dos años cuenta con todos los servicios, anteriormente carecía de los servicios básicos.

Paty comienza su relato afirmando que recuerda que la madre siempre estaba ausente: *Mi madre siempre tuvo que trabajar para sacarnos adelante y no nos ponía atención porque ella con su trabajo muy presionado. Creció bajo el cuidado de la abuela quien no la quiere por "ser morena" y afirma: la verdad, siempre me sentí menos que ellos (sus hermanos mayores), primero por lo físico, porque ellos son altos y güeros [en jerga mejicana se refiere a persona de piel y cabellos claros], y yo chaparrita [en jerga mejicana se refiere a una persona de estatura baja] y morena".*

Recuerda haber sido una niña muy inquieta que prefería convivir con gente mayor por querer sentirse superior a alguien. Creció sin supervisión y recuerda que a los cinco años de edad salía a jugar a la calle no pavimentada y *un viejito, un ancianito me daba dinero para que yo me dejara agarrar mi cuerpo... no sé si ahí perdí la virginidad... incluso para hacerle a él cosas con su miembro... no me daba miedo, se me hacía como un abuelo y con él aprendí el valor del cuerpo y el dinero.*

Cursó la escuela con bajas calificaciones, su diversión era romper botellas; terminó la primaria, pero no asistió a la ceremonia de entrega de diplomas por no tener ropa presentable para la ocasión. Entró a la secundaria y a los 11 años empezó a beber en exceso (ya desde la primaria fumaba) y abandonó la escuela. Tuvo una pareja entre los 15 y 19 años quien la dejó por no tener dinero.

Posteriormente conoció a un joven que con frecuencia la invitaba a salir, hasta que un día decidió llevarla a una fiesta en donde tomaban en exceso y por parejas. La invitó a ir a un hotel y entre cuatro juegan a la *botella*, dando una prenda de ropa por castigo hasta que quedan los cuatro desnudos. Uno de ellos sacó un cigarro de marihuana y lo fumaron.

Luego se dividieron en dos cuartos, pero Paty se encontraba tan intoxicada que no recuerda más. Esa noche Paty tuvo su primera relación sexual y quedó embarazada. Se

enteró de su estado hasta los cuatro meses, pues como su ciclo menstrual era irregular creyó que era un retraso más. En esos meses consumió todo tipo de drogas y alcohol.

Al confirmar el embarazo, trató de abortar consumiendo mayores cantidades de droga, pero no lo consiguió. Buscó a un doctor para que le realizara un aborto, pero el médico se negó. Recuerda habérselo dicho a su madre y haber sufrido una depresión severa, pero *estando embarazada me drogaba también, tomaba mucho... se me olvidaban mis problemas*. Fue atendida en el Hospital General, sin haber recurrido antes del parto a cuidados prenatales.

Cuando nació el bebé, no lo quiso ver y *todo el rencor se lo puse a mi hijo... incluso pues se oye mal... pero deseaba su muerte diciendo: ¿Cómo no te mueres?, si esto lo estoy pasando por ti, pero lo hacía inconscientemente porque no estaba consciente de lo que había hecho*.

Al día siguiente salió del hospital y regresó en metro a su casa para que su madre no gastara más dinero en ella. A pesar de que sí tuvo suficiente leche para amamantar a su bebé, no quiso alimentarlo. A los cinco días el bebé presentó problemas que la mamá no pudo explicar en detalle, solo recuerda que se convulsionó: al nacer pesó 2.500 k y a la semana pesaba 1.900 k; sin embargo ningún médico le preguntó sobre su consumo de alcohol y de drogas, y a ella no le importó informarlo.

Paty tenía 21 años. El bebé se recuperó, pero ella sufrió una recaída en el consumo. Para ese entonces, Paty había consumido las siguientes sustancias: inhalaba *thinner*¹ desde los 10 años, al igual que grasa para zapatos con solventes; marihuana, alcohol, *chochos*² pastillas, cemento, pastas, brandy, alcohol de 96, diazepam y cocaína. Nunca se inyectó drogas, por miedo, puesto que su mejor amiga murió por una sobredosis administrada por esa vía.

En relación con el tratamiento, a raíz de que trabajaba haciendo la limpieza de aviones y de robarse las botellitas de licor, un día quedó completamente intoxicada dentro de un avión, su jefa de personal decidió enviarla a un grupo de autoayuda en el que permaneció durante dos meses y después abandonó. Luego del nacimiento de su hijo empezó a tener contacto con grupos de gays y lesbianas con las cuales tuvo relaciones sexuales porque *le gustaba ese ambiente... era muy divertido*. Por actividades que tuvo con estos grupos fue a parar a la delegación en dos ocasiones.

Empezó a robarle dinero a su mamá, a organizar orgiásticas, a vender cocaína para recuperar su dinero. Su madre se encarga de su hijo, sus hermanos la rechazan y *no me bajaban de puta*. Sufrió otra severa depresión e intentó suicidarse. Fue internada en el Hospital de Balbuena, donde permaneció dos meses pues le detectaron una anemia de segundo grado, gastritis y el hígado graso. Estando ahí le preocupaba únicamente el hecho de que su madre no tuviera dinero y no podría pagar la cuenta del hospital.

Una vez fuera del hospital, recayó y para conseguir la droga, se prostituyó, pero los malestares físicos eran ya demasiados y el costo social grandísimo. Las cicatrices que

1. El *thinner* es una mezcla de solventes usada en la industria y en el hogar. Información en <http://www.cyd.conacyt.gob.mx/266/articulos/mecanismos-toxicologicos-thinner.html>

2. Droga sintética, pastillas. Información en <http://www.jergasdehablahispana.org/?pais=M%E9xico&palabra=droga&tipobusqueda=1>

tiene en las piernas y la cara son la huella de la violencia ejercida por su hermano, quien la golpeó al regreso de una fiesta, con el cable de la plancha después de haberle pedido que se desnudara. El grado de violencia fue tal, que la madre llamó a una patrulla de la policía local para pedir que se llevaran a su hijo y dejara de golpear a su hija.

Las cicatrices de la cara se las hizo su hermana menor al arañarla porque no la aguantaba. Finalmente, el mayor de sus hermanos piensa que la solución es buscar tratamiento para la adicción. Paty aceptó, no tanto por sus malestares, sino porque los hermanos golpean a su hijo *para hacerla entrar en razón*, puesto que los golpes que le propinan a ella ya no tienen efecto. Paty a la fecha tiene 10 meses en tratamiento en consulta externa, una recaída, y en la actualidad estando desintoxicada está aprendiendo a cuidar de su hijo. Sus problemas no han terminado pues ahora es su hijo quien sufre la violencia física de parte de la familia *por ser hijo de una viciosa*" (Romero & Gómez, 2013, p. 8-10).

Las autoras, Romero y Gómez (2013) analizan las influencias sobre esta mujer, en su consumo de sustancias psicoactivas,

Resalta la relación recíproca entre la influencia cultural y el desarrollo individual como una unidad integral básica para comprender la experiencia adictiva de Paty. Entre los factores culturales más importantes se encuentran las oportunidades de desarrollo bloqueadas, la discriminación, la pobreza y la desintegración de la familia extendida. En el desarrollo individual resaltan los sentimientos de inadecuación, inseguridad, la negación y el abuso (físico y sexual). Paty tuvo contacto con varias instituciones médicas y de justicia, sin embargo, los mecanismos de detección y referencia hacia un tratamiento adecuado siempre estuvieron ausentes. (p. 11)

Además, nos revela la difícil realidad local, de carencia de un espacio de tratamiento que incluya a madre e hijo, ambos con necesidades de ayuda para la recuperación.

El hijo de Paty ha presentado diversos problemas médicos y de conductas que no han sido atendidos, pues ellas dan cuenta de que en su contexto no existe institución alguna que tenga un tratamiento integral para la madre que incluya al niño. En todos los puntos discutidos aquí no cabe duda de que la educación y el tratamiento son las alternativas más viables de ayuda para mujeres que, como Paty, no han tenido mejores opciones de desarrollo. (p. 11)

Luego de este ilustrativo relato, a continuación, revisaremos perfiles sociodemográficos de mujeres embarazadas que presentan consumo de sustancias en Chile.

6. PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DE LAS MUJERES EMBARAZADAS CON CONSUMO DE SUSTANCIAS

Respecto del consumo de sustancias adictivas, en las gestantes, Vélez y Jansson en Bobes y otros, nos señalan que,

El tipo de drogas abusadas durante el embarazo puede variar dependiendo de la ubicación geográfica, las características de la población estudiada y las modificaciones

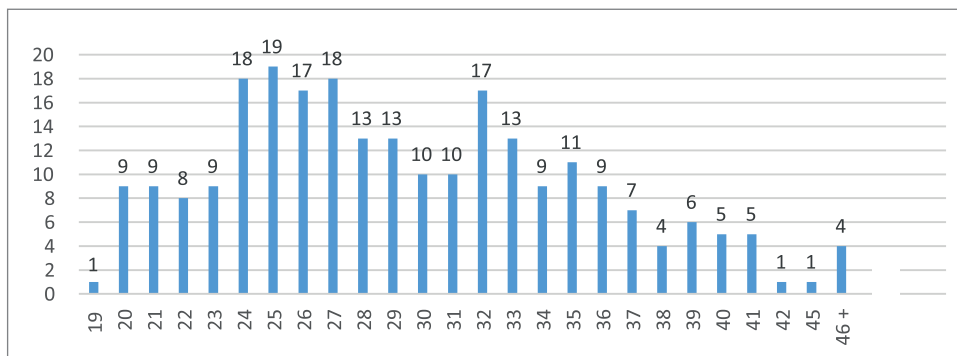
de los patrones de consumo. Sin embargo, encuestas de prevalencia realizadas en varios países estiman que entre 16% y 30% de mujeres embarazadas entre los 15 y 44 años usan tabaco, 10% a 15% usan alcohol, 3% a 10% usan cannabis y entre 0,5% y 3% usan cocaína. Aunque la exposición a opioides durante el embarazo fue considerada por varias décadas alrededor del 1,2%, en los últimos años ha habido un marcado incremento en el uso de analgésicos opiáceos alcanzando prevalencias de 8,8% a 17% basadas en pruebas de meconio neonatal. Es bien sabido que las cifras basadas en auto reporte son mucho menores que las obtenidas mediante mediciones objetivas usando principios activos y metabolitos de las drogas medibles en orina, pelo o meconio del recién nacido. Por ejemplo, en un estudio realizado en una población de bajo nivel socioeconómico en Barcelona se encontró una prevalencia de consumo de etanol durante el embarazo de 15% cuando se usó entrevista, comparado con 45% de prevalencia cuando se utilizó análisis de meconio en el neonato (Bobes et al., 2010, p. 251)

En Chile, a partir de los datos obtenidos desde el Sistema de Información y Gestión de Tratamiento (SISTRAT) de Senda, se observa que durante el año 2016 ingresaron a tratamiento 246 mujeres embarazadas, lo que representa un 4,6% de un total de 5.405 mujeres. En cuanto a otros datos de su perfil sociodemográfico, se puede señalar lo siguiente:

Las edades de las 246 mujeres embarazadas, fluctúan principalmente entre 19 y 46 años. La mayoría de ellas; 168 mujeres equivalentes al 68,3%, se encuentra en el rango etario entre 24 y 35 años. Ver gráfico 17.

Gráfico 17

Edad de las mujeres que ingresan embarazadas



Del total de las embarazadas del país (246), un 51,6% (127) se encuentra en la Región Metropolitana, le sigue la región de Valparaíso con el 11,4% (28). A continuación, se presenta el detalle país, en términos de porcentaje, lo que permite observar las regiones que están atendiendo embarazadas por sobre y bajo el promedio país, 4,6%, con respecto al total de la población mujeres.

Sobre el promedio país se encuentran las regiones de Valparaíso (6,5%), Antofagasta (6,2%), Los Ríos (5,4%), de los Ríos (5,7%), Biobio (5,1%) y Arica y Parinacota (5%) y Metropolitana (4,8%). Están bajo el promedio las demás regiones, en especial Magallanes y la Antártica Chilena (0 %), Los Lagos (1,3%) y Araucanía (1,3%). Ver tabla 1.

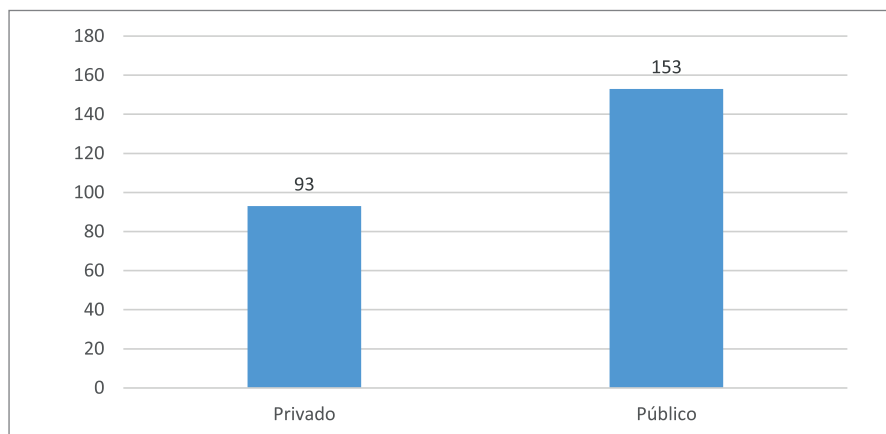
Tabla 1

Región del Centro	No	Si	(en blanco)	Total general	Porcentaje de embarazadas
ANTOFAGASTA	212	14		226	6,2
ARICA Y PARINACOTA	126	7	6	139	5,0
ATACAMA	156	5		161	3,1
AYSÉN DEL GENERAL CARLOS IBÁÑEZ DEL CAMPO	60	1		61	1,6
COQUIMBO	171	8	1	180	4,4
ARAUCANÍA	157	2		159	1,3
LOS LAGOS	153	2		155	1,3
LOS RÍOS	116	7		123	5,7
MAGALLANES Y LA ANTÁRTICA CHILENA	56		1	57	0,0
TARAPACÁ	134	3	1	138	2,2
VALPARAÍSO	406	28		434	6,5
BÍO-BÍO	314	17		331	5,1
LIBERTADOR GENERAL BERNARDO O´HIGGINS	262	12		274	4,4
MAULE	280	13	1	294	4,4
METROPOLITANA	2535	127	11	2673	4,8
Total general	5138	246	21	5405	4,6

Un 62,2% (153) se encuentra en centros públicos, mientras un 37,8% (93) asiste a centros privados. Ver gráfico 18.

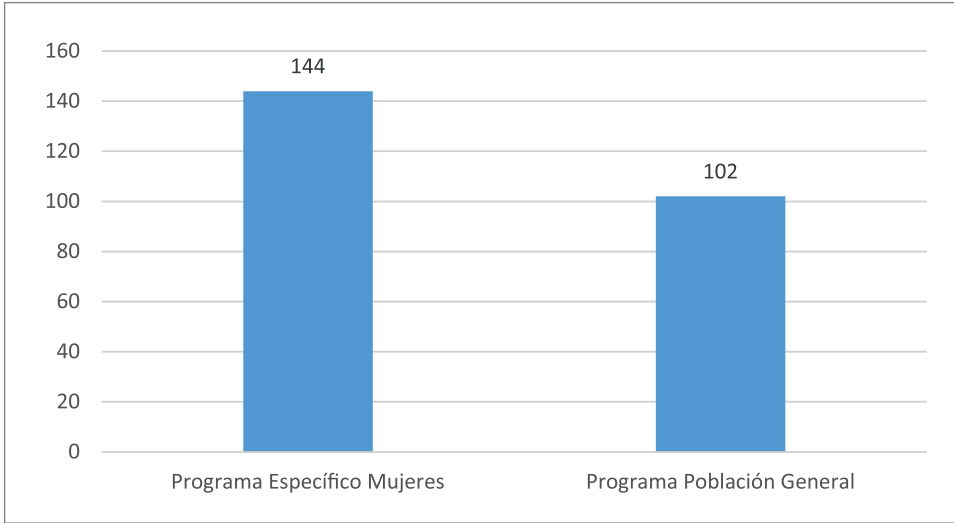
Gráfico 18

Tipo de Centro



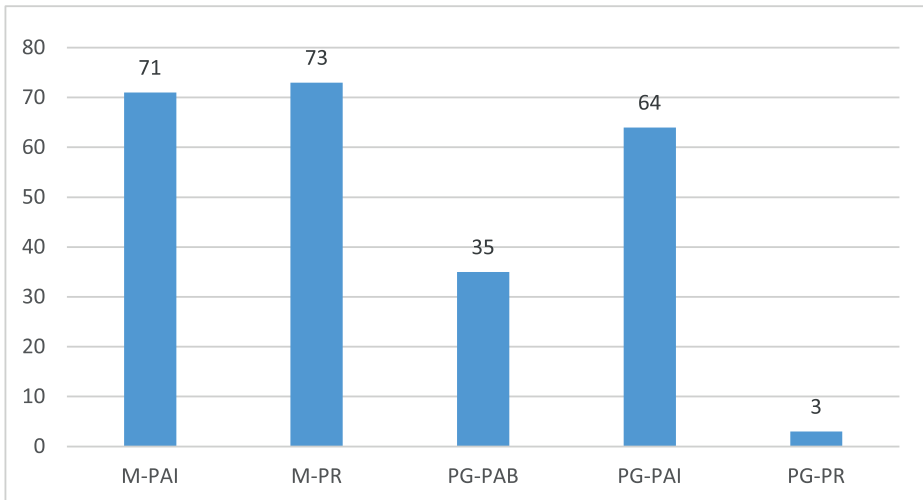
Un 58,5% (144) de las embarazadas asisten a programas para población específica mujeres adultas, mientras que el 41,5% (102) restante, asiste a programas para población general. Ver gráfico 19.

Gráfico 19
Tipo de Programa



Un 69,1% (170) de las mujeres embarazadas participa de planes ambulatorios, ya sea para población general o población específica: mujeres. El restante 30,9% (76) participa de programas residenciales, principalmente de los programas para población específica: mujeres. Ver gráfico 20.

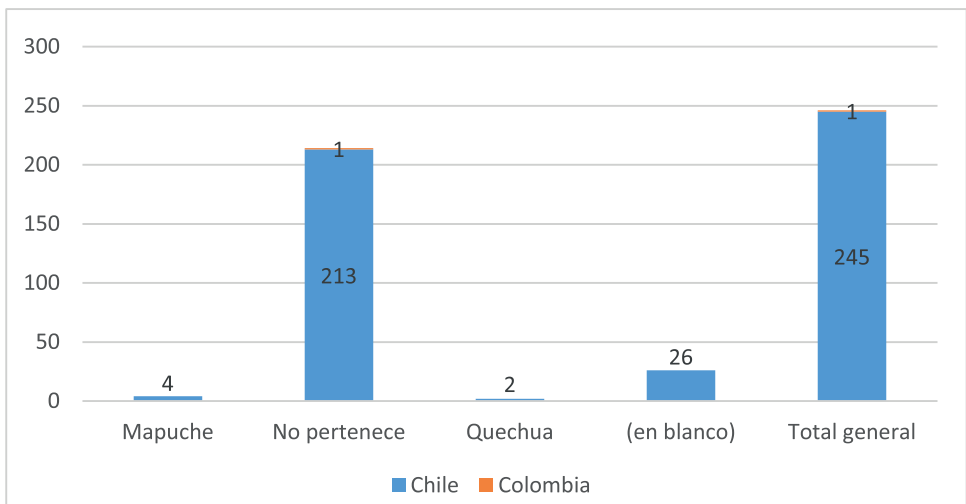
Gráfico 20
Tipo de Plan



245 de 246 embarazadas son de nacionalidad chilena y solo una de ellas es extranjera, de nacionalidad colombiana. En cuanto a la etnia, se refiere un 1,6% (4) de mujeres mapuches, y 0,8% (2) quechua, quedando la gran mayoría, un 87% (213), sin pertenencia a grupos étnicos. Ver gráfico 21.

Gráfico 21

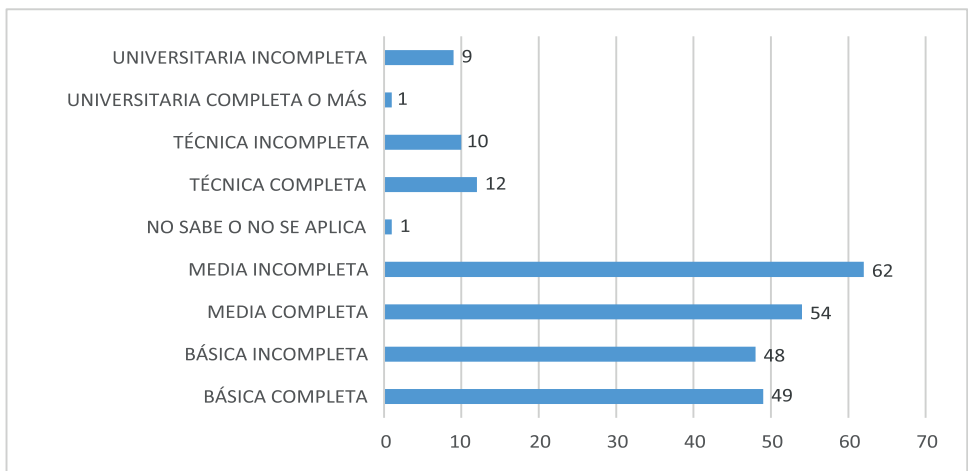
Nacionalidad y etnia



El 64,6% de las mujeres embarazadas que ingresaron a tratamiento (159), tiene educación básica incompleta, completa y hasta enseñanza media incompleta, en su último año de educación formal. Un 22% (54) tienen enseñanza media completa. Ver gráfico 22.

Gráfico 22

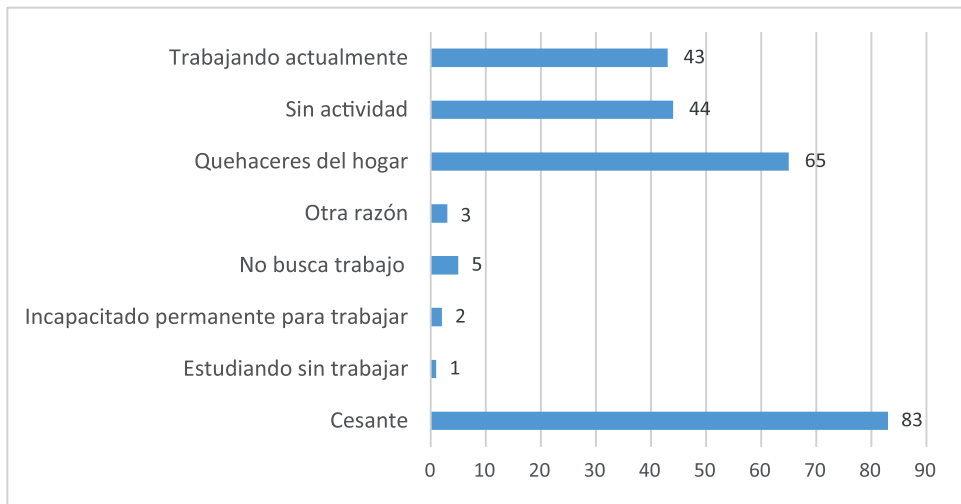
Escolaridad



Solo el 17,5 % (43) se encuentra con trabajo remunerado, de modo que el 82,5 % no lo tiene, por cualquiera de las razones enumeradas en el listado. Dentro de este último grupo, hay un 33,7% (83) cesante y un 26,4% (65) que se dedica a los quehaceres del hogar. Ver gráfico 23.

Gráfico 23

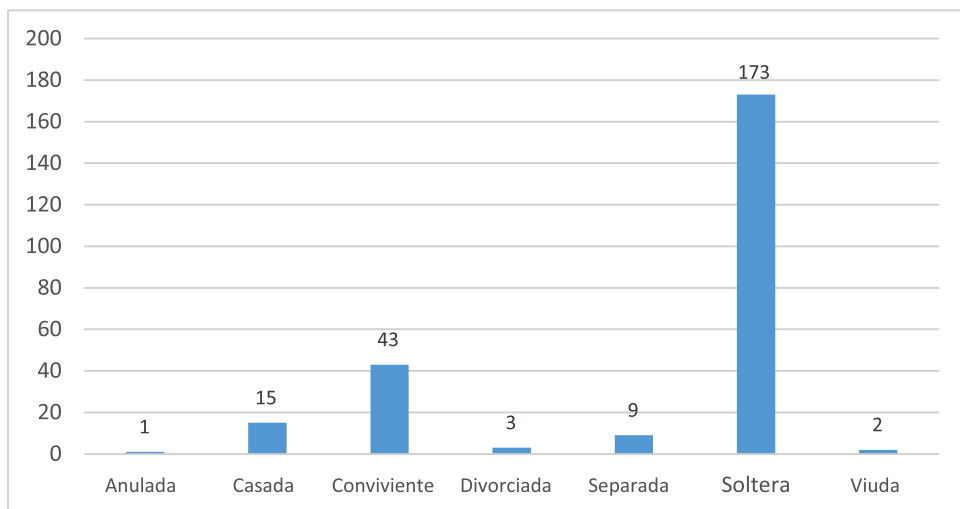
Condición ocupacional



Con respecto al estado conyugal, el 70,3% (173) refiere estar soltera. Un 17,5% (43) se encuentran en convivencia, y un 6,1% (15) casadas. El resto de las mujeres embarazadas se encuentran anuladas, divorciadas, o viudas. Ver gráfico 24.

Gráfico 24

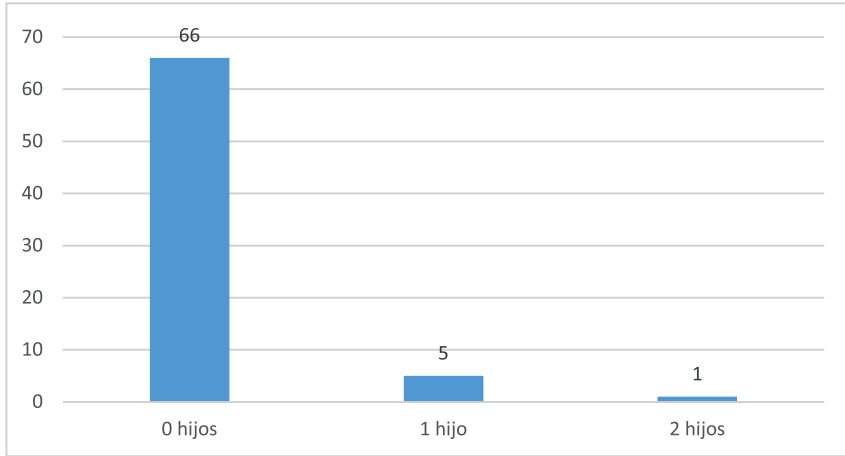
Estado conyugal



De un total de 73 mujeres embarazadas que ingresaron a tratamiento en un programa residencial, para población específica para mujeres, solo 7 de ellas (9,6%) lo hicieron con hijos o hijas. Ver gráfico 25.

Gráfico 25

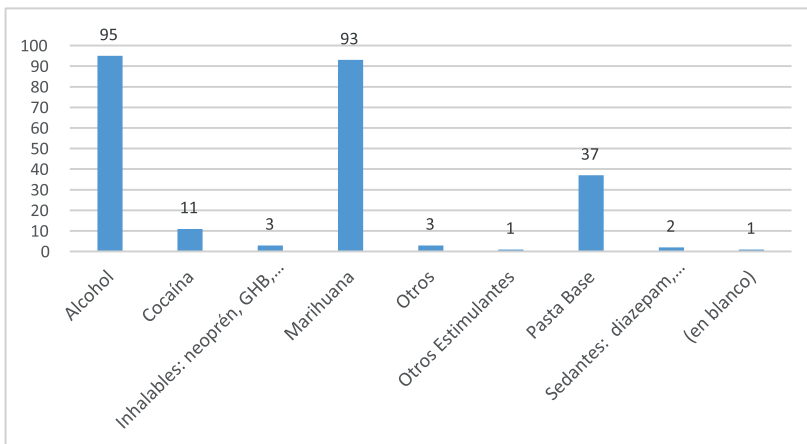
Embarazadas en tratamiento con sus hijos o hijas



Las sustancias más frecuentes en el inicio del historial de consumo son, alcohol en el 38,6 % (95) y marihuana en un 37,8 % (93) de los casos. Ver gráfico 26.

Gráfico 26

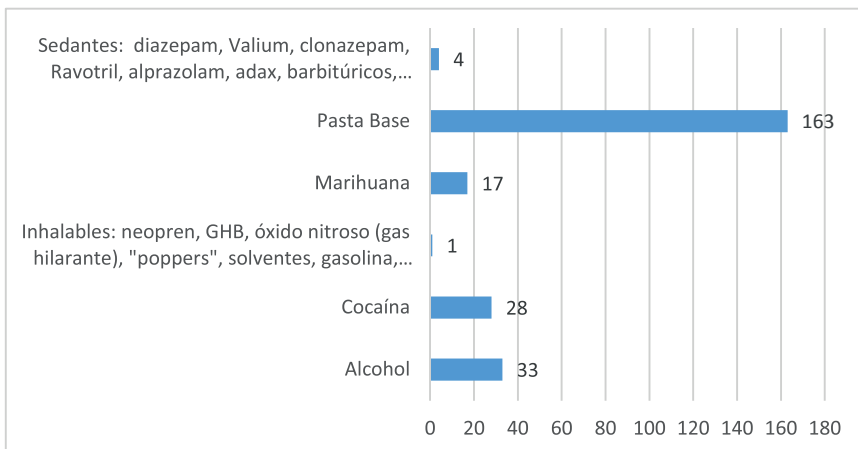
Sustancia de inicio



La sustancia principal de ingreso a tratamiento es la pasta base, con un 66,2% (163) de los casos. Le siguen alcohol con 13,4% (33) y cocaína 11,4% (28). Ver gráfico 27.

Gráfico 27

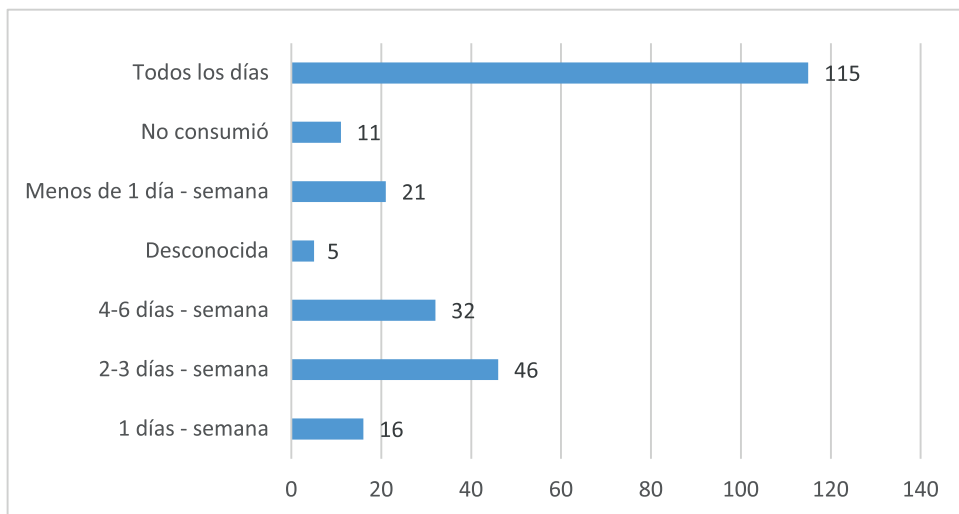
Sustancia principal



Respecto de la frecuencia de consumo, se puede señalar que el 46,7% (115) de las mujeres consume la sustancia principal a diario, seguido de un 18,3% (46) que la consume entre 2 y 3 días por semana. Ver gráfico 28.

Gráfico 28

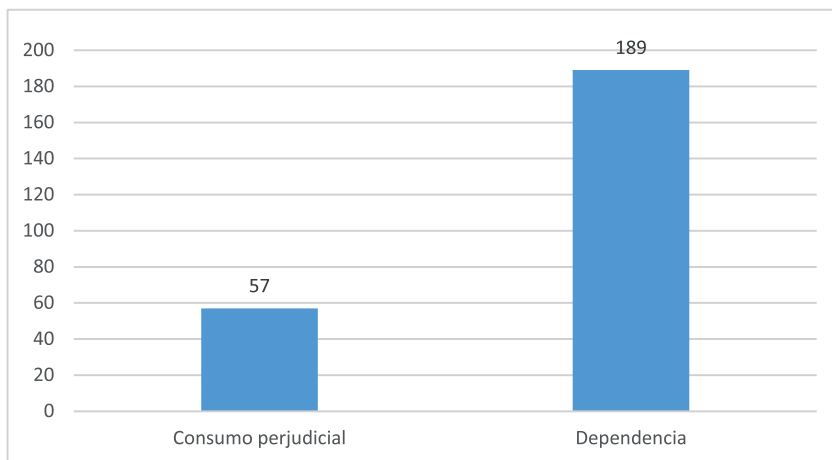
Frecuencia de consumo de la sustancia principal



El diagnóstico más frecuente por consumo de sustancias es, en el 76,8% (189), un trastorno por dependencia y en el 23,2% (57), se trata de consumo perjudicial. Ver gráfico 29.

Gráfico 29

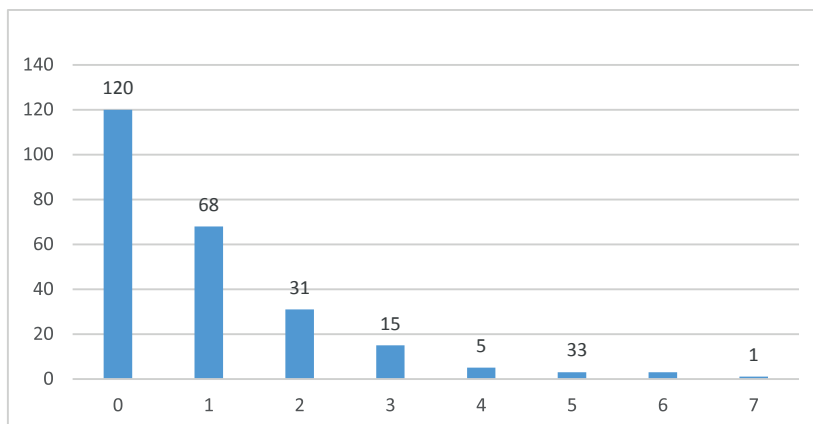
Diagnóstico por consumo de sustancias



Finalmente, es interesante mencionar que el 48,7% (120) de las mujeres embarazadas asiste por primera vez a tratamiento, seguida de un 27,6% (68) que ha tenido solo un tratamiento anterior. El resto se desagrega en diferentes valores hasta llegar a siete tratamientos anteriores. Ver gráfico 30.

Gráfico 29

Diagnóstico por consumo de sustancias



7. EFECTOS DE LAS DROGAS Y/O ALCOHOL EN EL FETO Y EN EL NIÑO O NIÑA

De acuerdo a lo que señalan Velez, y Jansson (2010) en el Manual de Adicciones, segunda edición, el estudio de los efectos de las drogas en el feto y en el niño [o niña] ha ido cambiando a través de los años, al entenderse la complejidad de los diferentes factores que pueden moderar dichos efectos (Bobes, Casas & Gutiérrez, 2010, p. 253).

En el comienzo, hubo estudios centrados en la teratología clásica, que estudia el efecto único y directo entre la droga y un defecto particular producido en el niño o niña, como resultado de dicho consumo de sustancias. Sin embargo, en estudios posteriores, realizados a partir de los años noventa, se han basado en modelos más complejos, incluyendo "la exposición a múltiples drogas y factores genéticos y ambientales, que pueden moderar los efectos de cada droga individual en la gran variedad de dominios neurocomportamentales que pueden ser afectados durante el desarrollo" (p. 253) esto es, durante el proceso de crecimiento fetal o del futuro niño o niña.

Bobes, Casas y Gutiérrez (201), han señalado que:

Existen períodos críticos de vulnerabilidad durante el desarrollo de las diferentes áreas del cerebro fetal, en las cuales la exposición a sustancias puede alterar procesos del desarrollo cerebral (ej.: neurogénesis, diferenciación neuronal, sinaptogénesis, apoptosis, etc.). Estas alteraciones pueden manifestarse tanto como malformaciones morfológicas visibles al nacimiento –como en el caso del Síndrome Alcoholismo Fetal (SAF)–, así como anormalidades neuroconductuales que pueden manifestarse tanto al nacimiento (ej. Síndrome Abstinencia Neonatal, SAN), como a lo largo de la infancia; posiblemente en cualquier período de la vida del individuo. Los efectos de la exposición prenatal a drogas dependen de la intersección del tipo y cantidad de droga, del momento y región del cerebro en que ocurre la exposición, y si la droga actúa en el período crítico del desarrollo en que la estructura –o circuito cerebral– es sensible a los efectos de dicha droga. Efectos teratogénicos directos de las drogas incluyen alteraciones en el desarrollo de sistemas de neurotransmisores y neuromoduladores, muchos de los cuales están presentes durante la embriogénesis temprana, e inciden en el desarrollo cerebral posterior del feto. Los efectos indirectos pueden deberse a variaciones en la fisiología materna (ej.: vasoconstricción) y al funcionamiento de la placenta creados por las drogas (p. 253).

Estos autores nos traen a colación el concepto de programación fetal, mediante el cual se describe el posible origen de algunas enfermedades desarrolladas en la infancia, adolescencia y vida adulto.

Además de los efectos teratogénicos y farmacológicos directos, causados por las drogas en la madre y en el feto, en los últimos años se ha sugerido que los efectos de las drogas en el niño o niña pudieran explicarse en parte en base al concepto de programación fetal, antes conocido como orígenes fetales de la enfermedad del adulto o hipótesis de Baker. Creciente evidencia preclínica de estudios longitudinales en humanos y estudios epidemiológicos sugieren que factores ambientales, que actúan en etapas tempranas de la vida, programan sistemas fisiológicos básicos como el eje hipotálamo-pituitaria-adrenal (HPA), el sistema inmune, endocrino y sistema nervioso

autónomo, alterando estructuras y funciones. Estos cambios llevan a programaciones alteradas del desarrollo cerebral que pudieran manifestarse en enfermedades médicas, desórdenes conductuales, emocionales y del desarrollo en el niño o niña y adolescente, en especial cuando situaciones estresantes y ambientes postnatales empobrecidos están presentes. (p. 253)

Según la teoría anterior, el uso de sustancias psicoactivas en mujeres embarazadas, se constituye en un factor estresante del ambiente intrauterino, que afecta neurotransmisores y hormonas, en especial glucocorticoides con trastornos en el eje HPA. "Una alteración en la expresión de los principales genes candidatos, y redes de genes que son importantes para la función placentaria, puede causar modificaciones fisiológicas y metabólicas persistentes que afecten el neurodesarrollo." (p.253)

Luego, Bobes y Gutiérrez (2010) agregan que los síntomas y conductas presentes en niños y niñas, con madres que consumieron sustancias psicoactivas durante el embarazo, son muy diversos, relacionados con las particularidades de cada hijo o hija, dentro de estas, su edad. También hay gran variabilidad sobre cómo evoluciona el síntoma, el que, entre otros factores, depende de si existe o no una intervención temprana asociada a su detección.

Muchos de estos efectos en el feto, hijo o hija del consumo de sustancia durante el embarazo han influido en las decisiones que toman los equipos médicos, psicosociales y legales hacia las gestantes. Considerando el valor de la vida como un principio universal en salud, y desde nuestro conocimiento del tema de adicciones, cabe instalar la siguiente pregunta: ¿Las medidas directivas, coercitivas, son eficaces para detener el consumo de sustancias en las mujeres embarazadas?

8. LACTANCIA Y CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOADICTIVAS

Howard y Lawrence, citados en Pascale (2010) señalan que las sustancias psicoactivas "se excretan por la leche materna en cantidades variables según sus características fisicoquímicas" (p. 45). Luego complementa con De Ben y Pascale, citados en Pascale (2010) agregando que dichas sustancias, "durante la lactancia pueden, por esta vía, ocasionar efectos sobre el recién nacido" (p.45). De acuerdo a la American Academy of Pediatrics (AAP), Committee on drugs (2001), existirían "casos en los que no se ha demostrado su pasaje o no se conoce con exactitud la concentración que alcanza la sustancia en la leche materna y por lo tanto se desconoce el potencial riesgo de amamantar en esas condiciones. (p. 46)

El Center of Adiction and Mental Health (CAMH) y Koren, citados por Pascale (2010), se refieren a lo importante que es reconocer el riesgo del traspaso de sustancias psicoactivas desde la leche materna al recién nacido, puesto que en paralelo es necesario poner en la balanza aquellos "beneficios ampliamente conocidos de la lactancia materna para el crecimiento y desarrollo del recién nacido". (p.46)

Con respecto a las consecuencias negativas para el binomio madre-hijo/a de ingerir alcohol durante el embarazo, CAMH (2007) y Koren (2002) señalan que, si bien estas han sido estudiadas, y existen pautas terapéuticas claras al respecto,

aún falta definición de los riesgos por el consumo de alcohol durante el período de lactancia, lo que determina que sea frecuente encontrar referencias sobre consejos de

profesionales de la salud, reconociendo que la madre puede beber alcohol mientras se encuentra amamantando, aun cuando nunca ha sido establecido, que, para el niño o niña, existan niveles seguros de alcohol en la leche materna. El alcohol se excreta a través de la leche en concentraciones similares a las detectadas en la sangre materna. Si bien el niño o niña se expone a cantidades inferiores a las que ingiere la madre, su menor capacidad de metabolismo y eliminación del alcohol le hacen más vulnerable a sus efectos. (p. 46)

Diversos trabajos internacionales, según Little, Anderson, Ervin, Worthington-Roberts, y Clarren citados en Pascale (2010), han "demostrado que la exposición al alcohol a través de la leche materna puede ocasionar en el niño o niña: alteraciones del desarrollo motor, letargia, sudoración excesiva, trastornos del sueño, disminución de la ingesta de leche, episodios de hipoglicemia" (p.46). Además, "la ingesta de grandes cantidades de alcohol podría también reducir la excreción de leche. (Cobo y Cobo Alboni, Gramellini, Cigarini, Bianconi, Pignatti, et al, citados por Pascale 2010, p. 46)

Mennella y Gerrish citados en Pascale (2010) destacan que hay "autores sugieren ciertos "beneficios" de la ingesta "moderada" de alcohol en período de lactancia, tales como el incremento de la secreción de prolactina (y por consiguiente de la producción de leche) en caso de ingesta de cerveza, o la hipótesis de que el alcohol mejoraría el sabor de la leche". (p. 46)

En nuestro país, Chile, y desde una mirada de Salud Pública, hemos considerado que todo consumo de alcohol, o drogas, es de riesgo para el hijo o hija, aun cuando está presente la tensión de los beneficios que produce la lactancia, para la salud física y emocional del hijo o hija.

Esta idea de algunos profesionales, de que el consumo de alcohol podría estimular la producción de leche materna, es contrastada por Mennella y Beauchamp (citados en Pascale 2010) quienes señalan que "el consumo de alcohol por una madre amamantando se ha relacionado con la reducción de la ingesta de leche por el niño de hasta un 23%; y no se conoce el mecanismo que explica dicha reducción, si bien se plantea como una causa probable los cambios de sabor de la leche en períodos de consumo y abstinencia". (p. 47)

Con respecto a la dosis segura de alcohol, Pascale (2010) cita a Ho, Collantes, Kapur, Moretti, Koren, Briggs, Freeman, Yaffe,

Partiendo de que no hay evidencia de una dosis segura, no existe beneficio demostrado que supere los riesgos de la ingesta de alcohol durante la lactancia. Hay formas de minimizar los riesgos en consumos leves a moderados ocasionales de alcohol por la madre, tales como aguardar el tiempo para el cual no haya más alcohol en la leche materna; a propósito, se han confeccionado tablas de acuerdo al peso de la madre y el número de UBE (Unidad de Bebida Estándar) ingeridas, con el tiempo de eliminación de la sustancia, considerando una velocidad de metabolización y una talla promedio, con una función hepática normal; su limitante es que existen variaciones interindividuales del metabolismo del alcohol. (p. 47)

Si se trata del consumo de tabaco, De Ben y Pascale, en Pascale (2010) dan cuenta sobre algunas investigaciones que "revelan una reducción en la concentración sérica de prolactina en las madres

fumadoras de más de 15 cigarrillos al día, lo cual determinaría una disminución de la secreción láctea". (p. 47)

Los estudios mencionados por Pascale (2010) no dan cuenta "si la concentración de nicotina alcanzada en la leche materna es capaz de ocasionar dicha alteración, [pues] existen otros factores que pueden determinar efectos negativos para el niño o niña, como la exposición al humo de tabaco en el ambiente (p.47).

Con respecto al consumo de drogas, se menciona que la cocaína y sus metabolitos se excretan por la leche materna. NSW Department of health (Australia) y LactMed, en Pascale (2010) indican que existen informes de casos clínicos y estudios de *screening* en usuarias de cocaína previo al parto "quienes evidencian la detección de cocaína, benzoilecgonina y otros metabolitos en leche materna en las primeras 48 a 72 horas luego del último consumo materno" (p. 48).

Chasnoff, Lewis y Squires, en Pascale (2010) dieron cuenta de "algunos reportes de complicaciones neonatales secundarias a la exposición a cocaína a través de la leche materna (temblor, vómitos, hipertensión arterial), coincidiendo con dicho período de excreción desde el último consumo" (p. 48). Por lo anterior la Asociación Americana de Pediatría (AAP) ha contraindicado la lactancia en usuarias de cocaína. Sin embargo, no se ha demostrado excreción de cocaína, a través de la leche materna, más allá de las 72 horas desde el consumo de la droga. Pérez-Reyes y Wall en Pascale, (2010) destacan lo anterior como un "hecho favorable para promover la lactancia en aquellas madres que logran la abstinencia. (p.48)

Siguiendo con otra sustancia estimulante, en este caso los derivados anfetamínicos, se ha encontrado que,

Pueden excretarse por la leche materna, existiendo riesgo de sobredosis en el/la lactante. La AAP contraindica la lactancia en caso de consumo de estas sustancias estimulantes conocidas como anfetaminas u otros nombres de fantasía locales. Entre los efectos se incluye: inhibición de la secreción láctea, irritabilidad, alteraciones del sueño y agitación. Un informe sobre dos mujeres usuarias de anfetaminas con fines recreativos evidenció la presencia de dichas sustancias en la leche materna por 48 horas, de manera que se recomienda esperar al menos ese tiempo para continuar la lactancia. La mayoría de los estudios se han efectuado para las anfetaminas clásicas, siendo la información para MDMA (éxtasis) muy limitada. (Pascale, 2010, p. 50)

Con respecto a la marihuana, Pérez-Reyes y Wall, leídos en Pascale (2010) mencionaron que se ha detectado THC en la leche materna y The Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee, en Pascale (2010) dieron cuenta de la existencia de "otros metabolitos en heces del/la lactante, lo que sugiere la capacidad de metabolizar el THC por parte del niño o niña (p. 48). Garry, Rigour, Amirouche, Fauroux, Aubry, Serreau (2009) en Pascale (2010) mencionaron estudios realizados en animales en los que se reveló que "los cannabinoides pueden reducir la secreción láctea" (p. 48). El Western Australian Centre for Evidence Based Nursing & Midwifery, señala que "los metabolitos de marihuana tienen una vida prolongada (hasta 57 horas), que puede ser mayor en el/la lactante" (p. 48). Pascale (2010), agrega citando al CAMH, que:

El THC es liposoluble, por lo cual podría acumularse en la leche materna y determinar consecuencias negativas por una exposición repetida y mantenida: letargia, lactadas menos frecuentes y de menor duración y alteraciones del desarrollo psicomotor, particularmente si ocurre en el primer mes después del parto. (p. 48)

Cuando se trata de los efectos de las benzodiazepinas, Pascale (2010), ha señalado una diversidad de respuestas, y efectos, dependiendo de la sustancia y la cantidad, enfatizando que la mayoría

Se excretan a través de la leche materna, a bajas concentraciones. De todas formas, la AAP las coloca en la categoría de sustancias cuyos efectos negativos no están demostrados, pero los mismos podrían existir, además, de manera diferencial entre unas y otras. Aquellas con vida media larga (v. g. diazepam) pueden persistir varios días en la sangre del lactante, y causar sedación, letargia, hipotonía y dificultad para alimentarse, así como podría existir riesgo de trastornos neurocomportamentales a largo plazo. Las benzodiazepinas de vida media corta -como el lorazepam- al ser más potentes, se relacionan con la aparición de síndrome de abstinencia en el/la lactante. En dosis terapéuticas, fármacos opiáceos como morfina, codeína, meperidina y metadona se excretan en la leche materna a muy bajas concentraciones, por lo que la AAP los considera compatibles con la lactancia. No se aconseja la lactancia en aquellas dependientes a opiáceos que consumen dosis elevadas, así como en usuarias de heroína, dado que se reportan efectos en el/la lactante tales como sedación, temblores, vómitos y dificultad en la alimentación. (p. 49)

Existe limitada información acerca de solventes y lactancia. En el Royal Women's Hospital Drug Information Centre, citado por Pascale (2010) dan cuenta que:

La mayoría de los autores reportan que estas sustancias se excretan a través de la leche materna, por lo que contraindican la lactancia si se utilizan con fines de abuso, haciendo referencia al potencial daño que pueden ejercer las mismas sobre el desarrollo neurológico de los niños expuestos. (p. 50)

Como síntesis, con respecto a lactancia y consumo de sustancias psicoactivas, la postura global y más frecuente, es suspenderla, desde la premisa que todo consumo es dañino. Sin embargo, al mirar en detalle, los efectos específicos de cada sustancia, la duración de esta en el organismo de la madre, las características específicas del hijo o hija, más los beneficios propios de la lactancia, parece necesario hacer un análisis caso a caso, promoviendo la abstinencia en la madre, entre otras medidas de cuidado, para la protección del hijo o hija en período de amamantamiento.

CAPÍTULO III

MUJERES, TRATAMIENTO Y PERSPECTIVA DE GÉNERO

1. PROGRAMAS DE TRATAMIENTO PARA MUJERES, CON PERSPECTIVA DE GÉNERO

Patricia Martínez (2008), haciéndose parte de la investigación y formación que lleva a cabo la Asociación de Entidades de Centros de Día de Drogodependencias (ASECEDI) en España, aporta sugerencias para la inclusión de la perspectiva de género en el tratamiento, de mujeres que asisten a centros diurnos, en los que se aborda violencia de género y consumo problemático de sustancias. Ella destaca como necesaria la flexibilidad y capacidad de observar, así como le da importancia a conocer a cabalidad a las personas que se atienden. Esta autora es enfática en señalar que género, no puede utilizarse como sinónimo de mujer, que, además, los tratamientos para mujeres, deben considerar las construcciones femeninas y masculinas, para una mirada más integral de ellas mismas, en sus contextos de vida. Martínez (2008) destaca 9 puntos a considerar al incluir la mirada de género en el tratamiento:

1. Flexibilidad en los tratamientos, para adaptarse más fácilmente a las conflictivas que presentan las mujeres, asociadas a sus historias personales y vinculares.
2. Incluir en el tratamiento, el abordaje de experiencias de maltrato: la vivencia o el ejercicio, también ambas. Para un mejor resultado, incluir profesionales capacitados en el tema, o tener un contacto externo. Esto considera que en casas de acogida por el tema de violencia se les permita "la estancia de mujeres drogodependientes estando fuertemente coordinadas con el centro de atención a drogodependencias, realizando un trabajo conjunto. Para esto es necesario establecer programas y protocolos de atención" (Martínez, 2008, p. 44).
3. Los centros de tratamiento ambulatorios, deben contar con guarderías para hijos e hijas, o estar coordinados con un jardín infantil, de la comunidad.
4. Los centros de tratamiento, en modalidad residencial, deben estar habilitados para incluir a las mujeres y sus hijos y/o hijas. "*Habilitados* implica cambiar contenidos de tratamiento y disposiciones temporales: flexibilizar visitas, llamadas, etc." (Martínez, 2008, p. 44). Estas consideraciones, se relacionan, con la importancia que dan las mujeres a lo vincular. Un conflicto en la relación con sus hijos o hijas, o la pareja, pueden facilitar la recaída, y abandono del tratamiento. A lo anterior, se suman las exigencias de género, sobre la mujer, a quienes se exige un desempeño ejemplar en los roles de madre, hija, pareja. Estas mujeres, que llegan a tratamiento, suelen estar en conflicto con estos roles, y además de la recuperación del consumo, necesitan recuperar un desempeño de roles femeninos, más adaptados a las expectativas que emergen desde las construcciones sociales.
5. Con respecto a la maternidad, que conlleva las exigencias del binomio mujer-madre, hay que tener especial cuidado, puesto que muchas de las mujeres que asisten a tratamiento, tendrán embarazos no deseados o no planificados, de modo que es importante cuidar acompañamiento sin juicios ni cuestionamiento a las decisiones que vayan tomando, lo que incluye la adopción.
6. La atención a la familia, es muy importante, sin embargo, se observa que es difícil llevarla a cabo, ya sea porque es difícil motivarlas, no hay suficientes horas profesional, o porque a los equipos les falta capacitación en el tema. Es necesario coordinarse con redes e instalar el trabajo con familia.
7. Un problema emergente, para el consumo problemático de sustancias en las mujeres, se relaciona con otros problemas de salud mental, que son abordados en diferentes dispositivos de la red. Esto,

puede generar sobre medicamentación, o al menos, desorganización, considerando que algunos fármacos recetados tienen potencial adictivo. Para prevenir este problema, es necesaria una articulación y coordinación óptima con las redes locales.

8. Con respecto al tema del consumo problemático de sustancias y su relación con el tema género:

Es necesario un abordaje que ponga en interacción la drogodependencia y factores asociados al género. Debemos desarrollar grupos de intervención específica con mujeres en los Centros de Día. La experiencia de asociaciones de mujeres, y recursos especializados en violencia de género, etc. puede nutrir nuestra experiencia (así como bibliografía especializada), pero es necesario crear un espacio específico en nuestros centros, ya que, en otros grupos externos a la Red, generalmente las mujeres no pueden contar que son drogodependientes o directamente lo esconden (Martínez, 2008, p. 46).

9. Referente a la incorporación al ámbito laboral, es importante ver a las mujeres como tales, y salir del estigma que les agrega el consumo problemático. Siendo así, Martínez (2008) propone que,

Podemos desarrollar acciones dirigidas a incidir sobre: -la segregación horizontal: programas de formación en profesiones tradicionalmente masculinas, con mejores condiciones laborales, pero diseñando a su vez acciones de intermediación en la contratación y/o prospección de empleo;- la segregación vertical: formación en habilidades para el liderazgo, proyectos de autoempleo...; - o la conciliación de la vida personal y laboral: no debemos perder de vista nuestra capacidad como agentes sociales para generar una sensibilidad respecto a los cuidados como una responsabilidad social; las mujeres no pueden seguir resolviendo de forma individual una cuestión estructural. Podemos poner en marcha programas de guarderías comunitarias (como fórmula de autoempleo, por ejemplo), experiencias de autoorganización, etc. (Martínez, 2008, p. 46).

Remontándonos a elementos históricos y de la génesis de estos programas de tratamiento para mujeres, Rosenbaum (1997) leída en Carmen Meneses (2007) destaca que,

Durante la década de los años setenta y parte de los ochenta, los estudios internacionales referidos a las diferencias de género en los usos de drogas investigaron fundamentalmente los distintos patrones de consumo, sus consecuencias durante el embarazo, en la maternidad y en la transgresión de los roles de género que las mujeres consumidoras desempeñaban (Castaños, M.; Meneses, C.; Palop, M.; Rodríguez, M.; Tubert, S. 2007, p. 22).

Las distintas alternativas, que se fueron centrando en "las necesidades y opciones de tratamiento específicos para las mujeres, adquieren mayor relevancia desde los años noventa hasta la actualidad, incorporando en muchos de ellos una lectura sobre el abuso de drogas en relación con la violencia hacia las mujeres." (Castaños et al, 2007, p. 22).

Meneses (2007), cita a diversos autores (Rosenbaum, 1981; Reed, 1987; Inciardi y cols., 1993; Sterk, 1999; Hedrich, 2000). Según diversos estudios (Reed, 1985; Javris, 1992; Roberts y Nishimoto, 1996; Nelson-Zlupko, 1996; Gordon, 2000; Hedrich, 2000), quienes son enfáticos al señalar que es fundamental que los programas para mujeres, tengan una sensibilidad hacia sus necesidades y, desde ese lugar, se incorpore la perspectiva de género, el éxito de un programa de tratamiento para las mujeres, consiste en que tenga en cuenta sus particularidades.

Hay dos tipos de programa; solo para mujeres y mixtos con perspectiva de género, esto es aquellos diseñados y orientados específicamente hacia las mujeres, en su construcción y práctica, o los que son para mujeres adaptados a sus requerimientos, dentro de los mixtos.

Es importante destacar que algunas mujeres no se sienten en un entorno adecuado para hablar sobre sus problemas con el consumo de drogas, sus relaciones interpersonales o su sexualidad, cuando participan con los hombres en la terapia de grupo, en especial si esto ocurre al inicio de su proceso de tratamiento (Castaños et al, 2007, p. 23). Cuando esto no se considera importante en la conformación de los grupos, tiende a ir en desmedro de las mujeres, en especial si el grupo es mayoritariamente de hombres, o incluso en el peor de los casos, solo de hombres y una sola mujer.

Babcock y Connor (1981) citados por Meneses (2007), destacan que diferencias entre hombres y mujeres en su funcionamiento psicológico: en las mujeres existe un marcado sentimiento de culpa asociado a una autoestima más baja, habitualmente vinculada con los estigmas, con el rol de cuidadoras conflictuado, entre estos el de madre, todos temas a los que se ve enfrentada por el hecho de ser una mujer con consumo problemático de sustancias. La crítica desde el movimiento feminista y las alternativas ofrecidas por este, han dado lugar a la construcción de programas más flexibles para ellas, acogiendo y contemplando las circunstancias de las mujeres y de las minorías étnicas, tal y como han señalado Hillhouse y Florentine (2001) y Roberts y cols. (2000) leídos en Castaños y otros (2007).

Meneses (2007) destaca, citando a Jarvis (1992), Hedrich (2000), Dodge y Potocky-Tripodi (2001), que,

La modalidad de tratamiento, residencial o ambulatorio, no ha mostrado que uno u otro tengan resultados más satisfactorios para las mujeres, sin embargo, lo que sí influye es que el tipo de tratamiento incluya el enfoque de género, sea sensible a las necesidades y a las situaciones más desfavorable de las mujeres con drogodependencia (Castaños et al., 2007, p. 24).

Covington (2002) leída en Meneses (2007) suma la idea que, en este mismo sentido, "se ha planteado que la presencia e interacción con varones en tratamiento no es recomendable en las primeras etapas del tratamiento, sino en un momento posterior" (Castaños, M. & M., 2007, p. 24).

Si bien es cierto que hay profesionales y técnicos, que tienen la percepción de que las mujeres son más difíciles de recuperar, asociándolo a menos motivación para el tratamiento, muy por el contrario Meneses (2007) señala citando a Rosenthal y cols. (1979) y Angli y cols. (1987) que las mujeres pueden mostrar un nivel de mayor motivación para el tratamiento en relación a los hombres, con la salvedad, de que tienen índices más bajos de permanencia, según Arfken y cols., (2001), leídos en Meneses (2007). Este punto es relevante, pues cuando los equipos no toman en cuenta estas diferencias en el diseño de los planes de intervención individuales, pueden funcionar desde el sesgo que las mujeres tienen dificultades de adherencia al programa, e incluso favorecer inconscientemente que ocurran abandonos, una vez avanzado el proceso de tratamiento.

a. OBSTACULIZADORES

Carmen Meneses (2007) refiere que la gran mayoría de los trabajos de investigación muestran una serie de consideraciones en relación a las mujeres que asisten a tratamientos por problemas con el consumo de sustancias y describe lo siguiente: 1) los obstáculos de acceso al tratamiento, 2) la oferta

de programas y su escasa adecuación a las necesidades de las mujeres y 3) los resultados o abandonos del tratamiento. Así mismo, y según Prather y Fidell (1978; Reed (1985 y 1987), Forth-Finegan (1991) y Hedrich (2000) leídos en Meneses (2007), señalan que la gran mayoría de los trabajos exponen dos temas centrales, que causan dificultades para las mujeres, relacionados con el tratamiento de drogas y las diferencias por sexo:

1. Los programas en general están diseñados para los hombres, que son los usuarios mayoritarios de los mismos.
2. La presencia de mujeres es muy inferior en los tratamientos, lo que genera repercusiones negativas para ellas (Castaños et al, 2007, p. 21).

Con respecto a lo anterior, Reed (1987) citado por Meneses (2007) plantea que el hecho de que los programas de tratamiento de drogas estén orientados hacia los hombres se debe a una serie de circunstancias:

1. Al inicio, la investigación sobre adicciones se ha centrado en las sustancias y, muy posteriormente, ha tenido en cuenta las características de las personas consumidoras (etnicidad, edad, sexo, orientación sexual, etc.), si bien han tomado como referente a los varones blancos, al igual que en otros campos de la medicina y de las ciencias de la salud.
2. Las personas planificadoras y gestoras de servicios desconocen las necesidades de las mujeres.
3. Las mujeres han sido ignoradas en la mayoría de los estudios sobre tratamiento o no se han considerado cuestiones que son relevantes para ellas. Este hecho ha dado lugar a que sean desconocidas sus necesidades y las circunstancias del consumo de drogas. En este sentido, los instrumentos de evaluación y de investigación no han incorporado la perspectiva de género.
4. En general, los consumos de drogas en las mujeres han generado menos alarma social que cuando son varones, ya que las conductas violentas (delincuencia, crímenes, etc.) se asocian en mayor medida a los hombres.
5. En las mujeres el abuso de psicofármacos no suele ser considerado como un problema importante, puesto que se consume en el contexto de lo privado.
6. El conocimiento sobre las reacciones químicas de las drogas en las mujeres es más limitado que sobre los varones, ya que el sujeto experimental suele ser varón y cuando se han considerado a las mujeres se ha centrado en las repercusiones en el feto (Castaños et al., 2007, p. 22).

En síntesis, Carmen Meneses (2007) menciona que la mayoría de los trabajos (Prather y Fidell, 1978; Rosenbaum, 1981; Reed, 1987; Copeland y Hall, 1992; Taylor, 1993; Amaro y Ardi-Fanta, 1995; Covington, 2000; Gordon, 2002; Hser y cols., 2003) sobre el tratamiento de las adicciones han señalado que no se ofrecen programas y prestaciones adaptadas a las necesidades de las mujeres, lo que ha intencionado la revisión de estos temas y la realización de informes internacionales monográficos sobre el tratamiento de los problemas con el consumo de drogas en esta población específica, para, desde ese lugar, sugerir y orientar intervenciones diferenciales (Castaños et al., 2007, p. 23).

Dicho lo anterior, y aceptando la necesidad de diseñar e implementar planes específicos para mujeres, sensibles al género, podemos ir analizando con mayor detalle algunos puntos propios del tratamiento. Prather y Fidell (1978), Reed (1985 y 1987), Wells y Jackson (1992), Nelson-Zlupko y cols. (1996) Hedrich

(2000) y ONU (2005) citados por Meneses (2007), observaron que las mujeres que presentan dificultades para recuperarse de la adicción, puede relacionarse con dos tipos de factores,

Aquellos relacionados con el programa de tratamiento.

De acuerdo a Roberts y Nishimoto (1996) y Hedrich (2000), tienen que ver con los condicionantes sociales, personales y culturales de las usuarias. Se ha planteado que los resultados del tratamiento pueden estar más relacionados con las características del programa, que con las particularidades presentes en las personas usuarias del mismo (Castaños et al., 2007, p. 22).

A continuación se detallan estas dificultades mencionadas por Carmen Meneses (2007), desagregadas en barreras de acceso y dificultades de adherencia y retención en el tratamiento:

Barreras de acceso

- Detección tardía del consumo problemático de sustancias psicoactivas, en las mujeres. Pueden ser muchas las variables que dificultan el reconocimiento de su dependencia a sustancias: el ocultamiento por parte de las mujeres o la vida social normalizada en el consumo. Lo anterior puede constituir obstáculos para que los y las profesionales identifiquen la problemática; partiendo por no hacer la pregunta específica sobre el tema, y siguiendo por una falta de protocolos de recogida de datos, además de no contemplar en el diagnóstico, las diferencias entre mujeres y hombres, debido a la ausencia de perspectiva de género (Castaños et al., 2007, p. 52).
- La influencia de los estigmas sobre las mujeres con consumo problemático de sustancias en los y las profesionales de los dispositivos de salud, lo que puede determinar ciertas actitudes hacia ellas, o prejuicios que determinen las entrevistas, sus preguntas y omisiones. Además, el menor número de mujeres atendidas, respecto de los hombres, puede favorecer que algunos estereotipos se generalicen a todas las mujeres con dependencia a sustancias, en desmedro de la mirada única que integra la diversidad (Castaños et al., 2007, p. 52).
- Westermeyer y Boedicker (2000) en Meneses (2007), mencionan que “muchas veces los problemas de salud mental enmascaran el uso de drogas y no son identificados por el personal médico de atención primaria” (Castaños et al., 2007, p. 52).
- Romo y cols. (2004) en Meneses (2007), en Meneses (2007), agregan como barrera de acceso, que, “en muchas ocasiones, la falta de tiempo por parte de los y las profesionales de la atención primaria puede generar la prescripción de psicofármacos” (Castaños et al., 2007, p. 52).
- Downey y cols., 2003; ONU, 2005, leídos en Meneses (2007) aluden como dificultad para el acceso, a la falta de horarios flexibles y de capacidad de respuesta inmediata” (Castaños et al., 2007, p. 52).

Dificultades para la adherencia

Carmen Meneses (2007), citando a varios autores (Nelson-Zlupko y cols. 1996; Reed, 1985; Wells y Jackson, 1992; Swift y cols., 1996; Ladwing y Andersen, 1989; Covington, 1997; Cosden y Cortez-Ison, 1999; Wells y Jackson, 1992; Amaro y cols., 1999; Hedrich, 2000), se refiere a las dificultades de adherencia a los tratamientos. Lo que se relaciona con diversos factores que van desde lo relacional, pasando por el tipo

de tratamiento y sus actividades específicas, hasta aspectos del espacio físico. A continuación, los puntos que nos señala la autora:

- Los estilos de atención y de terapia no están adaptados a las condiciones y necesidades de las mujeres. La posibilidad de una atención individual continuada, así como los grupos específicos para mujeres apenas se ofertan, cuando parece que ofrecen mejores resultados.
- Los y las profesionales pueden tener la falsa idea de que la dependencia a sustancias en las mujeres es más severa y difícil de abordar que en los hombres, proyectando inconscientemente estas expectativas negativas en su intervención con las usuarias. Además, pueden pensar que responden peor al tratamiento, tienen más recaídas y abandonos, y que los resultados serán peores.
- Las mujeres presentan más problemas de salud mental que los hombres, lo que requiere la oferta de servicios complementarios, ya sea desde el propio programa de tratamiento o externos al mismo, pero en estrecha colaboración y coordinación.
- La vulnerabilidad a la violencia es mayor en las mujeres, considerando que la violencia no solo es ejercida por sus parejas, sino que dentro del contexto de tratamiento pueden surgir situaciones de acoso por parte de los usuarios.
- Muchas mujeres han vivido abusos sexuales en la infancia o agresiones sexuales durante la historia de consumo, por lo que los traumas generados deben ser abordados durante el tratamiento, aunque no siempre se contempla esta intervención.
- Muchos programas, a lo largo del proceso de tratamiento, no tienen presente las necesidades de capacitación profesional y empleo que requieren las mujeres (Castaños et al., 2007, p. 54).

Dificultades para la retención en el tratamiento

Carmen Meneses (2007) citando a diversos autores, señala que a las barreras de acceso y dificultades para la adherencia, ya mencionadas, se agregan obstaculizadores del tratamiento, relacionados con condicionantes de género, sociales y personales, los que pueden limitar el acceso o dificultar la continuidad del tratamiento en las mujeres. A continuación, los citados por esta autora:

Las mujeres perciben que los programas no ofrecen servicios que respondan a sus necesidades sociales y personales (Longshore y cols., 1003). Destacan la falta de servicios de atención a sus hijos e hijas (guarderías) mientras ellas están en tratamiento, así como la orientación y formación sobre la crianza y educación en la infancia (Nelson-Zlupko y cols., 1996; Westermeyer y Boedicker, 2000). Ellas viven con sus hijas e hijos y son las responsables de sus cuidados sin ningún tipo de apoyo (McMahon y cols., 2005). Son su principal fuente de motivación para comenzar un tratamiento (Faulpe y Hanke, 1993) pero a la vez la mayor dificultad para continuar (Grella y Joshi, 1999).

Las parejas, cuando son consumidoras de drogas, pueden interferir en el contacto e inicio del programa de tratamiento y no prestar el apoyo que necesitan, o incluso oponerse a la realización del mismo (Eldred y Washington, 1976; Angli y cols., 1987; Jarvis, 1992; Grella

y Joshi, 1999). Las mujeres pueden no acceder a los tratamientos porque temen perder la relación con su pareja, porque ellos no comparten la decisión de abandonar el consumo, o porque imaginan que los o las profesionales les pueden aconsejar la ruptura con su compañero/a. En otras ocasiones tienen menos conocimientos de los recursos y servicios existentes, puesto que su consumo puede ser privado y supeditado a su pareja.

Las mujeres tienen menos apoyo familiar o social para realizar un tratamiento, ya que muchas han abandonado las relaciones familiares casi al comienzo de su consumo, encontrándose aisladas y sin redes de apoyo (Robinson, 1984; Boyd y Guthrie, 1995; O'Dell y cols., 1998; Curtis-Bobes y Jenkins-Monroe, 2000).

Las propias mujeres con consumo problemático de sustancias pueden considerar que su consumo no es tema prioritario porque viven otros problemas que requieren una resolución más inmediata, como la violencia y el maltrato (Brown y cols., 2000; Farris y Fenaughty, 2002).

La estigmatización social de las mujeres con consumo problemático de sustancias, por transgredir los comportamientos asignados a ellas, supone un obstáculo para que se pongan en contacto con la red de tratamiento por el miedo al juicio moral (Hedrich, 2000). Acuden en mayor medida al sistema de salud, generalmente a los servicios de atención primaria, y pueden ocultar sus problemas con el consumo de sustancias (Forth-Finegan, 1991; Jarvis, 1992).

Dicha estigmatización genera importantes sentimientos de vergüenza, culpa y baja autoestima que también operan como obstáculos en el acceso a la red de atención a las drogodependencias. La posible descalificación como una mala madre y las consecuencias que ello puede conllevar, como la pérdida de la custodia de los hijos e hijas, es una importante razón para no ponerse en contacto e iniciar el tratamiento o, por el contrario, ser la principal motivación (Jarvis, 1992; Grella y Joshi, 1999; Ferrari y cols., 1999; Hedrich, 2000) en la demanda del tratamiento.

Otro obstáculo para acceder al tratamiento es el deterioro de su estado de salud, tanto físico como psíquico, manifestándose en ellas el sentimiento de impotencia, incapacidad y fracaso personal para comenzar un cambio.

Condiciones de vida desfavorables, con bajos ingresos, comportamientos de alto riesgo para su salud y un estilo de vida precario también constituyen limitaciones. Aunque estas situaciones pueden darse en los hombres, en el caso de las mujeres se relacionan con otros factores, como el estigma social o los sentimientos de culpa y vergüenza, lo que supone una mayor dificultad para el inicio del tratamiento (Goldberg, 1995; Hedrich, 2000). (Castaños et al., 2007, pp. 53-55).

Una dificultad en el tratamiento, se relaciona con la interacción entre las características de la mujer y quien la atiende.

Cuando se menciona que en el trabajo con personas que presentan adicciones es necesario tener alta tolerancia a la frustración se debe, entre otras cosas, a los diferentes hechos que ocurren durante el

tratamiento: recaídas, sorpresas negativas, reaparición de problemáticas que parecían superadas. Todo lo anterior conlleva un desafío para los y las terapeutas.

En el caso del tratamiento de mujeres es muy importante mantenerse en una postura de incondicionalidad y actitud reforzadora, que favorezca la confianza en el vínculo y ayude a la continuidad en el tratamiento. Meneses (2007) enfatiza que “no sólo es necesaria la calidad de la relación, sino también la asiduidad y constancia de la atención individual ya que están directamente relacionadas con mejores resultados en el tratamiento” (Castaños et al., 2007, p. 62).

En un proceso de tratamiento la construcción de la alianza terapéutica involucra tanto a terapeuta como a la mujer-usuaria del programa. Teniendo esto en consideración, es necesario estar atentos o atentas a lo que moviliza la relación, es decir que, quien hace de terapeuta debe ser capaz de reconocer lo que esta relación le moviliza de manera personal, para que no se transforme en un obstáculo para la terapia.

Carmen Meneses (2007) describe algunos perfiles de las mujeres, que suelen movilizar reacciones internas o externas inconscientes, en los o las terapeutas, que se traducen en obstáculos para la terapia:

- Seductora. El/la profesional ha de entender el comportamiento de la mujer, los sentimientos que despierta en él/ella, así como sus propias identificaciones y desde qué posición responde, evitando reaccionar como terapeuta desde una apreciación superficial, defensiva o enjuiciadora.
- Víctima. La mujer puede presentarse en una actitud de necesidad y/o vulnerabilidad sin hacerse cargo de los pasos que ella puede dar para cambiar su situación, esperando que los y las profesionales resuelvan sus problemas. A veces, esta actitud es menos evidente y se enmascara en otro discurso que utiliza el estereotipo para justificar la dificultad de hacer cambios. Por ejemplo, puede argumentar “es que yo soy muy viciosa”.
- El/la terapeuta puede colocarse en un lugar excesivamente maternal u omnipotente, generando un vínculo que infantiliza a la mujer. Obviamente, la empatía y el acompañamiento son necesarios en situaciones de vulnerabilidad, pero siempre que la mujer asuma su responsabilidad.
- Maternal. En el encuentro con el o la profesional la mujer puede negar sus propias dificultades y necesidades preocupada por no sobrecargar o molestar al profesional, o intentar cuidarle, mostrando poca conciencia de su necesidad de ayuda.

Ante esta actitud conviene que el o la profesional evite identificaciones en las que se deje llevar por sentimientos de impotencia creyendo que, efectivamente, no puede facilitar la ayuda. Es fácil que esta conducta negadora exprese posiciones defensivas por parte de la paciente.

Aunque lo aconsejable sería que la mujer pudiese tomar conciencia de su forma de relacionarse, ya que cuando no es posible modificar el vínculo, pueden surgir dificultades en el proceso terapéutico. Lo que sí resulta imprescindible, para avanzar y poder intervenir adecuadamente, es que los y las profesionales sean conscientes de lo que está ocurriendo (Castaños et al., 2007, p. 63).

B. FACILITADORES

Alianza terapéutica

Para las mujeres lo relacional es un eje central, sobre el cual giran muchos aspectos de su vida, de modo que la relación que establece con la profesional que la atiende, es relevante en relación a su motivación para el ingreso y permanencia en tratamiento. Sabemos desde años, y lo hemos descrito en la serie de libros editados desde CONACE, que el estilo de confrontación, el excesivo control y una relación terapéutica poco continua no son aconsejables, un estilo que durante años fue valorado en el trabajo con hombres. Carmen Meneses (2007) indica que “es necesario establecer una relación empática, aceptante y cuidadosa, sensible para detectar y cuestionar prejuicios que interfieran en ella” (Castaños et al., 2007, p. 62).

Meneses (2007), citando a Cuskey (1982), Reed (1985) y Naciones Unidas, (2005) nos explica que es necesario dejar de lado la confrontación con las mujeres en tratamiento, porque esta técnica, vuelve a colocar a la mujer en una posición subordinada, donde su palabra tiene poco crédito e incluso puede conducir a la revictimización, generando posiciones que lesionan su autoestima y, a menudo, facilitan abandonos prematuros del tratamiento”. (p. 62)

Así como hay técnicas que producen efectos nocivos, en el tratamiento de las mujeres; es además importante considerar las características del entorno, del espacio físico de tratamiento. Meneses (2007) nos presenta la necesidades de las mujeres, de tener un contexto de intervención en el cual se sientan seguras, tanto en lo físico como en lo emocional, y así mismo, donde puedan establecer relaciones con los y las profesionales, que las ayuden en la toma de decisiones. En este sentido Covington (2000), citada en Castaños y cols (2007), señala que para la efectividad del tratamiento y la recuperación de las mujeres, se necesita un espacio con las siguientes características:

1. Seguridad, creando un entorno seguro de abusos físicos, emocionales o sexuales.
2. Conexión, que requiere una relación profesional no autoritaria. Percibir que el o la profesional muestra una actitud de escucha. Se trata de una mutua empatía, respeto y conexión.
3. Empoderamiento, que los y las profesionales fomenten en las mujeres la toma de decisiones en relación a sus vidas. Se sientan respetadas y crean en sus capacidades (Castaños et al., 2007, p. 26).

Covington (2000) citada por Meneses (2007) ha señalado tres áreas que, desde su experiencia en la intervención e investigación con mujeres, son centrales:

1. La identidad, la dependencia entendida como un problema de identidad. Además, es preciso abordar las fuentes de autoestima, los efectos del sexismo, racismo y el estigma en relación a su crecimiento personal y, por último, reflexionar sobre sus propios roles, sus sentimientos, pensamientos y actitudes.
2. Revisar su historia de relaciones priorizando las relaciones familiares, especialmente con la madre, así como los mitos sobre la maternidad.
3. La sexualidad, la imagen corporal, la identidad sexual, los abusos sexuales y la dependencia afectiva, ya que pueden ser causas de recaídas (Castaños et al., 2007, p. 27).

Según Covington (2002) citadas por Meneses (2007), un programa con perspectiva de género ha de considerar varios elementos centrales:

- La elección del espacio;
- la selección de profesionales;
- el desarrollo del programa, sus contenidos y materiales, adecuados a las necesidades de las mujeres;
- conocerlas: quiénes son y cómo es su historia de vida.

La autora, destaca que con las mujeres es necesario entender y “abordar las experiencias traumáticas, pues muchas mujeres han sufrido abusos físicos, psíquicos y sexuales, y que las drogas han sido su forma de paliar sus efectos. Entender qué supone este trauma es central en el tratamiento de drogas. Si se aborda el trauma hay un menor riesgo de recaídas (Castaños et al., 2007, p. 27).

Para desarrollar lo anterior, Covington (2002) citada en Meneses (2007), invita a considerar lo siguientes para la implementación del tratamiento con mujeres:

- Desarrollo y utilización de una variedad de perspectivas terapéuticas, utilizando múltiples niveles, usando dinámica afectiva, cognitiva, conductual y sistémica.
- Individualizar el plan de tratamiento que identifique sus propias preocupaciones.
- Es importante ser sensible a las diferencias entre mujeres respecto a su orientación sexual. (Castaños et al., 2007, p. 27)

Otros autores citados por Meneses (2007) señalan que es fundamental tener en cuenta que las mujeres pueden presentar prioridades que no sean las propias del programa de tratamiento del consumo de drogas, como la recuperación de la custodia de sus hijos e hijas, Amaro y cols., (1999) y Hedrich (2000) o afrontar el maltrato de su pareja Brown y cols. (2000) en (Castaños et al., 2007, p. 27)

El establecimiento de una alianza terapéutica sólida, es central para el tratamiento con mujeres, dada la importancia que ellas le otorgan al aspecto vincular en sus vidas.

C. SUGERENCIAS PARA LAS ETAPAS DEL TRATAMIENTO

Una pregunta habitual de los equipos que recién incorporan el enfoque de género en el trabajo con mujeres es ¿qué actividades se pueden realizar con las usuarias, desde este enfoque? Sin duda es una pregunta atinente, la cual se puede ir respondiendo desde el nivel macro del diseño del programa, hasta el nivel más micro de las intervenciones propiamente tal. Sea cual sea el nivel donde se incluya la perspectiva de género, debe tener en cuenta las características y necesidades diferenciales propias de la población que va a atenderse, pero también –y puesto que la terapia se da en un contexto vincular– debe considerar a los y las integrantes de los equipos, ya sea a quienes intervienen de manera directa en el proceso terapéutico, como a quienes realizan otras funciones de apoyo en los centros de tratamiento, y por este hecho se vinculan con las mujeres. Cuando se habla de un modelo de tratamiento inclusivo y

respetuoso de las diferencias es pertinente recordar que, desde los estereotipos de género, las relaciones entre hombres y mujeres tienden a darse de manera asimétrica, dejándolas a ellas en posiciones desventajosas que también han de presentarse en este contexto de tratamiento, ya sea relacionadas con su sintomatología (y las interpretaciones que se les otorga), limitaciones o formas vinculares que ellas han desarrollado para estar en el mundo, que incluyen luchas, desesperanzas y en ocasiones logros que podrían compartir con otras mujeres.

Evaluación

Mónica Castaños y Mercedes Palop (2007) entregan sugerencias para la evaluación:

Desde el primer encuentro o toma de contacto se requiere:

- a. Crear un entorno seguro y acogedor que inspire confianza.
- b. Crear un espacio flexible en, al menos, dos sentidos:
 - En los horarios y momentos de encuentro, teniendo en cuenta que la disponibilidad puede ser reducida (cargas familiares u otras).
 - En la evaluación, para que pueda ser abierta y contemplar las preocupaciones y necesidades de la mujer. Se trata de dar espacio para abordar lo que ella trae, dejando si es necesario "el protocolo" a un lado.
- c. Asegurar la confidencialidad y cuidar la información que se entrega y recibe, en el caso de familiares, e incluso de profesionales, haciendo énfasis en que hay que discernir entre la petición de confidencialidad en cuanto a aspectos íntimos e intentos de manipulación, fundamentalmente en relación con el consumo de drogas (Castaños et al., 2007, p. 64).

En este punto se sugiere que el equipo cuide la cantidad de información que se vierte, a todos y todas, respecto de lo que relata una mujer en su terapia individual o grupal, o a veces en otros contextos del espacio terapéutico. Se trata de no abrir temas con personas que no harán intervenciones directas, o que por los límites de su trabajo no lo requieren en un momento específico. Es necesario recordar los riesgos de estigmatizar y de abrir temas traumáticos en contextos que luego no se pueda hacer un cierre terapéutico. Cuando se dé el caso, que la misma mujer, sea quien va abriendo sus temas íntimos con diversos integrantes del equipo, en contexto informales, dentro del centro de tratamiento, es importante, contener y sugerir que se profundice en sesiones específicas, de preferencia individuales, al inicio del proceso. En cualquiera de los casos anteriores, "la confidencialidad adquiere una relevancia clave y establece un marco de seguridad imprescindible" (Castaños et al., 2007, p. 64). Así mismo, se sugiere que todas las personas que trabajen en el centro de tratamiento tengan, al menos, conocimiento mínimo en relación al manejo de experiencias traumáticas.

A los tres puntos anteriores, Castaños y Palop (2007), agregan un cuarto punto relevante, que trae a colación aspectos que parecen ser externos al tratamiento para personas con consumo problemático de sustancias, pero que, sin embargo, en la recuperación de las mujeres son muy importantes, y se consideran parte de las consideraciones de género, en programas para ellas:

- a. **Abordar contenidos que habitualmente no están incluidos en los protocolos de evaluación e intervención, y que han de ser explorados cuando se trabaja con mujeres:**
- Las responsabilidades familiares y las dificultades que puedan influir en el desarrollo del tratamiento, atendiendo a cualquier circunstancia que pudiera favorecer abandonos prematuros.
 - Los apoyos disponibles (o la ausencia de estos), teniendo en cuenta la actitud de la familia hacia el consumo problemático de la mujer.
 - La historia de consumo: aspectos relacionales, funciones que tiene o ha tenido el consumo en su mundo relacional.
 - Modelos de masculinidad y feminidad con los que se identifican las usuarias.
 - Existencia de posibles situaciones de violencia o abuso en el presente o en el pasado (incluyendo la infancia).
 - Sexualidad: su relación con el consumo, vivencia en la pareja y/o fuera de ella.
 - Autoestima, sentimientos de culpa o vergüenza.
 - Preocupación por la imagen corporal y su vinculación con el consumo problemático de sustancias (Castaños et al., 2007, p. 64-65).

Desintoxicación

Con respecto a los objetivos terapéuticos, Castaños y Palop (2007), sugieren lo siguiente:

1	Motivar para el tratamiento a largo plazo.	Se trata de explicitar en que consiste el tratamiento, definiendo objetivos claros e integrales, a largo plazo, por etapas y en un lenguaje comprensible para la usuaria.
2	Identificar medidas de control externo que faciliten la abstinencia.	Es necesario considerar la seguridad de la usuaria, y la asociación que esta tiene con el control externo del consumo de sustancia, velando que esto no implique violencia.

<p>3</p>	<p>Identificar recursos de las mujeres. Orientados a la abstinencia y a la recuperación de sí mismas.</p>	<p>Recursos personales: Reconocer con ellas sus habilidades, aun cuando se hayan desplegado en etapa de consumo. Buscar estrategias diferentes para alcanzar sus metas, luego de validar sus necesidades.</p>
		<p>Apoyos externos: Realizar un trabajo orientado a tres puntos principales: que la familia se convierta en un apoyo real, sin que tenga exigencias solo por ser mujer, contactarla con redes de otras mujeres, y articular con la institucionalidad local, para dar respuesta a necesidades variadas de la mujer.</p>
<p>4</p>	<p>Identificar situaciones de riesgo específicas de las mujeres.</p>	<p>Estar atentos con ellas, a los riesgos de recaída, considerando aquellas situaciones que, facilitadas por las construcciones de género, producen frustración y emocionalidad negativa, tales como las exigencias en los roles de madre y pareja. Prestar atención a los conflictos vinculares con la familia, la pareja y los hijos y, en la mayoría de los casos, a las emociones de tipo ansioso y depresivo.</p>

5	Desarrollar estrategias de prevención de recaídas.	Para prevenir recaídas, es importante aprender a manejar la ansiedad, con estrategias paralelas, que incluyan fármacos y también otras herramientas de relajación, meditación, ejercicio físico. Así mismo, es importante que aprendan a cuestionar algunos roles femeninos sobrecargados, dejando de normalizarlos, pidiendo ayuda de maneras asertivas. Y finalmente, es necesario, estar atentos, a que si ocurre la recaída, el silencio sobre esta, por vergüenza, es factor de riesgo para que siga ocurriendo.
6	Desarrollar habilidades relacionales.	Ayudar a las usuarias en el desarrollo de la asertividad: expresión de necesidades, negociación, puesta de límites, todo más allá de la expresión emocional, en especial dentro de relaciones afectivas íntimas.
7	Detectar posibles áreas de conflicto.	Facilitar que la mujer desarrolle conciencia sobre su situación personal, y sus dificultades. Es necesario, que comprenda la relación que hay entre su consumo, ser mujer, y las exigencias desde el género para con ella, por ejemplo, en los siguientes aspectos de sí misma: autoestima, relaciones personales y la dependencia emocional, su sexualidad, las relaciones familiares, el rol de madre y las situaciones de violencia.
8	Retroalimentación de logros.	Es un aporte, que, a lo largo de todo el proceso, quienes las atienden tengan con ellas una actitud reforzadora, entregándoles información sobre sus procesos, los logros y lo pendiente, en especial, en el cambio de etapas del tratamiento. (castaños et al, 2007, pp. 64-68)

Inserción Social

Castaños y Palop sugieren que en esta fase del tratamiento lo central es el desarrollo de un “proyecto de futuro, esto es construir metas a corto, medio y largo plazo, en los distintos niveles de vida, formativo laboral, familiar, social y personal” (Castaños et al., 2007, p. 68), lo que significa realizar las derivaciones y/o coordinaciones necesarias, con las redes locales.

Este proyecto, se puede ir desarrollando en base al siguiente detalle, que entregan las autoras mencionadas:

A nivel formativo laboral.

- Dar un espacio para abordar la presencia o ausencia del deseo de desarrollarse laboralmente (trabajo remunerado). Ambas posibilidades deben explorarse y analizarse con la mujer, atendiendo a los mandatos de género internalizados y a las dificultades que afronta en su entorno.

A nivel familiar.

- Promover un proyecto personal que involucre o no la pareja y que incluya o no la maternidad. Como señalábamos en relación con el trabajo remunerado, todas estas posibilidades deben explorarse y analizarse con la mujer atendiendo a los mandatos de género interiorizados y a sus deseos y necesidades personales. Se trata de facilitar la toma de conciencia respecto a diferentes modelos de ser mujer y a posicionarse frente a estos, eligiendo o creando el suyo propio.
- Acompañar en la elección de la forma de relacionarse con los distintos miembros de la familia, especialmente cuando la disfuncionalidad de la familia ha sido fuente de situaciones traumáticas o de violencia.
- Acompañar a las mujeres en la aplicación de modelos equitativos de reparto de responsabilidades domésticas y en la atención a hijos e hijas o personas enfermas y/o mayores a su cargo.

A nivel social.

- Aprender a establecer y mantener relaciones que no desvaloricen el hecho de ser mujer.
- Establecer una red social en la que también haya relaciones propias (no solo las que se compartan con la pareja o familia), revalorizando las relaciones entre mujeres e incluyendo espacios comunitarios.

A nivel personal.

- Promover el aprendizaje, el desarrollo intelectual y emocional.
- Recuperar sus deseos como algo valioso en sí mismo.
- Aprender a valorar la propia autonomía en sus decisiones, sus tiempos, sus espacios como un camino hacia el empoderamiento (Castaños et al., 2007, 65-69).

2. INTERVENCIONES SUGERIDAS CON EMBARAZADAS

a. Detección del consumo de sustancias

El consumo de drogas durante el embarazo es un grave problema de salud tanto para la madre como para su hijo o hija, lo que hace necesario que toda mujer que asiste a consulta prenatal sea evaluada sobre el consumo de sustancias. A pesar del conocimiento que existe, sobre las consecuencias negativas del consumo prenatal de drogas, su identificación sigue siendo muy baja. Existe evidencia de que el tamizaje rutinario a través de la historia clínica, o cuestionarios estructurados, aumentan la posibilidad de identificación el problema y así como se sabe que el tratamiento disminuye la morbilidad. Las entrevistas sugeridas, deben hacerse en el contexto de preguntas habituales que indican otros comportamientos, tales como ejercicio, nutrición, estrés, y hábitos de sueño, en un ambiente en que la mujer embarazada se sienta libre de juicios y con apoyo ante la minimización de problema, una conducta frecuente debido al estigma asociado al uso de alcohol y drogas en las mujeres, y especialmente durante el embarazo.

Instrumentos como el 4P's Plus, el CAGE-AID, el MAST (Michigan Alcoholism Screening Test), AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test), han sido recomendados ampliamente a nivel internacional y a la vez han sido citados en uno de los libros de la colección Mujeres y Drogas, publicados bajo administración CONACE, el año 2011. Varios de estos cuestionarios han sido modificados para ser usados en el embarazo.

Vélez y Jansson (2010), se refieren a los métodos objetivos más utilizados para identificar el uso de sustancias psicoactivas en la madre, señalando que:

Incluyen exámenes toxicológicos de orina, sangre o la concentración de alcohol y tabaco en el aire expirado. Sin embargo, en la mayoría de los casos estos exámenes solo detectan drogas que han sido consumidas en un período de 48 horas previo a la colección de la muestra. Pruebas de drogas de muestras de cabello de la madre o del neonato o meconio tienen la ventaja de detectar el uso de la droga por varios meses, pero su uso ha sido más restringido a investigación. El clínico que identifica a una mujer embarazada que ha usado o está usando sustancias psicoactivas legales o ilegales debe decidir el nivel de intervención que la paciente requiere. Intervenciones pueden variar desde una breve intervención con el objetivo de reforzar o elogiar la decisión de haber suspendido el consumo de sustancias con seguimiento posterior, hasta tratamientos muy intensivos y por equipo interdisciplinario para manejar las necesidades específicas de un embarazo que muy frecuentemente es de alto riesgo, desde el punto de vista médico-obstétrico, psicológico y social. Idealmente la paciente debe ser tratada por un equipo que incluya las disciplinas de obstetricia, psiquiatría y pediatría (Bobes et al., 2010, p. 257).

Además de los métodos de detección del consumo de drogas o alcohol, en la mujer embarazada, Vélez y Jansson (2010) sugieren lo siguiente:

El control prenatal requiere evaluaciones más frecuentes y el uso de exámenes de laboratorio y fetales para detectar problemas relacionados con la adicción, tales como enfermedades transmitidas sexualmente o a través de jeringas infectadas incluyendo VIH, hepatitis B y C. Deben hacerse ultrasonidos durante el primer trimestre para determinar edad gestacional, entre las 18-20 semanas de embarazo para identificar malformaciones y crecimiento y entre las 28-30 semanas para evaluar crecimiento fetal; pruebas fetales

son indicadas después de las 28 semanas cuando se sospeche retardo en el crecimiento intrauterino, disminución de los movimientos fetales, oligohidramnios, etc. (Bobes et al., 2010, p. 257).

El consumo problemático de sustancias en mujeres embarazadas y madres se asocia, generalmente, a la falta de controles en el período prenatal, problemas psiquiátricos, económicos y legales o violencia intrafamiliar. Vélez y Jansson (2010) son claras en referirse a los efectos negativos de todos estos factores en el embarazo y en el desarrollo fetal.

Si estos problemas no son tratados durante el embarazo, la dificultad materna para manejar emociones y situaciones de estrés puede contribuir a desregulación fisiológica y de comportamiento del recién nacido, haciendo más difícil la adaptación postnatal para el niño o niña, y la madre. La intervención debe ser con la diada, individualizado e integral, pues es muy difícil conseguir la prevención o manejo de problemas en el niño o niña, si la madre no está física y emocionalmente estable, para responder a sus propias necesidades y a las de su niño/a. Encuentros de trabajadores de la salud con mujeres en edad reproductiva son una oportunidad única para educar, identificar e intervenir en áreas relacionadas con uso de sustancias psicoactivas y disminuir morbilidad tanto para la madre como para el niño o niña (Bobes et al., 2010, p. 260).

b. Recomendaciones para el tratamiento de mujeres embarazadas

Antonio Pascale (2010) refiere que los programas de tratamiento para mujeres embarazadas consumidoras de drogas surgen en la década de los ochenta, en el contexto de la llamada “epidemia” de consumo de clorhidrato de cocaína, en Estados Unidos y Europa. Estos programas, han ido enfrentando frecuentes problemas, dentro de la que destaca una barrera difícil de sortear:

La mayoría de estos recursos terapéuticos no están implementados desde una perspectiva de género, se fundamentan en modelos de rehabilitación de usuarios de drogas y no desde la mujer embarazada y su contexto socio-familiar. Un gran número de embarazadas son reticentes a manifestar el consumo de sustancias psicoactivas por miedo a perder la custodia de sus hijos, por tener otros problemas legales y en algunos casos por la “mirada” del personal de la salud, que aleja a la usuaria de los dispositivos sanitarios (Pascale, 2010, p. 56).

De la mano de lo anterior, internacionalmente Pascale menciona algunas dificultades propias de los sistemas de salud para el abordaje de esta problemática:

Falta de cobertura asistencial, ausencia de control del embarazo, limitaciones para la inclusión de la madre en un programa de tratamiento (v. g. cuidado de sus otros hijos, transporte), restricciones de los centros de internación (de larga duración, obstaculiza la posibilidad de estar con sus hijos), y falta de formación del equipo sanitario para la atención de las mujeres consumidoras de drogas (Pascale, 2010, p. 56).

Cuanto antes se realice el diagnóstico de abuso o dependencia a una o más sustancias, durante el embarazo, y se inicie el tratamiento, se ha visto que puede ser más efectivo.

Con respecto al tipo de tratamiento, Pascale (2010) señala que la especificidad es muy importante, esto es entender que si bien en varios casos el embarazo puede ser una experiencia deseada, en otros puede no serlo, lo que requiere apertura en el o la profesional de tratamiento.

Si bien el período gestacional es un momento propicio para la búsqueda y adherencia a un programa de tratamiento por parte de las embarazadas, estudios sobre sus sentimientos, emociones e interrogantes, así como sobre el apego madre-hijo, han reportado una serie de elementos a destacar: en lo afectivo, sentimientos de gratificación al percibir los movimientos fetales, de compromiso para adherir al tratamiento por la salud fetal y para cambiar su estilo de vida. Sin embargo estos sentimientos se ven muchas veces acompañados por cierta incomodidad que los autores traducen en "culpa", "preocupación" e "incertidumbre". Estas emociones se exageran en algunos casos, tales como embarazos no deseados, conductas sexuales de riesgo (prostitución) o bien por situaciones de violencia o maltrato con su pareja o terceros, y cuando existen antecedentes de separación de estas madres con otros hijos en el pasado (Pascale, 2010, p. 57).

Evidencia de estudios y trabajos científicos, respecto del abordaje terapéutico con embarazadas con consumo problemático de sustancias:

a. Duración del tratamiento:

"Bajo modalidad ambulatoria o residencial. Estudios revelan que han encontrado estadías más prolongadas de embarazadas o puérperas en centros residenciales, como fuertes predictores de abstinencia, luego del alta" (Greenfield, L.; Burgdorf, K.; Chen, X.; Porowski, A.; Roberts, T.; Herrell, J 2004, en Pascale, 2010, p. 57).

"La duración de la internación se asoció con abstinencia, obtención de trabajo, menos síntomas psiquiátricos y problemas legales, así como con un mayor número de actitudes positivas frente a la crianza de sus hijos" (Conners, N. A.; Grant, A.; Crone, C. C.; Whiteside-Mansell, L 2006, en Pascale, 2010, p. 57).

b. Perspectiva de género: "un estudio en puérperas evidenció mayor adherencia al tratamiento ambulatorio en aquellas pacientes incluidas en programas específicos para la mujer (en modalidad hospital de día), que contemplan el cuidado de sus hijos o hijas y el transporte al centro de tratamiento, en comparación con programas intensivos tradicionales" (Ashley, O. S.; Marsden, M. E.; Brady, T. M, 2003, en Pascale, 2010, p. 57).

c. Factores como la severidad de la dependencia a una o más sustancias (evaluada a través de test específicos), comorbilidad psiquiátrica y problemas legales, se han relacionado con dificultades para lograr adherencia al tratamiento, requiriendo atención especializada, en programas de tipo hospital de día o en centros residenciales (Lester, B. M.; Twomey, J. E., 2008, p. 57).

d. Tratamiento integral:

"Existe una gran variedad de estudios que reconocen al tratamiento integral e interdisciplinario como el abordaje más efectivo, tanto para la modalidad ambulatoria como residencial" (Ashley, O. S.; Marsden, M. E.; Brady, T. M, 2003, en Pascale, 2010, p. 57).

Una revisión de 38 trabajos sobre tratamiento de deshabitación a drogas en mujeres evidenció un mejor pronóstico en aquellos programas que incluían estrategias de valoración y cuidado pre

y posnatal, disponibilidad de servicios de salud mental y tratamiento (v. g. apoyo psicoterápico, evaluación y seguimiento psiquiátrico), así como sitios específicos de atención y escucha para mujeres, integrando un equipo interdisciplinario (obstetras, pediatras, psiquiatras, toxicólogos, psicólogos, enfermeros, educadores, asistentes sociales, entre otros) (Conners, N. A.; Grant, A.; Crone, C. C.; Whiteside-Mansell, L. 2006, en Pascale, 2010, p. 57).

- e. Algunos trabajos han demostrado la utilidad de hacer intervenciones en el hogar, con visitas programadas en forma semanal durante los primeros 6 meses luego del parto y a continuación en forma quincenal hasta cumplir el año. Otros demuestran una mayor tasa de abstinencia y de cuidados de la mujer (v. g. anticoncepción) en seguimientos domiciliarios de 18 meses a 3 años de duración (Ashley, O. S.; Marsden, M. E.; Brady, T. M., 2003, en Pascale, 2010, p. 58).
- f. "Estudios demuestran que el aprendizaje de habilidades para la crianza de los hijos o hijas mediante programas específicos asociados al apoyo en el área socio-familiar, mejora la adherencia al tratamiento" (Vélez, M. L.; Jansson, L. M.; Montoya, I. D.; Schweitzer, W.; Golden, A.; Svikis, D., 2004 y Kumpfer, K. L.; Fowler, M. A., 2007, en Pascale, 2010, p. 58).

El Centro de Salud Mental y Adicciones de Canadá CAMH (2010) establece puntos clave para el tratamiento de la mujer consumidora de drogas durante el embarazo y lactancia.

- Considerar los determinantes de la salud (acceso a servicios de salud, nivel socioeconómico y cultural, inclusión social, disponibilidad de redes de apoyo social, cuidados del niño o niña, acceso a educación y ofertas de trabajo, ambientes saludables, evitando contaminantes ambientales, entre otros). Se basa en el principio de que el consumo de sustancias es un factor de riesgo más dentro de la situación biopsicosocial de esa mujer y su entorno.
- Centrar el tratamiento en el binomio materno-fetal partiendo desde la mujer, y no focalizarlo exclusivamente en la salud fetal, teniendo presente las necesidades de las madres y promoviendo la motivación para lograr la abstinencia. La entrevista motivacional es reconocida por diferentes autores como una herramienta de valor en estos casos, con el fin de lograr un cambio, basándose en el modelo transteórico de Prochaska y Di Clemente. Se ha relacionado este tipo de intervención con mayor tasa de recién nacidos con peso adecuado para la edad gestacional y con pruebas negativas de detección de drogas en orina.
- Evaluar el sostén familiar y la situación social de la mujer, con especial énfasis en la pareja, detectando consumo o situaciones de violencia intrafamiliar que pueden ejercer un efecto negativo sobre el tratamiento (falta de adherencia, recaídas). Es importante encontrar referentes en su entorno que puedan ser "aliados" en el proceso de rehabilitación.
- Identificar comorbilidades, particularmente en la esfera psiquiátrica.
- Prevenir recaídas durante el embarazo y lactancia, mediante el abordaje individual y grupal de las madres.
- Si bien la abstinencia es la condición *sine qua non* en las cuales se basan estos tratamientos por los efectos nocivos que determina el uso de sustancias para el binomio materno-fetal, al centrar el tratamiento desde la mujer se permite, además, considerar políticas y estrategias de reducción de riesgos y daños. Autores canadienses avalan este tipo de estrategia para lograr metas a muy corto plazo, reduciendo la morbi-mortalidad materna y perinatal relacionada con

el consumo, enfermedades infecciosas transmisibles y situaciones de violencia. Este tema ha sido discutido en muchos ámbitos por las implicancias médico-legales y los aspectos éticos involucrados, dado que la elección de una mujer a consumir sustancias en este caso no solo implica que asuma los riesgos inherentes a su consumo, sino que también asume los riesgos potenciales de afectar la salud de su hijo o hija (Pascale, 2010, p. 59).

A lo anterior cabe complementar que,

La mujer embarazada que presenta consumo problemático de sustancias se puede beneficiar de otras intervenciones psicológicas y educativas con abordajes individuales o en grupo, cubriendo áreas como puericultura, terapia de trauma, vocacional, etc. Es fundamental facilitar conexiones y acceso a programas de apoyo social para resolver problemas legales, de vivienda, nutrición u otras necesidades específicas (Bobes et al., 2010, p. 257).

c. Sugerencias con recién nacidos

Una vez que nace el niño o niña, que durante el período gestacional fue expuesto a alcohol o drogas, es importante considerar sus características y necesidades. Bobes y otros (2010) han referido que,

Neonatos expuestos a drogas son frecuentemente descritos como irritables, letárgicos y/o fácilmente sobreestimulados. La desregulación de los diferentes sistemas cerebrales (control de estados de sueño/vigilia, motor, sensorial y autonómico) hace que los niños expuestos a drogas, sean muy sensibles a estimulación ambiental inapropiada y a un cuidado que no sea sensitivo a las necesidades individuales del neonato (ej., sensibilidad a luz, ruido, tacto, movimiento) (Bobes et al., 2010, p. 259).

Habrán que estar atentos a la relación madre e hijo, esto es, tanto al cuidado de diversos ciclos biológicos del hijo o hija, como a las dificultades de la madre, a modo de prevenir otras complicaciones posteriores,

Estimulaciones inapropiadas (tanto sobreestimuladoras como deficientes) pueden iniciar, exacerbar o perpetuar síntomas o comportamientos mal adaptativos llevando a trayectorias alteradas de desarrollo y de la relación entre la madre y el niño. Esto a su vez puede afectar funciones básicas como alimentación, sueño, atención, regulación de emociones y patrones interactivos, los que predisponen a trastornos de comportamiento o psicopatología. Los problemas del desarrollo neurológico pueden ser, además, causados o agravados por psicopatología materna o el consumo de drogas después del parto (Bobes et al., 2010, p. 259).

Bobes y otros (2010), aportan las siguientes sugerencias para el cuidado de estos niños y niñas:

1. Para comenzar, lo ideal es que la madre sea instruida en modelos de crianza en el período de embarazo, ayudándola a distinguir en ese proceso, sus recursos y dificultades para ejercer ese rol, debido a su propia historia. Se trata de apoyarla para que ella logre ver las necesidades de su hijo o hija, más allá de sus propias necesidades emocionales y culpas. "Falta de modelos apropiados en la crianza del niño, problemas de personalidad, historia de trauma o diferentes problemas psiquiátricos pueden distorsionar la interpretación de los comportamientos del niño y llevar a respuestas que perpetúan los síntomas o aun los empeoran" (Bobes et al., 2010, p.259).

2. Instruir a la madre sea en la observación de su niño o niña, por ejemplo, en los diferentes estados del sueño o vigilia, vale decir, sueño profundo, sueño superficial, somnoliento, despierto calmado, despierto activo o irritable y en los significados diversos del llanto. Algunos neonatos que no tienen buen control de estos estados se mueven muy rápidamente entre uno y otro, ya sea que no tienen los estados muy bien definidos o no alcanzan a permanecer un tiempo más prolongado en alguno. Por ejemplo, algunos se mueven desde sueño hacia el llanto, sin alcanzar un despierto calmado en el que se dé el proceso de alimentación, o se pueda interactuar con el niño o niña. En estos casos se recomienda un ambiente calmado, con luces tenues, disminución de ruido, movimiento lento y tratar de identificar qué pudiera estar causando molestia al niño o niña (Bobes et al., 2010, 259).
3. Dar instrucciones sobre la respuesta del recién nacido ante los diferentes estímulos. Cada niño o niña responde con signos que indican bienestar o estrés a estímulos visuales, auditivos, táctiles o propioceptivos. Respuestas como temblores, sobresaltos, cerrar los ojos, aunque esté despierto, o signos autonómicos como cambio de color, hipo, regurgitación pueden ser indicadores de estímulos que causan desregulación en el niño o niña (Bobes et al., 2010, p. 259).
4. El ambiente y las intervenciones rutinarias deben adaptarse a sus necesidades. Por ejemplo, para quienes son muy sensibles al cambio del pañal, la acción de usar un chupete o tomarle las manos y llevarlas hacia su pecho, puede disminuir el malestar y el llanto. Arrojar, contener los brazos y llevarlos al pecho, flexionarle el cuerpo, imitando la posición fetal puede disminuir la hipertonicidad y los frecuentes movimientos involuntarios y desorganizados de la cabeza y las extremidades (Bobes et al., 2010, p. 259).
5. La observación de las respuestas autonómicas (hipo, cambios de color en la piel, regurgitación, ruidos o movimientos intestinales, taquipnea) ante ciertos estímulos, ayuda a tratar de evitar aquellos específicos que pueden iniciar estas respuestas y, a la vez, ayuda a responder con técnicas para manejar el síntoma. Estas técnicas pueden ser desde evitar el estímulo, usar un solo estímulo a la vez, usar chupete, contener, arrojar, evitar contacto visual hasta arrullar al niño o niña con el tipo de movimiento que le ayude a disminuir el síntoma. Frecuentemente responden a un movimiento suave hacia el frente y atrás, manteniendo su cuerpo flexionado (Bobes et al., 2010, p. 259).

Tener en cuenta todas estas instrucciones, y sobre todo, enseñar a la madre y sus cercanos, pueden hacer una diferencia positiva en el crecimiento del hijo o hija, en tanto el clima emocional que se da en su entorno, como en las posibilidades de desarrollo adaptativo, actuales y futuros.

d. Posturas sobre la lactancia en el tratamiento

Con respecto a la lactancia materna, en madres con consumo problemático de sustancias, existen diferentes posturas, todas respondiendo a la preocupación del cuidado del recién nacido:

Contraindicación. La postura más conservadora se centra en los efectos negativos que pueden producirse en los lactantes, si la madre ha consumido drogas o alcohol, de manera que optan por suspenderla. "La Academia Americana de Pediatría (AAP) contraindica la lactancia en caso de consumo materno de cocaína (todos los tipos), cannabis, anfetaminas, heroína, fenciclidina y advierte sobre los riesgos de ingerir alcohol en dosis altas" (Pascale, 2010, p. 63).

Dar continuidad. Otros investigadores, australianos, plantean que es preferible continuar con la lactancia, para aprovechar sus diversos beneficios, a excepción "de aquellas madres que presentan consumo de

altas dosis de cocaína, anfetaminas, heroína u otros opiáceos, benzodiazepinas, o de alcohol (más de 8 UBE al día), y también de las madres VIH positivas" (Pascale, 2010, p. 63).

Respecto de otras enfermedades, que actúan como contraindicación para la lactancia, Pascale (2010) agrega que,

En Australia no se contraindica la lactancia si la madre presenta hepatitis C, salvo en caso de lesiones en los pezones. Utilizan estrategias de reducción de riesgos y daños, tales como amamantar previo al consumo, no utilizar drogas inyectadas, aguardar el tiempo de espera para asegurarse que la sustancia ya no se encuentre concentrada en la leche materna (habitualmente proponen 24 a 48 horas) (Pascale, 2010, p. 63).

Postura intermedia. Centre for Addiction and Mental Health (2007), NSW Department of health (Australia) y The Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee, citados en Pascale (2010), sugieren contraindicar la lactancia en el caso de que la mujer haya tenido un consumo reciente (por ej., en los 30 días previos al parto), y mantenerla cuando ella se haya sostenido abstinencia durante la segunda mitad del embarazo, o esté mostrando clara adherencia a tratamiento durante la gestación o puerperio. Estos diversos autores consideran "otras variables no estrictamente relacionadas con el tiempo de latencia desde el último consumo, por ej.: su situación socio-familiar o existencia de comorbilidad psiquiátrica y necesidad de tratamiento farmacológico (en ocasiones con fármacos no compatibles con la lactancia)" (Pascale, 2010, p. 64) Así mismo, enfatizan que,

En los casos que se promueve la lactancia, se puede plantear el control con tests de screening en orina y se insiste en la educación de la paciente para que suspenda transitoriamente la lactancia cuando ocurre una recaída. Otros autores no recomiendan continuar con la lactancia luego de una recaída (Pascale, 2010, p. 64).



CAPÍTULO IV

ORIENTACIONES PARA ASESORAR A LOS EQUIPOS DE TRATAMIENTO



1. DESARROLLO TÉCNICO Y CONSTRUCCIÓN DE VÍNCULO

Realizar una asesoría comienza con la construcción de vínculo entre la persona que asesora y quien se va a asesorar. Dicho proceso considera, por un lado, la transferencia de conocimientos específicos y, por otro, la construcción de una alianza que permita y facilite la emergencia de la necesidad, más allá de una búsqueda del refuerzo por parte de quien está siendo asesorado. Requiere enfrentar el temor de ser sancionado, por parte de quien asesora, ya sea con la descalificación del trabajo en sí mismo, o con el retiro de aportes económicos. Lo paradójico es que para que el trabajo mejore es necesario abrir los puntos ciegos, y también acogerlos, de lo contrario se perpetúa y cronifica la mala práctica, con todas las pérdidas y riesgos que esto significa. Schemelzer (1997) citado por Ana María Daskal (2008), describe el proceso de supervisión-asesoría como,

Aquel en el cual una persona experimentada y cualificada (el/la supervisor/a) ofrece a una persona sin experiencia en este campo (el/la supervisando) posibilidades de aprendizaje a través de orientación, instrucción o control. Estas posibilidades de aprendizaje están dirigidas a la persona misma o a su interacción con otros, por ejemplo clientes, miembros de un grupo, colaboradores (Daskal, 2008, p. 3).

Esta descripción instala la pertinencia de la superioridad técnica de quien hace la función de asesor o asesora (como rol). Ana María Daskal (2008), citando nuevamente a Schmelzer (1997), sugiere instalar en los asesorados, en este caso equipos,

Una forma de la reflexión profesional, que apunta a la solución de situaciones laborales difíciles y pesadas para los supervisandos. Se trata de problemas y conflictos, que consideran a la persona misma de los supervisandos, su rol profesional, la relación con los clientes y las condiciones institucionales del contexto laboral (Daskal, 2008, p. 3).

Instalar la reflexión es esencial, pues cuando las personas no tienen conocimientos técnicos específicos, funcionan desde el nivel de la creencia, vale decir, desde lo que en algún momento resultó, aprendió, y luego no es necesario cuestionar, revisar, etc. Desde ese lugar, pueden no considerar que sea aplicable bajo otras condiciones espacio-temporales, diferencias de edad, género, religión, etnia, características biológicas específicas, como el caso de las mujeres embarazadas o puérperas.

Si entramos en el nivel de las creencias, esto es, lo que cree quien atiende en el espacio de tratamiento, es necesario que desde la figura de quien asesora se realice una deconstrucción de dicha creencia, para lo cual es fundamental tener un vínculo cercano, no amenazante, de lo contrario quien es asesorado tenderá a cerrarse, dejando a quien asesora afuera de las posibilidades de aportar. Cuando se trabaja con población mujeres, y en especial embarazadas y puérperas, aparece una serie de factores que determinan los comportamientos de quienes las atienden; los que emergen desde el nivel de las representaciones sociales, vale agregar, son habitualmente automáticos, prejuicios, estigmas que pueden determinar algunas aparentes metas terapéuticas, que no son, sino, mandatos normalizados que reproducen inequidades y se encuentran invisibilizados al interior de los espacios de tratamiento. Los equipos pueden inclusive, realizar acciones que sostengan barreras para el ingreso al tratamiento, o una vez dentro, no favorezcan la adherencia.

Es claro que para la implementación de una asesoría se requiere de conocimiento técnico, sin embargo, es insuficiente por sí solo para obtener un resultado de calidad. Para lo anterior, es necesaria la construcción de un vínculo de confianza, colaborativo, que logre entrar tanto en el éxito como en el fracaso terapéutico.

A continuación algunos puntos descritos por CONACE (2008) para facilitar una buena relación directa entre asesor y equipo asesorado.

- Desarrollar habilidades que posibiliten al equipo pensar respecto de su práctica clínica, considerando el marco referencial.
- Identificar y analizar dificultades de implementación de las orientaciones técnicas.
- Anticipar dificultades potenciales en el desarrollo del programa de tratamiento y dar orientaciones para prevenirlas.
- Apoyar la resolución de entrapamientos (fracasos o errores) en un proceso de tratamiento y dar orientaciones prácticas que puedan ser aplicadas por los equipos.
- Detectar necesidades específicas de asesoría y gestionar el recurso para atenderlas (bibliografía, asesoría de experto externo, etc.).
- Revisar experiencias específicas (éxitos y fracasos) y aprender para el futuro.
- Identificar y transmitir a otros equipos de tratamiento prácticas que potencien la calidad de las prestaciones.
- Recibir retroalimentación que permita ir mejorando las orientaciones del programa de tratamiento.
- Entregar apoyo y estímulo al equipo de tratamiento para disminuir procesos de agotamiento y sobrecarga frecuentes en el tratamiento de adicciones. (CONACE, 2008, p. 29)

2. SUGERENCIAS PARA ASESORAR EQUIPOS QUE ATIENDEN MUJERES

Cuando asesoramos a equipos que trabajan con mujeres, y en especial con mujeres embarazadas y puérperas, es necesario:

Conocer las características específicas de las mujeres con las que trabaja el equipo (perfil socio-demográfico). Es útil revisar las bases de datos disponibles en SENDA (SISTRAT) para tener en mente la información que está ingresando el equipo, y desde esa primera aproximación, entender elementos sobre el perfil de ingreso, quienes adhieren y egresan.

Se sugiere detectar a qué mujeres no se está incluyendo, y las razones para hacerlo permite a quien asesora visualizar discriminaciones, rigideces, cegueras, estados del equipo y sus integrantes (ej. *burnout* ¿agotamiento?, problemas en administración que desmotivan) o detectar factores locales tales como lugares en los que no se atiende embarazadas de término porque no hay condiciones técnicas para hacerlo. Entonces un equipo puede seguir la misma línea sin ver la posibilidad de trabajar durante el proceso con la mujer, independiente de que el parto ocurra en otro lugar geográfico.

Es importante detectar las barreras al tratamiento que emergen desde prejuicios, estigmas, por ej.: 'cuando tenga su guagua puede empezar su tratamiento porque cuando están así no pueden asistir a grupo'. En este caso la pregunta sería de qué manera diferente se puede atender a esa mujer, por ejemplo en forma individual. Así mismo, pueden señalar que la embarazada no puede trasladarse al centro de

tratamiento, entonces ¿puede ir el equipo a su casa? Se trata de ir más allá de la respuesta obvia, que se vive como una certeza, de que no hay nada más que hacer.

Este ejercicio de analizar con el equipo a quién atiende, pero también a quién no atiende, es de gran utilidad para detectar barreras de acceso asociadas a prejuicios. Sin embargo para que se pueda hablar fluidamente del tema es necesario un vínculo previo no amenazante.

La construcción de un vínculo colaborativo, facilita un tratamiento reflexivo desde el género. Para esto se puede utilizar actividades grupales simples, que inviten a que cada uno y una, vea cómo significa el hecho de ser mujer u hombre, qué ventajas y desventajas se visualizan en los roles, si han tenido o no hijos o hijas, si los han tenido, cómo han vivido su embarazo desde un rol y otro, de padre y madre; si no han vivido embarazos, cómo han percibido esto en sus vidas (solo por citar algunos roles). Cuando las personas de los equipos conectan con estos contenidos, se les facilita mirar cómo se posicionan, como personas y no profesionales de un centro de tratamiento, ante una mujer embarazada o puerpera que no puede detener el consumo de alguna sustancia. Una vez comprendido lo que moviliza es más fácil entregar técnicas de intervención, que a veces pueden parecer opuestas a lo que se espera que la mujer haga. Por ejemplo, aquí cabe citar la intervención sancionadora hacia la mujer embarazada que consume sustancias, a quien a través del reto se busca que detenga el consumo, mostrándole el daño que causa al feto. Está visto y ya descrito en libros anteriores de CONACE, que una intervención como esta, habitualmente conduce a conductas evitativas, a la irregularidad de la asistencia a controles de embarazo y en varias ocasiones al aumento del consumo de sustancia para aplacar la misma ansiedad debido a la culpa generada. Hacer el ejercicio de acoger y contener a una mujer que está en esta situación requiere que la persona que interviene conozca y maneje sus propias emociones, para que entregue una respuesta filtrada que ayude al cese del consumo.

Para acercarse a comprender cómo son quienes asesoramos, es de gran ayuda la realización de reuniones de estilo horizontal, el comentario sobre sus trabajos anteriores y acerca de otras habilidades personales posibles de desplegar en el espacio de tratamiento (deportes, actividades manuales). Por ejemplo, hay gran diversidad de desarrollos curriculares que impactan en el trabajo desde esas miradas teóricas, pero también desde sus experiencias. No es lo mismo quien viene del trabajo con niños y niñas maltratados, un hospital de día, una casa de acogida para mujeres que viven violencia de género, o ha pertenecido a una comunidad terapéutica de drogas durante los últimos 20 años. Es fundamental que los profesionales que asesoran tengan capacidad de ir integrando los diferentes conocimientos y experiencias vitales, para ponerlas al servicio, y no en competencia ni tela de juicio, de lo que convoca.

Así mismo es de gran ayuda conocer metodologías de trabajo grupal, para facilitar la participación y entender los procesos emergentes, de manera que, por ejemplo, muchas veces no es necesario dar una respuesta automática ante una situación crítica de un caso clínico expuesto, sino más bien ser capaz de apoyar a ese equipo a profundizar en el bloqueo, la angustia, la falta de resolución. Es posible que se concluya que al equipo le falta capacitación técnica, profesionales específicos, trabajo de redes, o que se trate de una barrera que emerge desde el nivel personal de quienes están atendiendo.

Dicho lo anterior, es de suma importancia que quien supervisa esté en constante actualización de conocimientos técnicos en el tratamiento de mujeres con consumo problemático de sustancias, embarazo, puerperio.

Así mismo, es de utilidad la permanente reflexión sobre los roles de género, conducida sobre todo en un inicio por quien hace la asesoría, puesto que es muy difícil llevar a cabo una autorreflexión de cegueras personales. Visto así, es de Perogrullo que quien asesora haga previamente el trabajo consigo mismo/a, de manera de ayudar a desarrollarse a los equipos a su cargo.

Finalmente, es de suma importancia que quien asesore revise su propio estilo de asesoría, esto es en los dos puntos que ya hemos examinado en el ejercicio de asesorar equipos. A continuación, se agregan algunas preguntas que pueden orientar:

¿Cuánto conocimiento poseo sobre tratamiento para mujeres, embarazadas y puérperas con consumo problemático de sustancias? ¿Qué estoy haciendo para solucionar las brechas?

Si estoy trabajando con los equipos en la inclusión de una perspectiva de género ¿soy una persona inclusiva de las diferencias de quienes asesoro? Mi metodología de trabajo, mi lenguaje, ¿están permeados del enfoque?

En el contexto de lo informal, con algún equipo, ¿qué bromas se hacen sobre la población que se atiende, y cuáles son mis respuestas automáticas en ese contexto?

¿Cuáles son mis formas de resolver la asesoría con equipos muy nuevos, frente a equipos con mucha historia?

¿Me resulta más fácil ser una persona acogedora o firme y directiva? ¿Puedo transitar entre esos roles en el contexto de la asesoría?

Hacerse estas preguntas permite entender los aspectos personales del trabajo de asesor, de manera de determinar aquellas acciones que desde este rol sean más fáciles de realizar, y cuáles hay que desarrollar. Cuando se encuentren estas últimas, se sugiere solicitar ayuda a un par o superior, de modo de hacer el mismo ejercicio que se les pide a los equipos, abrir cegueras y flexibilizar.

BIBLIOGRAFÍA

Bobes, J., Casas, M., & Gutiérrez, M. (2010). *Manual de Trastornos Adictivos* (2ª ed.). Madrid, España: Enfoque Editorial, S.C.

Campos Vargas, G., López Vargas, C., Montero Rodríguez, V. (2011). Protocolo para la atención de Enfermería intrahospitalaria dirigido a las gestantes afectadas por el consumo de drogas y su recién nacido (a). *Enfermería Actual en Costa Rica* [en línea] 2011, (Abril-Septiembre) : [Fecha de consulta: 20 de septiembre de 2017] Disponible en:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=44821178005>> ISSN

Castaños, M., Meneses, C., Palop, M., Rodríguez, M., Tubert, S. (2007). *Intervención en drogodependencias con enfoque de género*. Instituto de la Mujer. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid: Editorial Estilo Estigraf Impresores, S.L.

Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes, Ministerio del Interior (CONACE). (2007). *Mujeres y Tratamiento de Drogas: Guía de Asesoría Clínica para programas de tratamiento y rehabilitación en drogas en población específica de mujeres adultas*. Santiago, Chile: Autor.

Daskal, Ana María, Poniendo la Lupa en la Supervisión Clínica. *Revista Argentina de Clínica Psicológica* [en línea] 2008, XVII (Noviembre-Sin mes) : [Fecha de consulta: 20 de septiembre de 2017] Disponible en:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281921795003>> ISSN 0327-6716.

De La Vega, M. L. (2010). Ser Madre o No Ser, Esa es la Cuestión. Análisis Lingüístico de Historias de Vida de Mujeres Adolescentes que Transitaron un Embarazo en Situación de Pobreza Urbana. *Texturas*, 1(9/10), 71-94.

García Jordá, D., & Díaz Bernal, Z. (2010). Perspectiva antropológica y de género en el análisis de la atención al embarazo, parto y puerperio. *Revista Cubana de Salud Pública*, 36(4), 330-336. Pública [en líneaonline]. 2010, vol. 36, nº4 [citado 2015-10-17], pp. 330-336 . Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662010000400007&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0864-3466.

Hurtado, A. M. M. (2015). Alcoholismo femenino: Problemática social. *Revista de Estudios de Género. La ventana*, 2(16), 78-95.

Lemus, Álvaro., (2013). *Estudio de caso acerca de la incorporación de perspectiva de género en el tratamiento para personas con problemas derivados del consumo de alcohol u otras drogas en un centro de salud mental comunitaria*. (Tesis para optar al grado de Magister en Estudios de género y cultura, mención humanidades). Universidad de Chile. Santiago, Chile.

Martínez, P. (2008). *Perspectiva de género aplicado a las drogodependencias*. España: ASECEDI.

Moraes, M., Scorza, C., Abin-Carriquiri, J. A., Pascale, A., González, G., Umpiérrez, E. (2010). Consumo de pasta base de cocaína en Uruguay en el embarazo, su incidencia, características y repercusiones. *Arch Pediatr Urug*; 81(2):100-4.

Organización de Estados Americanos (OEA-CICAD) (2014). *Consumo de Pasta Base de Cocaína en América del Sur*.

Pascale, A. (2010). *Consumo de drogas durante el embarazo: efectos sobre el binomio materno-fetal, recién nacido y primera infancia. Modalidades terapéuticas y estrategias de prevención*. Montevideo: MSP, Programa Nacional de Salud de la Niñez.

Pascale, A., Hynes, M., Cumsille, F., & Bares, C. (2014). Consumo de pasta base de cocaína en América del Sur: revisión de los aspectos epidemiológicos y médico-toxicológicos. Washington DC: Organización de los Estados Americanos.

Romero Mendoza, M., & Gómez Castro, C. (2013). *La mujer embarazada con problemas de adicciones: consideraciones de género, investigación y tratamiento*. Recuperado de <http://www.liberaddictus.org/Pdf/0791-75.pdf>

Rossato, N. (2015). Drogas y lactancia: Un conflicto frecuente. *Archivos argentinos de pediatría*, 113(1), 4-5.

Suárez-Delucchi, N., & Herrera, P. (2010). La Relación del hombre con su primer (a) hijo (a) durante los primeros seis meses de vida: Experiencia vincular del padre. *Psykhe* (Santiago), 19(2), 91-104.



FONO DROGAS Y ALCOHOL
1412
DESDE RED FIJA Y CELULARES