



Mujeres y tratamiento de drogas

Orientaciones técnicas para
la incorporación
de la variable género
en el tratamiento
y rehabilitación de
mujeres con problemas de drogas

Área Técnica en Tratamiento y Rehabilitación
Noviembre 2004

Índice

Introducción

5

Elementos para un marco conceptual

8

Algunos alcances desde el enfoque de género

8

Diferencias entre hombres y mujeres

10

Drogas y violencia

15

Mujer y drogas. La heterogeneidad entre las mujeres

17

La vivencia de la maternidad en las mujeres con problemas de consumo de drogas

18

Efectos y consecuencias del consumo de drogas en mujeres

19

Magnitud del problema en Chile

26

Desafíos para la intervención

28

Modelos de intervención terapéutica

30

El tratamiento y la rehabilitación de mujeres con problemas asociados al consumo de drogas

30

Perfil de las mujeres chilenas con problemas de drogas

32

Redes de apoyo social en el tratamiento de mujeres con problemas asociados al consumo de sustancias

39

Orientaciones terapéuticas para el tratamiento de mujeres con problemas de drogas

41

Sugerencias generales a considerar para favorecer la pesquisa, detección precoz, tratamiento, rehabilitación y reinserción social de mujeres con problemas de drogas

49

Conclusiones

51

Constitución de equipos de trabajo

52

Conformación de equipos

53

Formación de equipos

55

Bibliografía

58

Introducción

El Consejo Nacional de Control de Estupefacientes (CONACE), dependiente del Ministerio del Interior, es la instancia gubernamental responsable de formular y coordinar la política sobre drogas en el país. En el año 2003, se diseñó la Estrategia Nacional sobre Drogas 2003-2008, la cual se propone como fin el reducir el consumo y tráfico de drogas, mediante el diseño y la coordinación de la implementación de planes y programas de prevención, tratamiento, rehabilitación y control. Esta misión la realiza en conjunto con otras dependencias del Estado (Ministerios, Carabineros y Policía de Investigaciones, Universidades, etc.) e instituciones privadas y ONGs.

Uno de los principales objetivos estratégicos, en el ámbito de la reducción de la demanda, es el rehabilitar y reinserir socialmente a personas afectadas por el consumo de drogas, mediante oportunidades de tratamiento y programas de reinserción.

Para ello, se ha establecido, en conjunto con el Ministerio de Salud, el **“Programa de Apoyo a los Planes de Tratamiento y Rehabilitación de personas con problemas derivados del consumo de drogas ilícitas u otras sustancias estupefacientes o sicotrópicas”**, que define diferentes planes o programas de intervención, de acuerdo a las características clínicas y necesidades de atención de las personas, diferenciando grados de complejidad en la atención. Esto ha significado diseñar un sistema técnico financiero, que da origen al convenio CONACE-FONASA-MINSAL, que asegura una atención de calidad y de manera gratuita para las personas que lo requieran, usuarios de FONASA, a través de un conjunto de servicios o prestaciones claramente estipuladas.

Los planes son:

- Plan ambulatorio básico (PAB)
- Plan ambulatorio intensivo (PAI)
- Plan residencial (PR)

Plan de tratamiento	Breve descripción	Tipo de centro con convenio
Ambulatorio Básico	Para personas que presentan abusos o dependencia, con compromiso biopsicosocial moderado. Es un programa de mediana contención terapéutica.	• Consultorios • Hospitales • COSAM • ONGs • Comunidades terapéuticas
Ambulatorio Intensivo	Para personas que presentan abusos o dependencia, con compromiso biopsicosocial moderado a severo. Es un programa de alta contención terapéutica.	• Consultorios • Hospitaleso • COSAM • Comunidades terapéuticas
Residencial	Para personas que presentan abusos o dependencia, con compromiso biopsicosocial severo. Corresponde a un programa de alta contención terapéutica.	• Comunidades terapéuticaso • Clínicas privadas, principalmente

Este programa es acompañado de un proceso permanente de supervisión y evaluación, cuyos resultados señalan, entre otros, la necesidad de apoyar a los equipos técnicos de manera más estrecha y continua, actualizando contenidos y fortaleciéndolos en habilidades y destrezas técnicas y terapéuticas, mejorando así la adherencia de las personas a los programas para lograr una mayor calidad e impacto.

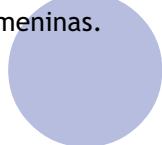
La experiencia comparada y la literatura asociada al tratamiento en adicciones, reflejan la urgente necesidad de desarrollar intervenciones terapéuticas diferenciadas, según las características de la población atendida, que considere, además del nivel de severidad y compromiso biopsicosocial, aspectos cualitativos y contextuales de poblaciones con características específicas, tales como población penal, población infanto adolescente y población femenina, entre otras.



En este contexto, se han desarrollado desde el año 2002 una serie de iniciativas, que apuntan a potenciar y profundizar el conocimiento teórico y desarrollo de habilidades clínicas de los equipos que efectúan la atención, a través de capacitaciones específicas para la atención de población femenina. También se ha avanzado en la elaboración de orientaciones técnicas para el abordaje terapéutico eficaz de la población femenina con consumo problemático de drogas. Para ello, durante el año 2003, se constituyó una mesa de expertos, con representantes del Ministerio de Salud, Servicio Nacional de la Mujer, Gendarmería de Chile y ejecutores de programas de tratamiento para mujeres, públicos y privados, que dio origen a un primer documento con carácter de borrador. Con posterioridad, en agosto del año 2004, a través de un Seminario de carácter nacional, organizado por CONACE (Mujeres y Consumo de Drogas: Desafíos para su tratamiento) el texto es socializado y rediseñado con los aportes de los y las invitadas al encuentro.

El documento que se presenta a continuación, es el resultado de las distintas iniciativas implementadas hasta la fecha por el Área de Tratamiento y Rehabilitación y el Área de Capacitación y Proyectos de CONACE, y recoge la experiencia acumulada de los diferentes equipos técnicos que trabajan el tema en el país y el análisis de la bibliografía existente.

Es un documento que orienta técnicamente a los equipos ejecutores de programas terapéuticos de tratamiento y rehabilitación, en el abordaje de los problemas asociados al consumo de drogas en mujeres en nuestro país y pretende abrir espacios de reflexión y análisis que apunten a una atención diferenciada y de calidad, así como al desarrollo de un quehacer terapéutico que considere la perspectiva de género en el tratamiento específico de las adicciones femeninas.



Elementos

para un marco conceptual

En nuestro país, la intervención en drogas ha tenido un escaso desarrollo, en cuanto a conocimientos y estrategias, respecto a las diferencias que se manifiestan en el consumo problemático de drogas en hombres y en mujeres. El consumo de drogas en las mujeres, generalmente se ha considerado un fenómeno menos prevalente que en los hombres, y las prácticas de intervención tienden a homogeneizar tratamientos para hombres y mujeres como si unos y otras tuvieran las mismas necesidades, sin tomar en cuenta que tanto los patrones de consumo, como sus causas y consecuencias, les afectan de manera diferente.

Algunos alcances

desde el enfoque de género

El género hace referencia a la construcción cultural de lo femenino y lo masculino. De este modo, sería femenino todo lo relativo a la reproducción, la crianza de los/as hijos/as, las tareas del hogar, el mundo afectivo y el desempeño en el ámbito privado; sería masculino cumplir las funciones de jefes de hogar, de proveedor económico, pertenecer al mundo público y ocupar posiciones de conquista y jerarquía; también se considera terreno de lo masculino la transgresión a ciertas normas, lo que va aparejado a la posibilidad de innovar, descubrir y cambiar el mundo.

El enfoque de género se fundamenta en la idea de que lo femenino y lo masculino son una construcción cultural derivada del modo en que han sido percibidas y vividas las diferencias biológicas. El ordenamiento de género de cada sociedad determina un conjunto de percepciones y pautas de comportamiento obligadas, permitidas y prohibidas, para hombres y mujeres, que se transmiten a través de los diferentes espacios de socialización, tales como la familia, la escuela, los medios de comunicación, etc.

Las mujeres aprenden a ser afectivas, intuitivas, sumisas, maternas, preocupadas por los otros y, los hombres, racionales, dominantes, fuertes e

independientes. Estos roles estereotipados determinan que la estructura de poder favorezca al género masculino y que cualquier intento de cambiarla desencadene sanciones que pueden llegar a incluir conductas agresivas.

La identidad de género no es natural, es una producción cultural que puede modificarse. Ésta se gesta a partir de procesos de socialización de hombres y mujeres a lo largo de sus vidas. Según palabras de Rosaldo, en nuestra sociedad **“el lugar de la mujer en la vida social humana no es producto, en sentido directo, de las cosas que hace, sino del significado que adquieren sus actividades a través de la interacción concreta. Para alcanzar el significado, debemos considerar tanto a los sujetos individuales como a la organización social y descubrir la naturaleza de sus inter-relaciones, porque todo ello es crucial para comprender cómo actúa el género”¹.**

El impacto de la construcción de género sobre la salud de las mujeres, podría explicarse a través de dos niveles fundamentales: el individual y el social. En el primero, a través del efecto del proceso de socialización, que reproduce paradigmas culturales de feminidad y masculinidad sexistas, a partir de los cuales se promueven actitudes y comportamientos de riesgo diferentes para la integridad física y mental de hombres y mujeres. En el nivel social, las condicionantes de género actúan a través de la división sexual del trabajo -practicada por las instituciones económicas, religiosas, familiares, educativas, sanitarias, etc.- y la valoración diferencial asignada a esas actividades en términos de prestigio y remuneración. Esta valoración se aplica por extensión a las personas que las desempeñan y termina por traducirse en una asignación también diferencial, de acuerdo con el sexo, de los recursos familiares y sociales necesarios para la promoción y protección de la calidad de vida y la salud de cada persona.

El enfoque de género demanda reconocer la importancia de la cotidianidad de lo privado y lo familiar, espacios en los que transcurre gran parte de la vida de las mujeres -y una parte de la vida de los hombres-, como espacios donde tienen lugar las prácticas de socialización, de salud y de reproducción social.

 ¹ En: Madrigal, Enrique, “Patrones de consumo y dependencia del alcohol y de sustancias psicoactivas en la mujer”. OPS. S/F.

Diferencias

entre hombres y mujeres

Es evidente que ser mujer y presentar un consumo problemático de drogas, constituye un desafío a los estereotipos sociales y culturales de una sociedad sexista. Algunos autores plantean que, en relación con los hombres, las mujeres con problemas de drogas tienen la tendencia a experimentar un estigma que es más estresante y más destructivo que el que sufren ellos. Así, además del estigma asociado a ser “mujer adicta”, desde su espacio privado, ésta es mal juzgada en el ejercicio de su rol materno (no brinda el cuidado socialmente esperado a sus hijos/as) y, desde lo público, es vista como alguien que no es capaz de controlar su situación familiar, por tanto, alguien en quien no se puede confiar desde otros ámbitos, como el laboral, por ejemplo.

Muchas veces, para una mujer con consumo problemático de drogas, algunos temas, tales como las tensiones al interior del hogar, la violencia en la familia, la no valoración de su aporte social, la tendencia a ubicarse en un lugar secundario y/o postergado -conflictos, en su mayoría, derivados de su rol sexual-, son temas que adquieren una importancia central en el proceso de su dependencia y, generalmente, no son considerados en su proceso de tratamiento.

Por otra parte, las mujeres normalmente no cuentan con la misma comprensión, oferta de ayuda y acompañamiento familiar que los hombres, incluso, en algunos casos hay oposición explícita de sus familiares y/o pareja para que reciba algún tipo de atención. Ello se ve reforzado por el hecho de que las mujeres con dependencia están mucho más expuestas a ser sancionadas y criticadas socialmente, porque, de acuerdo con la socialización sexista, consumir drogas, alcohol y otras conductas transgresoras y/o disruptivas, está más asociado con lo masculino. Lo anterior agrava el aislamiento de las mujeres, quienes, para evitar ser estigmatizadas, tienden a ocultar su problema, a no pedir ayuda o a postergar el pedirla.

Según plantea **Ana García**, *“la importancia de las relaciones para la identidad femenina, la necesidad de conexión y el miedo a la desconexión (en especial respecto a la pareja) es un factor de riesgo para el uso de sustancias. La tendencia a sostener y cuidar los vínculos (extensión del rol materno) persiste en las mujeres*

adictas, mientras que los varones en esa situación en general 'se van' o delegan el cuidado y acompañamiento en otros familiares (en general otras mujeres)''².

Otra diferencia se observa en la forma de respuesta del otro/a en la relación de pareja. Habitualmente, cuando el consumidor es hombre, su pareja (mujer) a menudo permanece a su lado, haciéndose cargo de los/as hijos/as e, incluso, participando en su proceso de rehabilitación. Una mujer que consume drogas, en cambio, frecuentemente es abandonada por su pareja y los/as hijos/as quedan al cuidado de terceros.

Algunos autores han destacado acontecimientos ocurridos en la niñez y los relacionados con la vida familiar como parte de la génesis del abuso de drogas. La presencia de patologías en la familia, ruptura de lazos, pérdidas, separaciones, conflictos matrimoniales entre los padres, historias de alcoholismo y/o drogadicción y altos índices de violencia y abuso sexual son situaciones frecuentes vividas por las mujeres consumidoras de drogas.

Similarmente, parece existir una predisposición mayor a las dependencias en las mujeres con trastornos afectivos de índole depresiva con componentes de trastorno de pánico, que la observada para otros problemas emocionales o estrés³.

El uso y abuso de psicofármacos prescritos con receta, en el caso de las mujeres, ha sido asociado con estados de tensión y problemas de salud mental. El hombre busca con más facilidad este alivio en el alcohol, pero el ingreso de la mujer en el mundo de la competencia, el estrés y los medios sociales que permiten el consumo del mismo, han hecho que estas diferencias sean cada vez menores.

Otros estudios realizados⁴, arrojan que el 80% de las mujeres con consumo problemático de drogas presenta uno o más diagnósticos psiquiátricos adicionales, los que se desglosan de la siguiente manera:

- 52% presenta depresión mayor primaria,
- 44% presenta fobia y
- 14% presenta trastornos de pánico.

²"Las Mujeres y las Drogas. Nuevos escenarios de la dependencia". Secretaría de Programación para la prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico, SEDRONAR, Argentina.

³ Madrigal, Enrique, "Patrones de consumo y dependencia del alcohol y de sustancias psicoactivas en la mujer". OPS. S/F.

⁴ Nunes EV, et al. "The management of treatment resistance in depressed patients with substance use disorders". Psychiatric Clinics of North America. 1996 Jun; 19 (2) : 311-325.

En relación a trastornos alimentarios y consumo de sustancias psicoactivas en mujeres, se observa:

- Tipo de drogas usadas en esta población: anfetaminas, laxantes, efedrina, cocaína, cannabis, alcohol, éxtasis, extractos tiroideos.
- El abuso y/o dependencia a sustancias en mujeres con trastornos alimentarios, suele ser de mal pronóstico.
- Mujeres anoréxicas con comilonas y purgas, consumen más sustancias psicoactivas que las restrictivas.
- Personas con bulimia y problemas por consumo de drogas, tienen características temperamentales comunes, tales como, búsqueda de sensaciones y alta impulsividad.

Un estudio nacional de mujeres en USA -Dansky, 2000-, en relación a abuso de alcohol, refiere que es más prevalente en aquellas que presentan trastornos alimentarios, particularmente bulimia. También arroja el dato que el 50% de las mujeres adictas a cocaína han reportado su uso para controlar el apetito.

Se observa que existe asociación con antecedentes de trastornos postraumáticos y depresión mayor.

El consumo de éxtasis se ha asociado con alta probabilidad de sufrir depresión, psicosis, dificultades cognitivas y bulimia en un 53% de la población de usuarias. Si la dependencia a sustancias es previa al trastorno alimentario, hay mayor comorbilidad y por lo general la dependencia es a policonsumo.

En un intento por avanzar hacia el reconocimiento de factores asociados al consumo de drogas en las mujeres, una investigación recientemente realizada en España por el Colegio de Psicólogos de Las Palmas, determinó, entre otros, los siguientes:

- Problemas sexuales.
- Desestructuración familiar. Ausencia de atención paterna, madres solteras, falta de cuidado, de seguridad y confianza. Son familias con un "estilo de crianza inconsistente, de distanciamiento emocional de los padres, con violencia familiar y sexual".

- Violencia y pobreza.
- Tendencia de las mujeres a exteriorizar sus problemas a través de dolencias físicas tratadas a través de médicos (búsqueda de recetas).
- Anatomía y constitución corporal. Por su peso corporal, las mujeres necesitan menores cantidades de sustancia para llegar al mismo grado de intoxicación que los hombres, ya que tienen menos agua y más tejido graso, además de diferencias metabólicas.
- Grupo social al que pertenecen. El estado civil y la edad de una mujer influyen en la determinación de consumir alguna sustancia.

Según lo referido en el Manual de Atención con Perspectiva de Género “Las mujeres y las drogas”, publicación de la Unidad de Tabaco, Alcohol y Drogas del Ministerio de Salud, 2000, los factores de riesgo asociados al uso de alcohol y drogas en la mujer serían:

- Desintegración de la familia.
- Constantes conflictos de pareja, percepción de no ser apreciada por ésta.
- Sentimiento de sobreexigencia frente al desempeño de una doble jornada laboral, sin contar con apoyo suficiente.
- Sentimiento de que su trabajo en el hogar no es reconocido.
- Crisis de identidad que aparece cuando los/as hijos/as se independizan.
- Insatisfacción en sus relaciones sexuales y afectivas.
- Aislamiento de actividades sociales y recreativas sanas, utilización inadecuada del tiempo libre.
- Falta de oportunidades para capacitarse y desarrollarse.
- Realizar actividades frustrantes y de escaso prestigio.
- Sensación de soledad y vacío.
- Presión del hombre hacia la mujer para hacerla compañera de fiestas o para seducirla.

- Temor a ser rechazada por compañeros de trabajo o amigos que consumen y abusan frecuentemente de otras drogas.
- Amistad con personas que trafican drogas.
- Desconocimiento acerca de los daños que el licor y otras drogas producen en el organismo.
- Modelos de identificación superficiales, deseos de adelgazar.

Entre las motivaciones personales de las mujeres al consumo (referidos en el manual anteriormente mencionado), se han encontrado:

- Estar a gusto, sentir placer.
- Aumentar la capacidad de trabajo.
- Disminuir el estrés.
- Aumentar la sociabilidad y disminuir la timidez.
- Evitar el sentimiento de soledad y vacío.
- Evitar sentir tristeza, dolor o frustración.
- Evitar la ansiedad o el nerviosismo.
- Disminuir el sentimiento de minusvalía.
- Ser aceptada o valorada por la pareja.
- Acompañar a la pareja.

A partir de lo anterior, entonces, se pueden evidenciar diferencias entre hombres y mujeres consumidoras en la manera de vivir la experiencia, las razones para usar las drogas, sus problemas psicosociales y sus necesidades de respuesta.

Drogas y violencia

Tal como se ha visto en este documento, la dependencia o el consumo adictivo en mujeres debe ser entendido desde una mirada amplia, que integre la historia familiar y las vivencias de la infancia. En algunos casos, las mujeres que han entrado en un consumo problemático de drogas han tenido como vivencia el abandono del hogar a temprana edad. El abuso físico, sexual y psicológico, son algunos de los motivos más importantes para abandonar el hogar que presentan las niñas y adolescentes. Para algunas de ellas, el vivir fuera del hogar o en la calle, trae consigo una serie de riesgos y vivencias de abuso. En ocasiones, las niñas de la calle son reclutadas en el comercio sexual o son llevadas a instituciones de protección de menores.

Algunos estudios nos permiten afirmar que existe una relación estrecha entre el fenómeno de la violencia intrafamiliar y el consumo de drogas:

- a) La violencia está fuertemente asociada a alcoholismo y uso de drogas en mujeres, como también a altos niveles de estrés y depresión, llegando incluso al suicidio; en USA, el 25% de los intentos de suicidio de mujeres blancas y 50% de mujeres afro americanas, estaban precedidos de maltratos.
- b) En Chile, comuna de La Florida, en las mujeres consultantes en el Programa de Atención en Violencia Intrafamiliar de Corporación DOMOS, el año 1999, se detecta que un 48% consume psicofármacos, alcohol y/o drogas.
- c) Las familias en que se vive violencia intrafamiliar, constituyen en sí un espacio que tiende a generar jóvenes con problemas de delincuencia, drogadicción y alcoholismo. En un estudio realizado por INJUV el año 1999, en hombres jóvenes de 19 a 29 años, reclusos del Penal de Colina 1 y de los Centros de Detención Preventiva de Puente Alto y San Miguel, se indagó respecto a los problemas que motivan a estos jóvenes a delinquir. Se estableció que el factor familiar es el elemento de mayor importancia en ese sentido, es decir, las condiciones de vida a que se vieron expuestos durante su infancia. Así, el 51,3% de los encuestados reconoció episodios de violencia intrafamiliar durante la niñez, siendo, en más de la mitad

de los casos (58,5%), ellos mismos víctimas. También se reportó que el 83% de esos casos presenciaron agresiones entre sus padres. De ellos, el 64,7% incluyó maltrato físico y psicológico, en tanto, el 14,7% se refirió a maltrato sólo físico⁵.

Para intervenir en drogas, es importante entender a la familia y/o su entorno como una sola unidad, cuyos miembros, en los casos de dependencia, han perdido, o no han desarrollado, vínculos seguros que permitan desplegar sentimientos de satisfacción mutua. Por el contrario, el vínculo aparece inseguro, con quiebres que requieren ser transformados en redes contenedoras y de sostén, para favorecer la recuperación a nivel individual y colectivo. También es conocida la alta recurrencia en la transgeneracionalidad de la violencia en una familia, que alude a repetición y rigidez, por sobre evolución y desarrollo.

El aislamiento social donde quedan presas las mujeres que consumen drogas, sirve de alimento para nuevas y mayores relaciones de abuso, contribuyendo a perpetuarlas. Evitar el aislamiento es reducir el círculo vicioso, el silenciamiento y la tolerancia de las mujeres a no respetar sus necesidades y permitir que otros no las respeten. Por lo que una intervención integral, necesariamente debe incorporar a la mujer y su entorno familiar y social.

En este sentido, el trabajo en redes cobra relevancia, dado que este modo de intervención vela por cada una de las etapas en la recuperación. Sin trabajo en la red social, no sería posible la detección, pesquisa y llegada de muchas mujeres a la atención.

La mirada de intervención en red no es una sola; existen diferentes modelos, que varían desde los terapéuticos clínicos, cuyos objetivos están centrados en generar cambios según deseos y disponibilidad de los miembros, facilitar el establecimiento de lazos de sostén, promover la confrontación activa de situaciones de transgresión, propiciar la búsqueda de soluciones comunes y compartidas, entre otras, hasta los modelos socio-relacionales⁶, cuyo carácter, si bien apunta al apoyo y sostén, tiene un fuerte acento en lo promocional, en la fuerza y potencia que puede tener el dar mayor protagonismo a quien vive la situación problema, existiendo una concepción de sujeto *"con necesidades, pero también con recursos"*.

⁵ "Costos psicosociales y económicos de la violencia doméstica y familiar en Chile". Cuadernos de trabajo. Corporación DOMOS, 2002.

⁶ Di Carlo, E. y equipo. "Nuevas perspectivas desde el paradigma humanista dialéctico". Ed. Lumen Humanitas, Buenos Aires, 1997.

Mujer y drogas

La heterogeneidad entre las mujeres

Las mujeres, en tanto grupo social, presentan una gran heterogeneidad. Ello plantea el desafío de considerar la diversidad de edades, condiciones socio económicas, estado civil y estatus, entre otras situaciones, al momento de diseñar e implementar estrategias de intervención.

Por otra parte, la marginación y feminización de la pobreza son otros elementos relevantes a contemplar en el tratamiento; las mujeres marginadas se encuentran a menudo en peores condiciones respecto de otras mujeres en la sociedad: menor acceso a educación, capacitación técnica, salud, entre otras.

También es importante considerar las diferentes etapas del ciclo de vida de las mujeres, a saber, niñas, adolescentes, jóvenes, embarazadas, madres, adultas. Un elemento importante a considerar es el cambio que puede producir el embarazo en algunas mujeres con dependencia, en tanto dejan de consumir por cuidar al bebé, o bajan el nivel de consumo.

No obstante, las mujeres embarazadas se encuentran con dificultades anexas de tipo institucional, que muchas veces agravan su situación; entre ellas están la falta de infraestructura para su adecuada detección y atención, la falta de capacitación del personal de las instituciones de salud, que se transforma en una tendencia a enjuiciar o cuestionar la conducta de dependencia más que acoger y apoyar, lo que genera una tendencia a ocultar el consumo en las mujeres, terminando con una casi nula detección y un menor acceso a orientación y apoyo para que la mujer reciba la atención que necesita.

Lo anterior es un reto en tanto generar condiciones que permitan, por un lado, conocer y abordar las potencialidades de esa etapa de la mujer en el tratamiento y, por otro, fortalecer la detección precoz del consumo, incorporándolo como una acción en los Programas de Control del Embarazo y en los Programas de Salud, a fin de que entreguen asistencia y acompañamiento en los primeros años de la maternidad.

Si bien aún existe una sociedad que sostiene una socialización sexista, con roles, responsabilidades y relaciones rigidizadas y marcadas por los estereotipos masculino y femenino, recientemente también ha comenzado a operar una nueva óptica de la mujer en nuestra sociedad. Ello puede implicar -en algún sentido-,

mayores demandas y tensiones, relacionadas con las expectativas sociales y los mecanismos de ajuste necesarios para contrarrestar estas presiones por parte de la mujer. Los mensajes de mayor autonomía, las opciones y limitaciones para nuevas carreras profesionales o laborales, sumados a una socialización sexista, pueden someter a la mujer a sentimientos de pérdida de control, impotencia para cambiar las condiciones adversas y aislamiento social.

La vivencia de la maternidad

en las mujeres con problemas de consumo de drogas

Algunos autores señalan que desde la época de la Colonia, el culto mariano vino a otorgar una identidad que dio origen a los “desamparados”, a los “mestizos” y a los “indios”, constituyéndose en la posibilidad única de hacer frente a un poder que los despojaba, tanto de su historia como de sus bienes.

El amor es una de las piedras angulares del marianismo, que dota a la mujer latinoamericana de un cierto masoquismo (abnegación y sacrificio), pero con una contrapartida de gratificación, gozo y reconocimiento social. Surge así el concepto de altruismo materno, leído como el desplazamiento del deseo propio frente al ajeno, y la aceptación de un lugar secundario en la distribución de recursos y beneficios grupales. La aceptación de la invisibilidad personal es el precio de la glorificación y sacralización de la función materna. Además, es inherente a la madre el poder sobre las criaturas que ha engendrado, en una relación jerárquica de mayor a menor, de protección y cuidado.

En este continente, arraigado en símbolos femeninos y con una historia preñada del sincretismo Virgen-Madre (que atraviesa ideologías, clases y diferencias étnicas), emerge la profunda e insustituible connotación del rol materno en nuestra cultura⁷. Connotación que incidirá tanto en su natalidad como en la vivencia de la sexualidad de sus varones y mujeres, la expectativa personal y social, el enfermar de sus miembros, la motivación para el uso, abuso y/o dependencia de drogas y su accesibilidad a tratamiento.

⁷ Montecino, Sonia, “Madres y Huachos”. Ed. Cuarto Propio. Ediciones CEDEM, 1ª edición.

A partir de estas ideas surgen posibles motivaciones, conscientes e inconscientes, de las mujeres respecto de la maternidad:

- Posibilidad de encontrar una “pseudo” identidad. Existo en la medida en que me relaciono con un otro (“la madre de...”).
- Puerta de escape de una realidad familiar dolorosa.
- Concreción de un deseo íntimo: tener algo propio, como una forma idealizada de pertenencia cuando se ha carecido durante la temprana infancia de afectos seguros.
- El/la hijo/a representa en la fantasía un medio de retención del otro/pareja.
- Una forma de afiatar una relación, “consolidar” un compromiso.
- Medio para obtener protección afectiva y económica.
- Y en esta sociedad, donde madre es sinónimo de ser mujer, la maternidad posiciona a la mujer en un estatus de reconocimiento y admiración.

Efectos y consecuencias

del consumo de drogas en mujeres

Cualquier comportamiento humano, incluida la dependencia a drogas, tiene su origen en la interacción de una serie de elementos que influyen de manera constante entre sí.

En el caso concreto de las dependencias, éstas resultan de la acción conjunta de tres grupos de factores: una sustancia con determinadas propiedades farmacodinámicas, las características personales del sujeto que las utiliza y la naturaleza del contexto sociocultural en el que se produce ese consumo.

El peso específico de los diferentes elementos, los respectivos parámetros que los definen y sus constantes influencias, variarán según los diversos momentos históricos y culturales.

No existe un único motivo para iniciar y mantener el consumo de drogas, ni una manera exclusiva de volverse dependiente a drogas. Siempre se da la interacción de diversos factores y sólo a partir de la consideración de los tres vértices del mismo triángulo: *sujeto*, *sustancia* y *contexto*, se puede alcanzar una visión real del problema⁸.

Elementos de la triada

- **La sustancia:** Tiene que ver con los distintos tipos de sustancias, la cantidad y frecuencia con que se consume, las vías de administración que utilizan para suministrárselas, si existen consumos asociados (policonsumo), el nivel de accesibilidad y disponibilidad, etc.
- **El sujeto:** Hace referencia a dos dimensiones básicas de las personas: una psicológica y otra física, y cómo estos elementos interactúan con las distintas sustancias. Desde el punto de vista psicológico, importan elementos tales como la motivación, las características de personalidad, factores de vulnerabilidad o de riesgo que puedan hacerlo más propenso o proclive a generar alguna dependencia, trastornos de la conducta, etc. En el ámbito físico, importan elementos tales como el sexo, la edad de las personas, la contextura física, la influencia de la sustancia específica en el organismo, etc.
- **El contexto:** Son las características socioculturales del ambiente en que se desarrolla el consumo, tanto del medio cercano del sujeto, como la familia (calidad de las relaciones, expresión de afectividad, modelos familiares, estilo de comunicación, normas y límites, etc.), el grupo de pares (valores y actitudes hacia el consumo) y la institución a la que pertenece, como del medio macrosocial geográfico y cultural (la existencia de culturas de consumo de ciertas sustancias, es decir, el significado cultural que determinados grupos dan al consumo, generando, a través de éste, cohesión de grupo, expectativas de felicidad y otras significaciones), la aceptación o sanción social, leyes y disponibilidad (esta última se refiere al tráfico y microtráfico; la oferta y facilidad de

⁸ Marco conceptual para la prevención y el tratamiento de las drogodependencias. Documento de trabajo. çrea Técnica CONACE 2002.

acceso a la droga que existe en determinadas poblaciones). Todas las características anteriores influyen en la forma en que se desarrolla el fenómeno del consumo y/o la dependencia a las drogas⁹.

Efectos físicos del consumo de alcohol en la mujer

El alcohol es la sustancia de la que más abusan las mujeres en el mundo. Se trata de una droga depresora, que adormece el sistema nervioso central. Una vez que el alcohol entra en la sangre, llega a todos los órganos del cuerpo en minutos. Las mujeres absorben y metabolizan el alcohol de manera diferente a los hombres. Comparadas con ellos, las mujeres tienen más tejido graso, menos músculos y sangre y menos cantidad de enzimas metabolizantes del alcohol. Estos factores provocan que, generalmente, las mujeres tengan mayor concentración de alcohol en la sangre después de beber la misma cantidad de alcohol que los varones ¹⁰.

El resultado más dramático del uso de alcohol es el impacto que tiene en el cerebro, dado que deprime los centros cerebrales responsables de ciertas funciones, por ejemplo, el área que controla las funciones vitales como la respiración y el latido del corazón; otras áreas del cerebro controlan las habilidades motoras, la visión y el juicio. Una persona sobria tiene el completo control de estas áreas. Cuando los niveles de alcohol se elevan en la sangre, el cerebro se vuelve cada vez más sedado; las funciones mentales son las primeras en afectarse. El alcohol altera la capacidad de juicio y puede hacer que la persona pierda el control, arriesgándose a vivir situaciones peligrosas.

Con frecuencia, las personas hacen cosas que normalmente no harían estando sobrias; para algunas, esto puede ser hablar de más o ser más sociables, pero también puede ser que tenga consecuencias hasta mortales. Con el juicio alterado por el alcohol, las mujeres con frecuencia se involucran en situaciones y relaciones peligrosas (accidentes, violencia, encuentros sexuales sin protección o no deseados, etc.).

⁹ Idem.

¹⁰ Stephanie S. Covington, Ph. D., "Mujeres en recuperación. Entendiendo la Adicción". Institute for Relational Development, Centre for Gender and Justice, Estados Unidos, 2002.

El alcohol y el cerebro

Dependiendo de la cantidad de alcohol que bebe una persona y la frecuencia con que lo hace, el daño puede ser temporal o permanente en el cerebro.

Las áreas afectadas influyen en la memoria, en la solución de problemas, en el juicio, la conducta, la diferenciación del dolor y el placer y en la coordinación y regulación de todos los sistemas del cuerpo.

Se ha demostrado que las mujeres que abusan del alcohol, sufren de disfunciones cerebrales más pronto que los varones. Se ha descubierto que las partes del cerebro que coordinan las funciones múltiples, son mucho más pequeñas que aquellas de las mujeres que no abusan del alcohol e, incluso, que la de los hombres que son alcohólicos.

El alcohol y el hígado

Los efectos del alcohol en el hígado son más severos en las mujeres que en los hombres. Al beber en exceso, las mujeres desarrollan más pronto enfermedades del hígado, tales como hepatitis alcohólica y cirrosis, aun cuando beban menos que los hombres.

El alcohol y el corazón

El alcohol puede ocasionar alteraciones en el ritmo del corazón; si además se tienen otras enfermedades, como el endurecimiento de las arterias, puede aumentar el peligro de enfermedad coronaria.

El alcohol y la estructura de los huesos

El alcohol puede interferir con el calcio y el metabolismo de los huesos al disminuir la presencia de las hormonas que ayudan al cuerpo a absorber, excretar y distribuir el calcio en todo el cuerpo.

Las deficiencias del calcio pueden provocar enfermedades como la osteoporosis. Las investigaciones sugieren que los problemas de los huesos ocasionados por el consumo excesivo de alcohol, son reversibles parcialmente si se deja de beber.

El alcohol, el sexo, la reproducción y el embarazo

El alcohol interfiere con la producción normal de las hormonas femeninas. Se ha demostrado que los problemas menstruales, tales como dolor, sangrado intenso, grandes molestias previas al período y reglas irregulares o ausentes, son comunes en las mujeres que beben demasiado.

Una mujer que abusa del alcohol, también puede presentar dificultad para alcanzar el orgasmo. Si además consume píldoras anticonceptivas y/o hormonas, su capacidad para metabolizar el alcohol se reducirá.

Si la mujer está embarazada, al beber cualquier bebida alcohólica, ésta traspasará la barrera placentaria a través del cordón umbilical, alcanzando al feto. Por otra parte, el alcohol proporciona calorías al organismo, por lo que habitualmente disminuye la ingesta de alimentos, llevando a un deterioro en la cantidad de nutrientes requeridos para el desarrollo saludable del feto.

Cuando una mujer embarazada consume alcohol, el período de mayor riesgo se encuentra en los tres primeros meses de gestación, pudiendo generarse malformaciones por efecto del consumo. En los meses restantes, el consumo de alcohol puede provocar abortos, nacimientos prematuros o recién nacidos con bajo peso.

Se ha comprobado la aparición de un cuadro denominado síndrome alcohólico fetal en los/as hijos/as de madres con dependencia al alcohol, que han consumido durante la gestación. Se caracteriza por cabeza y cerebro más pequeños que lo normal, cara reducida y ojos pequeños, alteraciones en los dedos, anomalías en el corazón y en los órganos genitales, bajo peso y desnutrición, retardo mental, etc.

Efectos físicos del consumo de drogas ilícitas en la mujer

(marihuana, cocaína, pasta base de cocaína)

Marihuana

La marihuana es una droga que contiene más de 400 sustancias químicas. El ingrediente activo más potente es el tetrahidrocannabinol-9 (THC), que es soluble en grasa y no en agua. Debido a que nuestro cuerpo libera los desechos a través

de los líquidos, orina, sudor y sangre, el THC no se libera rápidamente y encuentra su lugar final en las partes grasas del cuerpo, cerebro, pulmones, hígado y sistema reproductivo.

Aunque la marihuana pareciera causar menos daño al niño en desarrollo que otras drogas, fumar demasiado sí causa daños. Los recién nacidos pueden sufrir de bajo peso, pueden tener el tamaño de la cabeza más reducido y presentar poca respuesta a los estímulos visuales.

Cocaína y pasta base

El clorhidrato (cocaína) y el sulfato de cocaína (pasta base) son poderosos estimulantes del sistema nervioso central, que provocan una rápida e intensa sensación de placer, acompañada de disminución del apetito, indiferencia ante el dolor y la fatiga e ilusiones de gran capacidad mental y placer sexual.

La cocaína puede producir cambios en el funcionamiento de las células cerebrales de la mujer. Es un estimulante que hace que la actividad del cerebro se acelere, provocando que éste sea incapaz de enviar señales correctas al corazón y a los pulmones.

Puede causar también ataques cardíacos, debido al esfuerzo excesivo del corazón. La cocaína provoca que los vasos sanguíneos de la persona se estrechen, ocasionando vasoconstricción, que supone un gran esfuerzo para el corazón y el sistema circulatorio.

Habitualmente, el abuso de cocaína puede producir la aparición de síntomas depresivos, ataques de ansiedad, irritabilidad, síntomas paranoides (sentirse perseguido) y, en algunos casos, fenómenos alucinatorios y conducta violenta hetero y auto agresiva.

La cocaína suele reducir las inhibiciones; aunque inicialmente se puede disfrutar de una actividad sexual más placentera, el resultado a largo plazo es que reduce el placer sexual. Algunos autores plantean que la cocaína puede alterar el funcionamiento sexual y, con el tiempo, los/as usuarios/as regulares de esta droga pueden sufrir no sólo de una fuerte pérdida del deseo, sino también de alteraciones en la función sexual.

En las mujeres con consumo de clorhidrato de cocaína, se observa mayor predisposición que en el varón al rompimiento del tabique nasal, debido a la fragilidad de los tejidos.

La mujer consumidora de sulfato de cocaína, o pasta base, en estado de embarazo, puede tener abortos espontáneos y/o nacimientos prematuros.

Efectos físicos del consumo de tranquilizantes en la mujer

Los/as usuarios/as de tranquilizantes experimentan un alivio moderado de la ansiedad y una sensación de bienestar, sin embargo, cuando se abusa de ellos pueden provocar alteraciones de la memoria, confusión y dificultad para pensar.

Los efectos a largo plazo están asociados a dependencia y malestares físicos, tales como dolores de cabeza, trastornos del sueño, falta de motivación y ansiedad.

Los tranquilizantes ansiolíticos son de alta prescripción en el mundo. Sin embargo, las mujeres son el doble de veces más consumidoras de ellos que los hombres.

Las mujeres que consumen tranquilizantes están más predisuestas a sufrir accidentes o intoxicaciones si los mezclan con alcohol (práctica de observación frecuente entre las mujeres).

Los/as hijos/as de mujeres que consumen tranquilizantes, pueden nacer con dependencia a los mismos, y/o sufrir de problemas respiratorios. El abuso de tranquilizantes durante el embarazo, puede provocar deformaciones en la cara y anomalías cerebrales. Los rasgos faciales pueden parecerse a aquellos que presentan los recién nacidos con síndrome alcohólico fetal.

Es particularmente complejo el abuso de tranquilizantes, dado que la mayoría de estos consumos se inician tras una prescripción farmacológica recetada para aliviar síntomas de algún trastorno psicológico, existiendo en la mujer la tendencia a negar el consumo abusivo, debido al motivo inicial de su uso.

Magnitud del problema

en Chile

Según el **Quinto Estudio Nacional de Drogas** en población general, realizado por CONACE (2002)¹¹, las mujeres chilenas consumen drogas ilícitas en una proporción de 1 es a 4 para la marihuana; 1 es a 5 para la cocaína y 1 es a 10 para la pasta base, en relación a los varones.

El uso de drogas ilícitas es siempre mayor en los hombres, en todas las edades y poblaciones estudiadas. Sin embargo, las tasas de dependencia de cocaína y pasta base son más altas entre las mujeres.

El uso de drogas ilícitas se mantuvo estable en el último bienio 2000-2002, con leve tendencia a la baja en marihuana y pasta base y leve aumento en cocaína. La estabilización del uso de drogas en el último bienio se explica, principalmente, por una disminución del uso de drogas ilícitas en los menores de 12 a 18 años.

Cabe destacar que la disminución del uso de drogas (THC y PBC) en el último bienio entre los menores de 12 a 18 años, es mucho más relevante entre las mujeres de ese grupo etáreo.

La población escolar femenina ya mostraba una tendencia a la baja en el uso de cocaína y pasta base en el estudio en población escolar realizado por CONACE en 2001. Sin embargo, las mujeres de 12 a 18 años han aumentado el uso de alcohol, teniendo en 2002 tasas de prevalencia similares a los hombres. Mientras que los hombres (12-18 años), aumentaron en tres puntos porcentuales la tasa de uso de alcohol, las mujeres aumentaron en seis puntos porcentuales en el último bienio.

Las cifras anteriores indican que la precocidad del consumo en mujeres ha aumentado en forma notable en la última generación, tanto para alcohol como para drogas ilícitas, al punto que la proporción de mujeres que usan precozmente alcohol y marihuana, en la actual generación (1981-1988), es prácticamente la misma que la de varones.

En el grupo joven (19-25 años), las mujeres son considerablemente menos prevalentes, propensas y vulnerables al consumo que los hombres. Pero, entre

¹¹ Quinto Estudio Nacional de Drogas en Población General. CONACE 2002.

los menores (12-18 años), las mujeres son casi tan prevalentes, propensas y vulnerables que los hombres.

Queda en evidencia que las mujeres consumen proporcionalmente menos que los varones, pero la observación clínica indica que, una vez que ellas han iniciado el consumo, la vulnerabilidad y la disfuncionalidad asociada es mayor que en los varones.

De las **209.799** personas entre 12 y 64 años consumidoras problemáticas de drogas, según los análisis efectuados a partir de los datos del **Quinto Estudio Nacional de Drogas** en población general 2002, referido anteriormente, **37.929** son mujeres, lo que corresponde al **18%** de los consumidores problemáticos del país.

De las sustancias consumidas, cabe destacar el consumo indebido de drogas de uso médico, principalmente tranquilizantes, que las mujeres consumen, entre otras causas, para escapar de las tensiones de la vida cotidiana, como, por ejemplo, la triple jornada: la crianza de los/as hijos/as, el trabajo doméstico y el extradoméstico.

Dos tercios de las prescripciones de psicofármacos están dirigidos a mujeres. Este hecho permite plantear otras interrogantes en función de la edad, estatus social y marital de la mujer y formas de adquisición de las llamadas “drogas legales”, ya que, mayoritariamente, son recetadas en la consulta médica. Lo anterior obedece, en parte, al hecho de que los problemas de dependencia se vinculaban históricamente en las mujeres a problemas psicopatológicos, siguiendo una tendencia a psiquiatrizar los signos de padecimiento femenino¹².

El **Quinto Estudio Nacional de Drogas** en población general 2002, indica que la tasa de prevalencia reciente (último año) de drogas de uso médico (tranquilizantes benzodiazepínicos, estimulantes sintéticos, analgésicos y sedativos), alcanza al **4,31%**, con una tasa de **3,99** para varones y **4,62** para mujeres. El **3,3%** corresponde al consumo de tranquilizantes benzodiazepínicos.

La situación epidemiológica anteriormente descrita respecto del consumo de sustancias en la población femenina, es de gran importancia para plantear las necesidades cambiantes de la mujer en el mundo moderno. En cuanto a la

¹² García, Ana, “Las mujeres y las drogas”. Programa Cambio Argentina 1999.

dependencia de sustancias, se observan tendencias muy marcadas hacia la incorporación de la mujer a estilos de vida previamente exclusivos del hombre. Las nuevas escalas de valores, convivir en forma simétrica en ámbitos de competencia, el estrés y las costumbres recreativas de alto consumo de alcohol, fomentan en la mujer moderna la propensión a sufrir las consecuencias de estas sustancias. Además, la mujer se expone a este riesgo sin contar con un apoyo social y familiar, lo que la hace más vulnerable.

Desafíos

para la intervención

Surge la necesidad de parte de las propias mujeres, de una respuesta sistemática de la intervención en drogas hacia el establecimiento de programas que tengan en cuenta no sólo las diferencias biológicas, sino también las diferencias genéricas de hombres y mujeres, y la forma cómo unos y otras se relacionan entre si, con los equipos que ofrecen tratamiento y con los diversos sistemas de la comunidad.

Prevalece la necesidad de, en todo momento, diferenciar el nivel de los beneficiarios (hombres y mujeres) con el foco de la intervención (la relación de dependencia con las drogas) y las variables explicativas de cómo se presenta este fenómeno en hombres y mujeres (diferencias de género). En tal sentido, incorporar el enfoque de género en el tratamiento de hombres y mujeres, podría implicar desarrollar intervenciones de tratamiento diferenciadas para cada uno de ellos.

Las teorías de género actuales identifican el problema de las diferencias hombre-mujer, más que el de la igualdad hombre-mujer, debido a que la igualdad presupone homogeneizar, y en esta homogeneización lo masculino se conserva como norma, lo que hace que las mujeres continúen en su rol de subordinadas.

"Cuanto más nos acercamos a la globalización mundial, más se acentúan los problemas de diferenciación, como resultado de los procesos de homogeneización, racionalización y modernización de las culturas. Ello afecta directamente a la formación de las identidades de género en varias escalas y matices" ¹³.

¹³ Escalante, Soledad, "Postmodernidad, género y diferencia". Conferencia "Al final del milenio". Lima, 1999.

Sabemos que queda mucho por hacer: favorecer los mecanismos de detección precoz y pesquisa, mejorar la calidad de las intervenciones terapéuticas para motivar a tratamiento y favorecer la adherencia, facilitar la incorporación de mujeres a programas de tratamiento a través de la inclusión de una comprensión, interpretación y acción terapéutica que contemple las diferencias.

La situación actual en el país, refleja la escasez de oferta de tratamiento diferenciada para mujeres con problemas de drogas. En todo el territorio nacional, se pueden identificar **142** centros públicos y privados que ofrecen planes de tratamiento y rehabilitación para población mixta adulta. Sin embargo, sólo **siete** de ellos incorporan en la intervención terapéutica la variable de género, es decir, ofrecen tratamiento diferenciado, tomando en consideración las necesidades y características particulares de la población femenina que requiere atención.

Finalmente, al analizar la cobertura de atención a través del programa de planes de tratamiento y rehabilitación de personas con problemas asociados al consumo de drogas ilícitas y sustancias estupefacientes y/o psicotrópicas (Convenio CONACE/FONASA), durante el año 2003 fueron tratadas **2.931** mujeres con problemas de drogas en los centros públicos y privados en convenio del país. Ello nos plantea el gran desafío de disminuir la brecha existente entre la demanda y la oferta actual de programas de tratamiento.



Modelos de intervención terapéutica

El tratamiento y la rehabilitación

de mujeres con problemas asociados al consumo de drogas

El tratamiento y la rehabilitación de una persona con problemas de drogas es un proceso largo, que requiere de la voluntad y compromiso de la persona, del apoyo familiar y de un equipo multidisciplinario de profesionales y técnicos con experiencia para otorgar una atención de calidad.

Habitualmente, las etapas de todo programa de tratamiento son:

a) **Desintoxicación ambulatoria u hospitalaria:** dice relación con la atención de los síntomas que aparecen como consecuencia de la retirada de la sustancia (síndrome de privación). Dependiendo del compromiso y de la gravedad del problema de dependencia, esta etapa puede ser tratada en forma ambulatoria u hospitalaria.

b) **Tratamiento:** se refiere al proceso en el cual la persona aprende hábitos nuevos, desarrolla mayor conciencia del problema, entrena habilidades personales y sociales para afrontar situaciones conflictivas, que en el pasado ha evadido o tolerado sólo con consumo de drogas, resolver problemáticas intrapsíquicas y generar un proyecto de vida saludable.

c) **Rehabilitación:** se refiere al proceso en el cual la persona se habilita para desenvolverse en su vida personal y social, sin consumo de sustancias.

d) **Reinserción:** se refiere a la etapa en que la persona vuelve a integrarse en forma saludable a su entorno familiar y social. Habitualmente dice relación con capacitación, formación y entrenamiento en oficios y/o estudios, con el objetivo de optar a oportunidades académicas y/o laborales para desempeñarse en forma autónoma.

Se observa que la demanda de ayuda o atención de las mujeres con problemas de drogas, se ve retardada por factores personales, sociales y del ambiente, que todavía ofrece pocas oportunidades de atención.

Por este motivo, las mujeres consultan en una etapa avanzada del problema, lo que dificulta el pronóstico de tratamiento. Algunas de las hipótesis clínicas que se manejan en relación a las causas de la tardanza en la consulta, dicen relación con la estigmatización social asociada a la triada: mujer-madre-droga.

El período del embarazo suele ser un momento en que la mayoría de las mujeres abandona en forma espontánea el consumo, aunque lo retome una vez que el/la hijo/a ha nacido. Al parecer, existe un mecanismo interno de orden biológico y psicológico que permite que la mujer en este momento centre su atención en el embarazo, siendo una oportunidad muy ventajosa para la intervención de un programa que motive al abandono del consumo.

Tradicionalmente, los programas de tratamiento y rehabilitación para adictos fueron diseñados por y para varones, y las necesidades específicas de las mujeres no han sido lo suficientemente consideradas.

En realidad, los problemas de las mujeres consumidoras no son menores, iguales o superiores a los de los hombres consumidores, sino que son propios de las consumidoras femeninas y es necesario explicarlos desde su propio marco de referencia.

En general, las mujeres tienen menos disponibilidad de ayuda que los varones, los familiares minimizan el problema, o de plano se oponen explícitamente a otorgar apoyo permanente y responsable.

La mayoría de los dispositivos de tratamiento no cuentan con servicios específicos para mujeres. El tratamiento residencial resulta prácticamente imposible para mujeres con hijos/as pequeños.

Habitualmente, las deserciones están relacionadas con factores contextuales, tales como trabajo, responsabilidad en quehaceres domésticos, etc. No considerar esto último, puede llevar, erróneamente, a evaluar la motivación de la mujer a tratamiento como pobre o escasa, cuando en realidad se observa que ellas, una vez que han iniciado un programa terapéutico y reciben apoyo y soporte social, presentan tasas más altas de egreso que los varones¹⁴.

¹⁴ "Evaluación de proceso y resultado de planes de tratamiento y rehabilitación de personas con problemas derivados del consumo de drogas ilícitas en instituciones en convenio con CONACE/ FONASA". Informe Final Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile. 2004.

Por otra parte, se ha visto que es de gran ayuda la formación de redes de mujeres en el tema. Si los estudios refieren que las mujeres, en general, tienen serios problemas de autoestima e indicadores de ansiedad más elevados que los varones, los espacios terapéuticos con grupos de mujeres son un instrumento válido para aumentar la valoración personal y fomentar climas terapéuticos de confianza e intimidad.

Es necesario, entonces, desarrollar espacios de capacitación para los/las terapeutas que trabajan en rehabilitación, a fin de manejar y conocer las necesidades particulares de las mujeres, para intervenir eficazmente.

Perfil de las mujeres chilenas con problemas de drogas

La experiencia clínica del trabajo con mujeres con problemas de drogas en centros de tratamiento de la Región Metropolitana, arroja características particulares en relación a¹⁵:

Autoestima

Se observa carencia afectiva notable, lo que las lleva a buscarla “donde sea” y de la forma que sea, habitualmente a través de comportamientos manipuladores.

Pobre autoconcepto, con sentimientos de desvalorización y poco desarrollo de la confianza básica, lo que las hace inseguras, poco autónomas y con dificultad para enfrentar los conflictos personales con sus propios recursos.

La auto imagen suele centrarse en aspectos externos del yo, otorgándole un peso enorme a la imagen corporal, en pro de un modelo estético cultural femenino que invalida las formas redondas y privilegia la esbeltez. Sobre el cuerpo está puesta la auto valoración, el espejo se convierte en el indicador universal del malestar interior, no es extraño escuchar de las mujeres con problemas de drogas

¹⁵ Lara, Marcela, “Amores perros, mujeres, violencia y drogas”. Artículo publicado en Revista Eradicaciones. Santiago, Chile, 2001.

discursos tales como, *"ya no me miro al espejo", "no sé hace cuánto que no soy capaz de mirarme al espejo"*¹⁶.

Lo anteriormente expuesto puede estar vinculado al alto porcentaje de trastornos de la alimentación observados en mujeres con problemas de drogas.

Relaciones vinculares

La mayoría de las mujeres plantean haber iniciado el consumo durante la adolescencia, con grupo de pares, o pareja, pololo, etc.

Se observan dificultades de integración a grupos desde la infancia, sin amigas significativas; la amistad se conoce a través del consumo. La adolescencia se vive con angustia y desorientación y con responsabilidades de crianza de hermanos menores en la población de sectores más vulnerables. El proceso de identificación se realiza con los pares y la droga.

La construcción de identidad sexual se realiza a partir de modelos deficitarios (historia de abandono parental, separaciones, peleas, golpes, ausencia de diálogo afectivo entre la pareja parental). Existe actividad sexual precoz, habitualmente con embarazo no deseado. Este inicio sexual precoz generalmente está asociado a la búsqueda de afecto para llenar vacíos afectivos, a la existencia de modelos sexuales poco claros, contradictorios y a experiencias dolorosas relacionadas con el sexo.

Habitualmente, hay historia de abuso sexual en la infancia o adolescencia, durante largos períodos de tiempo y por una figura cercana, tío, hermano, padrastro y también el padre biológico. Estas experiencias traumáticas quedan en un vacío impune, dado que no se atreven a contarlo por amenazas del abusador o, cuando logran hacer público el secreto, la madre no logra creerles.

Las parejas generalmente son consumidores problemáticos, ellos las iniciaron o ellas se involucraron con la intención de acompañarlos. Es frecuente escuchar el discurso de la necesidad de estar drogados para compartir sexualmente con el otro. *"Nos hemos acostumbrado, cada vez que consumimos terminamos en la cama, ahora ya no lo hacemos si no estamos volados"*.

¹⁶ Idem.

Forman pareja con la intención de crear familia, con la ilusión de que encontrarán solución a sus problemas de soledad, de falta de afecto, de valoración. La decisión de convivencia, generalmente dice relación con agobio, frustración, carga familiar. Búsqueda de pareja, embarazo y droga se viven en forma paralela.

Relación con la madre y ambiente familiar

Se observan modelos parentales donde el padre desvaloriza a la madre explícita o implícitamente; vieron a una madre que tolera maltrato físico y /o psicológico, que se comporta inmaduramente, siendo incapaz de defenderse y de defender a los/as hijos/as.

Las mujeres provenientes de sectores socioeconómicos acomodados describen una madre con dificultad para poner límites, estableciendo con la hija una relación “amistosa”, compartiendo aspectos de su vida íntima, amorosa y o afectiva a muy temprana edad, comprometiéndolas en secretos y complicidades.

La hija empieza a ver la fragilidad de la figura materna y comienza a desarrollar un rol de madre de su madre. *“Mi mamá me contaba todo, se ponía mi ropa, se veía super lola, yo no sabía qué hacer, me cargaba lo que hacía”.*

Las mujeres provenientes de sectores más vulnerables, describen a la madre como la “sufrida”, la que tolera todo, pero al marido, porque a ellas, más bien, le cargan responsabilidades tempranamente; las mujeres sienten que la madre le ha dedicado tiempo a otras cosas y no a ellas, ya sea a las labores de la casa, cuidado de los hermanos menores u otras. Se sienten ignoradas, poco validadas y rechazadas.

El padre, habitualmente consumidor problemático de alcohol, suele comportarse con abuso de autoridad, con violencia y autoritarismo, expresa el afecto bajo efectos del alcohol; pero en lucidez, lo que aparece suele ser maltrato. Las normas y castigos son inconsistentes, con abuso de autoridad o con un “dejar hacer total”¹⁷.

El sistema familiar tiene características de distanciamiento afectivo, con poca expresión de los sentimientos; son familias desintegradas, que no han fomentado

¹⁷ Lara, Marcela. “Algunas reflexiones en relación al consumo dependiente de sustancias psicoactivas en la población femenina desde una perspectiva de género”. Conferencia Patología Dual y Drogas. Hospital Psiquiátrico El Peral, Santiago de Chile. 1999.

el apego. Las relaciones familiares han sido tensas, frías, agresivas, viéndose impelidos los miembros del grupo a buscar afecto fuera del sistema, a menudo en la calle. Las mujeres se han sentido poco aceptadas por esta familia, ignoradas por los padres, no reconocidas, emitiendo conductas para lograr cariño o aprobación, llegando inclusive a dañarse a sí mismas (intentos de suicidio, autolesiones, etc.), con tal de llamar la atención para ser consideradas.

Son familias con estructuras rígidas, que generalmente se fijan en la etapa de la separación, individuación, que crean ambientes con afectos de sospecha, con incestos, engaños, donde los afectos se desbordan (impulsividad).

Relación con su propia maternidad

Ser madre es una responsabilidad que no han podido cumplir. El contactarse con su maternidad les ha hecho sentirse importantes, pero, al no poder cumplir, se sienten “malas madres”. Se observa que, así como no han recibido contención y sostén de su propia madre, ellas tampoco pueden contener y sostener al/la hijo/a.

La idea de tener un/a hijo/a, generalmente se inscribe en el deseo de tener algo propio, un/a hijo/a para suplir carencias, para que las “saque” de sus problemas. Se observa en la gran mayoría de las mujeres dependientes a drogas, el profundo temor de dañar al hijo o hija que viene, o que va a venir, por su historia adictiva. Las mujeres que presentan más temores, llegan incluso a suspender el consumo durante el embarazo, algunas continúan abstinentes, pero la mayoría reincide una vez que el/la hijo/a ha nacido. Al parecer, durante los primeros meses del bebé, logran establecer vínculos de apego, atendiéndolos y cuidándolos, pero en el momento en que la guagua comienza a demandar más atención, las mujeres desarrollan conductas de desapego, los dejan llorar, no respetan los horarios, etc. El agobio las lleva de nuevo al consumo, llegando inclusive a utilizar a ese/ a hijo/a para obtener droga. Finalmente, se produce un franco abandono, dejándolos al cuidado de parientes, vecinas o cediéndolos a instituciones¹⁸.

Según investigaciones realizadas por la Dra. Mónica Kimelman¹⁹, con mujeres poli dependientes embarazadas y su relación de apego con el recién nacido, el tipo de relación vincular y apego que se observa en estas mujeres corresponde al

¹⁸ Idem.

¹⁹ Kimelman, Mónica y cols. “Interacción madre-bebé polidependiente. Proyecto Conace 2004, Hospital Barros Luco, Facultad de Medicina Sur, Universidad de Chile.

denominado apego desorganizado, donde se observa una madre con conductas temerosas o atemorizantes, con descoordinación afectiva, incapacidad para mentalizar la conducta del bebé y conductas impredecibles, con la percepción de un bebé "objeto". Ello genera en el bebé la imposibilidad de extraer una estrategia coherente de apego, con un modelo desorganizado mental y una inseguridad afectiva.

En el proceso de tratamiento, es bastante frecuente observar el fuerte sentimiento de culpa de estas mujeres, la urgente necesidad de reparar el daño, el deseo de hacer propósitos de vida con los/as hijos/as y el temor a no poder hacerlo. Al contactarse con el/la hijo/a, es posible trabajar el vínculo con la madre y, con ello, resignificar la experiencia y otorgarle a ella y al hijo o hija una posibilidad de apego seguro.

Sin embargo, a pesar de lo descrito anteriormente, las mujeres no constituyen un grupo homogéneo y es posible describir en la actualidad, a lo menos, las siguientes categorías o perfiles de mujeres chilenas con consumo de drogas:

- Mujeres jóvenes adolescentes con consumo de inhalantes y/o pasta base en situación de o en la calle.
- Mujeres infractoras a la ley de drogas; son mujeres adultas jóvenes, muchas veces madres de hijos/as en edad escolar, que están detenidas por tráfico o microtráfico y que requieren tratamiento pues, además, son consumidoras de sustancias.
- Mujeres adultas jóvenes de largo historial de consumo, la mayoría de las veces de marihuana y cocaína.
- Mujeres adultas de larga historia de consumo, especialmente de tranquilizantes (benzodiazepinas) y/o alcohol.
- Mujeres con patología dual.
- Mujeres embarazadas con consumo problemático de drogas.

A continuación se presenta un análisis de los perfiles de mujeres anteriormente descritos, distribuidos en tres grupos y asociados a la etapa generacional de socialización de género que les correspondió vivir²⁰.

²⁰ Lara, Marcela. "Amores perros, mujeres violencia y drogas". Artículo publicado en Revista Eradicaciones, Santiago-Chile, 2001.

a) 1^{er} Grupo (“Las hijas del rigor”)

Son, preferentemente, mujeres mayores de 50 años, en su mayoría alcohólicas, con consumo asociado de psicofármacos, principalmente tranquilizantes benzodiazepínicos; aisladas socialmente, privadas de un mundo propio, socializadas con el concepto de cuidar a otros como objetivo primordial del ser mujer, donde la desesperanza y la depresión son manifestaciones comunes del malestar interior.

b) 2^{do} Grupo (“Las que salieron a conquistar el mundo”)

Son mujeres menores de 40 años, mayoritariamente consumidoras de sustancias como cocaína y anfetaminas, que ejercen roles privados y públicos como producto de una socialización que fomentó la autonomía, principalmente a través de la inserción en el mundo laboral y la independencia económica, sin el soporte social necesario. En este contexto, el ejercicio de múltiples funciones: trabajo-casa-hijos/as en edad escolar, puede generar cansancio, estrés y frustración.

Esta generación de mujeres vive un conflicto permanente entre un sentimiento de rabia y culpa; se desborda y autoagrede; ha incorporado el concepto de cuidar a otros, pero, a la vez, cuidarse a sí misma, en un sistema social donde todavía la mayoría espera que la cuide una madre (real o simbólica), y la madre es mujer.

c) 3^{er} Grupo (“Las hijas del sueño perdido”)

Son mujeres menores de 20 años, en las cuales se observa una conducta dependiente compulsiva, abierta y con una gran carga de auto y hetero agresividad; generalmente consumidoras de pasta base de cocaína, cocaína y alcohol, con manifestaciones conductuales de mayor impacto social, promiscuidad, prostitución, robos menores²¹.

Bajo efectos de tóxicos de alta potencia adictiva y con rápido deterioro biopsicosocial, la mujer se “defiende de la agresión del otro”, agrediendo, ingresando con ello en un circuito altamente violento.

²¹ Idem

La violencia es también una conducta aprendida y, si una persona durante su socialización ha estado expuesta de manera cotidiana a modelos agresivos, aceptará éstos como modelos legítimos de relaciones sociales. La rabia implícita en la conducta auto y hetero agresiva puede interpretarse como expresión sentimental de un malestar interior, que responde a una cultura que se ha caracterizado por ser muy violenta con las mujeres, y cuya expresión va cambiando de generación en generación.

Se ha observado que en la descripción de las características de la pareja parental, las mujeres dependientes a las drogas mencionan maltrato físico y psicológico reiterado del padre hacia la madre, siendo esta última extremadamente benevolente con él y extremadamente severa y crítica con la hija.

Son características comunes observables entre las mujeres con problemas de drogas, los ambientes familiares violentos, aprendizajes de sobrevivencia en hostilidad explícita y/o implícita, historias de abuso y maltrato de los progenitores, experiencias afectivas en las cuales el placer, el dolor y el poder se expresan a través del sexo, donde ese objeto llamado "droga" pasa a ser el instrumento de auto lesión más potente en la ambigüedad del placer, la culpa, el dolor y el autocastigo²².

Para las mujeres, las relaciones sociales y los vínculos son necesarios para aumentar la autonomía y la autoestima; la desconexión y el aislamiento son fuentes de ansiedad y estrés. El sentido de identidad está puesto en la relación con un otro.

La tendencia a sostener y cuidar los vínculos que, según el patrón cultural, está más asociada a lo femenino, conlleva grandes sentimientos de culpa.

La dependencia afectiva y la dificultad para decir no, o exigir condiciones, el miedo a la soledad y la desconexión afectiva, llevan a algunas mujeres a tolerar abusos o violencia por parte de una pareja, tornándose dependientes a la relación. No son necesariamente un grupo psicopatológico, es decir, masoquistas, melancólicas, sino que en ellas se presentan estereotipos y mandatos sociales de forma imperativa, o como "ley", ubicando a varones y mujeres jerárquicamente desiguales en los vínculos, independientemente del problema de las drogas.

²² Idem.

Redes de apoyo social

en el tratamiento de mujeres con problemas asociados al consumo de sustancias

Es evidenciable a través de la experiencia clínica, que las mujeres con consumo problemático de drogas, retardan la petición de ayuda para tratamiento hasta el momento en que las consecuencias para su vida personal y familiar se hacen insostenibles y el daño psicosocial alcanza niveles altamente severos.

Las hipótesis al respecto dicen relación con un comportamiento asociado al consumo, que se invisibiliza en el contexto familiar y social más cercano debido al esfuerzo reiterado de las mujeres por mantener la práctica de consumo en forma solitaria y aislada. A pesar de ello, es necesario mencionar que en los últimos años se observa en las mujeres más jóvenes un comportamiento similar al de los varones, asociándose las prácticas a consumo en compañía de pares y en la vía pública.

Sin embargo, las hipótesis que cobran más relevancia y apoyo entre los expertos, son aquellas que dicen relación con las dificultades de acceso de las mujeres a programas de tratamiento, principalmente, porque la oferta de servicios asistenciales está diseñada y estructurada para varones.

Las mujeres con hijos/as menores, y/o que requieren de cuidado permanente, difícilmente encuentran espacios terapéuticos donde poder internarse con ellos/as, en caso de ser necesario. Los programas de tratamiento para consumidores/as problemáticos con compromiso biopsicosocial severo son de larga estadía, lo que significa que el cuidado de los/as hijos/as debe estar en manos de terceros, muchas veces, por un largo período de tiempo. Es poco habitual que la mujer reciba un apoyo explícito de su red social más cercana, que posibilite el cuidado de los/as hijos/as por un período mayor de seis meses.

Al parecer, sería altamente censurable que la mujer delegue el cuidado de sus hijos/as. Por otro lado, en el proceso de recuperación, la relación vincular madre-hijo/a es un elemento altamente significativo, por lo que se requiere de un trabajo terapéutico que vaya entrenando una nueva relación y fortaleciendo los lazos afectivos deteriorados por la historia de abandono. Esto último hace imprescindible que la mujer-madre en programa de tratamiento, mantenga un contacto permanente con los hijos/as.

Por otra parte, los programas residenciales están diseñados por un período de tiempo (10-12 meses) que es excesivo para la disponibilidad de las mujeres. Ellas empiezan a ser requeridas y demandadas de vuelta a la familia antes que la mayoría de los varones. Esto significa que, a pesar de la motivación a tratamiento, las deserciones se producen muchas veces por presión del entorno familiar, lo que invita a estructurar programas para mujeres en períodos menos prolongados que los habituales para los varones.

Todo lo anterior evidencia la necesidad de contar con estructuras adicionales al programa de tratamiento que, articuladas en una red de apoyo social eficiente, posibiliten la adherencia de las mujeres a programas. Resulta imprescindible establecer coordinaciones con salas cuna, jardines infantiles, hogares de cuidado diario, etc., para la atención y el cuidado de los/as hijos/as, como una forma de apoyo concreto a la adherencia de las mujeres a programas de tratamiento.

Por otra parte, las mujeres requieren atención integral de salud para el control de la natalidad, control preventivo de cáncer cérvico uterino, lactancia materna y control de niño/a sano para los/as hijos/as menores de dos años. Ello requiere de una coordinación con la atención primaria de salud, además del control de la salud bucal, elemento altamente constitutivo del deterioro de la imagen y autoestima.

En lo que se refiere a la etapa de reinserción social, se observa la urgente necesidad de coordinar acciones con organismos del Estado y del sector privado solidario para favorecer el entrenamiento en oficios calificados, regularización de estudios y capacitación laboral, orientado a la necesidad de las mujeres. No es poco frecuente observar que las mujeres tienen menos años de estudios regulares y menor calificación laboral, lo que dificulta el acceso a ofertas laborales competitivas que les permitan la autosustentación.

Si consideramos que un número importante de mujeres en tratamiento, post alta deben ser jefas de hogar, la situación de falta de calificación se convierte en un factor predisponente a la frustración social y, con ello, se suma un factor de riesgo a la recaída.

Orientaciones terapéuticas

para el tratamiento de mujeres con problemas de drogas

Según la experiencia clínica, existen maneras específicas de intervenir en el tratamiento de las dependencias en mujeres.

En las adicciones masculinas se ratifica la necesidad de un soporte normativo y de educar en el sentido de la responsabilidad frente a la permisividad y la tolerancia de que ha disfrutado (y aún disfruta) el hombre, rompiendo, además, asociaciones culturales de tipo consumo-“masculinidad”.

En las adicciones femeninas aparece como prioritario el abordaje de lo psicoafectivo y de lo relacional (bidependencia), mediante una mayor comprensión (que no significa permisividad), que detenga la dinámica de su juzgamiento a que se acostumbra a la mujer. Además, tiene especial importancia incidir sobre roles maternos y de crianza y sobre el binomio “mujer-débil”.

El abordaje de los procesos terapéuticos de mujeres con problemas de drogas, debe incorporar una mirada comprensiva. Por ejemplo, desechar los enjuiciamientos valóricos en los temas sobre su sexualidad y maternidad, entendiendo que las mujeres pueden presentar situaciones de prostitución para sostener el consumo a drogas, como también entender la angustia que les produce el reconocer haber descuidado e, incluso, abandonado a sus hijos/as.

Primera etapa del proceso terapéutico:

Acogida, contención emocional y vínculo terapéutico

En toda relación terapéutica, la existencia y mantenimiento del vínculo o relación empática con la persona que solicita ayuda, es de vital importancia; sin embargo, la experiencia clínica en el tratamiento con mujeres, señala que para ellas este elemento es constitutivo y predictor de la motivación y adherencia a un programa. La alianza terapéutica y el vínculo terapéutico deben ser herramientas centrales del trabajo con mujeres; ellas valoran más a la persona que es capaz de escucharlas y destinarles tiempo, espacio y atención, que la calificación que tenga como profesional.

Pareciera ser que, al menos en la primera etapa de un programa de tratamiento, para las mujeres es más importante que el/la terapeuta sea acogedor/a, empático/a, que la mire a los ojos, que establezca un clima de confianza, antes que el rigor profesional o la información que pueda darle.

En relación al vínculo, y como elemento asociado, se encuentra el espacio físico. La confidencialidad y el mantenimiento del “secreto”, también se relacionan con un espacio que garantice la privacidad y que permita que la mujer se apropie de él. Las mujeres se adueñan de los espacios físicos, los adornan o ponen algo de sí, como si fuesen una extensión de si mismas, es por ello que, terapéuticamente, realizar la intervención siempre en el mismo lugar suele ser adecuado.

La primera entrevista de acogida es primordial, debe ser abierta, realizada en tiempo variable y flexible, estando el/la terapeuta totalmente centrado/a en la mujer, mostrarle que ella es lo más importante en ese momento; idealmente, este/a terapeuta debiera ser el referente permanente en el proceso terapéutico. Se sugiere que sea una terapeuta mujer, dado que con ello se evita la resistencia, posible de observar cuando la mujer transfiere sobre el terapeuta varón la experiencia de abuso o maltrato de que alguna vez fue objeto.

La derivación a otro programa terapéutico, por ejemplo, de mayor complejidad, debe realizarse asistidamente, debido a la resistencia a contarle y abrir su vida a otro/a terapeuta, lo que está relacionado con el miedo al rechazo y a la marginación.

La contención emocional es el primer objetivo de la primera etapa de un programa de tratamiento con mujeres. Por ello, es altamente recomendable una actitud comprensiva y sin confrontación. Habitualmente, con la confrontación se gatillan mecanismos de rabia implícita en la mujer, que generalmente inhiben la expresión del sentimiento y es muy probable que, frente a ello, como respuesta, huya o se enclaustre, dando origen a expresiones conductuales caprichosas e inconsistentes, resistiéndose a la apertura necesaria para el cambio.

La motivación inicial para ingresar a tratamiento en las mujeres puede ser un motivo asociado a los otros (hijos/as, pareja, etc.), es decir, a lo relacional, y es un motivo real y verdadero que está asociado a ser mejor madre, mejor esposa, mejor hija, etc.

A medida que el proceso terapéutico avanza y, con ello, la profundización en las problemáticas personales, la motivación de la mujer va transformándose en personal y referida a si misma.

La normativa al interior de un programa, horario, límites, debe ser clara, visible, pero flexible, dado que es más probable que en las mujeres surjan situaciones cotidianas que generen cambios al interior del sistema (se debe considerar que cuando una mujer ingresa a un programa de tratamiento, ingresa, simbólicamente, con los hijos/as y la familia, pero realmente, ingresa sola, sin apoyo externo).

Segunda etapa del proceso terapéutico:

Estructuración

En una segunda etapa del proceso, es necesario fomentar habilidades cognitivas que posibiliten la toma de decisiones y resolución de conflictos, ayudando a la estructuración de la vida cotidiana y a afrontar problemáticas relacionales, de tal manera de potenciar los recursos cognitivos al servicio de si mismas; de otro modo, se puede incurrir en el error de potenciar sólo la expresión emocional (hábito frecuente en las mujeres), pero sin permitir visualizar recursos personales para afrontar los conflictos.

El poder desarrollar una visión de si misma más positiva, donde se identifique por sus logros y características positivas por sobre las negativas; el desarrollo de una imagen personal más cercana a la realidad y la certeza de que no es víctima de las circunstancias, sino protagonista de su acontecer, fomenta el desarrollo de la autoestima.

Los modelos de intervención terapéutica en drogas plantean como uno de sus principales recursos los grupos de auto ayuda. Las mujeres valoran los grupos de pocos integrantes, donde el ambiente sea acogedor y uterino; valoran el espacio privado y la poca exposición a lo público de sus problemáticas; valoran que se les identifique por sus diferencias. Por ello, asociado al trabajo en grupos terapéuticos, es necesario incorporar intervenciones individuales, consultas de salud mental y psicoterapias individuales.

La maternidad es una variable importantísima. Se debe incluir en los procesos de tratamiento a los/as hijos/as de las adictas; las consideraciones a tener en cuenta son que los/as hijos/as no deben perder el vínculo con su madre,

incorporando encuentros con ellos/as como intervención terapéutica, en los cuales se les da un espacio para que las madres estén en actividades recreativas o deportivas con sus hijos/as, para evaluar y reformular modelos de crianza, con terapias o talleres que entreguen información sobre desarrollo y cuidado del niño y la niña.

En el caso de las mujeres adictas en proceso terapéutico, las molestias del ciclo menstrual son una variable que se debe considerar, ya que puede, en algunos casos, cambiar su estado anímico. Esto puede ayudar a entender y modificar algunas herramientas terapéuticas sin caer en los estereotipos de género. El favorecer que expresen sus molestias y el acoger sus cuidados, hacen más tolerables los estados de irritabilidad, dolor y molestias que se pueden presentar, sin que esto cause una alteración en el funcionamiento del proceso terapéutico, favoreciendo que puedan superar el sentimiento de culpa que les genera sentirse atendidas.

Las técnicas del manejo del estrés y la ansiedad, son un aporte al aprendizaje y control de la sintomatología física asociada a molestias intrapsíquicas en las mujeres.

Tercera etapa del proceso terapéutico:

Reinserción

La reinserción social se describe como una etapa del proceso terapéutico, sin embargo, es entendida como un objetivo transversal a todo programa. En este sentido, todas las actividades terapéuticas también pretenden entrenar, habilitar y facilitar la autonomía y autosustentación de la persona una vez que el apoyo terapéutico sea menos frecuente.

En el caso particular de las mujeres, los objetivos de la reinserción apuntan a:

- El mantenimiento de la abstinencia y, si no es posible, favorecer la adquisición de patrones de acompañamiento terapéutico, con el objeto de reducir riesgos de empeoramiento.
- Fomentar la readaptación de las relaciones sociales, familiares y laborales, de tal manera de reducir o eliminar el condicionamiento provocado por la dependencia. El aprendizaje de la mujer hacia una expresión asertiva de las emociones, aprendiendo a decir “no” y

manifestando las necesidades personales, es un objetivo relacional fundamental de la reinserción.

- La adquisición de estilos de vida y estilos de crianza saludables.

El mejoramiento de las condiciones sociales mínimas y mantenimiento de hábitos de salud e higiene adecuados, incorporando elementos de autocuidado físico y psicológico.

- La reducción o eliminación de los comportamientos de riesgo, lo que significa que la mujer aprenda a anticipar situaciones de riesgo y a abordar los conflictos personales y relacionales con mecanismos de control y autoeficacia, fomentando la participación social (pertenencia) y la autoestima.

Considerando que es necesario que la mujer adquiriera patrones de comportamiento relacionales sanos con los varones (disminuyendo con ello el riesgo a recaídas), se sugiere que la etapa de reinserción social de un programa de tratamiento para mujeres se realice en grupos mixtos, como una forma de aproximación y aprendizaje de modelamiento de la interacción entre géneros.

Selección de actividades

o herramientas terapéuticas

Cuando se plantea una intervención terapéutica con personas con problemas de drogas, la selección de la herramienta e instrumento terapéutico dependerá de:

- a) La orientación del modelo de intervención.
- b) Las características del/la usuario/a.
- c) Las variables del/la terapeuta.

a) La orientación del modelo de intervención

Independientemente de la corriente psicológica que postule el centro, para la atención y el tratamiento de mujeres con problemas de drogas, es necesario implementar un modelo que considere intervenciones centradas en el género.

b) Las características del/la usuario/a

Cuando se trata a una mujer con problemas de drogas, se debe tener en cuenta que pueden presentar otros trastornos asociados al consumo, tales como, trastornos de personalidad, trastornos depresivos sin tratamiento actual o anterior, trastornos alimenticios (anorexia, bulimia). En el aspecto familiar, no son apoyadas ni acompañadas (generalmente su pareja es un consumidor de drogas), o han sido abandonadas, son jefas de hogar y tienen hijos/as a su cargo.

c) Las variables del/la terapeuta

Hace referencia al grado de calificación profesional del/la terapeuta, de tal manera que pueda manejar las técnicas con sus respectivas consideraciones en cuanto a los modelos de intervención y al perfil del/la usuario/a. El hecho de que el/la terapeuta sea hombre o mujer no parece ser relevante. El sexo de los/as terapeutas parece ejercer un modesto efecto en la selección de los/as pacientes, en la naturaleza del proceso terapéutico y en los cambios terapéuticos.

Sin embargo, a pesar de ello, la experiencia clínica y el consenso de expertos con experiencia en el tratamiento de mujeres con problemas de drogas, sugiere que en la etapa de recepción y acogida, el terapeuta sea de género femenino y que durante todo el proceso terapéutico, las terapeutas mujeres estén presentes para cumplir con la función de modelo de identidad y de relación, especialmente con el género masculino.

Esta terapeuta debe ser flexible y con capacidad para establecer vínculos resilientes, con sentido del humor y capacidades comunicativas y con habilidades suficientes y necesarias para trabajar las experiencias de trauma y duelos tan frecuentemente observadas en esta población.

Algunas actividades o herramientas terapéuticas para el trabajo con mujeres con problemas de drogas que se sugieren son: ²³

• El rincón de las mujeres

Se refiere a actividades grupales diarias sólo para mujeres, aunque el programa sea mixto, lo que favorece la concentración y la atención

²³ Martens, Johanna, Ph.D. "El tratamiento de mujeres toxicómanas: líneas generales y metodología específica". Bélgica, 2000.

en el proceso de desarrollo personal, evitando con ello una atención desviada en la seducción o la ayuda hacia los varones.

Estas actividades, que corresponderían a intervenciones psicosociales de grupo, podrían ser:

- Discusión de un tema

Madre e hija (relación y estilos de crianza)
Relaciones con los hombres
Alimentación sana
Cuidado del cuerpo
Experiencia corporal
Feminidad y sexualidad
Mujeres con profesión masculina
Autoafirmación, etc.

- Intercambio de experiencias personales

- Asertividad y expresión de emociones

- Resolución de conflictos

- **Actividades lúdicas y de recreación sugeridas como complemento al proceso terapéutico**

Danza
Gimnasia
Masajes
Expresión creativa (pintar, manualidades)
Cocina
Peluquería
Cosmetología
Sesiones de lectura
Diario de vida

- **Consultas de salud mental y psicoterapia individual**

El trabajo terapéutico con mujeres requiere de intervenciones individuales adicionales, en proporción mayor que para los varones.

La necesidad de confidencialidad, intimidad y la resistencia a la exposición pública, así lo requieren.

- **Intervenciones psicosociales de grupo y/o consultas de salud mental con familias**

Se observa una mayor incidencia en familias con dinámicas disfuncionales respecto de las familias de los varones, por lo que se sugiere terapia familiar con énfasis en la terapia de redes sociales, para favorecer la contención en grupos de autoayuda, y la participación social como elemento protector.

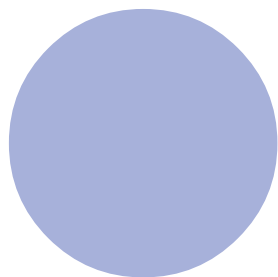
Por otra parte, se sugiere abrir espacios terapéuticos donde las mujeres puedan interactuar con los hijos/as en un ambiente protegido.

- **Consulta psiquiátrica**

Debido a la mayor proporción de cuadros psicopatológicos primarios, secundarios o intercurrentes al problema de consumo de drogas en mujeres (trastornos alimentarios, trastornos de personalidad, trastornos afectivos bipolares), respecto de los varones, la consulta psiquiátrica es imprescindible.

- **Coordinaciones intersectoriales**

Es imprescindible hacer interconsultas a salud bucal y ginecología, así como establecer coordinaciones con asesoría jurídica (problemas de violencia intrafamiliar, tuiciones legales, etc.).



Sugerencias generales a considerar

para favorecer la pesquisa, detección precoz, tratamiento, rehabilitación y reinserción social de mujeres con problemas de drogas

1. Se sugiere incorporar contenidos psicoeducativos no culpógenos en los Programas de Salud de la Mujer y el Niño (atención primaria), como una forma de invitarlas a reconocer tempranamente su problema y a solicitar ayuda.
2. Capacitar a los profesionales de la atención primaria para diagnosticar trastornos por abuso y/o dependencia al alcohol y las drogas, y derivarlos oportunamente al nivel de tratamiento apropiado según su complejidad.
3. Mejorar el acceso a tratamiento mediante:
 - Aumento de la cobertura de atención.
 - Disponibilidad horaria flexible.
 - Accesibilidad geográfica.
 - Difusión de los programas de tratamiento.
4. Capacitar a profesionales y técnicos de la salud mental, para acoger y tratar a mujeres alcohólicas y/o adictas desde una perspectiva de género.
5. Ofrecer a las mujeres en tratamiento un ambiente seguro, personal y amigable.
6. Disponer de servicios, tales como guarderías, asistencia legal y social, etc.
7. Favorecer el desarrollo de habilidades sociales, a partir de las cuales construyan una red social de apoyo que perpetúe y arraigue sus procesos de rehabilitación y reinserción social.
8. Desarrollar contenidos que son claves para un tratamiento integral de mujeres con problemas de drogas, tales como autoestima, discriminación de género, relaciones familiares y de significancia, corporalidad y desórdenes alimentarios, sexualidad y relaciones de pareja, custodia de los hijos, pérdidas por estilos de vida en las drogas, recursos personales y familiares, proyecto y plan de vida, autocuidado, maternidad, vivienda, educación, etc.

9. Promover la elaboración de la relación con su madre, muchas veces perturbada y claro factor asociado a la conducta adictiva.
10. Reeducar su conducta de maternidad responsable, mediante un trabajo directo con las mujeres y sus hijos/as, que transforme positivamente sus vínculos, evite traspasar a la siguiente generación un estilo de relación interpersonal de codependencia y un lugar social en tanto sujetos-madres. Promover una maternidad elegida y responsable.
11. Subdividir los grupos de trabajo, o bien las estrategias terapéuticas según edad y etapa de la vida.
12. Asesorar sobre violencia. Dado el alto índice de abuso psicológico, físico y sexual, entre las mujeres con problemas por alcohol o drogas, este ítem debiera ser un elemento importante dentro de los programas de tratamiento.
13. Evaluación psiquiátrica. Idealmente, todas las mujeres en tratamiento debieran ser evaluadas por un equipo multidisciplinario, que incluya médico-psiquiatra, ya que muchas de ellas presentan cuadros psicopatológicos primarios, secundarios o intercurrentes al trastorno adictivo.
14. Promover su salud: ejercicio físico, nutrición, higiene del sueño, autocuidado, asistencia a controles ginecológicos preventivos, evaluaciones odontológicas, etc.
15. Capacitar a las mujeres laboral y educacionalmente para favorecer su reinserción social y evitar sentimientos de frustración una vez insertas en su cotidianidad.
16. Incorporar a la pareja y otros familiares en el proceso de tratamiento y reeducación.
17. Desarrollar un trabajo especializado con poblaciones especiales:
 - Mujeres adolescentes
 - Mujeres senescentes
 - Mujeres embarazadas y puérperas
 - Mujeres en sistema judicial criminal

- Mujeres sin hogar
- Mujeres con diferentes opciones sexuales
- Mujeres con incapacidad física o mental
- Mujeres portadoras de VIH

Conclusiones

Pareciera ser que la drogadicción femenina está relacionada con la manera en que se han vivido los vínculos afectivos en el sistema familiar, y en especial con la figura materna. El consumo de drogas aparece como un factor más, que interfiere en el tipo de relación que ha establecido la mujer con su entorno. Las estadísticas indican que, en términos de prevalencia, el porcentaje de mujeres consumidoras dependientes de drogas, sigue siendo menor que el de los varones; sin embargo, es indudable que en los últimos años se ha visto una población femenina con problemas de drogas en franco aumento.

Los programas de tratamiento y las intervenciones terapéuticas deben estar orientados hacia la recuperación de las mujeres y hacia su integración social en un contexto sociocultural determinado por normas de género. El compromiso y la responsabilidad no sólo corresponden a un centro de tratamiento, a un equipo terapéutico determinado o una oferta de salud específica, sino a la comunidad en su conjunto, a través de oportunidades y posibilidades reales para el acceso, la adherencia y la permanencia de ellas en el proceso terapéutico. También a la incorporación a actividades, trabajo, estudio, etc., que posibiliten su verdadera integración como ciudadanas.

Constitución

de equipos de trabajo

El trabajo terapéutico con mujeres y en especial con aquellas con problemas de drogas, requiere del desarrollo de habilidades personales y profesionales que no tienen grandes diferencias en relación al trabajo terapéutico con varones. Se requiere de capacidad de empatía, de escuchar activo, de contención emocional, de conocimientos teóricos y prácticos de los conflictos y problemas asociados al consumo de drogas.

Sin embargo, se ha visto que en el tratamiento de mujeres con problemas de drogas, se requiere del abordaje de problemáticas específicas y la utilización de técnicas o instrumentos terapéuticos modificados para mujeres, donde el elemento central es la capacidad de generar y mantener el vínculo terapéutico. La actitud comprensiva y de acogida del/la terapeuta, sumada a la capacidad de mostrar, entrenar e instaurar límites, son aspectos fundamentales de este quehacer.

Por otro lado, el trabajo personal desarrollado por el equipo en relación a la resolución de problemáticas personales, en especial en lo que se refiere a la relación con la figura materna y con las mujeres en general, cobra gran relevancia.

El/la terapeuta debe acoger, contener, educar, entrenar, interpretar, facilitar la toma de conciencia del problema, mostrar los conflictos personales y relacionales, ayudar al desarrollo de la comprensión del yo, confrontar, reflejar y acompañar el proceso terapéutico. Asimismo, debe generar climas de confianza e implementar actividades educativas y lúdicas que faciliten el desarrollo de las diferentes áreas o aspectos de las mujeres.

Para ello, el/la terapeuta requiere de flexibilidad, creatividad y una formación integral que abarque no sólo lo relacionado con su quehacer técnico o profesional, sino también con aspectos personales. Se trata de un/a terapeuta que haya trabajado consigo mismo/a y que sea capaz de reconocer sus problemáticas y abordarlas responsablemente, evitando con ello transferir sus propios conflictos en la relación con la persona en tratamiento.

Conformación de equipos

Se refiere a los elementos mínimos necesarios para la composición de cualquier equipo de trabajo.

Para conformar un equipo, debe existir reflexión y definición clara respecto del sujeto de atención, lo que equivale a incorporar en el análisis el tipo de problemática que éste presenta, desde aspectos individuales, hasta contextuales. Otro aspecto a considerar es que la institución que acoge al equipo de trabajo, manifieste claramente la filosofía, misión u objetivos desde los cuales ésta se sitúa para el abordaje de la problemática a tratar. La claridad en el abordaje de la problemática descrita, se relaciona con el diseño de la estructura institucional u organigrama, lo que facilita una organización adecuada a la meta que se requiere alcanzar.

Dentro de este diseño, se deben explicitar claramente las jefaturas y sus dependencias, coordinadores o encargados de programa, si corresponde, y ubicación de los profesionales, técnicos, monitores y voluntariado en el organigrama. Sobre los cargos que la institución, o programa, requiera para desarrollar su labor, es importante definir a priori el análisis y descriptor de cargo.

Un análisis de cargo nos permite tener claridad sobre qué característica debe tener un/a funcionario/a "ideal".

Un descriptor de cargo nos ayuda en lo cotidiano a la delimitación de las tareas, lo que permite, a su vez, coordinaciones más efectivas entre los miembros de un equipo. Otro elemento favorable del descriptor de cargo es que permite al/la funcionario/a tener una mayor objetividad sobre las tareas que debe cumplir, los plazos y las responsabilidades asociadas. El tener análisis y descriptor conocidos por el/la funcionario/a, nos permite realizar evaluaciones del desempeño con las cuales poder fortalecer o corregir aspectos propios de la labor.

Es importante definir aspectos que ayudarán a la mantención del personal, tales como compensaciones y beneficios, es decir, una política clara de recursos humanos, lo que facilitará la disminución de la rotación del personal.

Respecto de las políticas de recursos humanos, es relevante definir los procesos de reclutamiento y selección de personal, vale decir, cómo y con qué recursos se cuenta para dar cumplimiento a este proceso.

Respecto de la elección de los postulantes, es importante considerar en el proceso de selección, aspectos técnicos y personales, tales como las motivaciones internas en la elección del trabajo. La elección laboral cursa por motivaciones tanto conscientes como inconscientes, por lo tanto, y en la medida en que una persona desarrolla mayormente la habilidad de reconocer qué lo mueve a la elección, se espera que pueda desarrollar un trabajo más efectivo. También se reconoce que *"una de las mayores fortalezas del trabajo en equipo es el aporte individual que realizan sus miembros desde distintas perspectivas, las que se originan tanto desde sus competencias laborales específicas, como, principalmente, a partir de sus diferentes historias y experiencias de vida"*²⁴.

Otro aspecto a considerar en la conformación de equipos, es el **liderazgo**. Se entiende por liderazgo la capacidad de dirigir a un grupo de personas hacia la consecución de metas y objetivos.

Existe un continuo de sistemas de administración, que van desde el autoritario fuerte, hasta el sistema participativo de grupo. A continuación, se expone una breve reseña de estos sistemas, asociados a los diferentes tipos de liderazgo.

1. **Sistema autoritario fuerte:** se caracteriza por primar la desconfianza hacia el equipo, poca comunicación y decisiones centralizadas.
2. **Sistema autoritario benévolo:** en él, la confianza es condescendiente (amo-esclavo), hay poca interacción humana y algunas decisiones están centralizadas.
3. **Sistema participativo consultivo:** el grado de confianza es mayor que en el anterior, la interacción humana es moderada y permite que se tomen ciertas decisiones en la base de la organización.
4. **Sistema participativo de grupo:** el ambiente es de completa confianza, hay libertad para actuar en equipos con actitud positiva e ideas constructivas, hay participación y vinculación grupal, que permite sentir responsabilidad en todos los niveles de la organización.

²⁴ Proyecto educativo Hogar de Cristo, 1997, pág. 171.

En este continuo, mientras más cercano se esté del sistema participativo de grupo, habrá mayor probabilidad de que la productividad sea alta, haya buenas relaciones laborales y se obtenga una elevada rentabilidad.

Trabajar en adicciones, implica una diversidad de acciones que requieren del apoyo e integración entre los/as profesionales y técnicos que las desempeñan. Particularmente, respecto del trabajo con mujeres, se ha observado que incide favorablemente el estilo democrático y horizontal en las intervenciones, el estilo del sistema participativo de grupo.

Otra característica relevante en los equipo de trabajo, es la multidisciplinariedad. *"La fortaleza y potencialidad del trabajo en equipo está en la heterogeneidad de sus miembros. La suma de las disciplinas y experiencias de cada uno permite el abordaje integral de los problemas"*²⁵.

Formación de equipos

La formación se refiere a los aspectos a considerar para la consolidación y desarrollo adecuado de un equipo.

La capacitación permanente y continua permite formar, educar, entrenar, pero también favorece la consolidación de los equipos.

Se sugiere que la capacitación incluya:

- **Aspectos personales**
 - Perspectiva de género en la persona del/la terapeuta.
 - Perspectiva de manejo de las co-dependencias.
 - Trabajo personal en relación a reconocimiento de problemáticas asociadas a la imagen femenina y materna.
- **Aspectos técnicos**
 - Temas relacionados con el consumo de drogas y los factores asociados.



²⁵ Ministerio de Salud, 1997, pág. 83.

- Temas relacionados con las características de las mujeres con problemas de drogas.
- **Aspectos de gestión y liderazgo**
 - Estrategias de autocuidado a desarrollar al interior del equipo.
 - Estrategias de autocuidado desarrolladas al exterior del equipo (vida personal).
- **Procesos**
 - Vinculación: temas valóricos respecto de la relación con otros, solidaridad, compañerismo, respeto.
 - Comunicación.
 - Organización.
 - Identidad y sentido de pertenencia.
 - Emocionalidad.
- **Evaluación**
 - Del equipo
 - Individual
 - De la jefatura

Idealmente, un programa de tratamiento para mujeres debiera incorporar:

Médico psiquiatra: Quien debe realizar una evaluación psiquiátrica que permita diagnosticar y tratar cuadros psicopatológicos primarios, secundarios o intercurrentes al trastorno adictivo. Los trastornos de la alimentación, por ejemplo, altamente prevalentes en mujeres con problemas de drogas, habitualmente requieren contención farmacológica; además, es necesario considerar que la alta prevalencia de psicofármacos, en particular ansiolíticos benzodiazepínicos, en la población femenina, requiere de un manejo médico en la retirada.

Psicólogo/a: Quien tiene a su cargo la intervención y monitoreo del trabajo psicoterapéutico en lo grupal, lo individual y lo familiar.

Asistente social: La presencia de este profesional es altamente necesaria, principalmente por la situación socio-familiar en que se encuentran las mujeres con problemas de drogas, tuiciones legales de los/as hijos/as, ayuda social para

la permanencia y cuidado de éstos/as, visitas domiciliarias para favorecer la motivación y presencia de la familia como apoyo terapéutico, etc.

Terapeuta ocupacional: Quien tiene la responsabilidad en el entrenamiento de habilidades sociales y ocupacionales, para el aprendizaje de la utilización del tiempo libre y el desarrollo de recursos personales para la búsqueda futura de actividades laborales y escolares.

Técnico en rehabilitación: Recurso humano altamente entrenado en el manejo de técnicas terapéuticas de abordaje grupal, individual y familiar, que favorece el desarrollo del proceso terapéutico, especialmente en la contención emocional, la estructuración de la vida cotidiana y la prevención de recaídas.

Auxiliares paramédicos con experiencia en psiquiatría: Recurso técnico que, con entrenamiento en el abordaje y contención de personas con problemas de drogas, resulta un gran aporte, especialmente en el manejo de situaciones límites al interior de un programa de tratamiento de alta contención y complejidad.

Educadores y auxiliares de párvulos: Quienes tienen responsabilidad en la contención y cuidado de los/as hijos/as cuyas madres se encuentran en proceso de tratamiento.

En los programas de tratamiento para mujeres, también es necesario hacer vinculaciones con otros profesionales que asesoren en situaciones específicas, tales como abogados, para la atención de situaciones jurídicas (violencia intrafamiliar, tuición legal, pensión de alimentos, etc.), o profesionales de la salud para la atención ginecológica y control de la natalidad, para la atención dental y de salud física en general.

También es pertinente contar con monitores entrenados y supervisados por el equipo profesional, que ayuden en el desarrollo de actividades lúdicas, recreativas y en la implementación de talleres educativos.

Bibliografía

- Burin, Mabel, **"El malestar de las mujeres"**. Editorial Paidós, Buenos Aires, Argentina, 1991.
- Bustos, María Asunción, **"BZD La tranquila adicción de Santiago"**. Editorial Interamericana, Santiago, Chile, 1991.
- Di Carlo, E. y equipo, **"Nuevas perspectivas desde el paradigma humanista dialéctico"**. Ed. Lumes Humanitas, Buenos Aires, 1997.
- Dio-Bleichmar, Emilce, **"La depresión en la mujer"**. Colección Fin de Siglo, Ediciones Temas de Hoy, Madrid, España, 1991.
- Escalante, Soledad, **"Postmodernidad, género y diferencia"**. Conferencia "Al final del milenio". Lima, 1999.
- García, Ana, **"Las mujeres y las drogas"**. Centro de documentación especializado en la temática del uso indebido de drogas y control del tráfico ilícito, Presidencia de la Nación de la República Argentina, Buenos Aires, 1996.
- Gómez, Cecilia; Romero, Martha, y Colbs. **"Las mujeres adictas: de la descripción a su construcción social"**. Instituto Mexicano de Psiquiatría, México, 2000.
- Kimelman, Mónica y colbs. **"Interacción madre-bebé polidependiente"**. Proyecto CONACE 2004. Hospital Barros Luco, Facultad de Medicina Sur, Universidad de Chile.
- Lara, Marcela, **"Amores perros, mujeres, violencia y drogas"**. Artículo publicado en Revista Era Adicciones, Santiago, Chile, 2001.
- **"Algunas reflexiones en relación al consumo dependiente de sustancias psicoactivas en la población femenina desde una perspectiva de género"**. Conferencia Patología Dual y Drogas. Hospital Psiquiátrico El Peral, Santiago de Chile. 1999.

- Madrigal, Enrique, "Patrones de consumo y dependencia del alcohol y de sustancias psicoactivas en la mujer", OPS.
- Martens, Johanna, Ph D, "El tratamiento de mujeres toxicómanas, líneas generales y metodología específica", Taller realizado en Santiago, Chile, 2002.
- Montecino, Sonia, "Madres y Huachos". Ed. Cuarto Propio. Ediciones CEDEM, 1ª edición.
- Orte Socías, Carmen, "Sexualidad, mujer y drogodependencia". Revista Proyecto Hombre N° 25, Junio 1998, España.
- Ravazzola, María Cristina, "Dejarse abusar no ayuda", en: El malestar silenciado, la otra salud mental, Ediciones de las Mujeres N° 14, Isis Internacional, 1990.
- Rodríguez, Vera, "Abuso y dependencia de drogas en la mujer". Ediciones Mujer y Salud, Instituto de la Mujer, España, 1984.
- Rojas, Milton, "La cuestión de género en los programas preventivos y de tratamiento. Fundamentos para una intervención diferenciada". Maestría Iberoamericana en Drogodependencias, 2003.
- Segura Escobar, Nora, "Mujer y droga. Consideraciones sobre un problema no considerado". Cuadernos de Nueva Sociedad N° 1, Drogas, el conflicto de fin de siglo, Caracas, Venezuela.
- Stocco, Paolo, "Identidad femenina entre el riesgo y la protección". Revista Adicciones, Vol 10, N° 2, España, 1998.
- Stanton, Md; Todd, T. y Cols. "Terapia familiar del abuso y adicción a las drogas" Gedisa, 1994.
- Velásquez, Elvia, "La mujer, las drogas y los grupos de riesgo". Corporación Surgir, Medellín, Colombia, 1996.
- "Cuarto Estudio Nacional sobre el Consumo de Drogas en Chile". República de Chile. Ministerio del Interior, Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes, CONACE, 2000.

- "Costos psicosociales y económicos de la violencia doméstica y familiar en Chile", Cuadernos de trabajo, Corporación DOMOS, 2002.
- Documento de trabajo. **Marco conceptual para la prevención y el tratamiento de las drogodependencias**. Área Técnica, CONACE, 2002.
- Documento de trabajo. Ministerio de Salud, Comisión Nacional del SIDA, 1998.
- Documento de trabajo. **Abuso y dependencia de drogas en la mujer**". Mujer y Salud, Instituto de la Mujer, España, 1984.
- **Proyecto educativo**. Hogar de Cristo, 1997.

