

# Mujeres y Tratamiento de Drogas

Guía de asesoría clínica para programas de tratamiento y rehabilitación en drogas en población específica de mujeres adultas



**CONACE**

Ministerio del Interior  
y Seguridad Pública

Gobierno de Chile

# Mujeres y Tratamiento de Drogas

Guía de asesoría clínica para programas de tratamiento y rehabilitación en drogas en población específica de mujeres adultas

---

**Guía de asesoría clínica para programas de tratamiento y rehabilitación en  
drogas en población específica de mujeres adultas**

Área responsable:

Área Técnica de Tratamiento y Rehabilitación

Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (CONACE)

Ministerio del Interior

Gobierno de Chile

Santiago, Chile. 2007

ISBN: 978-956-7808-74-8

R.P.I. 167.746

Diseño: Verónica Santana

Ilustración portada: Sebastián Olivari

Impresión:

---

## *Agradecimientos*

*El documento que se presenta a continuación es el resultado del trabajo desarrollado por el equipo técnico del Área Técnica de Tratamiento y Rehabilitación del Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (CONACE), y por las profesionales asesoras clínicas del Programa “Planes de tratamiento para mujeres adultas con problemas derivados del consumo de drogas”.*

*Se agradece especialmente a la psicóloga Lorena Contreras, por su aporte en la elaboración de este documento.*

---



# índice

I. Marco institucional	7
II. Epidemiología del uso de sustancias psicoactivas en mujeres	9
III. Historia del abordaje terapéutico del consumo problemático de drogas en población femenina en Chile	11
IV. Marcos referenciales en el tratamiento de población femenina	13
1. Enfoque con perspectiva de género	13
2. Díada madre-hijo	17
3. Enfoque relacional	23
4. La influencia del género en el uso de drogas, desde un punto de vista biológico	26
V. ¿Cómo se implementa una asesoría?	29
1. El inicio de una relación de asesoría	31
2. La reunión de asesoría: tiempos y participantes	32
3. Frecuencia de asesorías	32
4. Trabajando con los fracasos	32
5. El autocuidado del equipo	33
6. El trabajo con las familias	34
7. Metodologías de uso frecuente	34
VI. Contenidos de asesoría	41
1. Proceso diagnóstico	41
2. Intervenciones terapéuticas con perspectiva de género	43
3. El daño en el uso problemático de sustancias en una mujer	45
4. La violencia en los vínculos	46
5. La inclusión de la familia	47
6. La sexualidad femenina	48
VII. Niños, niñas y embarazos	51
1. El rol del equipo de tratamiento frente a los niños y niñas en el centro	51
2. El uso de drogas en el embarazo y en la primera infancia	52
3. La maternidad y el tratamiento de la adicción	53
4. La promoción del vínculo madre-hijo/a	55
5. La violencia en el manejo conductual	55
6. Orientaciones sanitarias y de seguridad en la tenencia de niños y niñas	56
VIII. Anexos	59
1. Anexo 1: Pauta de presentación de casos clínicos	60
2. Anexo 2: Las etapas del cambio en la mujer	62
3. Anexo 3: Violencia y abuso	65
IX. Notas bibliográficas	69



capítulo I.

# Marco institucional

El Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes, CONACE, organismo de Gobierno encargado de formular y coordinar la política y las estrategias para la reducción de la oferta y la demanda del consumo de drogas en el país, ha planteado como uno de sus objetivos estratégicos: “Rehabilitar y reinsertar socialmente a personas afectadas por el consumo de drogas mediante oportunidades de tratamiento y programas de reinserción”.

En este marco, desde el año 2001 vienen desarrollándose diversas estrategias que posibiliten el cumplimiento del objetivo anteriormente expuesto: diseño e implementación de programas de tratamiento para población general y específica que presenta consumo problemático de drogas, capacitaciones continuas, elaboración de documentos y material de apoyo para los equipos ejecutores de programas de tratamiento de centros públicos y privados del país.

En lo que se refiere al tratamiento de mujeres con consumo problemático de drogas, CONACE, a través de su Área Técnica de Tratamiento y Rehabilitación, ha promovido el desarrollo de intervenciones terapéuticas diferenciadas, de manera de favorecer el acceso, la adherencia y los resultados de los programas de tratamiento para población femenina.

Durante el año 2002 se convocó a una mesa de trabajo constituida por profesionales clínicos con experiencia en el abordaje terapéutico de mujeres con problemas de drogas, representantes del Ministerio de Salud, del Servicio Nacional de la Mujer y de Gendarmería de Chile, que dio como resultado un documento con orientaciones técnicas para el tratamiento y rehabilitación de mujeres desde una perspectiva de género.

En el año 2004 se organizó un seminario a nivel nacional: “*Mujeres y consumo de drogas. Desafíos para su tratamiento*”, en el que se socializó el documento anteriormente mencionado bajo el nombre: “*Mujeres y tratamiento de drogas*”, que contiene las orientaciones técnicas para la incorporación de la variable de género en el tratamiento y rehabilitación de mujeres con problemas de drogas y que constituyó el marco teórico-práctico para la

implementación en el año 2005, de proyectos de tratamiento y rehabilitación para mujeres con consumo problemático de drogas en modalidades de intervenciones ambulatorias básica e intensiva, y residencial en centros públicos y privados del país. Los proyectos en cuestión atendieron a mujeres adultas con consumo problemático de drogas, con y sin comorbilidad psiquiátrica, embarazadas o no, en un sistema que permitió la incorporación de los hijos menores de cinco años al programa residencial, y facilitó espacios físicos y de contención para su cuidado durante la permanencia de la mujer en las actividades terapéuticas de los programas ambulatorios.

El desarrollo del trabajo terapéutico fue asesorado por un equipo de expertas: psiquiatra y psicólogas, fortaleciendo con ello el mejoramiento de las prácticas clínicas en coherencia con las orientaciones técnicas previamente diseñadas, evidenciando empíricamente los procesos terapéuticos, las modificaciones requeridas y las posibilidades reales de implementación en el contexto del tratamiento y rehabilitación del consumo de drogas en cada centro.

Con la experiencia acumulada, a fines de 2005, y en conjunto con el Ministerio de Salud, se elaboró la *Norma y Orientaciones Técnico-Administrativas* para la aplicación del régimen del conjunto de prestaciones de salud en los planes de tratamiento para mujeres adultas con problemas derivados del consumo de drogas, documento que constituye el marco técnico para la implementación, a partir del año 2006 de planes de tratamiento ambulatorios básicos e intensivos y residenciales diferenciados para la población femenina.

El documento que se presenta a continuación constituye un apoyo a la gestión técnica y asesoría clínica a los centros de tratamiento públicos y privados que ofrezcan planes diferenciados para mujeres, y tiene por objetivo entregar orientaciones que permitan implementar asesorías en la actividad regular de los supervisores de programas de tratamiento de CONACE regionales, en el entendido de que lo particular de esta asesoría es responder a las necesidades de los programas para población específica de mujeres, lo que implica incorporar conceptos singulares tales como la identidad relacional, el binomio madre-hijo, aspectos legales involucrados, entre otros temas relevantes.

Es importante considerar que la experiencia acumulada dice que no es posible que un solo asesor responda a todos los problemas abordados en las asesorías a programas de población específica, ya que existen temáticas de alta complejidad que deben ser asesoradas en profundidad por un experto. Este material, junto a los elaborados anteriormente por el Área Técnica de Tratamiento y Rehabilitación de CONACE, se considera de alta relevancia para ir avanzando en el desarrollo de intervenciones terapéuticas eficaces.

capítulo II.

## Epidemiología del uso de sustancias psicoactivas en mujeres

Según un informe emitido por la Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito, suele excluirse a la mujer de algunos estudios de investigación y omitirse los análisis por sexos, aludiendo a problemas metodológicos porque la fisiología femenina es más compleja que la masculina. La complejidad estaría dada por factores como el riesgo de embarazo, su tasa elevada de comorbilidad -especialmente entre las mujeres mayores-, y el cambio de los niveles hormonales durante el ciclo menstrual y el período anterior o posterior a la menopausia. La falta de información sobre la mujer y las diferencias de género se observarían en especial, en regiones como África, Asia y América Latina.

A nivel mundial se observa que, aunque la prevalencia del consumo de sustancias ilícitas puede ser menor en las mujeres que en los hombres, ellas son más propensas a consumir fármacos (tanto prescritos como por venta ilícita), y los niveles de intensidad y frecuencia de consumo son más elevados -esta realidad se observa en las mujeres mayores de América del Norte y Europa-.

En nuestro país, los resultados del Séptimo Estudio Nacional de Drogas en Población General, realizado por CONACE (2006) a través de una encuesta domiciliaria aplicada a un total de 16.807 personas de entre 12 y 64 años, indican que la declaración de consumo de marihuana en el último año ha aumentado tanto en hombres como en mujeres respecto a la medición anterior (2004), alcanzando el 7,0%.

Según género, se observa una tendencia al alza en la declaración de consumo de marihuana en mujeres, durante los 12 años de estudio. La brecha de 1: 4 (por cada 4 hombres, habría una mujer que consume marihuana) se ha ido cerrando hasta llegar a 1: 2 según los resultados actuales.

El consumo de marihuana en mujeres se ha acelerado en los últimos años, después de progresar muy lentamente hasta el año 2002 (2%), incrementándose a 2,8% y 4,2% en los dos últimos estudios.

Las mujeres han multiplicado casi por tres el uso de marihuana en los doce años de estudio, desde un punto de partida de 1,5% en el año 1994, hasta el porcentaje actual de 4,2%; mientras que el incremento total entre los hombres es de 1,5 veces.

En la declaración de uso de pasta base, las mujeres se mantienen durante los 12 años de estudio con una prevalencia de consumo anual cercana al 0,2%. Los hombres, por su parte, mantienen en toda la serie, prevalencias que fluctúan entre el 1% y el 1,5%. La brecha de 1:6 (por cada 6 consumidores hombres habría una mujer) que separaba a hombres y mujeres en cuanto al consumo de pasta base en el año 1994, se mantiene con mínimas fluctuaciones en la serie hasta la fecha (año 2006).

Hasta el año 2000 la declaración de uso de cocaína en mujeres subió en forma leve, para estabilizarse en una tasa cercana al 0,5% que se ha mantenido constante hasta 2006. Los hombres, por su parte, aumentaron en un punto porcentual las tasas de consumo de cocaína entre 1994 y 2000, para mantenerse estables desde entonces. La brecha de 1:5 que separaba el consumo de cocaína entre hombres y mujeres a principios de la serie (1994 y 1996), se mantiene casi igual en 2006.

La variable uso de tranquilizantes sin prescripción médica se introdujo el año 2002 y, en términos generales, la tendencia de consumo se ha mantenido estable en el último bienio, tanto en hombres como en mujeres. El uso indebido de tranquilizantes benzodiazepínicos alcanza prevalencias estables de alrededor del 3% en último año.

Los resultados para uso de tabaco y alcohol aparecen también estables en el séptimo estudio (2006), sin embargo, es relevante la caída de 7 puntos porcentuales en el uso diario de tabaco en jóvenes, de 38% a 31%, y la estabilización en el caso de los adolescentes con tasas de 13% en el último estudio.

Las mujeres, por su lado, presentan un aumento leve pero persistente en el consumo de cigarrillos durante los años en estudio. Entre 1994 y 2004 este incremento ascendió en 5 puntos porcentuales. De los casi 10 puntos porcentuales que diferenciaban el consumo de cigarrillos entre hombres y mujeres en 1994, esa diferencia se ha reducido a menos de la mitad en doce años.

capítulo III.

# Historia del abordaje terapéutico del consumo problemático de drogas en población femenina en Chile

La situación del país hasta el año 2004 reflejaba escasez en la oferta de tratamiento diferenciado para mujeres con problemas de drogas. En todo el territorio nacional se podían identificar sólo siete centros que ofrecían planes de tratamiento y rehabilitación para población mixta adulta incorporando la variable de género, es decir, ofrecían tratamiento diferenciado considerando las necesidades y características particulares de la población femenina que requiere atención.

La cobertura de atención de mujeres a través del *Programa de Planes de Tratamiento y Rehabilitación* para personas con problemas asociados al consumo de drogas ilícitas y sustancias estupefacientes y/o psicotrópicas, Convenio CONACE-FONASA-MINSAL, durante el año 2006, fue de 1.534 mujeres en los centros públicos y privados en convenio del país. Estos centros no otorgan una oferta terapéutica diferenciada, siendo programas de tratamientos mixtos y similares para hombres y mujeres. La oferta terapéutica diferenciada para mujeres, que fueron atendidas en 11 centros de tratamiento -9 privados y 2 públicos- en las regiones primera, quinta, sexta, séptima, octava y metropolitana, alcanzó a 364. Además, en los centros de tratamiento al interior de los recintos penales para internas con consumo problemático de drogas, Convenio Gendarmería de Chile-CONACE, se atendió en el mismo período a 70 mujeres en las ciudades de Arica, Antofagasta y Santiago. Durante el 2007 la oferta terapéutica diferenciada para población específica de mujeres es de 157 planes de tratamiento mensuales, diferenciados en básicos, intensivos y residenciales en 19 centros de tratamiento -16 privados y 3 públicos-, de la primera a la décima regiones, incluida la metropolitana.

El objetivo fundamental del Programa de Planes de Tratamiento Diferenciado para mujeres adultas con problemas derivados del consumo de drogas, es ofrecer una oportuna y adecuada asistencia terapéutica de leve, moderada y alta complejidad e intensidad, a mujeres adultas con y sin hijos, embarazadas o no, que presentan consumo problemático

de drogas y que no han podido acceder a un programa terapéutico, ya sea por barreras estructurales propias de los sistemas de asistencia que no consideran las variables de género, por barreras personales, familiares u otras.

Esta modalidad se inserta en un modelo técnico de tratamiento y rehabilitación de carácter resolutivo para esta población específica, diseñado para lograr una oportuna, adecuada y eficaz asistencia terapéutica. Este diseño contempla el trabajo conjunto con dispositivos sociales de cuidado y tenencia de los hijos, así como también de integración familiar y social con el entorno.

## capítulo IV.

# Marcos referenciales en el tratamiento de población femenina

A lo largo de la implementación y seguimiento de los programas de tratamiento para población femenina, han ido emergiendo temáticas distintivas de su abordaje, que se traducen en marcos referenciales definidos como necesarios para poder asesorar los tratamientos para aquella población. A continuación se entrega una síntesis de dichos conceptos y es deseable que sean incorporados por los equipos terapéuticos en el análisis comprensivo del diagnóstico individual de las usuarias.

1 Campero-Cuenca, L. Educación y salud de la mujer: reflexiones desde una perspectiva de género. *Salud Pública Mex* 1996;38:217-222. [online]. [Citado el 6 de junio de 2006]. Disponible en World Wide Web: <http://www.insp.mx/salud/38/383-8s.html>

2 Montecino, S. (2005). *Identidad de género, igualdad y entramado del poder*. [Citado el 23 de mayo de 2006]. Disponible en World Wide Web: [http://www.uchile.cl/uchile.portal?\\_nfpb=true&\\_pageLabel=not&url=11464](http://www.uchile.cl/uchile.portal?_nfpb=true&_pageLabel=not&url=11464)

## 1. Enfoque con perspectiva de género

El género hace referencia a que cada cultura construye sus propias ideas en cuanto a lo que significa ser mujer y ser hombre. Esto es transmitido a través de la socialización, pasando a formar parte del mundo de representaciones de cada persona. En la sociedad actual, a la mujer se le reconocen aquellos atributos asociados a la naturaleza y centrados en la esfera de lo privado, destacando las posibilidades de reproducción y cuidado de los hijos. Aunque trabaje, es identificada principalmente por su rol de madre y dueña de casa. Por otra parte, el hombre está más vinculado a lo cultural, como independiente y productivo.<sup>1</sup>

Los cambios culturales han hecho transitar a la mujer desde lo privado a lo público y, de acuerdo a Montecino<sup>2</sup>, surge de nuevo la pregunta por la especificidad de lo femenino en el universo de lo público y por las consecuencias reales de su desplazamiento desde una identidad relacional (como madre, esposa, hija y hermana) a una definida por el status (la profesional, la trabajadora, la política, la artista, etc.). Según la autora, lo público se ha construido en un sistema de valores donde lo doméstico es devaluado, y en un esquema

de pensamiento que segregaría a lo femenino a ocupaciones que son prolongaciones de su "esencia" (docentes, enfermeras, parvularias, secretarias, etc.). Esta segregación, a su vez, coincide con bajos salarios y con la depreciación de las carreras, oficios y labores donde son mayoritarias las mujeres. Como consecuencia, hoy observamos una feminización de la pobreza. Por otra parte, actualmente nos encontramos frente a la construcción de una identidad femenina sobresaturada, exigida y envuelta en una serie de presiones cuyo resultado es una nueva vulnerabilidad. Las altas tasas de depresión y enfermedades que afectan especialmente a las mujeres evidencian la incomodidad que las aqueja y la adicción podría ser una de ellas.

Un estudio<sup>3</sup> sobre relatos de vida en mujeres plantea que la multiplicidad de referentes de género puede dar pie a la confusión y al conflicto y, por tanto, experimentarse como un riesgo de perder la identidad propia y sus referentes. Las mujeres tienden a organizar la narración de su historia en torno a la trayectoria de pareja y, en función de ella, dan cuenta de otros ámbitos de su vida. A diferencia de los hombres, que organizan su historia en torno a sus recorridos profesionales, laborales o políticos. Los temas recurrentes siguen siendo:

- La responsabilidad y cuidado de los hijos.
- La armonía de la pareja.
- La reproducción de la vida cotidiana a través de la asunción de las responsabilidades domésticas.
- El cuidado afectivo de la pareja.

Sin embargo, también aparece la ambivalencia: desde la culpa, cuando perciben que se trata de un espacio poco validado y asociado a falta de desarrollo individual (falta de tiempo personal, restricción del desarrollo laboral o profesional), hasta un rechazo radical a la dependencia que implica este modelo. Es decir, al mismo tiempo que la preocupación por la maternidad y la pareja es un eje central, expresan un discurso muy crítico, de queja y rabia, en relación con la posición de la mujer tradicional. Se percibe esta nueva expresión de la feminidad como una ampliación de sus roles tradicionales y lo que se pone en juego es el esfuerzo.

Esta misma autora plantea que hay una percepción positiva de la flexibilización de los roles, pero la manera en que éstos se articularían en la identidad de género parece constituir el núcleo del conflicto. Podría pensarse que los modelos tradicionales, claros y rígidos en relación a la identidad de género, ejercían la función de dar estructura y sólidos lineamientos generales desde los cuales construir individualidad y sentido identitario (someterse o rebelarse). En cambio ahora, el camino de definición de la identidad de género ha sido llevado desde lo externo al plano netamente íntimo, individualizando un conflicto que involucra no sólo la dimensión subjetiva, sino también la validación social.

Daskal<sup>4</sup> plantea algunas reflexiones respecto a hipótesis asociadas a problemas de salud mental en las mujeres y describe algunas de las condiciones que las enferman:

3 Sharim Kovalskys, D. (2005). La identidad de género en tiempos de cambio: Una aproximación desde los relatos de vida. *Psyche*, 14(2), 19-32.

4 Daskal, A. M. (1994). Algunas reflexiones acerca de la salud mental de las mujeres. En Servicio Nacional de la Mujer (Ed.) Primer Congreso Nacional: Mujer y Salud Mental. (pp.23-29) Santiago: Sernam.

- Participar de una situación permanente de conflicto sin que ésta sea reconocida por el contexto como tal, sino que le sea devuelto bajo la forma de acusación a ella.
- Recibir mensajes contradictorios y/o paradójales acerca de lo que se espera de ella.
- Una socialización de género que la moldea en la pasividad, sumisión, abnegación, tolerancia, autodesvalorización, dependencia, complacencia, atención y cuidado de otros pero no de sí misma, obstaculización del desarrollo propio, de la toma de contacto con sus propias necesidades, deseos, malestares.
- Vivir en una cultura donde el modelo “ideal” o esperado para todas las cosas es el varón.
- El hecho de tener que demostrar que pese a ser mujer, vale, puede y sabe.
- El entrenamiento en no expresar malestar, no reclamar, no pedir, no exigir, aguantar y esperar.
- La postergación y/o frustración de deseos, proyectos y necesidades.
- El tirono entre la necesidad de autonomía por un lado y de dependencia de una figura realmente “fuerte” por otro.
- Pertenecer a un género que por ser subvalorado culturalmente, tiene vedadas experiencias de aprendizaje, de desarrollo y de valorización.
- La dificultad para relacionar sus malestares con las condiciones concretas que lo producen.
- El condicionamiento que le impide cuestionar algunos “deber-ser” de las mujeres, por no imaginar siquiera otras posibilidades válidas.
- Tener baja autoestima.
- El esfuerzo de conciliación entre las necesidades del mundo familiar, del mundo laboral y las propias.
- La falta de estímulos externos y la restricción de oportunidades objetivas.
- Las presiones y mandatos para que cumpla con lo prescripto y la marginación como castigo si no lo hace.
- El aislamiento y la falta de cotejo de su propia experiencia con otras mujeres, debido a las condiciones de vida y la desconfianza adquirida.
- Las figuras de identificación femeninas, también deficitarias, por las mismas razones que su propia autoimagen.
- El ser víctima de malos tratos diversos, sin registrarlos muchas veces como tales.

Por otra parte, la misma autora plantea la existencia de valores tradicionales que también influyen. Por ejemplo, el ser de y para otros, considerando al hombre como figura de protección, sostén y status; énfasis en la reproducción y en lo que se adscribe a ella en cuanto a cualidades como ternura, desinterés, altruismo, empatía, etc.; valoración de la expresión de afectos tales como dulzura, humildad, tolerancia, discreción, desinterés por lo económico y por el poder.

Según Romero y colaboradores<sup>5</sup>, un problema de adicción en una mujer representa un reto a los estereotipos culturales y sociales definidos como expectativas aceptables o normales en relación a la feminidad (ser controlada, sumisa y guardianas de la moral y los valores sociales<sup>6</sup>). Por lo tanto, hay una especial amenaza a su rol femenino tradicional y se considera que han perdido respetabilidad en todas las áreas de su vida.

En privado, una mujer con problemas de adicción es vista como una mala madre que no cuida a sus hijos y una esposa irresponsable que no considera las necesidades de su marido. En público, es percibida como fuera de control de su situación doméstica y/o laboral y también como una mujer no confiable.

Esta realidad entorpece que la mujer adicta solicite tratamiento<sup>7</sup>, ya que siente vergüenza y sentimientos de culpa porque también interpreta su situación vital como un fracaso en su rol femenino. Asimismo, otro elemento que puede obstaculizar la demanda de tratamiento es el cuidado de los hijos y el hogar, por su nivel de responsabilidad en este ámbito.

Si bien, culturalmente esta condición social de “mujer adicta”<sup>8</sup>, la define como un grupo que carga estereotipos y estigmas sociales, cada una de estas mujeres puede tener una particular capacidad de sobrevivir, de asumir cierta subjetividad personal y de crear una identidad propia. Dentro de esta categoría, es importante distinguir entonces: la niña, la adolescente, la mujer embarazada, la mujer casada, la mujer lesbiana, la mujer anciana. Cada una de ellas tiene un estilo de vida diferente, un contexto social de referencia, una filiación de clase, tipo de trabajo o de actividad vital. La visión de mundo y de su proceso adictivo cambian en relación con su adscripción familiar, es decir, en relación con su maternidad, conyugalidad y filialidad.

La autora plantea, además, que las experiencias femeninas de estrés personal y subordinación social no son los únicos factores que deben resaltarse en relación con la mujer y el consumo de sustancias. El racismo, la clase social, los privilegios de ser joven, el heterosexismo y cualquier otro sistema de inequidad que erosione el poder de la mujer y su autoestima, sirven para contribuir a sus problemas de adicciones, a perpetuarlos y a intensificar sus efectos dolorosos.

Otro fenómeno frecuente entre las usuarias sobre 40 años es el uso de psicofármacos como drogas de abuso. Según la literatura, el principal grupo de riesgo está constituido por las amas de casa de mediana edad, de medios urbanos o suburbanos, así como las dedicadas al trabajo maternal con varios hijos pequeños y las que realizan doble jornada de trabajo. Diversos estudios<sup>9</sup> indican que las mujeres de nivel socioeconómico bajo parecen ser más medicadas que las de otros sectores.

Hasta el momento el grupo etario que más consulta son mujeres jóvenes adultas, por lo que es menos frecuente encontrar consumo problemático de psicofármacos como diagnóstico principal; no obstante, como se verá más adelante, es relevante conocer las particularidades de estos consumos.

5 Romero, P.; Gómez, C.; Medina-Mora, M. (1996, noviembre). Las mujeres adictas: de la descripción a su construcción social. Trabajo presentado en la Reunión del Grupo de Consulta sobre el impacto del abuso de drogas en la Mujer y la Familia, Montevideo, Uruguay.

6 Comisión interamericana para el control del abuso de drogas (1997). Mujer, drogas y familia. Ponencia presentada en el Encuentro de Educación Preventiva Participativa del Uso Indebido de Drogas en la Mujer Dominicana. Republica Dominicana. [Citado el 26 de mayo de 2006]. Disponible en World Wide Web: [http://www.cicad.oas.org/Reduccion\\_Demanda/esp/documentos/DocumentosB/PONENCIA.doc](http://www.cicad.oas.org/Reduccion_Demanda/esp/documentos/DocumentosB/PONENCIA.doc)

7 Op. cit.

8 Romero, P.; Gómez, C.; Medina-Mora, M. (1996, Noviembre). Las mujeres adictas: de la descripción a su construcción social. Trabajo presentado en la Reunión del Grupo de Consulta sobre el impacto del abuso de drogas en la Mujer y la Familia, Montevideo, Uruguay.

9 Burin, M. (1991). Mujeres y psicofármacos. La búsqueda de nuevos caminos. En M. Burin, E. Moncarz y S. Velásquez (Eds). El malestar de las mujeres. La tranquilidad recetada (pp.147-172). Buenos Aires: Editorial Paidós.

Las expectativas familiares respecto de sus roles de género en el seno de la familia son mantener el equilibrio emocional y la armonía afectiva, por lo que aquellas mujeres que presentan síntomas de ansiedad, tensión, enojo hacia sus condiciones de vida han obtenido el status de enfermedad que debe ser medicada. El abuso puede haberse instalado por la automedicación posterior a un tratamiento médico.

Algunos de los indicadores del abuso de psicofármacos por parte de las mujeres se pueden reconocer a través de su uso durante un plazo más prolongado que lo prescripto, a menudo crónico; la presencia de automedicación, el uso de drogas recetadas pero con otro propósito -sin supervisión-, obtener los medicamentos con otras personas que sí se encuentran en tratamiento supervisado, combinar su uso con otras sustancias que potencian su efecto.

Según Burin<sup>10</sup>, con frecuencia se describe en la mujer un rol de género destinando a neutralizar, armonizar y equilibrar las emociones y las tensiones conflictivas generadas en el seno de la vida familiar, quedando en posición de receptáculo de los afectos desbordantes (temores, angustias, inseguridades) del resto de su familia, no siempre estando en condiciones de neutralizarlos; transformando esta sobrecarga afectiva como intoxicante. Debido a ello, estas mujeres recurrirían a psicofármacos que las ayuden a soportar tal sobrecarga, atribuyéndole incluso funciones yoicas. No sería la acción química por sí sola de la droga, sino su representación imaginaria, lo que provocaría sus efectos.

Según la autora, la imposibilidad de decir, la dificultad para construir un lenguaje que dé cuenta de este anhelo insatisfecho, constituye uno de los elementos claves para analizar la especificidad del género femenino frente a los psicofármacos.

Finalmente, es relevante el estar atento a lo que se ha denominado “adicción cruzada”, que corresponde a sintomatología inducida por la prescripción combinada de ciertos psicofármacos para síntomas anímicos en usuarias con trastornos adictivos, derivados de una evaluación médica parcial, prestando especial atención al uso excesivo de benzodiazepinas. En este aspecto, el rol de un psiquiatra especialista en adicciones y con conocimiento de las particularidades de la psicopatología femenina es crucial.

## 2. Díada madre-hijo

La inclusión de la maternidad y el trabajo con hijos en el tratamiento y rehabilitación de mujeres surge a partir de dos fuentes: la observación de que un número importante de mujeres no ingresa a tratamiento por no querer o no poder dejar a sus hijos, y la necesidad de los hijos de estar con sus madres -especialmente en sus primeros años de vida-. Se ha observado que la incorporación de la díada madre-hijo al tratamiento de las adicciones en población femenina, tiene un fuerte valor motivacional para la madre y preventivo para su hijo. Puesto que cuando ella presenta una adicción, los niños están en riesgo de ser abandonados afectivamente y en su cuidado, y vulnerables a reproducir la conducta adictiva.

10 Op. cit.

Sin embargo, es fundamental tener presente otro hallazgo de la experiencia clínica: la inclusión física del menor en el tratamiento debe hacerse en función de la necesidad de la madre y del niño, entendiendo que esta inclusión puede hacerse desde lo simbólico, a través de su presencia en el discurso, hasta lo real, mediante su permanencia física y estable en el centro de tratamiento. Se ha definido como criterio clínico que el ingreso de un hijo facilita el proceso de tratamiento y rehabilitación cuando la usuaria se encuentra en el estadio motivacional de acción, según el modelo transteórico del cambio.

La inclusión de los niños en el tratamiento obliga a trascender la mirada individual del sujeto en tratamiento e incorporar la mirada relacional. Ver a una madre y sus hijos es una experiencia removedora tanto para el equipo de tratamiento como para las usuarias, en tanto, facilita la asociación referente a las propias experiencias infantiles. Surgen con mayor facilidad temas tales como abusos sexuales, maltrato, abandonos, adopciones, hijos perdidos, abandonados, muertos o no tenidos.

Dada esta experiencia, se revisarán algunos desarrollos teóricos que permiten comprender la experiencia relacional de la díada madre-hijo, éstos son: los aportes de Daniel Stern respecto de la *constelación maternal*, *los significados asociados a la maternidad* y el *concepto de vínculo de apego*.

Según Stern<sup>11</sup>, tras el nacimiento de un hijo y especialmente si se trata del primero, la madre entra en una nueva y única organización psíquica denominada *constelación maternal*. Se trata de un concepto que describe una nueva organización temporal de duración variable que se convierte en el principal eje organizador de la vida psíquica de la madre. Para este autor, la observación de esta organización permite acceder a los temas subjetivos de la madre, la estructura de los problemas para los que busca ayuda y la forma de auxilio que más necesita.

El nacimiento trae consigo tres preocupaciones y discursos en la madre, que requieren la mayor elaboración:

- El discurso de la madre con su propia madre.
- El discurso consigo misma, especialmente como madre.
- El discurso con su bebé.

Por otra parte, la constelación maternal se compone de cuatro temas:

a. La vida y el crecimiento

Este primer tema se refiere a la pregunta sobre si la madre podrá mantener en vida al bebé y hacerlo crecer. Esta duda genera una serie de temores que no forman parte normal de la constelación maternal, por ejemplo que el bebé deje de respirar o que el niño deba volver al hospital o que ella tenga que ser sustituida en casa por una madre “mejor”.

11 Stern, D. (1997). La constelación maternal. En D. Stern (Ed.) La constelación maternal: Un enfoque unificado de la psicoterapia con padres e hijos (pp.209-231). Barcelona: Editorial Paidós.

b. La relación primaria

Este segundo tema hace referencia a la capacidad de la madre de relacionarse afectivamente con el bebé de forma natural y garantizar el desarrollo psíquico de éste. Se refiere a las formas de relación que surgen en el primer año de la vida: la creación de vínculos de relación personal, seguridad y afecto, la regulación de los ritmos del bebé, la manera de “sostener” y la inducción e instrucción de las primeras normas de la relación humana. Con frecuencia las madres tienen miedo a fracasar, porque es una función altamente definida por la cultura, que puede presentarse de forma incongruente con sus aprendizajes particulares.

c. La matriz de apoyo

Se refiere a las voces que preguntan si sabrá la madre cómo crear y permitir los sistemas de apoyo necesarios para cumplir las funciones antes descritas. La matriz de apoyo es central debido a que la madre debe enfrentar fuertes demandas no sólo de su hijo, sino también de la sociedad, sin haber recibido la preparación y los medios necesarios para conseguirlo. Ella necesita sentirse rodeada y apoyada, acompañada, valorada, apreciada, instruida y ayudada; cada una de estas sensaciones a un grado distinto dependiendo de cada mujer. La principal fuente de temor es no lograr crear o mantener una matriz de apoyo, e incluso la madre podría pagar un precio afectivo muy alto por conservar dicha matriz.

Después del nacimiento del bebé la relación psicológica principal y más activa de la madre se produce con las figuras maternas de su vida, aquellas personas que en la realidad o en la fantasía ofrecerán los aspectos educativos y psicológicos de la matriz de apoyo. Desde hace tiempo se ha constatado clínicamente que la relación de la nueva madre con su propia madre atraviesa una reactivación y una reorganización durante ese período, con la necesaria formación de modelos parentales positivos y negativos.

d. La reorganización de la identidad

La nueva madre debe desplazar su centro de identidad de hija a madre, de esposa a progenitora, de profesional a madre, de una generación a la generación precedente. La duda es si será capaz de transformar su propia identidad para permitir y facilitar las funciones que requiere la crianza. Esta nueva identidad requiere un nuevo trabajo mental.

Por otra parte, el hijo está siempre presente y es una construcción de múltiples significados para hombres y mujeres que han imaginado o vivenciado la paternidad y la maternidad de manera distinta en función de su propia historia de vida. A la complejidad de origen en los significados que se le atribuyen al hijo, se agregan otras circunstancias como la pertenencia a espacios de interacción que son comunes a los miembros de la familia, las prácticas que allí se realizan y los determinantes de orden cultural.

Un estudio<sup>12</sup> sobre los *significados asociados al hijo* revela que para las mujeres madres, tener su primer hijo fue un hecho que las hizo cambiar, modificó sus vidas y las obligó a to-

12 Mora, L.; Otalora, C. y Recagno-Puente, I. (2005). El Hombre y la Mujer Frente al Hijo: Diferentes Voces Sobre su Significado. Psykhe, 14(2), 119-132.

mar un nuevo rumbo. A pesar de las dificultades, la soledad, la responsabilidad y atención exigidas por la presencia del nuevo ser, su relación con él, se ve marcada por la idealización y la entrega incondicional. En algunos casos la llegada del hijo es percibida como un evento que ordenó sus vidas. Como se ha dicho antes, para algunas madres sus hijos son parte de su esencia y de su realización personal; a ellos se les otorga un sentido de completitud, continuidad y orientación para la vida. Estas afirmaciones entran en contradicción con el hecho de que en ocasiones el hijo significa la interrupción de los estudios e inicio de la actividad laboral, como si las consecuencias negativas de la maternidad desaparecieran y fueran reemplazadas por otras más positivas.

Tal como planteaba Stern, estos autores confirman que la experiencia de la maternidad permite elaborar un conjunto de significados que incluyen desde las vivencias propias como hija, la relación sostenida con los padres, el modelaje recibido de la madre; hasta la experiencia de tener hijos, hecho que pasa por la idealización, la relación de pareja y las responsabilidades del cuidado y la crianza.

La relación con la familia de origen tiene directa relación con la vivencia de la maternidad. Constituir la propia familia bajo el marco y el amparo de la familia de origen produce en las madres un sentimiento de seguridad y una manera particular de relacionarse con los hijos; lo cual parece ser un patrón para optimizar la escasez de recursos y protegerse ante la eventual inestabilidad de la pareja. En el caso de las mujeres que enfrentan solas la crianza, los hijos representan para ellas una responsabilidad indeclinable. El hijo en sí mismo, se convierte en el proyecto de vida de estas madres y en su discurso se puede entrever una nostalgia por lo que el hijo impidió como realización personal en otras esferas de la vida.

Finalmente, es importante considerar los aportes de la *teoría del apego*, pues aunque es especialmente evidente en la infancia, la conducta de apego caracteriza a los seres humanos “desde la cuna hasta la tumba”, según lo dicho por Bowlby, uno de los primeros estudiosos de este tema.

Para Bowlby<sup>13</sup>, el comportamiento de apego es un sistema motivacional innato que busca mantener la proximidad entre el niño pequeño y sus cuidadores o padres para sobrevivir. Por una parte, es importante que el niño se sienta capaz de depender de sus figuras de apego y, por otra, que estas figuras sean capaces de contener y proteger al niño, especialmente en momentos de estrés emocional o amenaza. No toda instancia relacional que se produce entre seres humanos es necesariamente generadora de vínculos de apego, sino que debe existir un patrón continuo de regulación/contención del estrés<sup>14</sup>.

Es importante distinguir los diferentes conceptos relacionados con la palabra apego. En primer lugar, se denomina *vínculo de apego* a la relación afectiva duradera que activa *conductas de apego* (comportamiento que aproxima a otro individuo diferenciado y preferido) con el objetivo de reestablecer el equilibrio del individuo. El *vínculo afectivo* se refiere a cualquier relación entre personas en donde se expresen y experimenten afectos entre ellos, mientras que el contacto piel a piel que se produce entre una madre y su recién nacido en el momento inmediatamente posterior al parto, se denomina *bonding* (op.cit.).

13 Bowlby, J. (1979). Vínculos afectivos: Formación, desarrollo y pérdida. Madrid: Morata.

14 Lecannelier, F. (2005). Relación de apego y su aplicación en el tratamiento de mujeres con problemas de droga. Ponencia presentada en la Jornada de capacitación para el tratamiento y rehabilitación de mujeres con consumo problemático de drogas desde una perspectiva de género. CONACE, Gobierno de Chile. 5 y 6 de julio, Santiago de Chile.

Mary Ainsworth, citada por Martínez<sup>15</sup>, propuso que existen diferencias en la calidad de la relación de apego en las díadas madre-hijo y que éstas son posibles de medir y clasificar. También postuló que la conducta de la madre en los primeros meses de la vida del niño es un buen predictor del tipo de relación entre ambos. A lo largo de las investigaciones se han descrito cuatro patrones<sup>16</sup> generales de apego (cuadros explicativos tomados de Lecannelier<sup>17</sup>):

15 Martínez, C. & Santelices, M. (2005) Evaluación del Apego en el Adulto: Una Revisión. *Psykhé*, 14(1), 181-191.

16 Ainsworth, M. D.; Blehar, M. C.; Waters, E. & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.  
Main, M. & Solomon, J. (1990). *Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during Ainsworth Strange Situation*. En M. Greenberg, D. Cicchetti & M. Cummings (Eds.), *Attachment in the preschool years: Theory, research and intervention* (pp. 121-160). Chicago: University of Chicago Press.  
Ambos citados en: Martínez, C. & Santelices, M. (2005) Evaluación del Apego en el Adulto: Una Revisión. *Psykhé*, 14(1), 181-191.

17 Lecannelier, F. (2005). *Relación de apego y su aplicación en el tratamiento de mujeres con problemas de droga*. Ponencia presentada en la Jornada de Capacitación para el Tratamiento y Rehabilitación de mujeres con consumo problemático de drogas desde una perspectiva de género. CONACE, Gobierno de Chile. 5 y 6 de julio, Santiago de Chile.

**a) Apego seguro:**

Conducta del bebé	Actitud de la madre
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Exploración del ambiente.</li> <li>- Extraña y llora con la separación.</li> <li>- Activo en reiniciar el contacto.</li> <li>- Buena coordinación afectiva.</li> <li>- Modelo mental de confianza.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sensibilidad.</li> <li>- Compromiso.</li> <li>- Calidez y sincronía afectiva.</li> <li>- Buena capacidad de mentalizar la conducta del bebé.</li> <li>- Modelo mental de seguridad y confianza.</li> </ul>

**b) Apego evitativo:**

Conducta del bebé	Actitud de la madre
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Poca reacción a la separación.</li> <li>- Evitación y falta de afectos hacia la madre.</li> <li>- Mayor concentración en el ambiente.</li> <li>- Busca una lejanía física con la madre.</li> <li>- Modelo mental de autoconfianza y desilusión.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Falta de respuesta o respuesta dilatada.</li> <li>- Poco compromiso.</li> <li>- Rechazo y castigo de las conductas de apego.</li> <li>- Conflictos en la intimidad con el hijo.</li> <li>- Modelo mental de autonomía y soledad.</li> </ul>

**c) Apego ambivalente o resistente:**

Conducta del bebé	Actitud de la madre
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cauteloso, perturbado y desconfiado.</li> <li>- Poca exploración del ambiente y no tolera separaciones.</li> <li>- Muy difícil de calmar.</li> <li>- Exageración de emociones.</li> <li>- Modelo mental de incertidumbre.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conducta intrusiva y controladora.</li> <li>- Ambivalencia en las respuestas: mezcla de sobreprotección y frialdad.</li> <li>- Refuerzo intermitente e impredecible.</li> <li>- Hipocondría.</li> <li>- Modelo mental de estar pegado a los afectos.</li> </ul>

#### d) Apego Desorganizado o Desorientado:

Conducta del bebé	Actitud de la madre
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conductas bizarras, incoherentes e incompletas.</li> <li>- Mezcla ilógica de cariño y rechazo.</li> <li>- Carencia de una estrategia coherente de apego.</li> <li>- Modelo mental de incoherencia y desorganización.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conducta aterrizante y atemorizada.</li> <li>- Conductas inesperadas y atemorizantes.</li> <li>- Desorganización mental grave (depresión, abuso, alcoholismo, violencia familiar, etc.).</li> <li>- Modelo mental disociado y traumático.</li> </ul>

En los adultos se han descrito cuatro tipos de apego, los cuales pueden ser identificados mediante la observación del modo en que la persona organiza su historia de apego, por sobre la calidad del mismo. El siguiente cuadro tomado de Martínez<sup>18</sup>, describe estos cuatro tipos:

**Tabla 2**  
*Descripción de los estilos de apego en adultos (\*)*

**Seguro-Autónomo:**

Durante la descripción y evaluación de las experiencias relacionadas con el apego, el sujeto mantiene un discurso coherente y se muestra dispuesto a colaborar, tanto si sus experiencias son descritas como favorables o no. El entrevistado parece dar valor al apego, mientras que se mantiene objetivo frente a cualquier otra relación o experiencia concreta. Tienden a apreciar las relaciones de apego, a describir coherentemente sus experiencias de apego (tanto positivas como negativas), y a considerarlas importantes para su propia personalidad.

**Evitativo:**

Describen a sus padres como normales o excelentes, pero algunos recuerdos específicos contradicen o no apoyan estas descripciones. Dicen que las experiencias negativas no le han afectado. Sus descripciones son cortas y a menudo insisten en su falta de memoria. Tienden a minimizar la importancia que tiene el apego para sus propias vidas y a idealizar sus experiencias de la infancia sin ser capaces de proporcionar ejemplos concretos.

**Preocupado:**

Se muestran preocupados por sus experiencias, parecen enfadados, confusos y pasivos, o miedosos y abrumados. Algunas frases son gramaticalmente confusas y contienen muchas expresiones imprecisas. Sus descripciones son largas y sus respuestas irrelevantes. Tienden a maximizar la importancia del apego. Están todavía muy ligados y preocupados por sus experiencias pasadas y son incapaces de describirlas coherente y razonadamente.

**Desorganizado:**

En las discusiones sobre la pérdida de familiares o sobre los abusos, se observan grandes lapsos en el razonamiento o el discurso. Pueden utilizar un discurso de elogios, no mencionar o hablar de una persona fallecida como si estuviera físicamente viva. La entrevista demuestra que hay signos de no haber superado alguna experiencia traumática normalmente, debido a la pérdida de seres involucrados en la relación de apego. En sus relaciones de apego infantiles hay indicadores de conflicto, desamparo, disforia y conducta coercitiva o impredecible para con ellos.

*\* Adaptado de Main, M.*

(El estilo preocupado correspondería al apego ambivalente en los niños).

18 Martínez, C. & Santelices, M. (2005) Evaluación del Apego en el Adulto: Una Revisión. *Psyche*, 14(1), página 183.

De acuerdo a Lecannelier<sup>19</sup> existe una asociación entre abuso de sustancias y determinados estilos de apego. Esta relación se daría en el sentido que tiene el uso de sustancias para la persona; de esta manera, el apego evitativo busca aumentar las emociones positivas; el apego ambivalente, disminuir las emociones negativas y el apego desorganizado, intenta regular experiencias caóticas. Un porcentaje importante de abusadores de drogas tiende a presentar un estilo desorganizado, historias de apego traumáticas, descontrol vincular (Fonagy et al., 1996, citado en Lecannelier) y patrones desorganizados de relación con sus hijos (O'Connor, Sigman & Brill, 1987, citado en Lecannelier). Existe una fuerte asociación entre abuso de sustancias y estilos parentales desorganizados, abuso sexual y físico, abandono, negligencia y disciplina autoritaria (Crittenden, 2002; Beegley & Tronick, 1994; O'Connor et al., 1992; citado en Lecannelier).

Según este mismo autor, existe una transmisión intergeneracional de los estilos de apego y, por lo tanto, una vulnerabilidad al uso de sustancias en hijos de madres abusadoras, en un ciclo similar al siguiente: *Experiencias tempranas desorganizantes del cuidador generan déficit en la regulación de los afectos, en el que se instala el abuso de drogas como una manera de regular el estrés. Esto genera un apego desorganizado en el hijo, el cual a su vez, desarrolla estrategias desorganizadas de regulación, instalando nuevamente una tendencia al abuso de sustancias como modo de regulación del estrés.*

En este contexto, es central promover la reparación de vínculos desorganizados en la madre con consumo problemático de sustancias, tendientes a desarrollar en ella una mayor estabilidad, seguridad y sensibilidad en relación con su hijo.

19 Lecannelier, F. (2005). Relación de apego y su aplicación en el tratamiento de mujeres con problemas de droga. Ponencia presentada en la Jornada de Capacitación para el Tratamiento y Rehabilitación de mujeres con consumo problemático de drogas desde una perspectiva de género. CONACE, Gobierno de Chile. 5 y 6 de julio, Santiago de Chile.

20 Covington, S. & Surrey, J. (2000). The Relational Model of Women's Psychological development: Implications for Substances abuse. Publicado en: *Work in Progress*, 91. Wellesley, Mass.: Stone Center, Working Paper Series. [Citado el 28 de mayo de 2006]. Disponible en World Wide Web: <http://www.stephaniecovington.com>

### 3. Enfoque relacional<sup>20</sup>

Las teorías tradicionales de la psicología han descrito el desarrollo como el camino desde la dependencia infantil hacia la independencia adulta, acentuando la importancia de un individuo autosuficiente, diferenciado y autónomo. En cambio, el modelo relacional ve el desarrollo como crecimiento con y hacia la conexión, postulando la conexión sana con otras personas como los medios y la meta del desarrollo psicológico. Diversos autores señalan que la motivación principal de la mujer en su vida es su necesidad de crear un sentido básico de conexión con los demás, y que la noción de sí misma y de su propia valía se basan en esta vinculación, dado que ellas asumen la responsabilidad de generar y conservar las relaciones afectivas. Cuando hablamos de conexión nos referimos a la experiencia psicológica basada en la empatía y la mutualidad o reciprocidad de la relación.

Las mujeres con frecuencia inician el uso de sustancias como una forma de construir o mantener relaciones, y como una forma de sentirse conectadas, energizadas, amadas o amantes, cuando estas vivencias no están presentes en su experiencia. A menudo, el uso de sustancias les permite lidiar con el dolor y el daño vivido en sus relaciones afectivas y también para tratar de dar a otros un contexto relacional seguro y cariñoso, especialmente para los niños. Otra motivación frecuente es la necesidad de sentirse unidas emocionalmente a su pareja abusadora de drogas, a través del uso de las mismas. Se describe

aquí una paradoja relacional básica: cuando una mujer no logra mutualidad en la relación, comienza a cambiar para mantener dicha relación; una dinámica similar a las hipótesis sistémicas que explican la conducta del adolescente abusador de sustancias como una resolución adaptativa que mantiene unida a una familia disfuncional.

Miller<sup>21</sup> ha descrito el *espiral depresivo* como consecuencia de relaciones abusivas en la mujer, el que se caracteriza por:

- Disminución del ánimo o de la vitalidad.
- Pérdida de confianza en su propia capacidad.
- Confusión.
- Disminución de la autoestima.
- Aislamiento.

Este contexto emocional aumenta la vulnerabilidad frente al uso de sustancias, pues puede proveer sensaciones contrarias al malestar emocional, constituyéndose la adicción como una relación en la que el objeto que la genera pasa a ser el foco de la vida de una mujer. Esta relación se caracteriza por la obsesión, la obligación y la no reciprocidad. Así, es probable que cuando comience la recuperación, la mujer experimente sentimientos de tristeza y pérdida, pudiendo también emerger sentimientos de rabia e impulsos por llenar el vacío, tal como se viven al término de una relación amorosa.

Según estos autores, existen cinco patrones de desconexión relacional que aumentan el riesgo de abuso y de recaída en las mujeres:

**a. Ausencia de mutualidad en las relaciones**

Relaciones que carecen de un impacto, sensibilidad e influencia mutua a través de las sensaciones y pensamientos. El deseo por construir o mantener relaciones que no son recíprocas conduce a confusión o a patrones relacionales alterados como sobreprotección o abandono de relaciones verdaderas.

**b. Efectos de aislamiento y vergüenza**

El aislamiento se produce cuando el contexto falla en validar y responder a las expectativas relacionales de la mujer. La soledad más dañina es la que se experimenta al interior de relaciones afectivas importantes; en estas circunstancias las mujeres tienden a sentir que ellas son el problema y están condenadas a esta situación. Surge el sentimiento de deficiencia personal con la consiguiente vergüenza.

**c. Imágenes relacionales limitadas o distorsionadas**

La cultura promueve imágenes asociadas a lo que es ser saludable, exitoso o físicamente atractivo, lo que influye en la internalización femenina de modelos respecto a cómo comportarse, lucir y sentir para ser querida. El uso de drogas puede instalarse como una forma

21 Op. cit.

de manipular su cuerpo o sus sentimientos para adaptarlos a estas imágenes distorsionadas del deber-ser.

**d. Abuso, violación y violencia**

Es frecuente encontrar en la literatura la asociación entre violencia (física, psicológica y sexual) y abuso de alcohol u otras sustancias, tanto en la víctima como en el victimario. La experiencia permite afirmar que una mujer que ha sido abusada se encuentra en una situación de mayor vulnerabilidad para el abuso de drogas y alcohol, más aún si no cuenta con redes relacionales de apoyo y contención.

**e. Distorsión de la sexualidad**

Un estudio de seguimiento realizado en Estados Unidos (Wilsnack y asociados, 1991<sup>22</sup>) estableció que el mejor predictor de problemas asociados al consumo de alcohol en la mujer era la disfunción sexual. Mujeres con disfunciones secundarias a experiencias de abuso sexual pueden recurrir a sustancias para adormecer el dolor psicológico, evitar la defensa disociativa en la relación amorosa o disminuir su inhibición; sin considerar que a la larga, el abuso puede interferir la respuesta sexual y afectar ciclos hormonales, aumentando la probabilidad de la disfunción sexual.

Algunos enfoques de tratamiento han intencionado que la mujer rompa con vínculos disfuncionales, estrategia que hoy es cuestionable por el aporte y desarrollo de las teorías psicológicas. El resultado de intervenciones que intencionan la ruptura de estos vínculos en mujeres, suele ser el abandono del tratamiento, la conducta de volver con su pareja o familia por la necesidad vincular, lo cual erróneamente es interpretado como sabotaje al proceso terapéutico.

Con la incorporación de la teoría relacional en las intervenciones con mujeres se complejiza y enriquece la comprensión del fenómeno de consumo, respetando el significado particular que tiene para cada mujer y su familia dicha dinámica de relación. Además, se reconoce la importancia de los vínculos de la mujer con sus hijos y la función que puede cumplir un sólido apoyo social para que se recupere de los problemas de consumo de sustancias.

Al incorporar esta mirada en los programas de tratamiento destinados a la mujer, comienzan a emerger sus relaciones anteriores y actuales, pudiéndose dar la oportunidad de reparar y construir relaciones interpersonales más saludables: recíprocas y empáticas.

La teoría relacional incorpora una mirada circular de la problemática del consumo, lo cual es un paso más adelante de las interpretaciones teóricas lineales, que explicaban la drogodependencia como un fenómeno centrado en la sustancia y no en la relación entre sustancia, persona y contexto.

22 Op. cit.

#### 4. La influencia del género en el uso de drogas desde un punto de vista biológico

Según estudios informados por la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito<sup>23</sup>, las mujeres registran niveles de alcoholemia más elevados que los hombres, consumiendo la misma cantidad de alcohol, y los estudios sobre los efectos a largo plazo del alcohol demuestran que ellas se exponen más que los hombres al riesgo de daños hepáticos, daños cerebrales y enfermedades cardíacas. Ahora bien, un estudio reciente demuestra que las mujeres mayores presentan una concentración de alcohol en la sangre mayor que las jóvenes, lo que parece indicar que la edad puede ser un indicador más importante que el sexo. A pesar de que existen pocos estudios sobre el paso de uso controlado a descontrolado en humanos, una investigación<sup>24</sup> sugiere que las mujeres ingresan a tratamiento con menos años de uso de droga que los hombres, y el tiempo necesario para desarrollar una adicción es menor.

Algunos estudios sobre el tabaco demuestran que las fumadoras se exponen a un riesgo mayor que los hombres de sufrir consecuencias de salud a largo plazo como cáncer de pulmón y problemas cardíacos. No se sabe tanto sobre las diferencias de género en cuanto a los efectos agudos y las consecuencias a largo plazo del consumo de sustancias ilícitas, aunque las sustancias psicoactivas afectan con frecuencia a las diferentes fases del ciclo menstrual y éstas se ven afectadas por ellas.

Con respecto a la cocaína, los hombres pueden ser más sensibles que las mujeres a los efectos subjetivos agudos generados por ella. Aunque los niveles de cocaína en la sangre de la mujer varían según las distintas fases de su ciclo menstrual, esto no determina grados diferentes de sensibilidad a los efectos de esta droga; en cambio, la mujer puede ser más sensible que el hombre a los efectos cardiovasculares agudos de la cocaína. Por otra parte, se ha comprobado que esta sustancia perturba el ciclo menstrual de la mujer y afecta a su fertilidad. En cuanto al uso de opioides, algunos estudios señalan que las mujeres que se lo inyectan parecen más expuestas al riesgo de contagio con el VIH, y que en general, las mujeres que se inyectan drogas parecen registrar tasas de mortalidad más altas que los hombres. La heroína perturba el ciclo menstrual: puede generar amenorrea secundaria y exponer al riesgo de embarazos imprevistos.

23 Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito (2005). Tratamiento del abuso de sustancias y atención para la mujer: estudios monográficos y experiencia adquirida. Publicación de las Naciones Unidas: New York.

24 Westermeyer. J, Boedicker, AE. (2000). Course, severity and treatment of substance among women versus men. *Am j Drug Alcohol Abuse* 26: 523-535. En Lynch WJ, Roth ME, Carroll ME (2002). Biological basis of sex differences in drug abuse: preclinical and clinical studies. *Psychopharmacology* 164: 121-137.

25 Jackson, L; Robinson, T. & Becker, J. (2005). Sex differences and hormonal influences on acquisition of cocaine self-administration in rats. *Neuropsychopharmacology* 1-10. Kippin, T; Fuchs, R & Metha, R. (2005). Potentiation of cocaine-primed reinstatement of drug seeking in female rats during estrus. *Psychopharmacology* 182: 245-252.

Roth, M; Cosgrove, K & Carrol, M. (2004). Sex differences in the vulnerability to drug abuse: a review of preclinical studies. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews* 28: 533-546.

Carroll, M; Lynch, W; Roth, M. & Cosgrove, K. (2004). Sex and estrogen influence drug abuse. *Trends Pharmacol Sci.* 25 (5): 273-279.

Lynch, W.; Roth, M. & Carroll, M. (2002). Biological basis of sex differences in drug abuse: preclinical and clinical studies. *Psychopharmacology* 164: 121-137.

Lynch, W. & Carroll, M. (2000). Reinstatement of cocaine self-administration in rats: sex differences. *Psychopharmacology* 148: 196-200.

Westermeyer, J. & Boedicker, A. (2000). Course, severity and treatment of substance among women versus men. *Am j Drug Alcohol Abuse* 26: 523-535. En Lynch WJ, Roth ME, Carroll ME (2002). Biological basis of sex differences in drug abuse: preclinical and clinical studies. *Psychopharmacology* 164: 121-137.

Estudios<sup>25</sup> neurobiológicos de la conducta adictiva en modelos experimentales animales sugieren que el abuso de drogas presenta diferencias por sexo en sus distintas etapas (adquisición de la conducta adictiva, mantenimiento y recaída). Las hembras aparecen más sensibilizadas al efecto recompensante\* de las drogas que los machos, pudiendo ser más evidente en bajas dosis. Las hembras se diferencian más en el paso del control al descontrol y en programas de conducta más desafiantes, en donde se imponen tareas cada vez más complejas para obtener como recompensa una dosis de la droga (tasa progresiva de esfuerzo). Y si bien han mostrado mejor respuesta a tratamiento que los machos, los resultados en modelos de sensibilización conductual\*\* con cocaína dan cuenta de que las hembras podrían presentar mayor vulnerabilidad frente a las recaídas.

Si bien hay diferencias en el ciclo hormonal entre ratas y humanos, no todos los hallazgos son extrapolables; pareciera que el efecto reforzante de la sustancia varía con los niveles de estrógeno, lo cual es concordante con lo observado en ambas especies, reafirmando el rol que podría jugar en el proceso adictivo. Esto debe ser considerado en la prevención de recaídas en mujeres, por ejemplo incorporando tanto la evaluación de síndrome premenstrual como un análisis que correlacione su ciclo hormonal, su estado emocional subjetivo y el riesgo de recaída.

De acuerdo a lo revisado en la literatura consultada, las mujeres serían especialmente vulnerables a los psicoestimulantes (principalmente cocaína) desde el punto de vista biológico, especialmente en el proceso de instalación de la conducta adictiva. Si bien los estudios en esta sustancia son bastante más numerosos que otras de interés para la población femenina, como benzodiazepinas, esto es concordante con lo observado en el grupo de mujeres en tratamiento de los programas del Convenio CONACE-FONASA. Este grupo, aun cuando no constituye necesariamente una muestra representativa de las mujeres chilenas, tiene como droga principal algún derivado de la cocaína (pasta base de cocaína y clorhidrato de cocaína).

Por lo tanto, es de vital importancia que se conozcan y entiendan los alcances de las investigaciones en el campo de la neurobiología y que sea posible incorporar las diferencias biológicas entre hombres y mujeres junto a las diferencias psicológicas y sociales, para la integración de estas características en el diseño de estrategias preventivas y de programas de tratamiento.

\* *motivación a buscar la sustancia por el placer asociado.*

\*\* *Aumento progresivo y perdurable de los efectos de activación locomotora y de recompensa producidos por la administración repetida e intermitente de gran variedad de drogas de abuso. Se logra obtener al producir la misma respuesta cada vez con menos dosis, o bien, la misma dosis produce cada vez más respuesta.*



## capítulo IV.

# ¿Cómo se implementa una asesoría?

Para cumplir con la meta de otorgar una atención de calidad a las usuarias, los equipos de tratamiento requieren del apoyo de un asesor o asesora. Las capacitaciones, normas y procedimientos escritos no son suficientes para implementar un programa de tratamiento que incorpora conceptos y miradas nuevas, por lo es fundamental el contacto personal, directo y periódico con el equipo. Este contacto directo permite:

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

Es importante delimitar el rol que desempeñará el asesor, estando consciente de las diferencias entre una asesoría y una supervisión. Según la Real Academia de la Lengua Española, la asesoría es la actividad que realiza un letrado, que por razón de oficio, debe aconsejar o ilustrar con su dictamen a un juez lego. Esta actividad difiere de la supervisión en tanto esta última corresponde a ejercer la inspección superior en trabajos realizados por otros. Tanto el asesor como el supervisor establecen relaciones complementarias con los equipos, en tanto basan su relación en la diferencia, pero el rol de asesor no posee la propiedad de control que el supervisor debe realizar.

De acuerdo a las definiciones entregadas por el Área Técnica de Tratamiento de CONACE, la supervisión corresponde a la observación de las condiciones en las cuales se desarrolla cada programa de tratamiento y evaluación de la concordancia de los mismos con la norma técnica respectiva. La asesoría, en tanto, corresponde a una actividad clínica orientada a garantizar la prestación de una atención de calidad a las mujeres beneficiarias. En el Anexo Nº 4 del Protocolo Operativo del Convenio CONACE-FONASA-MINSAL 2007, se definen los siguientes objetivos para el sistema de asesoría:

**Objetivo General:**

- Otorgar asesoría técnica a los equipos ejecutores, en aspectos clínicos y terapéuticos para aumentar la resolutivez y mejorar la calidad de la atención del programa de tratamiento.
- Contribuir a la organización de una red de asesoría local que aumente las competencias regionales.

**Objetivos Específicos:**

- Entregar elementos teóricos y prácticos que permitan el entrenamiento en destrezas y habilidades para el abordaje terapéutico específico y diferenciado de las personas con consumo problemático de sustancias, de acuerdo a sus particularidades.
- Apoyar el desarrollo de estrategias terapéuticas y de integración social eficaces a las personas beneficiarias de los programas de tratamiento.
- Transferir e intercambiar tecnologías y competencias entre las instituciones y los equipos participantes directamente en el convenio (servicios de salud, CONACE regionales), instituciones y personas pertinentes para la función de asesoría en los niveles locales (universidades, centros de estudio y de consultoría, centros de tratamiento con desarrollos que representen ventajas comparativas) y otros.

La base de las asesorías son las reuniones de asesoría, esto es, cuando el asesor visita el centro y se reúne con el equipo de tratamiento para discutir temas o casos clínicos previamente acordados. Si bien el asesor/a debe dirigir la reunión, es importante que también ésta se realice en un ambiente de respeto y confianza que permita una comunicación más abierta basada en el diálogo, donde se discutan y contesten todo tipo de preguntas o dificultades.

## 1. El inicio de la relación de asesoría

Cuando se inicia la relación de asesoría, es importante considerar el grado de experiencia del equipo clínico y la influencia de ésta en la relación con el asesor. Es probable que equipos (o algunos miembros) con menos experiencia o recién integrados a programas de tratamiento específico para mujeres se aproximen al asesor con sentimientos y expectativas que dependen de su propia experiencia previa de la vida. Algunos suelen ser dolorosamente conscientes de sus limitaciones y escasas habilidades. Guy<sup>26</sup> plantea una serie de complejas interacciones que se dan en el campo de la asesoría clínica, interesantes de considerar en la relación entre el asesor y los equipos de tratamiento.

Por lo general el asesor actúa con la necesidad interior de demostrar conocimiento o experiencia, pues su sentimiento de utilidad depende en gran parte de su capacidad de señalar errores de omisión o exceso. Frente a esto es importante que tenga conciencia de algunas conductas defensivas tales como: actitudes de reserva, rigidez y autoritarismo.

El asesor sirve como modelo, tanto en la conducta profesional como en la relación con el aprendiz. Por esto, debe tener presente que sus conductas y actitudes también pueden ser modelo de relación con las usuarias y entre los propios miembros del equipo, en donde son de especial relevancia el manejo y análisis de las conductas asociadas al género.

El asesor también desempeña el papel de apoyar y consolar al aprendiz, de modo similar al de un padre que brinda consuelo a su hijo. En este sentido, tiene la posibilidad de brindar confianza a los equipos de tratamiento en relación con su capacidad y valor, fortaleciendo así una autoeficacia realista.

El asesor funciona paralelamente como un evaluador y crítico del funcionamiento y la competencia del aprendiz, en la medida que evalúa sus progresos. Además, debe ir evaluando también el progreso de los equipos de manera que pueda ir desarrollando una instrucción activa y progresiva respecto de las áreas de tratamiento que falta por desarrollar, o bien, estimulando la búsqueda de otros recursos de formación para el equipo tratante.

Tener conciencia de que el rol de asesor implica el ejercicio de éstos y otros múltiples roles permitirá manejar de manera flexible los conflictos que puedan presentarse; por ejemplo, entre evaluar y apoyar, entre instruir y valorar.

26 Guy, J. (1995). La vida personal del psicoterapeuta. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica.

## 2. La reunión de asesoría: tiempos y participantes

De acuerdo a la experiencia del Área Técnica de Tratamiento de CONACE, las reuniones de asesoría duran en promedio dos horas y, generalmente, cuentan con la participación de los encargados del equipo de tratamiento de cada centro, más algún otro profesional. En este aspecto, se ha observado que los aprendizajes que proporciona una reunión de asesoría benefician en mayor medida al equipo de tratamiento cuando en ella participan todos sus miembros. Por lo tanto, es recomendable que cada una se realice en la hora de la reunión clínica semanal. En este espacio de asesoría, el asesor deberá priorizar los temas a tratar haciendo un uso eficiente del tiempo.

## 3. Frecuencia de asesorías

Los centros que están recién incorporando un programa de tratamiento para población específica de mujeres requieren visitas más frecuentes y disposición vía telefónica o correo electrónico por parte del asesor. Varias de estas asesorías iniciales abordarán consultas generales respecto de las orientaciones técnicas del programa. Una vez que el equipo ha adquirido la confianza necesaria para desarrollar el programa y se observa en él, el manejo de destrezas que permiten enfrentar dificultades cotidianas de acuerdo a las orientaciones técnicas, es esperable que las reuniones de asesoría sean menos frecuentes y estén más orientadas a abordar casos clínicos específicos.

## 4. Trabajando con los fracasos

Los entrapamientos, fracasos o errores en el tratamiento son inevitables y proveen una oportunidad de aprendizaje particularmente relevante para los equipos de tratamiento, por lo tanto, el asesor debe hacer un esfuerzo especial para detectarlos y explicitarlos.

El fracaso o error en alguna intervención debe ser discutido minuciosamente por el equipo. No es recomendable culpar ni juzgar a ninguna persona en particular, pues el equipo en su totalidad debe asumir la responsabilidad por el tratamiento de cada usuaria. El asesor debe ocupar el rol de mediador en el análisis de un problema, con el fin de poder establecer en detalle la situación contextual precedente, la cadena de conductas e intervenciones por parte del equipo (incluida la relación con otros equipos tratantes) y los resultados observados. Algunas preguntas que pueden ser de utilidad:

- ¿Cuándo comenzó el problema?
- ¿Por qué es un problema?
- ¿A quién y cómo afecta (usuaria, familia y tratantes)?
- ¿Dónde exactamente se está presentando el problema y cómo afecta éste al tratamiento?
- ¿Qué intentos de solución se han realizado?
- ¿Qué recursos se necesitan para resolver el problema?

27 Uribe, T. (1999) El autocuidado y su papel en la promoción de la salud. Universidad de Antioquia. [Citado el 24 de julio de 2006]. Disponible en World Wide Web: <http://tone.udea.edu.co/revista/sep99/autocuidado.htm>

28 Barudy, J. (1999). Maltrato infantil. Ecología Social: prevención y reparación. Santiago: Editorial Galdoc.

29 Arón, A. & Llanos, M. (2004). Cuidar a los que cuidan: desgaste profesional y cuidado de los equipos que trabajan con violencia. Revista Sistemas Familiares, 20 (1-2), 5 - 15.

\* *Se considera el burnout como un síndrome resultante de un estado prolongado de estrés laboral, que se expresa a través de síntomas de agotamiento emocional, despersonalización y sensación de reducido logro personal; trastornos físicos, conductuales y problemas en relaciones interpersonales; se asocia a la presencia de fuerte tensión en el trabajo e insatisfacción laboral.*

\*\* *Más información en: Claramunt, M.C. (1999). Ayudándonos para ayudar a otros: Guía para el autocuidado de quienes trabajan en el campo de la violencia intrafamiliar. Serie Género y Salud Pública, N° 7. OPS. Programa Mujer, Salud y Desarrollo. Arón, A. & Llanos, M. (2004). Cuidar a los que cuidan: desgaste profesional y cuidado de los equipos que trabajan con violencia. Revista Sistemas familiares, 20 (1-2), 5 - 15.*

Una vez clarificado el problema es necesario incentivar la búsqueda de alternativas de solución (lo más diversas posibles) con el aporte de todos los miembros del equipo. Luego, cada alternativa debe ser sometida a evaluación, anticipando los posibles resultados, tanto en la usuaria y su familia como en el equipo de tratamiento. Sobre esta base se debe acordar una estrategia para abordar el tratamiento y prevenir la repetición de estas situaciones a futuro.

## 5. El autocuidado del equipo

El cuidado es el acto de mantener la vida asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades indispensables para ésta. El autocuidado es una práctica que involucra líneas de crecimiento emocional, físico, estético, intelectual y trascendental del ser, en las que toda persona debe trabajar cotidianamente para tener un desarrollo armónico y equilibrado<sup>27</sup>. En relación con el autocuidado en los equipos, Barudy<sup>28</sup> plantea, aplicando el concepto de justicia relacional de Bonszormengy-Nagy, que así como en la familia cada miembro aporta cuidados y protección a los otros, para recibir a cambio cuidado y protección de éstos; los equipos también pueden brindarse cuidado y protección. Si el balance entre dar y recibir es justo, cada miembro se sentirá reconocido y respetado.

El autocuidado cobra relevancia ante la observación del síndrome de Burnout\* o desgaste profesional, en personas cuya profesión implica una relación con otros, en la que el eje del trabajo es el apoyo y la ayuda ante los problemas. Existen factores protectores individuales e institucionales que pueden promoverse con el fin de prevenir este desgaste. En este sentido, el espacio de asesoría puede constituirse como un factor protector<sup>29</sup> del autocuidado del equipo en la medida que:

- Instala un estilo fortalecedor de los propios recursos, que no genera desconfianza y permite la autoexploración de los profesionales a propósito de las personas atendidas.
- Promueve la formación profesional y actualización constante de los miembros del equipo.
- Permite algún grado de vaciamiento emocional en relación con casos clínicos complejos. Se espera que el vaciamiento cuente con un espacio propio en la institución.
- Promueve la inserción y participación activa del equipo en la red sociosanitaria.
- Apoya el establecimiento de límites claros frente a la responsabilidad individual y grupal de cada usuaria.
- Promueve en la institución el establecimiento de estrategias de autocuidado de equipos\*\*.

## 6. El trabajo con las familias

De acuerdo a la experiencia relatada por Todd<sup>30</sup>, las familias que tienen un miembro con conductas adictivas, crean fantasías de rescate y sentimientos de frustración en el terapeuta, con mayor intensidad que otro tipo de familias. Es fácil que éste experimente fuertes sentimientos de enojo hacia el miembro adicto por ser destructivo consigo mismo y con su familia. El trabajo con el grupo familiar en este contexto es difícil: alto potencial de violencia y crisis; baja disposición al cambio; proclives a sentirse inculpadas; bajo nivel de esperanza. El terapeuta también debe enfrentar el hecho de que su éxito o fracaso tiene probabilidades de ser público, y siempre está la posibilidad de un fracaso dramático, tal como una sobredosis o un conflicto legal. Todas estas características se combinan para crear poderosos efectos en el terapeuta, que van desde el miedo y la frustración hasta altas fantasías de rescate.

Algunas reflexiones expresados por este autor para la labor del supervisor clínico, pueden ser aplicables al rol de asesor. Por una parte, debe ayudar al terapeuta a conservar una visión estratégica, manteniendo las metas a la vista y aliviando la presión que ejercen sus propias expectativas. Esto es muy importante para impedir que se "atasque" en una lucha por el poder con la usuaria o la familia. Por otra parte, desempeña un papel clave en el incremento de su flexibilidad, mediante la creación de un clima de apoyo entre pares, así como de ideas nuevas. Por último, debe comunicar un respaldo genuino al terapeuta, admitiendo la dificultad de los casos y estando disponible ante crisis.

## 7. Metodologías de uso frecuente

Toda reunión de asesoría debe comenzar con una introducción del asesor a la reunión, en la que explicita: los objetivos de la asesoría -acotando temas posibles de abarcar-, tiempo de duración y metodología a desarrollar. Si es necesario se deberán aclarar las consecuencias que puede tener la participación en ella, por ejemplo, evaluación y reasignación de fondos, sobre todo si el asesor cumple además funciones de supervisor. En este caso es recomendable separar las funciones de asesoría y supervisión en reuniones distintas. Cada asesor debe definir de antemano el calendario de reuniones que se realizarán, determinando en conjunto los temas a abordar en cada caso (conocimiento del programa, análisis de casos, etc.). El asesor debe solicitar con anterioridad al equipo, la definición de los temas a asesorar y/o preparación de un caso clínico. Para facilitar el análisis de casos clínicos es recomendable que los tratantes preparen la presentación del caso en base a una pauta, como la que se muestra en el Anexo 1. Es recomendable que al finalizar la asesoría, el asesor tome nota sobre los temas tratados, las dificultades y logros observados y los acuerdos tomados.

La metodología a utilizar en la asesoría es variada, se describirán las tres que con mayor frecuencia se han realizado en los planes de tratamiento para mujeres:

30 Todd, T., Berger, H. & Gary, L. (1988) Opiniones de los supervisores acerca de los requerimientos específicos de la terapia familiar. En M. D. Stanton, T. C. Todd y cols. (Comps.), *Terapia familiar del abuso y adicción a las drogas* (pp.273-286). Buenos Aires: Editorial Gedisa.

- **Conversación en torno a casos clínicos o problemáticas emergentes en el proceso de tratamiento**

La forma más frecuente de desarrollar una asesoría es a través de la conversación, por lo tanto es importante tener presente algunos conceptos que ayuden a generar diálogos abiertos y constructivos, generadores de aprendizajes. Fuks<sup>31</sup> define la conversación como: “La unidad mínima de interacción social, orientada hacia la coordinación de: diseños relacionales, marcos de significación, lógicas de acción y sentidos. [...] Es una vía posible tanto para la producción de consenso [...], como para el manejo del disenso” (pág. 9). Existen conversaciones naturales que se organizan sobre patrones culturales compartidos, lo que las vuelve conocidas y predecibles y, por lo tanto, seguras y estables. Mientras que existen otras menos predecibles y restrictivas que, según Fuks, requieren de la cooperación de los participantes y sólo serán posibles en la medida en que se explicita la necesidad, intención y disponibilidad para la cooperación. En este tipo de conversaciones se busca ampliar el diálogo a través de la renuncia a las certezas, relativizándolas y abriéndose a la influencia recíproca de una conversación creativa y transformadora.

Es importante tener presente que en el encuentro del asesor con el equipo se define una relación complementaria, pero no de control, sin embargo y como se ha planteado antes, es probable que surja en el asesorado el sentimiento de sentirse evaluado y controlado. Por esto, se deben generar las condiciones contextuales para que se facilite la autoexploración y construcción de nuevas realidades que sirvan para enfrentar las problemáticas abordadas. La incorporación de nueva información o aprendizajes que surgen del espacio de asesoría, pueden ser vividos por los programas de tratamiento como amenazas a su estabilidad, por lo que se deben buscar formas de diálogo que transmitan respeto y valoración a la vez que cuestionen y señalen conflictos. Se deben tolerar sentimientos de incertidumbre que lleven a momentos de cierre o desencuentro, con el fin de recuperar el diálogo.

Una forma de ir respetando el ritmo del equipo asesorado es proceder lentamente en la conversación, de manera que haya espacio para pensar sobre ella, seleccionar aquello que le da sentido y dar a conocer estos pensamientos<sup>32</sup>. Es importante también prestar atención al lenguaje no verbal: tono de voz, movimiento corporal y gestos faciales, por ejemplo.

El diálogo horizontal se logrará estableciendo una interacción de cooperación, en donde el asesor usará su poder para facilitar el desarrollo del equipo, comprometiéndose con él.

31 Fuks, S. (1998).  
Transformando las  
conversaciones acerca  
de las transformaciones.  
Psyche, 7(2), 3-11.

32 Andersen, T. (1994).  
El equipo reflexivo.  
Barcelona: Editorial  
Gedisa.

Algunos roles descritos<sup>33</sup> que facilitan el trabajo grupal son:

Facilitadores	Obstaculizadores
Escuchar activamente a cada persona y demostrar empatía.	Menospreciar o expresar desaprobación hacia las ideas de otros agresivamente.
Promover un clima de respeto.	Bloquear o ser resistente ante la posibilidad de que no se haga lo que usted piensa.
Mostrar comprensión, interés y aceptación.	Dominar manipulativamente la dinámica del equipo.
Estimular a que otros se expresen.	Buscar reconocimiento del equipo.
Sugerir nuevas ideas, iniciar y acoger cambios.	Mostrar falta de compromiso o aburrimiento.
Buscar información, clarificar lo que ya se sabe.	Bromear constantemente.
Buscar las distintas opiniones y valoraciones ante los problemas.	Priorizar las propias necesidades en función de las tareas a cumplir por sobre las necesidades del equipo.
Entregar la información que se posee y relatar al equipo la propia experiencia.	Devaluar la falta de información o comprensión del equipo frente a sugerencias entregadas.
Explicar lo que se dice, entregar significados claros.	

Otros aspectos centrales en las conversaciones son: la emisión de juicios y el ejercicio de la flexibilidad por parte del asesor. Los juicios positivos o negativos tienden a establecer que lo bueno es todo aquello que el asesor piensa y actúa, cerrando la posibilidad de que cada uno explore sus propias potencialidades. El asesor debe estar consciente de cómo valora y enjuicia a cada miembro del equipo asesorado, con especial cuidado en relación con los juicios vinculados a construcciones de género. En este mismo sentido, el asesor puede ayudar al equipo a observar sus propios juicios y entregar retroalimentación. Ejercitar la flexibilidad se refiere a la capacidad de modificar la planificación inicial de la asesoría en función de nuevas necesidades del grupo; requiere cierto nivel de tolerancia a la incertidumbre por parte del asesor y la apertura de éste mismo a la búsqueda de nuevas formas de trabajo conjunto.

Es recomendable que estas conversaciones de asesoría mantengan algún nivel de estructuración -dentro de un contexto flexible y espontáneo-, ya sea para analizar un caso clínico u otro problema relevante en la implementación del tratamiento. Una estructura básica puede ser:

- a) Introducción y definición de objetivos: preguntar al equipo qué material (tema, caso, etc.) desean asesorar, cuál es el motivo de asesoría (por qué la necesidad), etc.
- b) Descripción y contextualización de las dificultades.
- c) Análisis de la situación.
- d) Evaluación de alternativas.
- e) Sugerencias del asesor o asesora.
- f) Acuerdos entre el equipo y el asesor.

Para el análisis de casos clínicos se sugiere que el equipo prepare y escriba la pauta de presentación de caso (anexo 1) y luego, el asesor dirija la asesoría siguiendo cada punto de la pauta.

33 Hidalgo, C. & Carrasco, E. (1999). Salud Familiar: un modelo de atención integral en la atención primaria. Santiago: Ediciones Universidad Católica de Chile.

## • Juegos de Rol (rol playing)

Una forma simple de aprendizaje es ensayar las conductas que se desean adquirir; en este caso el asesor muestra la conducta, hace que un miembro del equipo la repita instruyéndolo en sus pasos, proponiendo acercamientos progresivos desde los más fáciles a otros más difíciles, anima y refuerza los progresos, y ambos simulan las escenas donde esas habilidades pueden ser llevadas a cabo<sup>34</sup>. A veces el ensayo puede ser imaginario, centrado en la conversación de escenas futuras posibles; o bien, conductual, haciendo que se ejecuten ciertas conductas en vivo, simulando una situación representada. Las técnicas psicodramáticas pueden combinarse perfectamente con estos métodos de aprendizaje.

Respecto del análisis de casos clínicos, resulta de utilidad usar el ensayo conductual a través de un *juego de rol*; esta modalidad implica que el asesorado juega el rol de la usuaria, mientras que el asesor y los demás miembros del equipo se involucran en conversaciones con el personaje interpretado por el asesorado. Según Ravazzola<sup>35</sup>, esta experiencia permite modificar la perspectiva del terapeuta, descubriendo nuevas posibilidades de intervención, toda vez que constituye una oportunidad de observarse a sí mismo y de examinar cuidadosamente los efectos de sus actos y palabras.

Cuando el análisis de un caso clínico revela la importancia de la relación de la usuaria con un miembro del equipo, es recomendable realizar esta técnica personificando tanto a la usuaria como al tratante. Otro miembro del equipo puede hacer el rol de tratante. De la misma manera, los demás miembros del equipo pueden participar del juego de rol, personificando a miembros de la familia si el análisis del caso así lo requiere. El nivel de complejidad de esta técnica dependerá del nivel de experticia del asesor.

La preparación de un juego de rol incluye:

- a) El equipo describe el caso en base a alguna pauta de presentación (ver Anexo 1), especificando las razones por las cuales se requiere la ayuda.
- b) En conjunto con el asesor se va definiendo y acotando la situación-problema, intentando describir lo más detalladamente posible el contexto y la interacción (conductas, pensamientos, sentimientos y emociones, tanto del equipo como las expresadas por la usuaria).
- c) Se definen los roles a personificar, se asignan los personajes y se les da un tiempo a cada "actor" para conectarse emocionalmente con la situación descrita. La invitación es a buscar identificarse lo más posible con el personaje que se interpretará.
- d) Se acuerda la escena a ejecutar y se despliega la situación-problema, muchas veces en el contexto de una entrevista.

34 Ruiz Sánchez, J.; Imberón, J. & Cano, J. (1999). Psicoterapia cognitiva de urgencia. ESMD-UBEDA. [citado el 24 de julio de 2006]. Disponible en World Wide Web: <http://www.psicologia-online.com/ESMUbada/Libros/Urgencia/urgencia.htm>

35 Ravazzola, C. (2001). Conferencia: Supervisión de terapeutas familiares en el marco de los modelos de competencias y de ampliación de los settings tradicionales. *Psyke*, 10(2), 181-184.

A medida que avanza la escenificación, tanto el asesor como los demás miembros del equipo pueden ir participando de diversas formas: haciendo preguntas a los entrevistados, o sugerencias cuando el entrevistador se sienta paralizado o requiera ayuda, entre otras.

Cuando el asesor lo considere adecuado se detendrá la escenificación y explorará la experiencia de cada actor: preguntando, por ejemplo, cómo se siente y qué piensa respecto de su personaje y de la relación de éste con los demás. El objetivo es ayudar al equipo tratante a descubrir posibilidades no exploradas del caso, aumentar su nivel de conocimiento respecto de la usuaria, comprender dinámicas relacionales intervinientes, etc.

Se le pedirá a cada miembro del equipo que comparta sus observaciones y análisis de la escena, promoviendo una discusión detallada a través de: identificación de pautas conductuales obstaculizadoras, exposición de diversas opiniones, resonancias y valores, ampliación de perspectivas, búsqueda de alternativas de intervención en función de los objetivos del tratamiento. Mientras el análisis sea de mejor calidad, mayor será la experiencia de aprendizaje.

## • Observación participante de una intervención psicosocial de grupo

La posibilidad de participar en una intervención directamente permite conocer de primera mano cómo están trabajando los equipos y recoger material de utilidad para ser analizado en conjunto con el equipo. Por esto, en la medida en que haya mayor confianza en la relación entre el asesor y el equipo, será posible participar en una sesión de intervención psicosocial, utilizando algunos parámetros de la metodología de observación participante. Ésta se define<sup>36</sup> como aquella en la que el observador participa de manera activa dentro del grupo que se está observando; se identifica con él de tal manera que el grupo lo considera uno más de sus miembros. Es decir, el observador tiene una participación tanto externa, en cuanto a actividades, como interna, en cuanto a sentimientos e inquietudes.

El acceso al grupo debe autorizarlo el miembro del equipo que esté a cargo; luego, en la actividad misma conviene distanciarse discretamente e integrarse al grupo comportándose lo más natural posible. Al iniciar la participación, es necesario crear entre el asesor y el grupo, un clima que permita la comunicación espontánea y auténtica. Al inicio se generará alta reactividad y preguntas respecto a la presencia del asesor; se debe dar explicaciones generales sin profundizar. Se puede buscar colaborar con el conductor del grupo o involucrarse en la actividad que todos hacen.

En esta actividad conviene observar todo: lo que dicen, las conductas y comportamientos, los gestos, las posturas, la ocupación del espacio, las relaciones que se dan, las interacciones específicas. Se recomienda tomar notas antes de iniciar la actividad y después de que ésta haya finalizado, y no hacerlo mientras se está participando de la misma.

Si se requiere indagar más sobre algo específico que se está observando, se sugiere esperar a que suceda y luego hacer las consultas pertinentes a través de preguntas abiertas. Sólo al final, y si se considera necesario, es posible dar alguna indicación al encargado del grupo.

Luego de finalizada la actividad será de relevancia que tanto el asesor como el equipo se reúnan a analizar la actividad observada, compartiendo primero impresiones y, luego, haciendo observaciones y sugerencias.

36 Amezcua M. El trabajo de campo etnográfico en salud: una aproximación a la observación participante. *Index de Enfermería (Gran)* 2000; 30:30-35. [citado el 31 de julio de 2006]. Disponible en World Wide Web: <http://www.index-f.com/cuali/ETNOGRAF.php>



capítulo VI.

## Contenidos de asesoría

En base a la experiencia de las asesorías implementadas durante los años 2005 y 2006 por el *Programa de tratamiento para población específica de mujeres*, los temas tratados con más frecuencia en las reuniones de asesoría corresponden al análisis de intervenciones terapéuticas individuales, grupales y familiares; siguiéndole en frecuencia el abordaje de actividades de apoyo al tratamiento, la realización de un diagnóstico integral y la implementación de instrumentos diagnósticos.

### 1. Proceso diagnóstico

Si bien todo ingreso a tratamiento debiera contar con un diagnóstico integral, la experiencia de los programas ha demostrado que es fundamental seguir haciendo énfasis de manera transversal en el cumplimiento de esta orientación técnica, no sólo con los programas de tratamiento que recién inician su implementación. Entonces, en todo análisis de caso clínico se debe pedir que se establezcan las condiciones psiquiátricas, psicológicas y familiares de las usuarias, considerando los siguientes niveles:

- a) Diagnóstico principal: se refiere al diagnóstico clínico asociado al consumo de sustancias.
- b) Diagnóstico del compromiso biopsicosocial asociado.
- c) Comorbilidad física y psíquica.
- d) Diagnóstico del estadio motivacional.
- e) Diagnóstico de identidad y rol de género.
- f) Diagnóstico socio-ocupacional.

En esta etapa se debe estimular la participación de la mayor parte de los profesionales del equipo, considerando los aspectos biopsicosociales, y se debe velar porque se realice una evaluación por parte del profesional psiquiatra tanto para la estabilización inicial de la usuaria como para la incorporación de la evaluación inicial de comorbilidad psiquiátrica y

física. Un diagnóstico físico-psiquiátrico cuidadoso es vital para el éxito en el tratamiento, ya que las mujeres desarrollan daño físico más rápidamente que los hombres y presentan mayor frecuencia de comorbilidad.

Estudios reportados por la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito<sup>37</sup>, revelan que las mujeres obtienen una puntuación más alta que los hombres en diferentes escalas que evalúan gravedad al inicio de tratamiento. Por otra parte, la presencia de mujeres en tratamiento es menor que la de hombres, tal vez porque ellas afrontan muchos obstáculos para acceder a éste (dificultades de organizar el cuidado de los hijos, falta de recursos, escasez de camas para las mujeres internadas y prioridad a embarazadas), tienen problemas más graves al iniciarlo y tienden más a buscar la solución de sus problemas de consumo de sustancias en servicios de salud mental que en otros de atención a drogodependientes. Debido a esto, resulta relevante la realización de un diagnóstico integral que contemple no sólo el uso de sustancias, sino también otros aspectos concomitantes, que pueden ser sistematizados a través de un proceso diagnóstico integral que incorpore distintas visiones y/o instrumentos.\*

El uso de la Pauta de Compromiso Bipsicosocial se debe seguir intencionando. En equipos que recién comienzan, su aplicación es altamente recomendable, evaluando cada una de las 18 variables que contiene, con el fin de estimar el grado de compromiso. Sin embargo, existen equipos que con el tiempo manejan los criterios clínicos de esta pauta por lo que establecen el grado de compromiso de manera global, sin necesidad de completarla. Esta práctica responde a la experticia del equipo de tratamiento, no obstante se han observado diferencias de criterio entre un equipo y otro para determinar la gravedad. Estas diferencias responden en parte, al grado de confianza en asumir más o menos exitosamente el tratamiento de casos de alta complejidad: equipos con menor empoderamiento tienden a percibir mayor gravedad en el diagnóstico inicial de las usuarias. Por lo tanto, el uso de la pauta permite manejar un lenguaje de diagnóstico común que facilita el diálogo respecto de las usuarias desde un punto de vista clínico.

Si bien todos los equipos de tratamiento para población específica que cuentan con programas financiados por CONACE han recibido capacitación sobre diagnóstico motivacional, es necesario introducir en ellos algunos nuevos aportes respecto de las etapas del cambio en la mujer (ver Anexo 2).

Por otra parte, se deben considerar los distintos estigmas que generalmente enfrentan las mujeres antes de decidir entrar a tratamiento: la sanción social y familiar en relación con su moralidad ("son mujeres inmorales"), su sexualidad ("son mujeres promiscuas"), su posterior reinserción laboral ("son mujeres inestables e irresponsables").

Un proceso diagnóstico que incorpore la perspectiva de género será aquel que considere las influencias particulares ligadas a su condición de mujer desde un punto de vista social y contextual (rol femenino definido por un número de reglas de comportamiento interno y externo, con el propósito de crear e incrementar una subordinación social y psicológica<sup>38</sup>).

37 Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito (2005). Tratamiento del abuso de sustancias y atención para la mujer: estudios monográficos y experiencia adquirida. Publicación de las Naciones Unidas: New York.

38 Reale, E.; Sardelli, V.; Pepi, M.; Ventura, S. (1990). Los trastornos mentales de las mujeres. En Ana María Daskal & Cristina Ravazzola (Comps.), El malestar silenciado: la otra salud mental (pp. 29-32). Santiago: Isis Internacional.

\* Más información en: Faz-zolari, J.; Véliz, A.; Pérez, A.; Contreras, L. & Lara, M. (2005). *Proyectos de tratamiento y rehabilitación con perspectiva de género para mujeres adultas con consumo problemático de drogas: Las Buenas Prácticas. Área Técnica en Tratamiento y Rehabilitación, Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes, Gobierno de Chile. (Documento sin publicar).*

## 2. Intervenciones terapéuticas con perspectiva de género

Una consulta habitual por parte de los equipos es cómo implementar intervenciones terapéuticas con perspectiva de género. En términos simples y generales, la mayoría de los terapeutas debiera incorporar las diferencias de ser hombre o mujer en el modo como tratan a sus pacientes. Y, ojalá de manera consciente, dar relevancia acerca de cómo estas diferencias afectan tanto las problemáticas objeto de tratamiento (problemas de consumo, problemas familiares, otros problemas de salud mental, etc.), como la relación que establece la usuaria con el equipo. En este sentido es crucial poder introducir constantemente en el análisis de casos clínicos, indicaciones que permitan incorporar y mantener la perspectiva de género en el tratamiento, es decir, estar atentos y conscientes de las necesidades específicas de las mujeres.

Para Ana María Daskal<sup>39</sup> una terapia que incluye el concepto de género es aquella que considera la comprensión de la patología como un malestar relacionado con la mujer y también con la noción de contexto social, cultural, histórico, familiar y de género. Se presume que el equipo debe percibir y conocer los efectos psicológicos de la socialización diferencial para varones y mujeres, y de las diferencias de status y de jerarquía en el mundo social. En el tratamiento se busca comprender cómo se produjo la articulación entre la experiencia personal de vida y las prescripciones, condicionamientos y mandatos sociales sobre el género. Finalmente, se considera que varones y mujeres “se hacen” como tales y, por lo tanto, hay muchas maneras de ser hombre y mujer, así como hay diferentes formas de ser familia o de ser padre o madre.

Con respecto a intervenciones psicosociales de grupo, es importante conocer las diferencias de interacción que se dan entre grupos mixtos y grupos separados por género. Un estudio (Aries, 1976<sup>40</sup>) reveló que cuando hombres y mujeres están juntos en grupo, las mujeres ayudan más a los hombres a hablar de sus experiencias y comparten menos sus propias experiencias y sensaciones que cuando están en un grupo exclusivo de mujeres. Cuando se trata de abordar temas relacionados con el trauma, imagen del cuerpo, sexualidad y estrategias de empoderamiento, resulta esencial que los grupos sean exclusivamente femeninos.

Entonces, estos lineamientos debieran estar presentes en el equipo que interviene como complemento a las orientaciones técnicas para el tratamiento de consumo problemático de sustancias.

En un nivel más macro, la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito<sup>41</sup> ha descrito algunas características atribuibles a programas de tratamiento sensibles a cuestiones de género. Éstas son:

- Un entorno seguro, acogedor y propicio para la mujer, que inspire confianza y promueva el establecimiento de lazos y contactos personales.
- Perspectivas teóricas que comprendan las experiencias y la realidad de la vida de la mujer;

39 Daskal, A. M. (1994). Algunas reflexiones acerca de la salud mental de las mujeres. En Servicio Nacional de la Mujer (Ed.) Primer Congreso Nacional: Mujer y Salud mental. (pp.23-29) Santiago: Sernam.

40 Covington, S. & Surrey, J. (2000). The Relational Model of Women's Psychological development: Implications for Substances abuse. Publicado en: Work in Progress, no. 91. Wellesley, Mass.: Stone Center, Working Paper Series. [Citado el 28 de mayo de 2006]. Disponible en World Wide Web: <http://www.stephaniecovington.com>

41 Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito (2005). Tratamiento del abuso de sustancias y atención para la mujer: estudios monográficos y experiencia adquirida. Publicación de las Naciones Unidas: New York.

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

Esto permitiría captar mujeres que no acceden a programas de tratamiento tradicionales, tales como madres de hijos pequeños, lesbianas, mujeres con historial de agresiones sexuales durante la infancia, reduciendo la probabilidad de abandono.

### 3. El daño en el uso problemático de sustancias en una mujer

Como se ha visto, las mujeres que llegan a tratamiento presentan un alto compromiso biopsicosocial, son mujeres dañadas y, generalmente, sus historias de vida están llenas de eventos dolorosos y traumáticos que las hace llevar además un estilo de vida que perpetúa este daño. Este estilo las convierte en un grupo complejo, inestable y hasta inconstante.

Se ha planteado<sup>42</sup> que las mujeres usan drogas para aliviar estrés y depresiones, para tolerar eventos traumáticos como abusos sexuales durante la infancia, relaciones abusivas con varones dominantes, alcoholismo o drogadicción familiar; además para reducir inhibiciones y obtener una falsa sensación de independencia, euforia y aceptación por parte de los pares. El aumento del uso de drogas en las mujeres se atribuye también a la compleja construcción de la identidad de género que demanda cada vez más roles a las mujeres en estos días. Muchas veces el inicio del consumo ha estado asociado a un evento estresante en su vida: conflictos emocionales con sus parejas, problemas con sus hijos, presiones de tipo laboral, sentimiento de soledad, entre otros.

De manera complementaria, y tal como plantea el enfoque relacional del desarrollo psicológico femenino, es frecuente encontrar en los relatos de las usuarias insertas en sistemas familiares, una predominancia de la definición de sí misma en función de otros u otras cosas: la pareja, los hijos, los padres y las tareas domésticas. Pero en estos casos encontramos familias fragmentadas, parejas con frecuentes problemas de adicción; hijos con secuelas producto de un embarazo con consumo de drogas o alcohol (Síndrome Alcohólico Fetal, por ejemplo) o producto de un contexto familiar disfuncional; o padres que han sido violentos o abusadores con ellas. Al tratar de conocer más sobre sus sentimientos, la reacción inicial puede ser de sorpresa o incertidumbre, especialmente entre aquellas mujeres que han adquirido su identidad en base a modelos tradicionales y estereotipados, o bien, entre aquéllas que por procesos de sobrevivencia se han desconectado afectivamente de sus propias experiencias. El autodesprecio, las tendencias suicidas, miedo a la soledad, conductas inmaduras, baja autoestima y hostilidad hacia los hombres pueden ser frecuentes.

La vergüenza y los sentimientos de culpa asociados a procesos de estigmatización son muy comunes en las mujeres con conductas adictivas. Además, no cuentan con el mismo apoyo familiar que con frecuencia se ve entre los varones y, en muchos casos hay oposición explícita por parte de la pareja o de los padres a iniciar tratamiento. Como se ha planteado, es fundamental incorporar la dinámica familiar en el abordaje del caso, pues una deserción puede ser interpretada como falta motivación, cuando en realidad puede corresponder a un mecanismo de estabilización familiar.

Es importante trabajar con la reconexión de sí mismas, tomar conciencia de sus sensaciones corporales, sentimientos y pensamientos sobre sí misma y los otros, aprender habilidades de enfrentamiento asertivo. Para, en un segundo paso, comenzar a revalorar lo que son en el presente y lo que son capaces de llegar a ser en el futuro a través de la construcción de un proyecto de vida.

42 OPCIÓN PERÚ. Mujer y drogas: un acercamiento teórico a su problemática. Opción Perú. [online]. [Citado 02 junio 2006]. Disponible en la World Wide Web: [http://www.opcionperu.org.pe/Web\\_OpcionPeru/principal\\_inbas.htm](http://www.opcionperu.org.pe/Web_OpcionPeru/principal_inbas.htm)

Romero y colaboradores<sup>43</sup> plantea que es importante que el éxito en el tratamiento con mujeres con consumo problemático de drogas no se mida sólo en términos del ajuste estereotipado al rol femenino social, porque al hacerlo se está evitando el confrontar los sentimientos sobre la individualidad y la independencia y, por lo tanto, se pierde la mejor oportunidad de estudiar cuáles son las mejores decisiones y elecciones a tomar en su vida.

Considerando que estas mujeres crecen frecuentemente en familias disfuncionales con graves alteraciones en sus funciones de cuidado y protección, es relevante incentivar la instauración de talleres psicoeducativos relacionados con roles parentales, fundamentalmente en aquéllas que son madres solteras o han sido abandonadas por sus parejas.

#### 4. La violencia en los vínculos

Se ha observado que un amplio porcentaje de mujeres en tratamiento presenta historia de violencia, siendo mayor la proporción de mujeres agredidas que de aquéllas que han estado en el rol de agresoras. En el grupo de mujeres en tratamiento seguido durante el año 2005, se observó que poco más de un cuarto era de ellas era víctima de violencia ese momento, especialmente de sus padres o parejas; y menos de la mitad ejercía violencia, especialmente sobre sus hijos. Más de un tercio de las mujeres fueron violentadas sexualmente. Por otra parte, las historias de abuso y violencia generan un alto impacto emocional en los equipos de tratamiento, por lo que es frecuente abordarlo en las reuniones de asesoría.

Si bien muchas situaciones de violencia requieren intervenciones especializadas orientadas a elaborar traumas, es importante indagar en estos antecedentes a medida que se profundiza en el proceso diagnóstico, con el fin de considerarlos como motivación al cambio o como temática emergente en el proceso de tratamiento.

Interés especial debe prestarse a la historia de abuso sexual, pues con frecuencia puede no ser explorada debido a los sentimientos de vergüenza de la usuaria, por bloqueo como secuela del trauma (estrés postraumático) o porque el entrevistador no está sensibilizado o no se siente preparado para afrontar estas temáticas. Por lo tanto, las experiencias traumáticas deben ser abordadas de manera lenta, respetuosa y cuidadosa, cuando la usuaria esté compensada, y en la medida en que el psicólogo esté capacitado para hacerlo. Será necesario evaluar, en cada caso, la necesidad de derivar el tratamiento de experiencias de abusos a atención psicológica especializada. El asesor debe orientar al equipo a contener, priorizando su situación actual, sin prejuicio de que estos temas sean tratados al egreso del tratamiento. Por otra parte, la presencia de abuso o violencia actual presenta complejidades aún mayores para su abordaje, por lo que el asesor debe instar a los equipos a discutir alternativas de enfrentamiento antes de que se encuentren con situaciones de abuso: por ejemplo definir qué se considera maltrato, quiénes tienen experiencia en abordaje de abuso sexual, cuáles son los límites de la intervención terapéutica mientras esté en tratamiento, cuáles serán los criterios de derivación y con qué redes de apoyo se cuentan (ver Anexo 3).

43 Romero, P.; Gómez, C.; Medina-Mora, M. (1996, Noviembre). Las mujeres adictas: de la descripción a su construcción social. Trabajo presentado en la Reunión del Grupo de Consulta sobre el impacto del abuso de drogas en la Mujer y la Familia, Montevideo, Uruguay.

## 5. La inclusión de la familia

La mujer suele presentar un menor apoyo familiar que el hombre a la hora de acudir a tratamiento; en muchos casos la pareja ha jugado un rol importante en el inicio y evolución de su proceso adictivo y las relaciones con la familia de uno u otro pueden sufrir importantes deterioros que mengüen la capacidad de respaldar constructivamente el proceso de recuperación, o en el ejercicio de roles parentales cuando hay hijos de por medio.

Habitualmente los centros realizan alguna de las siguientes intervenciones psicosociales de grupo de familia: reuniones en la modalidad multifamiliar y reuniones con la familia de la usuaria.

Se ha observado que los objetivos de ambas actividades difieren según la experticia de los encargados, sin embargo, parece relevante diferenciar dos niveles de objetivos en el trabajo familiar

- 1° Nivel orientado a lograr que el grupo familiar participe del tratamiento como apoyo a la usuaria: el objetivo es informar a la familia a través de actividades psicoeducativas, qué son las drogas, sus efectos, dinámica adictiva, etc.; y cómo puede mantener las reglas del programa en su hogar. Aquí es importante sugerir a los equipos que se incorpore psicoeducación sobre dinámicas familiares clásicas en la conducta adictiva, como una manera de introducir la perspectiva sistémica en la comprensión de la misma.
- 2° Nivel orientado a lograr cambios en la dinámica familiar de la usuaria: el objetivo es promover el cambio de dinámicas disfuncionales relacionadas con la conducta de consumo. Esto implica lograr que la familia identifique aquellas pautas relacionales que rodean las conductas de consumo, reconozcan sus roles y busquen formas alternativas de actuar con el fin de ayudar al cambio de dichas pautas.

Es importante clarificar el límite entre intervenciones familiares como las antes descritas y terapia familiar propiamente tal, pues es probable que en estos espacios terapéuticos surjan temas de conflicto familiar que trascienden al consumo de sustancias; aquí el rol será de contención (escucha y apoyo) y motivación a buscar resguardo en terapeutas familiares especializados mientras se está en tratamiento o a su egreso. El programa de tratamiento no debe olvidar que el foco está en el consumo problemático de drogas.

Otro aspecto a tener presente es velar porque la usuaria esté presente en las intervenciones familiares. Su ausencia impide ver in situ la dinámica familiar en torno al problema, se toman decisiones o acuerdos en ausencia de la principal involucrada y se desperdicia el aporte que ella pueda dar a la problemática familiar. Que la usuaria esté presente tiene un mayor impacto en la intervención familiar.

La participación de la familia debiera involucrar a todos los actores relevantes del núcleo familiar, sin embargo, debiera existir una postura flexible hacia los miembros de la familia que quieran asistir a cada sesión; es decir, se debe trabajar con quienes asistan, incentivando la incorporación de aquellos ausentes que se consideren relevantes.

Ante el ingreso de una mujer con uno o más hijos es obligación comenzar a trabajar en conjunto con la familia, es decir, el padre y los abuelos, ya que habitualmente éstos han debido involucrarse en el cuidado de los hijos durante las fases activas del proceso adictivo. Esto no sólo permitirá revisar el vínculo de la usuaria con su pareja y/o sus padres, sino que también el que haya un adulto responsable externo del o los niños, que esté al tanto de las condiciones de los mismos y que pueda apoyar en el cumplimiento de los cuidados que necesiten.

## 6. La sexualidad femenina

Respecto de la percepción de la sexualidad, es posible observar dos distinciones centrales: por una parte se afirma que, si bien el sexo está presente en la vida de la mujer, no constituye una necesidad vital y pudiera ser prescindible. Por la otra, se percibe la sexualidad masculina como una necesidad vital, necesaria e imprescindible<sup>44</sup>. Asimismo, se observa un discurso contrapuesto que reconoce una mayor apertura e información sobre la condición sexuada de la mujer; mientras se reconoce que el deseo sexual es un terreno masculino. Mientras que para los hombres la principal condición para tener relaciones sexuales es que ambos lo deseen, para las mujeres es que exista amor<sup>45</sup>. Para las mujeres lo que estaría presente en su sexualidad son las dimensiones de cariño, comunicación y entrega por sobre la noción de placer, constituyéndose en una experiencia principalmente afectiva<sup>46</sup>. Esta percepción es menos frecuente en mujeres jóvenes de clase media.

El estudio de Rodó plantea que frente al tema de la masturbación las mujeres muestran inicialmente una actitud abierta, informada, desinhibida, probablemente asociada al reconocimiento su condición sexuada; sin embargo, a poco andar, aparecen las asociaciones con lo anormal, lo impropio, el vicio, lo extraño. Todas las mujeres participantes de su estudio consideran que la mujer no necesita de la masturbación, pues no tiene biológicamente una necesidad sexual que lo justifique. Se considera que es normal sólo si constituye un episodio aislado en la vida de soltera o sin pareja.

Otro aspecto es lo relacionado con el cuerpo, éste aparece asociado de manera reiterada a la limpieza y seducción. Constituye para las mujeres la virtud corporal más importante en relación con la sexualidad, apareciendo como un instrumento de seducción; las mujeres lo perciben como un medio de satisfacción y goce para el otro. Para la autora, la asociación con la limpieza podría estar dando cuenta de una connotación negativa del sexo, y en general, de su propia sexualidad.

44 Rodó, A. (1994) Percepción y valoración de la sexualidad. En Servicio Nacional de la Mujer (Ed.) Primer Congreso Nacional: Mujer y Salud Mental. (pp. 71-74). Santiago: Sernam.

45 Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (2002). Desarrollo Humano en Chile. Nosotros los chilenos: un desafío cultural. Santiago de Chile.

46 Rodó, A. (1994) Percepción y valoración de la sexualidad. En Servicio Nacional de la Mujer (Ed.) Primer Congreso Nacional: Mujer y Salud Mental. (pp. 71-74). Santiago: Sernam.

Estas percepciones femeninas respecto de la sexualidad constituyen, a su vez, un referente de lo que es esperable en su discurso. Y lo esperable es una relación más conservadora con su propio cuerpo. Por lo tanto, es importante estar atentos a profundizar en discursos aparentemente abiertos y desinhibidos que guardan de fondo un mundo emocional sensible que puede ser explorado para potenciar positivamente el reconocimiento y la relación con su propio cuerpo. Por otra parte, es central tener conciencia de que una mujer con un discurso distinto o una conducta genuinamente más desinhibida respecto de su propia sexualidad puede despertar juicios o atribuciones valóricas en su contra por todos los participantes del tratamiento.



capítulo VII.

# Niños, niñas y embarazos

## 1. El rol del equipo de tratamiento frente a los niños y niñas en el centro

La presencia de mujeres embarazadas y de mujeres con sus hijos en un centro de tratamiento tiene un impacto emocional removedor en todos los integrantes del proceso, tanto para las usuarias como para el equipo terapéutico. Con frecuencia implicará una revisión o redefinición de los distintos roles: terapeuta-usuaria, usuaria-hijos, terapeuta-hijos. Por lo tanto, el asesor debe intencionar la exploración por parte del equipo respecto de sus vivencias en relación con la presencia de bebés, niños y embarazadas, con el fin de explicitar juicios, prejuicios, temores, angustias y tendencias a la sobreprotección que pueden interferir en la relación terapéutica.

El impacto emocional facilita la asociación de lo observado con las propias experiencias infantiles, surgiendo temas tales como abusos sexuales, maltrato, abandono, adopciones, hijos muertos o no tenidos; todo lo cual obliga a los terapeutas a estar más capacitados y dispuestos a trabajar estas problemáticas. Por otra parte, es esperable que aparezca en el equipo el miedo a ingresar a los hijos a los centros de tratamiento y, por lo tanto, haya distintas resistencias inconscientes a hacerlo: retraso en la habilitación de cunas o camas, ingreso exclusivo de mujeres sin hijos o con hijos mayores, creencia unánime de que las mujeres no quieren ingresar con sus hijos, etc. Estas situaciones deben ser exploradas para descartar la presencia de sesgos inconscientes que estén dejando fuera a la población de madres con hijos pequeños.

El ingreso de los hijos a los programas de tratamiento debe ser evaluado en cada caso específico, pues no todas las usuarias se encuentran en condiciones de asumir las responsabilidades de su cuidado al inicio de éste. En este sentido, se puede sugerir que los niños ingresen luego de que la usuaria haya pasado la etapa de desintoxicación, se encuentre estabilizada y/o en un estadio motivacional de preparación o acción. De acuerdo con la experiencia clínica acumulada, no es recomendable que usuarias en estado contemplativo o precontemplativo ingresen a tratamiento con sus hijos.

El rol del equipo es cuidar a los niños y niñas, velar por sus derechos dentro del centro, observarlos y acudir/derivar a profesionales competentes en caso de dudas o problemas en su desarrollo (centro de salud, profesores o educadores de párvulos). No corresponde evaluarlos, aplicar baterías de psicodiagnóstico ni asumir la adopción de los niños. Un aspecto central es generar las condiciones que permitan potenciar el desarrollo del rol materno a través de la observación de la interacción madre-hijo y posterior apoyo en las conductas positivas que ésta emprende. El equipo debe permitir que los niños se desarrollen en un ambiente cercano a su contexto natural y con el máximo de contacto con su familia. Finalmente, es importante favorecer la generación de espacios que le permitan al niño jugar y expresarse lúdicamente, velando por un adecuado cuidado y protección en concordancia con las normas sanitarias vigentes.

El equipo debe velar porque la usuaria inscriba a su hijo en el consultorio de atención primaria, asista con él al Programa del Niño Sano y a todas las atenciones médicas indicadas por el pediatra y/o enfermera a cargo. Asimismo, debe promover la vinculación con el sistema educativo, coordinándose con salas cuna y colegios. En caso contrario debe informar al familiar responsable y evaluar en conjunto con la usuaria la asunción de las responsabilidades del cuidado del niño. También debe aclararse la situación legal del menor, especialmente cuando existan medidas cautelares, las cuales deben ser explicitadas desde el contrato terapéutico.

## 2. El uso de drogas en el embarazo y la primera infancia

Dado que la mayor parte de drogas de abuso tiene un paso comprobado a través de la placenta, la sobreestimulación de los sistemas de neurotransmisión del feto puede producir anomalías en los patrones de proliferación, diferenciación y migración neuronal, que son parcialmente controlados por dichos sistemas, así como alteraciones persistentes en la responsividad de la célula y alteraciones secundarias de carácter compensatorio que contribuyan a déficits conductuales posteriores.

De acuerdo a la información emanada desde la Organización de Naciones Unidas<sup>47</sup>, el consumo de sustancias ilícitas durante el embarazo puede causar escasez de peso del recién nacido, parto prematuro y desnutrición. Algunas de estas consecuencias pueden deberse al estilo de vida que lleva aparejado el consumo de sustancias; como la mala alimentación, la falta de atención médica y social, y la presencia de enfermedades infecciosas como el VIH/SIDA y la hepatitis, que pueden agravar todos los efectos directos de dicho consumo en la salud de la madre y del feto. Algunas consecuencias descritas en relación con el uso de sustancias específicas durante el embarazo son:

- **El consumo de heroína u otros opioides:** los cambios del nivel de estas sustancias en el torrente sanguíneo pueden causar síntomas de abstinencia, riesgo de aborto, parto prematuro o tamaño reducido del bebé (para su edad gestacional), así como síndrome de abstinencia neonatal.

47 Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito (2005). Tratamiento del abuso de sustancias y atención para la mujer: estudios monográficos y experiencia adquirida. Publicación de las Naciones Unidas: New York.

- **El consumo de cocaína durante el embarazo:** las consecuencias para la madre y el feto pueden ser alta presión sanguínea, problemas cardíacos, ataques y muerte súbita, ruptura anticipada de membranas, menor edad gestacional, peso reducido al nacer, placenta previa y separación de la placenta y el útero; lo que causa hemorragias agudas y la muerte del feto. También se han registrado algunos efectos teratogénicos (daños en el embrión/feto en el período de gestación).
- **El consumo de cannabis durante el embarazo:** se ha comprobado que acorta el período de gestación y frena el aumento de peso de la madre, y se han observado temblores y alteración de la capacidad de reacción visual en los recién nacidos de madres que son grandes consumidoras de esta sustancia.

El consumo de drogas tras el embarazo y durante la infancia del niño es una de las variables a considerar, ya que puede afectar la capacidad de la madre de responder a las necesidades físicas y emocionales de éste y de ofrecerle estimulación apropiada a lo largo de su desarrollo.

### 3. La maternidad y el tratamiento de la adicción

Como se ha dicho, la calidad del vínculo de apego que se construye a través de una interacción diádica, será buena en la medida en que ambos miembros de la díada emitan señales claras y consistentes, y sean capaces de interpretar las señales emitidas por el otro. Según Calvo<sup>48</sup>, los efectos farmacológicos de las diversas sustancias y los ciclos de intoxicación-abstinencia pueden afectar a la interacción materno-infantil, al producir en la madre diversas alteraciones perceptivas, afectivas y conductuales y pudiendo reducir, tanto su sensibilidad para percibir e interpretar las claves emitidas por el niño como su habilidad para emitir claves apropiadas. Si a esto se une la posibilidad de que el niño sea de difícil manejo por hallarse bajo los efectos agudos de la exposición prenatal a una droga o por presentar alteraciones neuroconductuales, la calidad del vínculo puede verse comprometida por ambos miembros de la díada.

La experiencia de la gestación y la maternidad es un aspecto que suele asociarse con una mayor motivación para la búsqueda de tratamiento. No obstante, la representación mental que la mujer tiene acerca de la maternidad, las expectativas que posee sobre sí misma en su rol de madre y las reacciones emocionales ante la perspectiva de la maternidad varían con cada mujer e, incluso, con cada embarazo para la misma mujer. No es infrecuente encontrar sentimientos cruzados de apego, ansiedad y rechazo hacia el neonato, lo que unido al miedo a la estigmatización social, produzca un alejamiento de los servicios sanitarios y sociales más que un acercamiento a los mismos.

En lo que se refiere a los estilos parentales, la adicción en mujeres madres se ha asociado con estilos educativos rígidos, inconsistentes y/o amenazantes, que a mediano o largo

48 Calvo, H. (2004).  
Maternidad, infancia y  
drogas: implicaciones  
clínicas. *Adicciones*, 16(4),  
1-20.

plazo pueden producir alteraciones conductuales o afectivas de diverso grado en el niño. Sin embargo, se debe tener presente también que los estilos parentales más rígidos se relacionan fuertemente con niveles socioeconómicos bajos y la falta de responsividad puede estar mediada por la presencia de comorbilidad psiquiátrica. En ausencia de trastorno adictivo, las madres afectadas de trastornos psicóticos o afectivos parecen poseer menor responsividad emocional hacia el niño y las madres depresivas parecen ser más hostiles e inconsistentes en su relación con éste. Dada que la presencia de patología dual puede llegar a ser muy elevada y que las madres afectadas de trastornos mentales en ausencia de drogodependencia pueden considerarse por sí mismas vulnerables, se trataría en estos casos de una doble vulnerabilidad para la madre y para el niño.

Es fundamental tener presente que la adicción no debe considerarse como parámetro de evaluación de las capacidades parentales de la mujer, ya que la disfuncionalidad en este rol puede estar mediada por diversos factores. Asimismo, la rehabilitación y reinserción social no garantiza la mejora automática de las funciones parentales.

En el tratamiento deben promoverse intervenciones motivacionales no confrontativas y en contactos sucesivos. Existe acuerdo en que las aproximaciones de tipo confrontativo, rígido y persecutorias no son constructivas para la madre ni para el niño.

Este mismo autor plantea que las responsabilidades derivadas de la maternidad constituyen a menudo un arma de doble filo: por una parte motivan a la rehabilitación y, por otra, compiten por los recursos de la mujer, en momentos especialmente críticos del proceso terapéutico. En este sentido, es fundamental motivar al equipo a estar constantemente considerando la multiplicidad de roles que ella desempeña y, entre los cuales, la maternidad juega un papel fundamental. Por otra parte, la evaluación que la mujer hace de sus habilidades y capacidades como madre están mediadas, no sólo por la interacción con su hijo o hija, sino por el momento que atraviesa en su proceso adictivo y los mensajes que recibe del equipo tratante, la sociedad y la red de apoyo.

En los casos en que sea necesario que el hijo quede a resguardo de familiares y se genere un mayor apego a otras personas distintas de la madre, la intervención debe incluir el manejo por parte de la mujer del resentimiento o alejamiento emocional del menor, así como la comprensión de éste -si corresponde-, de la problemática presentada por su madre desde una perspectiva apropiada para su nivel evolutivo. En casos extremos sería necesario para la mujer elaborar la comprensión y el duelo de la pérdida del rol de madre.

#### 4. La promoción del vínculo madre-hijo/a

El vínculo madre-hijo se puede potenciar a través de actividades que permitan a la madre identificar las necesidades de su hijo, sus características como persona, sus intereses y gustos; y apoyar el rol de cuidado materno a través de:

- Entrega de información atingente en la metodología de charlas de expertos o talleres psicoeducativos: dieta saludable, apoyo escolar, inserción en la red de salud, inserción en el sistema educativo, alternativas de manejo conductual, los derechos de los niños, características y necesidades de cada etapa de desarrollo, etc.
- Reforzamiento contingente de conductas asertivas.
- Asunción de responsabilidad sobre el cuidado y desarrollo de sus hijos de manera gradual y con un acompañamiento físico paulatinamente decreciente.

Por otra parte, será fundamental incitar al equipo a validar a la madre y a tener una actitud de apoyo por sobre una de corrección e instrucción. Esto también permitirá generar en ella la confianza en sí misma para desempeñar su rol materno.

Para esto, es posible buscar apoyo en material educativo generado por UNICEF, que está disponible en: [http://unicef.cl/centrodoc/listado.php?id\\_tema\\_documento=7](http://unicef.cl/centrodoc/listado.php?id_tema_documento=7)

#### 5. La violencia en el manejo conductual

Respecto al uso de violencia como manejo conductual, se debe explicitar su prohibición al interior del centro en términos positivos, por ejemplo, incorporando en sus normas algunos derechos básicos de los niños, como el no ser golpeado ni abandonado en ese lugar. Si una madre golpea a su hijo se sugiere intervenir inmediatamente, conversando en privado con ella para identificar las razones de los golpes y buscar formas alternativas de resolución de problemas o manejo conductual en el niño. Generalmente, el castigo corporal atemoriza, aumenta la rebeldía y la conducta perturbadora en el niño y promueve la transmisión generacional de la violencia. Se debe sugerir al equipo que aborde este tema para conocer las distintas posturas y cómo define cada uno maltrato, y desde allí definir una pauta de acción conjunta y coherente con madres e hijos, tendiente a promover un buen trato y evitar las agresiones, tanto en la interacción cotidiana como en la instauración del manejo conductual de los hijos en talleres de estrategias de resolución de problemas.

## 6. Orientaciones sanitarias y de seguridad en la tenencia de niños y niñas<sup>49</sup>

La lactancia natural es una forma sin parangón de proporcionar un alimento ideal para el crecimiento y desarrollo sanos de los lactantes; también es parte integrante del proceso reproductivo, con repercusiones importantes en la salud de las madres. La leche materna es el único alimento capaz de satisfacer todos los requerimientos nutricionales durante los primeros seis meses de vida, sin requerir otros alimentos agregados como agua o jugos.

Como recomendación de salud pública mundial, durante los seis primeros meses de vida los lactantes deberían ser alimentados exclusivamente con leche materna para lograr un crecimiento, un desarrollo y una salud óptimos. A partir de ese momento, a fin de satisfacer sus requisitos nutricionales en evolución, los lactantes deberían recibir alimentos complementarios adecuados e inoocuos desde el punto de vista nutricional, sin abandonar la lactancia natural. La lactancia natural exclusiva puede practicarse desde el nacimiento, salvo el caso de algunas afecciones médicas, y si se hace sin limitaciones, propicia una abundante producción de leche.

Para la preparación de mamaderas cada centro debe implementar un espacio denominado Sedile. Éste es un lugar donde se prepararán exclusivamente las fórmulas lácteas y aguas para beber de los lactantes, debido a la vulnerabilidad del grupo etario que recibe estas preparaciones y, por la naturaleza de estos productos, que presentan un alto riesgo de contaminación. Esta área física, el equipamiento y los elementos destinados a la preparación de alimentos deben mantenerse en excelentes condiciones de aseo, orden e higiene y no debe presentar servidumbre de paso. El equipamiento mínimo de este recinto para la preparación de 20 raciones diarias es de 1 ml. de mesón de preparación (50 cm. de ancho), un lavaplatos simple y una cocina de dos platos. Hasta 40 raciones, el mesón debe medir 1,5 ml.

Para la preparación de raciones alimenticias de lactantes y niños se puede disponer de una cocina general que cumpla las siguientes disposiciones: hasta 30 raciones, el mesón de preparación debe medir 3,75 ml.; además debe tener un lavaplatos simple y una cocina de cuatro platos.

Es recomendable que los centros cuenten con diversos materiales educativos relativos a la alimentación, salud y características del desarrollo normal de lactantes y niños que viven en él. A continuación se nombran algunas alternativas didácticas que, además, poseen recomendaciones para estimular, cuidar la salud y prevenir accidentes más frecuentes en los niños:

- *Guía de Alimentación del menor de 2 años*, elaborada por INTA y la Universidad de Chile.

Disponibile en <http://www.inta.cl/consumidor/tripticos/TriGuaP.pdf>

49 Para la redacción de este apartado se han tomado las siguientes referencias: Ministerio de Salud (2000). Norma de alimentación del Niño Menor de 2 años. Gobierno de Chile. OMS (2003). Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño. Ginebra. JUNJI (2004). Guía para obtener el empadronamiento para Jardines Infantiles y Salas Cunas. Gobierno de Chile. Fiene, R. (2003). Un vistazo a las tendencias en los reglamentos de licenciamiento del cuidado infantil. Boletín de Cuidado del niño, 28. National Child Care Information Center, Viena. [Citado el 22 de agosto de 2006]. Disponible en World Wide Web: <http://nccic.org/>

- *Tiempo de Crecer: Salud y desarrollo de niños y niñas de 0 a 3 años*, elaborado por FOSIS, Programa Puente y UNICEF.

Disponible en [http://www.unicef.cl/centrodoc/listado.php?id\\_tema\\_documento=7](http://www.unicef.cl/centrodoc/listado.php?id_tema_documento=7)

- *Tiempo de Crecer: Cuidados para niños y niñas de 0 a 3 años*, elaborado por FOSIS, Programa Puente y UNICEF.

Disponible en [http://www.unicef.cl/centrodoc/listado.php?id\\_tema\\_documento=7](http://www.unicef.cl/centrodoc/listado.php?id_tema_documento=7)

- *Tiempo de Crecer: Guía para la familia. La Salud de niños y niñas de 0 a 3 años*, elaborado por FOSIS, Programa Puente y UNICEF.

Disponible en [http://www.unicef.cl/centrodoc/listado.php?id\\_tema\\_documento=7](http://www.unicef.cl/centrodoc/listado.php?id_tema_documento=7)

- *Tiempo de Crecer: Guía para la familia. Desarrollo de niños y niñas de 0 a 3 años*, elaborado por FOSIS, Programa Puente y UNICEF.

Disponible en [http://www.unicef.cl/centrodoc/listado.php?id\\_tema\\_documento=7](http://www.unicef.cl/centrodoc/listado.php?id_tema_documento=7)

Por otra parte, se ha descrito una serie de indicadores de calidad en el cuidado infantil\* que surgen de la revisión de investigaciones estadounidenses, orientadas a determinar la salud y la seguridad de niños pequeños y la calidad general de un programa exclusivo para su cuidado. A continuación se presentan algunos de estos indicadores, que pueden ser considerados por los directores de centros de tratamiento que incorporan la tenencia de niños junto a sus madres.

- **Prevención del abuso infantil.** Esto se puede lograr aumentando el apoyo a los cuidadores, mediante bajas proporciones de personal por cada niño<sup>50</sup> y descansos suficientes; informar a cuidadores de sus responsabilidades legales, sus derechos y protecciones según la ley; enfocarse en el comportamiento positivo, proveer suficientes oportunidades de capacitación, y ofrecer apoyo social, redes de contacto entre padres, consejos sobre la lectura de los niños y consejería informal a padres preocupados.
- **Vacunas.** Los niños pequeños se hallan ante un riesgo aumentado de adquirir enfermedades contagiosas en comparación con niños mayores y adultos. Las inmunizaciones ayudan a protegerlos, tanto durante la infancia como por el resto de la vida.
- **Proporción de niños y tamaño grupal.** La transmisión de enfermedades es mayor cuando hay más niños y adultos presentes en un mismo espacio, y una menor proporción mejora, tanto el comportamiento del personal frente al cuidado que ofrecen como la seguridad de los niños. La investigación sobre la salud mental y la preparación escolar demuestran que se generan lazos emocionales más seguros donde hay proporciones menores de niños por cada personal y tamaños grupales reducidos.
- **Calificación del personal.** Los cuidadores capacitados tienen más probabilidad de fomentar la salud física y mental, la seguridad y el desarrollo cognitivo de los

50 Para conocer la norma chilena al respecto consultar: JUNJI (2004). Guía para obtener el empadronamiento para Jardines Infantiles y Salas Cunas. Gobierno de Chile.

\* *Thirteen Indicators of Quality Child Care: Research Update.* Disponible en <http://aspe.hhs.gov/hsp/ccquality-ind02>

pequeños a su cuidado. Aquéllos que cuentan con formación universitaria animan más a los niños, muestran más dirección de parte del profesor y utilizan comportamientos menos restrictivos. Tienen una probabilidad mayor de seguir trabajando en el cuidado infantil, lo cual disminuye el cambio de personal y ayuda con los lazos emocionales y la formación de relaciones de apego con los niños muy pequeños.

- **Supervisión y disciplina.** La supervisión apropiada disminuirá ciertos problemas de comportamiento, como el perturbador o ingobernable, y bajará las tasas de heridas. La disciplina, si no se utiliza apropiadamente (controlar, castigar, reprender verbalmente y dar castigo corporal) resultará en que los niños se rebelen y se comporten de una manera perturbadora. Estos tipos de comportamiento no deberían ocurrir en programas de cuidado infantil.
- **Ejercicios contra incendios.** Los niños menores de cinco años de edad tienen dos veces la probabilidad de morir en incendios que la de cualquier otra edad durante la niñez. En lo posible, el centro debe tener un programa que enseñe a los pequeños la seguridad contra incendios.
- **Plan de emergencias y personas de contacto.** El personal debe estar preparado para situaciones de emergencia y heridas, a través de capacitaciones en primeros auxilios y resucitación cardiopulmonar. Se deben tener procedimientos establecidos para emergencias médicas y mantener información esencial sobre el nombre y teléfono del hospital o SAPU más cercano.
- **Patio de recreo al aire libre.** La mayoría de las heridas ocurre en estos lugares y, por lo general, son caídas. Para prevenir esto se debe bajar la altura de los equipos de juego y proveer superficies más elásticas.
- **Inaccesibilidad a sustancias tóxicas.** Muchos materiales posiblemente tóxicos pueden hallarse en los centros, como pesticidas, materiales de artes y de limpieza, productos secundarios de combustibles, humo de cigarrillos, materiales de construcción y la suciedad del suelo. Los niños difieren de los adultos en cuanto a la susceptibilidad, por lo que deben tomarse medidas de precaución para minimizar el riesgo de peligros ambientales.
- **Procedimientos apropiados de lavarse las manos y cambiar pañales.** El lavado de las manos es la manera más eficaz de interrumpir la transmisión de enfermedades contagiosas. Los programas han de proveerse apoyo técnico respecto de estos procedimientos con el fin de disminuir la transmisión de enfermedades.

*capítulo VIII.*

## Anexos

**Anexo 1:**  
**Pauta de presentación de casos clínicos**

**IDENTIFICACIÓN**

Nombre de pila: .....

Edad: .....

Fecha de ingreso a tratamiento: .....

Lugar de derivación: .....

Actividades de tratamiento en las que participa (nombre de actividad y del encargado):

.....

**ANTECEDENTES RELEVANTES**

Describe antecedentes individuales (factores de riesgo y protectores, pauta de consumo), familiares (con quién vive, hijos, pareja, padres), académicos y/o laborales:

.....

**DIAGNÓSTICOS**

Diagnóstico principal:

Comorbilidad psíquica:

Diagnóstico biomédico:

Diagnóstico de estadio motivacional:

Diagnóstico de compromiso biopsicosocial:

**INDICACIONES DEL TRATAMIENTO INICIAL**

Describe Indicaciones individuales (especificar fármacos) y grupales:

Empty rounded rectangular box for initial treatment indications.

**MOTIVOS POR LOS CUALES SE PRESENTA EL CASO:**

Empty rounded rectangular box for reasons for the case.

**ACUERDOS Y CONCLUSIONES:**

Empty rounded rectangular box for agreements and conclusions.

## Anexo 2: Las etapas del cambio en la mujer

Los modelos del cambio conductual intentan explicar la manera como los individuos modifican sus conductas. Lo central es el cambio en la mirada lineal y dicotómica, que lo ve como el paso del estado actual al deseado de una sola vez; el cambio por una mirada que lo conceptualiza como un proceso gradual que cursa en etapas en forma de espiral, incorporando la recaída como parte del proceso. Sobre la base de investigaciones y experiencia en las conductas adictivas, James Prochaska y Carlo Di Clemente formularon en 1984 el Modelo Transteórico del Cambio, constituyéndose en un aporte importante y validado a la comprensión de los procesos de ayuda y cambio en las conductas adictivas.

El modelo se estructura sobre tres dimensiones del cambio:

- **Estadios del cambio:** corresponde a etapas definidas por el estado de la motivación o disposición del sujeto a modificar su conducta. Éstas son: Precontemplación, Contemplación, Preparación, Acción y Mantenimiento.
- **Procesos del cambio:** corresponde a las actividades iniciadas por la persona en proceso de cambio, que modifican el afecto, la conducta, las cogniciones o las relaciones interpersonales.
- **Niveles del cambio:** corresponde a los problemas psicológicos de la persona, susceptibles de ser tratados, organizados jerárquicamente de acuerdo al nivel de conciencia y contemporaneidad con el problema actual: síntomas, cogniciones desadaptativas, conflictos actuales personales, conflictos familiares y conflictos interpersonales.

La duración del proceso de cambio es individual y depende de la complejidad de la conducta adictiva. Estas etapas son útiles para predecir la probabilidad de que una persona ingrese y se mantenga en tratamiento: personas en etapa precontemplativa o contemplativa es menos probable que se incorporen a tratamiento, a diferencia de lo que ocurre en etapa de preparación y acción. Por otra parte, cuando el comportamiento que se cambiará es adictivo, el progreso a través de las etapas no necesariamente es directo; pueden recaer y retroceder en las etapas para volver a avanzar, como un espiral.

Sobre la base de este modelo, Brown y colaboradores<sup>51</sup> han propuesto incorporar lo que han llamado “pasos del cambio” relacionados al ingreso a programas de tratamiento del abuso de sustancias en mujeres.

Un porcentaje importante de la gente con desorden adictivo diagnosticado tiene al menos un problema de salud mental concomitante (Kessler y otros., 1996; Regier y otros., 1990)<sup>52</sup>.

51 Brown, V.B.; Melchior, L.; Panter, A.T.; Slaughter, R. & Huba, G.J. (2000). Women's steps of change and entry into drug abuse treatment: a multidimensional stage of change model. *Journal of Substance Abuse Treatment* 18, 231-240

52 Op. cit.

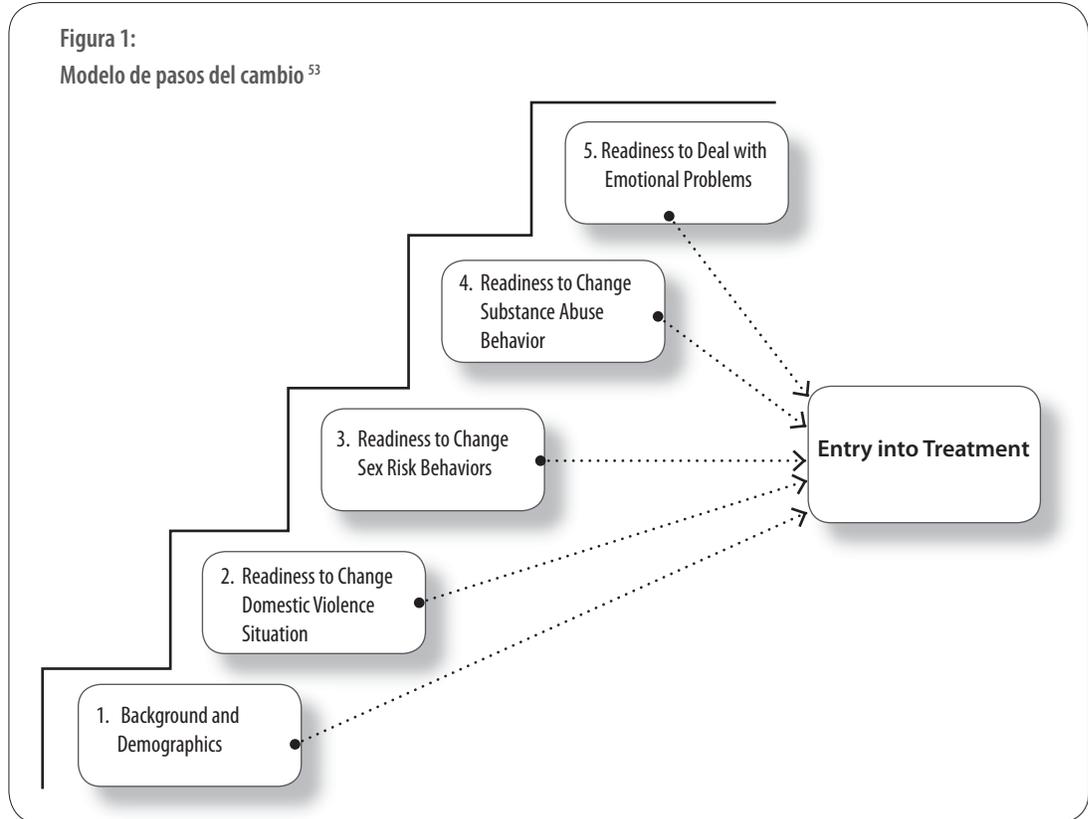
Por otra parte, las mujeres presentan con mayor frecuencia que los hombres, índices más altos de desórdenes concurrentes. Según estos autores, una de cada 12 mujeres sobre 18 años puede ser diagnosticada con un serio problema de salud mental, mientras que en hombres la proporción es uno de cada 20.

Para las mujeres con consumo problemático de sustancias y múltiples necesidades o problemáticas biopsicosociales, tales como enfermedad mental, historia de abuso físico y/o sexual, HIV/SIDA, estos autores proponen extender los niveles del modelo del cambio originales en uno más complejo. Este modelo abarca el hecho de que las mujeres pueden desear realizar cambios simultáneamente en varios aspectos de su vida. La entrada a tratamiento no sólo implica ayuda en relación al abuso de sustancias, sino que también involucra una serie de otras necesidades y prioridades que están en conflicto.

La propuesta abarca cuatro áreas en las cuales las mujeres pueden intentar cambiar su vida para comenzar vivirla de manera más estable y sana, a través de su ingreso a tratamiento; éstas son:

- (a) Preparación para cambiar una situación de violencia doméstica.
- (b) Preparación para cambiar comportamientos sexuales de riesgo.
- (c) Preparación para cambiar conductas de abuso de sustancias.
- (d) Preparación para tratar problemas emocionales.

Figura 1:  
Modelo de pasos del cambio<sup>53</sup>



53 Op. cit. página 233.

Como se grafica en la figura 1, estas cuatro clases de preparación al cambio se retratan como una escalera de izquierda a derecha, en el entendido de que las mujeres pueden desear ocuparse de estos problemas dentro de términos de “urgencia” o potencial amenaza para su vida. Según este modelo teórico, se presume que las mujeres desean tratar lo inmediatamente más amenazador primero, antes de tratar problemas significativos que no tienen el mismo grado de amenaza inmediata. Por lo tanto, el foco debe estar en incentivar el abordaje de los problemas que está más dispuesta a cambiar, desde su propia percepción de urgencia. Este modelo presupone la existencia o creación de redes de apoyo sociocomunitarias que puedan dar respuesta a las distintas problemáticas de la mujer en aquellas áreas que no sean posibles de abordar por el equipo de adicciones (por ejemplo, violencia doméstica y conductas sexuales de riesgo).

Este estudio también plantea que no existe un factor que determine una mejor disposición al cambio en la mujer, sino más bien, que existen varios dominios terapéuticos concomitantes. La jerarquía de los problemas a tratar estaría dada por la percepción de inmediatez del potencial daño en ellas. Esta forma de priorizar y buscar ayuda sobre la base de la “urgencia” y la inmediatez deben ser considerados en el entendido también de que para las mujeres urgencia equivale a seguridad. La integración de estos pasos del cambio puede ayudar a las usuarias y a los equipos clínicos a considerar todas las áreas del cambio posible dentro de un marco de “urgencia” e inmediatez, potenciando su ingreso a tratamiento.

## Anexo 3: Violencia y abuso<sup>54</sup>

Para muchos autores<sup>55</sup>, los principales elementos precipitantes de la actitud violenta del agresor se relacionan con la ingesta de alcohol y otras drogas; para otros, el consumo de drogas agrava la violencia, pero no la genera. En ambos casos se reconoce que la violencia tiene vinculación con el uso indebido de drogas, lesionando la integridad personal, la libertad, la autoestima, la sexualidad y la salud física y mental. En este contexto, el uso de drogas puede surgir como una liberación a este daño.

Se entiende por violencia intrafamiliar “todas las formas de abuso que ocurren en las relaciones entre los miembros de una familia. Esto incluye toda conducta que -por acción u omisión- dañe física y psicológicamente a otro miembro de la familia” (op.cit).

Cifras nacionales dan cuenta de que la mitad de las mujeres y un 74% de los niños viven o han vivido situaciones de violencia en su entorno familiar.

54 En este apartado se desarrollan ideas inicialmente planteadas en: Fazzolari, J.; Véliz, A.; Pérez, A.; Contreras, L. & Lara, M. (2005). Proyectos de tratamiento y rehabilitación con perspectiva de género para mujeres adultas con consumo problemático de drogas: Las Buenas Prácticas. Área Técnica en Tratamiento y Rehabilitación, Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes, Gobierno de Chile. (Documento sin publicar). El material complementario ha sido extraído de: UNICEF & Carabineros de Chile (2004). Guía de apoyo para el trabajo con niños y mujeres: Violencia Intrafamiliar, Maltrato Infantil y Tipificación de Delitos Sexuales.

55 Comisión Interamericana para el control del abuso de drogas (1997, noviembre). Mujer, drogas y familia. Ponencia presentada en el Encuentro de Educación Preventiva Participativa del Uso Indebido de Drogas en la Mujer Dominicana. Republica Dominicana. [Citado el 26 de mayo de 2006]. Disponible en World Wide Web: [http://www.cicad.oas.org/Reduccion\\_Demanda/esp/documentos/DocumentosB/PONENCIA.doc](http://www.cicad.oas.org/Reduccion_Demanda/esp/documentos/DocumentosB/PONENCIA.doc)

Fuente:  
Sernam, 2001 y 2004.

Prevalencia de la violencia conyugal en mujeres

	R. M. (2001)	IX región (2001)	IV región (2004)
<b>Cifras Globales</b>			
Sin violencia	49,7	53	51,6
Con violencia	50,3	47	48,4
<b>Tipo de Violencia</b>			
Psicológica	43,2	42,4	41,9
Física leve	13,1	10,2	13,4
Física grave	19,0	15,1	19,2
Sexual	14,9	14,2	16,6
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Fuente:  
Estudio Unicef, 2000.

Prevalencia del maltrato infantil en Chile

Tipo de Violencia	%
Sin violencia	26.4
Violencia psicológica	9.7
Violencia física leve	8.5
Violencia física grave	25.4
<b>Total</b>	<b>100</b>

La violencia intrafamiliar genera daños en la salud física y mental de las personas, vulnera sus derechos, aumenta la incidencia de enfermedades y atención especializada, y también genera daños en la esfera económica: ausentismo laboral, menores ingresos y empobrecimiento de las familias. En los niños la violencia genera: aumento de problemas de aprendizaje y de conducta en el colegio, lo que pone en riesgo su continuidad en el sistema escolar; mayor probabilidad de convertirse en hombres agresores de sus parejas en el futuro o madres golpeadoras con sus hijos y mayor riesgo de ser mujeres maltratadas por sus parejas.

Se ha descrito un modelo sobre el ciclo de violencia que se puede resumir en las siguientes tres fases:

- a. **La fase de acumulación de tensión:** la víctima trata de evitar que la golpeen, y de no enojarse con el agresor, minimizando los incidentes y los golpes menores. Muchas parejas permanecen en esta primera etapa durante largos períodos de tiempo, pues ambos desean evitar la fase aguda. No obstante, el equilibrio es precario, por lo que cualquier situación externa puede romperlo.
- b. **La fase aguda de maltrato:** el agresor acepta que su rabia no tiene control y la despliega. Finalizada la fase aguda sigue un shock en donde predomina la negación e incredulidad de que el episodio haya realmente sucedido.
- c. **La fase de luna de miel:** se caracteriza por el arrepentimiento y demostración de afecto del agresor. El fin de la fase dos y la entrada en la fase tres, es algo muy deseado por ambos cónyuges. En esta última etapa, el agresor se disculpa por su proceder y expresa su arrepentimiento; se comporta cariñosamente convenciendo a la víctima de que la necesita y de que no volverá a ocurrir. La víctima le cree y decide que la conducta que observa durante esta etapa le muestra a su verdadera pareja.

Este ciclo tiene una duración variable y luego de la última fase vuelve a comenzar y a repetirse cada vez con mayor intensidad. Es importante considerar que la motivación a denunciar o interrumpir la situación de violencia dependerá de la fase del ciclo en el cuál se encuentre la víctima y es probable que una motivación declarada en la fase aguda pueda verse revertida en la fase de luna de miel.

En relación al abuso sexual<sup>56</sup> existen sugerencias que pueden ser consideradas por el equipo de tratamiento:

- Mentalizar las propias creencias como factor protector en la intervención y no caer en los actos ciegos del pensamiento.
- El abuso implica conectarse con el horror, cuya particularidad es que se instala sobre la dinámica del secreto en un estado de conciencia denominado hechizo.

56 Algunas sugerencias que aquí aparecen están tomadas del artículo “Los sentidos psicológicos y éticos de la reparación de abuso sexual en niños y adolescentes”, elaborado por Ps. Karla Álvarez K. (Documento sin publicar).

El equipo es quien protege y sostiene la tendencia a renegar o desmentir el horror.

- Su abordaje requiere de múltiples modelos: el ecosistémico, de redes, coaccional, control social, familiar, perspectiva del trauma, etc. Siendo siempre fundamental definir 3 círculos: el macrosistema (creencias y valores), el exosistema (instituciones) y el microsistema (familia).

Frente a la posibilidad de denunciar, la puesta de límites en el actuar de los equipos genera sentimientos encontrados y se requiere de una protección jurídica y social que reinstale la norma. Se ha visto que en equipos especializados en abuso, la claridad en las funciones le ofrece a la víctima una realidad definida y predecible. Por ejemplo, ha sido central que la función del abogado no se mezcle con la del psicoterapeuta y que éste a su vez no sea intrusivo, a través de indagar, más que de comprender y ampliar las significaciones del abuso.

La denuncia es importante, ya que es delito; sin embargo existen modos de ejercer el control social a través de crear contextos de sospecha (citaciones a pediatra, evaluaciones psicológicas, etc.). Se requiere de ductilidad, puesto que habrá circunstancias en las que será necesario realizar un abordaje individual y otras, familiar.

Finalmente, es fundamental promover la protección de las madres sobre sus hijos abusados. La psicóloga Karla Álvarez plantea que la capacidad de proteger no es una condición, sino que se construye, se refuerza, se repara y se reconstruye. Por otra parte, invertir en este trabajo y lograr resultados satisfactorios permitirá actuar preventivamente sobre los posibles trastornos que los hijos puedan desarrollar.



## capítulo IX.

# Notas bibliográficas

- 1 Campero-Cuenca, L. Educación y salud de la mujer: reflexiones desde una perspectiva de género. *Salud Pública Mex* 1996;38:217-222. [online]. [Citado el 6 de junio de 2006]. Disponible en World Wide Web: <http://www.insp.mx/salud/38/383-8s.html>
- 2 Montecino, S. (2005). Identidad de género, igualdad y entramado del poder. [Citado el 23 de mayo de 2006]. Disponible en World Wide Web: [http://www.uchile.cl/uchile.portal?\\_nfpb=true&\\_pageLabel=not&url=11464](http://www.uchile.cl/uchile.portal?_nfpb=true&_pageLabel=not&url=11464)
- 3 Sharim Kovalskys, D. (2005). La identidad de género en tiempos de cambio: Una aproximación desde los relatos de vida. *Psykhe*, 14(2), 19-32.
- 4 Daskal, A. M. (1994). Algunas reflexiones acerca de la salud mental de las mujeres. En Servicio Nacional de la Mujer (Ed.) Primer Congreso Nacional: Mujer y Salud Mental. (pp.23-29) Santiago: Sernam.
- 5 Romero, P.; Gómez, C.; Medina-Mora, M. (1996, noviembre). Las mujeres adictas: de la descripción a su construcción social. Trabajo presentado en la Reunión del Grupo de Consulta sobre el impacto del abuso de drogas en la Mujer y la Familia, Montevideo, Uruguay.
- 6 Comisión interamericana para el control del abuso de drogas (1997). *Mujer, drogas y familia*. Ponencia presentada en el Encuentro de Educación Preventiva Participativa del Uso Indebido de Drogas en la Mujer Dominicana. Republica Dominicana. [Citado el 26 de mayo de 2006]. Disponible en World Wide Web: [http://www.cicad.oas.org/Reduccion\\_Demanda/esp/documentos/DocumentosB/PONENCIA.doc](http://www.cicad.oas.org/Reduccion_Demanda/esp/documentos/DocumentosB/PONENCIA.doc)
- 7 Op. cit.
- 8 Romero, P.; Gómez, C.; Medina-Mora, M. (1996, Noviembre). Las mujeres adictas: de la descripción a su construcción social. Trabajo presentado en la Reunión del Grupo de Consulta sobre el impacto del abuso de drogas en la Mujer y la Familia, Montevideo, Uruguay.
- 9 Burin, M. (1991). Mujeres y psicofármacos. La búsqueda de nuevos caminos. En M. Burin, E. Moncarz y S. Velásquez (Eds). *El malestar de las mujeres. La tranquilidad recetada* (pp.147-172). Buenos Aires: Editorial Paidós.
- 10 Op. cit.
- 11 Stern, D. (1997). La constelación maternal. En D. Stern (Ed) *La constelación maternal: Un enfoque unificado de la psicoterapia con padres e hijos* (pp.209-231). Barcelona: Editorial Paidós.
- 12 Mora, L.; Otalora, C. y Recagno-Puente, I. (2005). El Hombre y la Mujer Frente al Hijo: Diferentes Voces Sobre su Significado. *Psykhe*, 14(2), 119-132.
- 13 Bowlby, J. (1979). *Vínculos afectivos: Formación, desarrollo y pérdida*. Madrid: Morata.
- 14 Lecannelier, F. (2005). Relación de apego y su aplicación en el tratamiento de mujeres con problemas de droga. Ponencia presentada en la Jornada de capacitación para el tratamiento y rehabilitación de mujeres con consumo problemático de drogas desde una perspectiva de género. CONACE, Gobierno de Chile. 5 y 6 de julio, Santiago de Chile.
- 15 Martínez, C. & Santelices, M. (2005) Evaluación del Apego en el Adulto: Una Revisión. *Psykhe*, 14(1), 181-191.

- 16 Ainsworth, M. D.; Blehar, M. C.; Waters, E. & Wall, S. (1978). Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation. Hillsdale, NJ: Erlbaum.  
Main, M. & Solomon, J. (1990). Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during Ainsworth Strange Situation. En M. Greenberg, D. Cicchetti & M. Cummings (Eds.), Attachment in the preschool years: Theory, research and intervention (pp. 121-160). Chicago: University of Chicago Press.  
Ambos citados en: Martínez, C. & Santelices, M. (2005) Evaluación del Apego en el Adulto: Una Revisión. *Psykhe*, 14(1), 181-191.
- 17 Lecannelier, F. (2005). Relación de apego y su aplicación en el tratamiento de mujeres con problemas de droga. Ponencia presentada en la Jornada de Capacitación para el Tratamiento y Rehabilitación de mujeres con consumo problemático de drogas desde una perspectiva de género. CONACE, Gobierno de Chile. 5 y 6 de julio, Santiago de Chile.
- 18 Martínez, C. & Santelices, M. (2005) Evaluación del Apego en el Adulto: Una Revisión. *Psykhe*, 14(1), página 183.
- 19 Lecannelier, F. (2005). Relación de apego y su aplicación en el tratamiento de mujeres con problemas de droga. Ponencia presentada en la Jornada de Capacitación para el Tratamiento y Rehabilitación de mujeres con consumo problemático de drogas desde una perspectiva de género. CONACE, Gobierno de Chile. 5 y 6 de julio, Santiago de Chile.
- 20 Covington, S. & Surrey, J. (2000). The Relational Model of Women's Psychological development: Implications for Substances abuse. Publicado en: *Work in Progress*, 91. Wellesley, Mass.: Stone Center, Working Paper Series. [Citado el 28 de mayo de 2006]. Disponible en World Wide Web: <http://www.stephaniecovington.com> .
- 21 Op. cit.
- 22 Op. cit.
- 23 Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito (2005). Tratamiento del abuso de sustancias y atención para la mujer: estudios monográficos y experiencia adquirida. Publicación de las Naciones Unidas: New York.
- 24 Westermeyer, J. & Boedicker, AE. (2000). Course, severity and treatment of substance among women versus men. *Am j Drug Alcohol Abuse* 26: 523-535. En Lynch WJ, Roth ME, Carroll ME (2002). Biological basis of sex differences in drug abuse: preclinical and clinical studies. *Psychopharmacology* 164: 121-137.
- 25 Jackson, L; Robinson, T. & Becker, J. (2005). Sex differences and hormonal influences on acquisition of cocaine self-administration in rats. *Neuropsychopharmacology* 1-10.  
Kippin, T; Fuchs, R. & Metha, R. (2005). Potentiation of cocaine-primed reinstatement of drug seeking in female rats during estrus. *Psychopharmacology* 182: 245-252.  
Roth, M; Cosgrove, K. & Carrol, M. (2004). Sex differences in the vulnerability to drug abuse: a review of preclinical studies. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews* 28: 533-546.  
Carroll, M; Lynch, W; Roth, M. & Cosgrove, K. (2004). Sex and estrogen influence drug abuse. *Trends Pharmacol Sci.* 25 (5): 273-279.  
Lynch, W.; Roth, M. & Carroll, M. (2002). Biological basis of sex differences in drug abuse: preclinical and clinical studies. *Psychopharmacology* 164: 121-137.  
Lynch, W. & Carroll, M. (2000). Reinstatement of cocaine self-administration in rats: sex differences. *Psychopharmacology* 148: 196-200.  
Westermeyer, J. & Boedicker, A. (2000). Course, severity and treatment of substance among women versus men. *Am j Drug Alcohol Abuse* 26: 523-535. En Lynch WJ, Roth ME, Carroll ME (2002). Biological basis of sex differences in drug abuse: preclinical and clinical studies. *Psychopharmacology* 164: 121-137.
- 26 Guy, J. (1995). La vida personal del psicoterapeuta. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica.
- 27 Uribe, T. (1999) El autocuidado y su papel en la promoción de la salud. Universidad de Antioquia. [Citado el 24 de julio de 2006]. Disponible en World Wide Web: <http://tone.udea.edu.co/revista/sep99/autocuidado.htm>
- 28 Barudy, J. (1999). Maltrato infantil. Ecología Social: prevención y reparación. Santiago: Editorial Galdoc.

- 29 Arón, A. & Llanos, M. (2004). Cuidar a los que cuidan: desgaste profesional y cuidado de los equipos que trabajan con violencia. *Revista Sistemas Familiares*, 20 (1-2), 5 - 15.
- 30 Todd, T., Berger, H. & Gary, L. (1988) Opiniones de los supervisores acerca de los requerimientos específicos de la terapia familiar. En M. D. Stanton, T. C. Todd y cols. (Comps.), *Terapia familiar del abuso y adicción a las drogas* (pp.273-286). Buenos Aires: Editorial Gedisa.
- 31 Fuks, S. (1998). Transformando las conversaciones acerca de las transformaciones. *Psykhe*, 7(2), 3-11.
- 32 Andersen, T. (1994). *El equipo reflexivo*. Barcelona: Editorial Gedisa.
- 33 Hidalgo, C. & Carrasco, E. (1999). *Salud Familiar: un modelo de atención integral en la atención primaria*. Santiago: Ediciones Universidad Católica de Chile.
- 34 Ruiz Sánchez, J.; Imbernón, J. & Cano, J. (1999). *Psicoterapia cognitiva de urgencia*. ESMD-UBEDA. [citado el 24 de julio de 2006]. Disponible en World Wide Web: <http://www.psicologia-online.com/ESMubeda/Libros/Urgencia/urgencia.htm>
- 35 Ravazzola, C. (2001). Conferencia: Supervisión de terapeutas familiares en el marco de los modelos de competencias y de ampliación de los settings tradicionales. *Psykhe*, 10(2), 181-184.
- 36 Amezcua M. El trabajo de campo etnográfico en salud: una aproximación a la observación participante. *Index de Enfermería (Gran)* 2000; 30:30-35. [citado el 31 de julio de 2006]. Disponible en World Wide Web: <http://www.index-f.com/cuali/ETNOGRAF.php>
- 37 Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito (2005). *Tratamiento del abuso de sustancias y atención para la mujer: estudios monográficos y experiencia adquirida*. Publicación de las Naciones Unidas: New York.
- 38 Reale, E.; Sardelli, V. ; Pepi, M. ; Ventura, S. (1990). Los trastornos mentales de las mujeres. En Ana María Daskal & Cristina Ravazzola (Comps.), *El malestar silenciado: la otra salud mental* (pp. 29-32). Santiago: Isis Internacional.
- 39 Daskal, A. M. (1994). Algunas reflexiones acerca de la salud mental de las mujeres. En Servicio Nacional de la Mujer (Ed.) *Primer Congreso Nacional: Mujer y Salud mental*. (pp.23-29) Santiago: Sernam.
- 40 Covington, S. & Surrey, J. (2000). *The Relational Model of Women's Psychological development: Implications for Substances abuse*. Publicado en: *Work in Progress*, nº 91. Wellesley, Mass.: Stone Center, Working Paper Series. [Citado el 28 de mayo de 2006]. Disponible en World Wide Web: <http://www.stephaniecovington.com> .
- 41 Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito (2005). *Tratamiento del abuso de sustancias y atención para la mujer: estudios monográficos y experiencia adquirida*. Publicación de las Naciones Unidas: New York.
- 42 OPCIÓN PERÚ. *Mujer y drogas: un acercamiento teórico a su problemática*. Opción Perú. [online]. [Citado 02 junio 2006]. Disponible en la World Wide Web: [http://www.opcionperu.org.pe/Web\\_OpcionPeru/principal\\_inbas.htm](http://www.opcionperu.org.pe/Web_OpcionPeru/principal_inbas.htm)>
- 43 Romero, P.; Gómez, C.; Medina-Mora, M. (1996, Noviembre). *Las mujeres adictas: de la descripción a su construcción social*. Trabajo presentado en la Reunión del Grupo de Consulta sobre el impacto del abuso de drogas en la Mujer y la Familia, Montevideo, Uruguay.
- 44 Rodó, A. (1994) *Percepción y valoración de la sexualidad*. En Servicio Nacional de la Mujer (Ed.) *Primer Congreso Nacional: Mujer y Salud Mental*. (pp. 71-74). Santiago: Sernam.
- 45 Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (2002). *Desarrollo Humano en Chile. Nosotros los chilenos: un desafío cultural*. Santiago de Chile.

- 46 Rodó, A. (1994) Percepción y valoración de la sexualidad. En Servicio Nacional de la Mujer (Ed.) Primer Congreso Nacional: Mujer y Salud Mental. (pp. 71-74). Santiago: Sernam.
- 47 Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito (2005). Tratamiento del abuso de sustancias y atención para la mujer: estudios monográficos y experiencia adquirida. Publicación de las Naciones Unidas: New York.
- 48 Calvo, H.(2004). Maternidad, infancia y drogas: implicaciones clínicas. *Adicciones*, 16(4), 1-20.
- 49 Para la redacción de este apartado se han tomado las siguientes referencias:  
Ministerio de Salud (2000). Norma de alimentación del Niño Menor de 2 años. Gobierno de Chile.  
OMS (2003). Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño. Ginebra.  
JUNJI (2004). Guía para obtener el empadronamiento para Jardines Infantiles y Salas Cunas. Gobierno de Chile.  
Fiene, R. (2003). Un vistazo a las tendencias en los reglamentos de licenciamiento del cuidado infantil. *Boletín de Cuidado del niño*, 28. National Child Care Information Center, Viena. [Citado el 22 de agosto de 2006]. Disponible en World Wide Web: <http://nccic.org/>
- 50 Para conocer la norma chilena al respecto consultar: JUNJI (2004). Guía para obtener el empadronamiento para Jardines Infantiles y Salas Cunas. Gobierno de Chile.
- 51 Brown, V.B.; Melchior, L.; Panter, A.T.; Slaughter, R. & Huba, G.J. (2000). Women's steps of change and entry into drug abuse treatment: a multidimensional stage of change model. *Journal of Substance Abuse Treatment* 18, 231-240
- 52 Op. cit.
- 53 Op. cit, página 233.
- 54 En este apartado se desarrollan ideas inicialmente planteadas en: Fazzolari, J.; Véliz, A.; Pérez, A.; Contreras, L. & Lara, M. (2005). Proyectos de tratamiento y rehabilitación con perspectiva de género para mujeres adultas con consumo problemático de drogas: Las Buenas Prácticas. Área Técnica en Tratamiento y Rehabilitación, Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes, Gobierno de Chile. (Documento sin publicar). El material complementario ha sido extraído de: UNICEF & Carabineros de Chile (2004). Guía de apoyo para el trabajo con niños y mujeres: Violencia Intrafamiliar, Maltrato Infantil y Tipificación de Delitos Sexuales.
- 55 Comisión Interamericana para el control del abuso de drogas (1997, noviembre). *Mujer, drogas y familia*. Ponencia presentada en el Encuentro de Educación Preventiva Participativa del Uso Indebido de Drogas en la Mujer Dominicana. Republica Dominicana. [Citado el 26 de mayo de 2006]. Disponible en World Wide Web: [http://www.cicad.oas.org/Reduccion\\_Demanda/esp/documentos/DocumentosB/PONENCIA.doc](http://www.cicad.oas.org/Reduccion_Demanda/esp/documentos/DocumentosB/PONENCIA.doc)
- 56 Algunas sugerencias que aquí aparecen están tomadas del artículo "Los sentidos psicológicos y éticos de la reparación de abuso sexual en niños y adolescentes", elaborado por Ps. Karla Álvarez K. (Documento sin publicar).



**fonodrogas conace**  
**188 800 100 800**

[www.conacedrogas.cl](http://www.conacedrogas.cl)