

GUÍA PARA EL TRATAMIENTO
E INTEGRACIÓN SOCIAL
EN MATERIA DE ADICCIONES

Mujeres embarazadas
o con hijos con
**Consumo
de Sustancias
Psicoactivas**

*Dra. Marcela A. Tiburcio Sainz
Mtra. Nora Angélica Martínez Vélez
Mtra. Miriam Arroyo Belmonte*



CDMX
CIUDAD DE MÉXICO

Mujeres embarazadas o con hijos con Consumo de Sustancias Psicoactivas

AUTORAS

Dra. Marcela A. Tiburcio Sainz
Mtra. Nora Angélica Martínez Vélez
Mtra. Miriam Arroyo Belmonte

REVISORES

Dr. Agustín Vélez Barajas
Mtro. Eiji Alfredo Fukushima Taniguchi
Dr. Gustavo Castillo Ramírez
IAPA
Mtro. Oscar Flores Cuellar
IAPA



Mujeres embarazadas o con hijos con consumo de sustancias psicoactivas

Guía para el Tratamiento e Integración Social en Materia de Adicciones

Autoras

Dra. Marcela A. Tiburcio Sainz

Mtra. Nora Angélica Martínez Vélez

Mtra. Miriam Arroyo Belmonte

Instituto para la Atención y Prevención de las Adicciones en la Ciudad de México

<http://www.iapa.df.gob.mx/>

2013, México, D.F.

Revisores de contenidos

Dr. Agustín Vélez Barajas

Mtro. Eiji Alfredo Fukushima Taniguchi

Dr. Gustavo Castillo Ramírez

IAPA

Mtro. Oscar Flores Cuellar

IAPA

Distribución gratuita

Prohibida su venta

Impreso y hecho en México

PRESENTACIÓN

Las adicciones como problema de salud pública es un tema de alta complejidad desde su origen, desarrollo, mantenimiento y control; en él intervienen y se combinan diferentes factores, desde biológicos e individuales hasta familiares, comunitarios y sociales. En contraparte, las alternativas de solución deben de tener un carácter igual de complejo que el fenómeno adictivo e ir en dirección de sumar esfuerzos para contrarrestar sus efectos en el individuo, en su entorno inmediato y en el contexto social más amplio.

La atención a la problemática de las adicciones se encuentra en un nivel prioritario de la agenda nacional y local, la demanda de drogas ilícitas sigue en aumento, hay un inicio de consumo a edades más tempranas, las mujeres se ven afectadas cada vez más, el tiempo que transcurre entre la identificación del problema y la asistencia a tratamiento sigue siendo amplio.

Con base a lo anterior se busca, con enfoque de género, evitar que las personas inicien su consumo sobre todo a edades tempranas, también es importante procurar que busquen ayuda cada vez más pronto y se desarrollen acciones de tratamiento integral, con calidad y equidad para quienes presentan problemas por su consumo y con ello evitar o aminorar las consecuencias derivadas del mismo.

Es así que el IAPA ha decidido lanzar una serie de publicaciones con la finalidad de contribuir con propuestas desarrolladas por expertos en la materia, para la sistematización y fortalecimiento del quehacer de profesionales y personal involucrado en acciones dirigidas al tratamiento de personas afectadas por el consumo de cualquier droga; estas propuestas incluyen procedimientos para la evaluación y aplicación de diferentes instrumentos de diagnóstico, el tratamiento y las consideraciones particulares para elevar la efectividad y eficacia del mismo, así como principios para lograr la reintegración social de las personas, parte fundamental de la atención integral.

Esta serie incluye a poblaciones que por sus características poseen condiciones de vulnerabilidad y alto riesgo, como las y los adolescentes, mujeres y mujeres embarazadas, personas en reclusión; se consideran también modalidades de atención como la Casa de Medio Camino y la Comunidad Terapéutica.

Para el lector y personal involucrado en el tratamiento, este material tiene utilidad como herramienta de consulta, pone a su disposición alternativas de actuación en los escenarios en los cuales las poblaciones buscan y requieren de intervención; estas propuestas adquieren valor en la medida que sean incorporadas en la atención, formen parte de las prácticas cotidianas y coadyuven al mejoramiento de las condiciones de salud y del bienestar social de la población, entendiendo estos últimos como principios rectores de los servicios de atención, mismos que no son estáticos, sino que se encuentran en constante evolución y son factibles de ser modificados de acuerdo a las mejores prácticas generadas de ellos •

¿CUÁL ES EL OBJETIVO DE ESTA GUÍA?

El **objetivo** de esta guía es proporcionar a los profesionales de la salud información para la identificación de casos, intervención psicoterapéutica, referencia a otros servicios y reinserción social, para atender la problemática de las mujeres que consumen sustancias psicoactivas.

Las condiciones sociales, tales como la falta de oportunidades, la desigualdad, la inequidad, estigmatización y la pobreza que rodean a las mujeres que consumen sustancias psicoactivas, especialmente aquellas que son madres o que están embarazadas, presentan características únicas y plantean desafíos particulares. Con base en la revisión de la literatura nacional e internacional, esta guía pretende contribuir a una mejor comprensión de esos desafíos, así como ofrecer lineamientos para la planeación de servicios de salud que favorezcan la equidad de género y den respuesta a las necesidades de atención en este ámbito.

¿A QUIÉN ESTÁ DIRIGIDA ESTA GUÍA?

La guía está dirigida a profesionales de la salud que se dedican a la detección, tratamiento y rehabilitación de mujeres con problemas de consumo de sustancias psicoactivas tales como médicos, enfermeras, trabajadores sociales, psicólogos y otros profesionales que trabajan en diferentes escenarios.

CONTENIDO

CAPÍTULO 1

MUJERES QUE CONSUMEN SUSTANCIAS PSICOACTIVAS.	
¿QUIÉNES SON? ¿QUÉ PROBLEMAS ENFRENTAN?	11
• Panorama del consumo de sustancias psicoactivas en las mujeres	11
• El impacto del consumo de sustancias psicoactivas en la salud de las mujeres	15
• Consecuencias sociales del consumo de sustancias psicoactivas en las mujeres	18
• Factores de riesgo del consumo de sustancias psicoactivas en las mujeres	20
• Efectos del consumo en los hijos de las mujeres consumidoras.	25
• Barreras para el tratamiento	30

CAPÍTULO 2

DETECCIÓN Y EVALUACIÓN DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN MUJERES EMBARAZADAS Y/O CON HIJOS	35
• ¿Por qué realizar la detección?	38
• ¿Dónde realizar la detección?	38
• ¿Quién puede realizar la detección?	39
• ¿Quiénes son las mujeres que se pueden beneficiar con los procesos de detección?	39
• ¿Cómo realizar la detección?	39
• ¿Qué hacer antes, durante y después de la detección?	40
• ¿Por qué realizar la evaluación?	43

• ¿Dónde realizar la evaluación?	45
• ¿Quién puede realizar la evaluación?	45
• ¿Quiénes son las mujeres que pueden participar en los procesos de evaluación?	45
• ¿Cómo realizar la evaluación?	46
• ¿Qué hacer antes, durante y después de la evaluación?	47
• Buenas prácticas para la detección y evaluación.	48
◦ ¿Cuáles son los mejores instrumentos para la detección y evaluación del consumo?	48
◦ ¿Cómo seleccionar los instrumentos para realizar la detección y evaluación?	50
◦ ¿Qué características de la población se deben de considerar al momento de realizar la detección y evaluación?	51
◦ ¿Qué hacer si durante la evaluación se detectan otros problemas?	54

CAPÍTULO 3

REFERENCIA Y SUGERENCIAS DE TRATAMIENTO	55
• ¿Qué es la referencia?	55
• ¿Por qué son importantes los procedimientos de referencia?	56
• ¿Cómo determinar el tratamiento al que se debe referir?	56
• ¿Qué se necesita para efectuar la referencia?	59
• ¿Cómo hacer la referencia?	60
• Buenas prácticas para la referencia	63
• Mujeres con múltiples necesidades	66
◦ Mujeres embarazadas.	66
◦ Mujeres con hijos	67

CAPÍTULO 4

TRATAMIENTOS Y PROGRAMAS DE INTEGRACIÓN SOCIAL DIRIGIDOS A MUJERES CONSUMIDORAS DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	69
• ¿Qué se debe saber de los tratamientos?	69
• ¿Qué características tienen los tratamientos exitosos?	70
• ¿Qué programas son eficaces en el tratamiento de problemas relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas para mujeres?	73

- ¿Cuáles son los requisitos mínimos de un buen programa de tratamiento de problemas relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas para mujeres? 75
- Conclusiones y recomendaciones. 78

CAPÍTULO 5

- ¿CÓMO SABER SI UN PROGRAMA FUNCIONA? 81
 - ¿Por qué es importante evaluar los programas que atienden a las mujeres? 81
 - ¿Qué es la evaluación? 82
 - ¿Cuáles son los principales tipos de evaluación y de indicadores que existen? 83
 - ¿Qué sabemos acerca de la evaluación de programas para mujeres? 88
 - ¿Qué método es el más adecuado para llevar a cabo la evaluación? 89
 - ¿Cómo planear un proceso de evaluación? 90
- REFERENCIAS 93

CAPÍTULO 1

MUJERES QUE CONSUMEN SUSTANCIAS PSICOACTIVAS. ¿QUIÉNES SON? ¿QUÉ PROBLEMAS ENFRENTAN?

El consumo de sustancias psicoactivas, los factores de riesgo y las consecuencias asociadas, se han estudiado en nuestro país desde hace varias décadas, ha permitido que actualmente se cuente con información precisa sobre las fluctuaciones del fenómeno y a partir de ello delinear las particularidades del mismo en diferentes sectores de la población.

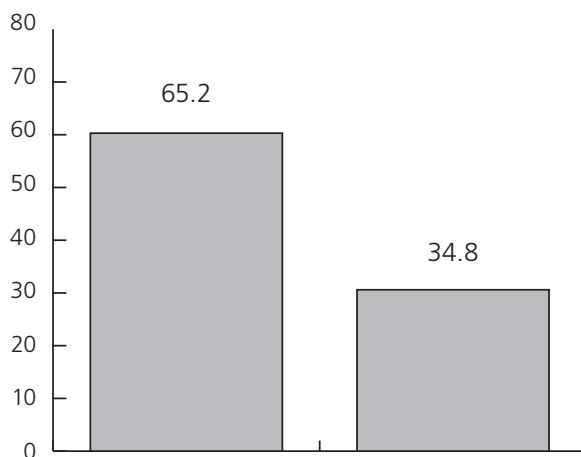
En este capítulo se presenta información procedente de diferentes estudios realizados con el objetivo de determinar la extensión del problema e identificar los patrones de consumo de sustancias psicoactivas entre la población femenina. Asimismo, incluye información sobre los riesgos para la salud de las mujeres y sus hijos, como consecuencia del consumo, y datos sobre las barreras que las mujeres consumidoras deben enfrentar cuando deciden buscar tratamiento.

Panorama del consumo de sustancias psicoactivas en las mujeres

Los estudios epidemiológicos más recientes realizados en nuestro país indican que la proporción de mujeres que consumen sustancias psicoactivas (legales e ilegales) ha aumentado en los últimos años. De igual manera, las formas o patrones de consumo han sufrido cambios que representan importantes riesgos para la salud (Medina-Mora, Villatoro, Rafful, Gutiérrez, Moreno, López, Rodríguez, 2010).

Considerando únicamente el consumo de tabaco, la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA, 2011), reportó que 65.2% de las mujeres que participaron en el estudio no habían fumado nunca, 34.8% habían fumado alguna vez en la vida y 22.2% eran ex fumadoras. 4.8% reportó fumar diario y 8.9% tienen indicadores de dependencia (gráfica 1).

GRÁFICA 1
CONSUMO DE TABACO EN MUJERES



En promedio la edad de inicio de consumo de tabaco en mujeres es de 21.7 años, esto para quienes reportaron fumar diario, el número de cigarrillos diarios es prácticamente de seis (ENA, 2011).

En cuanto al consumo de alcohol, los estudios epidemiológicos consistentemente han identificado diferencias significativas en la proporción de hombres y mujeres que beben, así como en el patrón de consumo de ambos.

Históricamente, se ha reportado que el número de mujeres bebedoras en México es significativamente menor que el número de hombres, además, beben cantidades menores y con menor frecuencia, sin embargo, las mujeres más jóvenes, con más años de escolaridad y que trabajan fuera del hogar representan el grupo que bebe más (Medina-Mora, 1994).

En la ENA (2002), fue posible establecer comparaciones entre la población urbana y rural, en este sentido, se encontró que de las mujeres que viven en zonas rurales 18.9%

beben alcohol, y 4.5% de ellas presentan un consumo alto; en contraparte, 42.7% de las mujeres que viven en zonas urbanas beben y 8.2% presenta un consumo alto.

Actualmente la proporción de mujeres que beben bajas cantidades disminuyó y se registró un incremento en el número de copas que ingieren en cada ocasión. Actualmente, el mayor consumo, es decir, el consumo caracterizado por grandes cantidades de alcohol por ocasión, se registra en las mujeres con edades entre los 18 y 34 años, indistintamente de su estado civil, se trata de mujeres que trabajan fuera del hogar y viven en la zona centro del país (Medina-Mora *et al.*, 2010).

En la ENA realizada en 2011 se encontró que 6.6% de la población de 18 a 65 años cumple con los criterios de abuso o dependencia del alcohol; los porcentajes por sexo son de 11.8% de hombres y 1.7% de mujeres que cumplen con los criterios. Por otro lado, de la población de 12 a 17 años, 4.1% cumple con los criterios de abuso/dependencia, 6.2% de los hombres y 2% de las mujeres (ENA, 2011). En cuanto a la búsqueda de tratamiento, los datos de Centros de Integración Juvenil (CIJ, 2009) indican que 36.6% del total de personas que solicitaron atención eran mujeres.

En lo relativo al consumo de drogas, los estudios de Medina-Mora y colaboradores (2010), señalan que la historia de consumo por parte de las mujeres es más reciente que la de los hombres, y las diferencias que existían en ambos grupos aparentemente están desapareciendo, sobre todo entre los adolescentes. El consumo de drogas ilegales se duplicó de 2002 a 2008, aumentando de 1 a 1.9% y alcanzó 2.3% para 2011.

En relación al total de la población incluida en la ENA 2011 (población urbana y rural de 12 a 65 años), 3% de las mujeres han usado drogas alguna vez en la vida y 0.7% lo hizo en el último año. Por otro lado, el inicio en el consumo de drogas es a los 20 años. Las mujeres prefieren las drogas de uso médico y en segundo lugar la marihuana, mientras que la cocaína ocupa el tercer lugar.

Alrededor de la mitad de quienes han estado expuestos a la venta o compra de marihuana u otras drogas la ha consumido (53.1%). Las mujeres están menos expuestas que los hombres a la oportunidad de usar drogas: 6.8% de ellas indicó que le habían ofrecido marihuana regalada, a 2.3% se le ofreció para que la compraran. Para el caso de otras drogas: a 7.6% se la ofrecieron regalada y a 2.6% le ofrecieron que la comprara. Las estimaciones de razones de momios indican que las mujeres tienen mayor probabilidad de probar marihuana si se la ofrecen (13%) y la probabilidad de pasar del uso a la dependencia, una vez expuestas es de 1.1% (ENA, 2008).

Las consumidoras de drogas, 18.4% continuaron haciéndolo hasta desarrollar abuso/dependencia (Medina-Mora *et al.*, 2010).

A partir del año 2000, resulta más claro que el patrón de consumo de las mujeres es cada vez más semejante al de los hombres, pasando del uso experimental al uso habitual (Medina-Mora *et al.*, 2010).

Por otro lado, el Sistema de Reporte de Información en Drogas (SRID), proporciona información semestral sobre las tendencias del consumo de drogas a partir de datos recopilados en instituciones de salud y de procuración de justicia. La medición de noviembre de 2010 indica que 15.9% de los usuarios registrados por el SRID son mujeres (n=200); de éstas 66.1% reportó haber iniciado su consumo con sustancias inhalables, 26.8% inició con marihuana y 7.1% con cocaína.

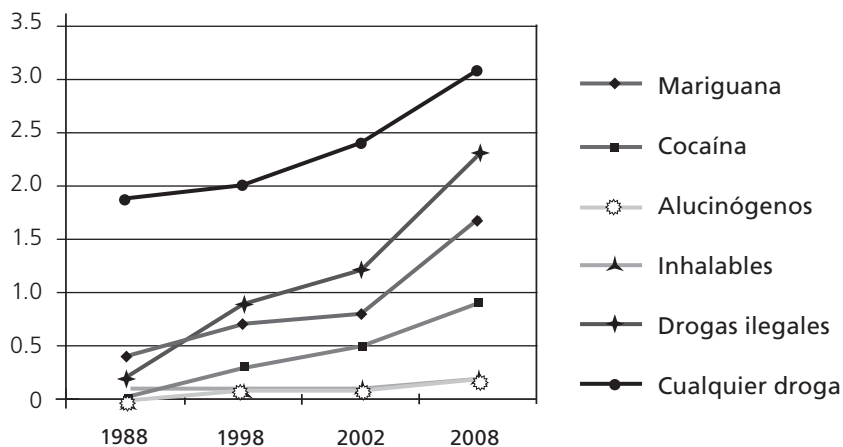
En la tabla 1 se muestra cuál es la proporción de mujeres registradas por el SRID que ha consumido drogas alguna vez en la vida, en el último año y en el último mes, por tipo de sustancia. Al respecto, destaca que la droga más consumida por las mujeres alguna vez en la vida fueron los inhalables (70%), seguidos por la marihuana (49.5%) y la cocaína (27.5%). La misma tendencia se observa al considerar el consumo en el último año y en el último mes (Ortíz, Martínez y Meza, noviembre, 2010).

TABLA 1

PROPORCIÓN DE MUJERES QUE CONSUME DROGAS (N=200)			
	<i>Alguna vez en la vida</i> %	<i>Último año</i> %	<i>Último mes</i> %
Alucinógenos	4.5	2.5	2.0
Anfetaminas y otros estimulantes	2.5	2.5	2.0
Cocaína	27.5	21.0	20.5
Heroína	0.5	0.5	0.5
Inhalables	70.0	67.5	63.8
Mariguana	49.5	40.5	40.0
Sedantes y tranquilizantes	4.5	3.5	3.0
Otras sustancias no médicas	7.0	5.0	4.0

A pesar de que la diferencia de consumo entre hombres y mujeres es notoria, una vez que se presenta la oportunidad de uso, dicha diferencia tiende a desaparecer, 58% de los hombres y 53% de las mujeres que han estado expuestos a la compra o venta de marihuana u otras drogas las ha consumido (gráfica 2) (Medina-Mora *et al.*, 2010).

GRÁFICA 2
TENDENCIAS DE CONSUMO DE DROGAS EN MUJERES
(POBLACIÓN URBANA ENTRE 12 Y 65 AÑOS)



Incluye el consumo de drogas médicas.
Fuente: Fleiz *et al.*, 2010.

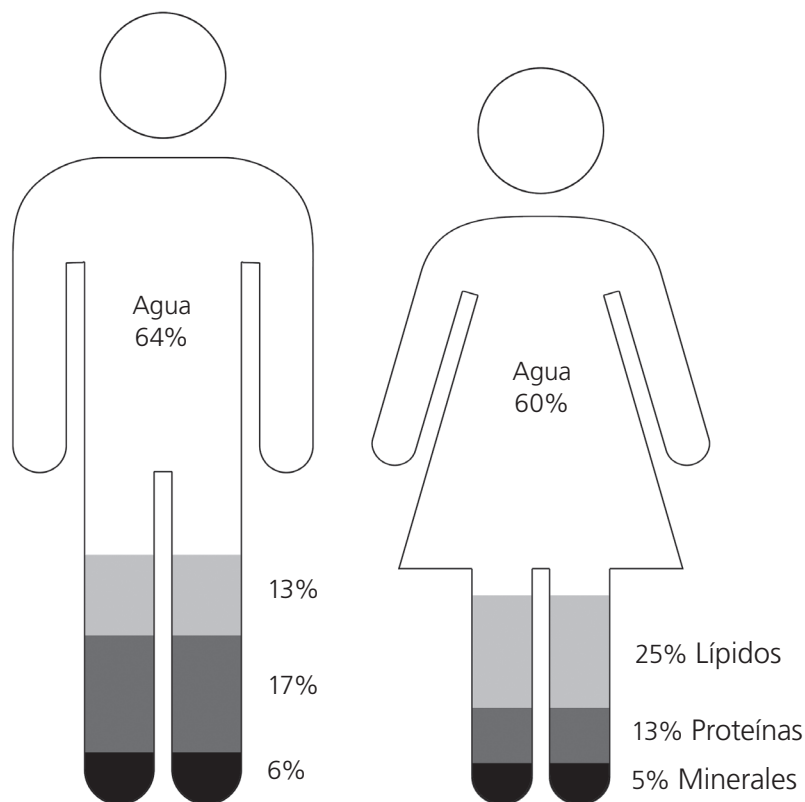
El impacto del consumo de sustancias psicoactivas en la salud de las mujeres

Como lo demuestran diversos estudios epidemiológicos, las mujeres siguen bebiendo alcohol y usando otras drogas en menor cantidad y frecuencia que los hombres. Sin embargo, el impacto que estas prácticas tienen sobre su salud y sus circunstancias de vida pueden ser más graves en comparación con las dificultades que enfrentan los varones que consumen (Medina-Mora, 1994; Romero, 2010).

Esto se debe, en parte, a diferencias de orden biológico: en general, las mujeres tienen menor peso corporal y mayor proporción de grasa en el cuerpo (figura 1). Esta diferencia básica se traduce en una susceptibilidad inherente al hecho de ser mu-

jer, dado que se relaciona directamente con la velocidad con que el cuerpo absorbe las drogas y al efecto acumulado que pueden tener algunas sustancias como el alcohol, la marihuana y ciertas benzodiacepinas (Romo, 2005), de esta forma, las mujeres se intoxican más rápidamente y el efecto de las sustancias tiene mayor duración en sus organismos.

FIGURA 1
COMPOSICIÓN CORPORAL POR SEXO



Fuente: Romach y Sellers, 1998.

En el caso del alcohol, el Instituto Nacional sobre el Abuso de Alcohol y Alcoholismo de los Estados Unidos (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism [NIAAA], 2003) indica que las mujeres que consumen más de una bebida alcohólica al día tienen un riesgo mayor de sufrir incremento de la tensión arterial, derrames cerebrales y desarrollar ciertos tipos de cáncer. Asimismo, las mujeres bebedoras desarrollan daños físicos como cirrosis hepática más rápidamente que los hombres (Center for Substance Abuse Treatment [CSAT], 2009).

EN LAS MUJERES

- Todo consumo es problemático.
- Los daños a la salud se presentan más rápidamente que en los varones.

La literatura clínica señala cambios hormonales debido al consumo de drogas que provocan alteraciones en el ciclo menstrual, el embarazo y la menopausia. También se ha observado una relación entre el consumo de drogas, el cáncer de mama y otros problemas ginecológicos (CSAT, 2009).

CUADRO 1 CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS Y SALUD FEMENINA

- La salud de las mujeres que consumen sustancias se deteriora más rápidamente y de forma más grave en comparación con los hombres.
- El consumo excesivo de alcohol tiene un efecto negativo en la salud reproductiva de las mujeres, por ejemplo, altera el ciclo menstrual, el desarrollo fetal, el parto, la menopausia, se relaciona también con disfunciones sexuales y prácticas sexuales de riesgo que incrementan la probabilidad de tener embarazos no deseados y contraer VIH/SIDA.
- El consumo de sustancias psicoactivas está frecuentemente asociado con enfermedades mentales como ansiedad, depresión, fobias, ataques de pánico y trastornos de la conducta alimentaria. Los síntomas de estos desórdenes pueden exacerbarse como resultado de la ingesta de alcohol y/o drogas.
- Las mujeres que abusan de las sustancias psicoactivas tienen un riesgo mayor de conducta suicida y suicidio consumado (Currie, Poole *et al.*, 2001).

Consecuencias sociales del consumo de sustancias psicoactivas en las mujeres

Como puede observarse, las consecuencias y riesgos a los que están expuestas las mujeres que consumen sustancias psicoactivas son múltiples y considerables, no obstante, autoras como Romero (2010) y Medina-Mora (1993 y 1994) coinciden en señalar que el impacto negativo del consumo de alcohol y drogas es atribuible sólo parcialmente a las características biológicas femeninas ya que otros factores sociales, económicos y culturales tienen un peso mayor, tales como la pobreza, que en ocasiones las lleva a consumir sustancias de baja calidad con los consecuentes efectos sobre el estado de salud de las consumidoras, esta situación también puede llevarlas a involucrarse en actividades ilícitas para obtener la sustancia; por otro lado, en los estratos socioeconómicos bajos el acceso a los servicios de salud es menor, además de tener mayor proclividad a sufrir accidentes automovilísticos, lesiones, y cometer o ser víctimas de actos de violencia (Medina-Mora, 2003; CSAT, 2009).

LA POBREZA SE ASOCIA CON:
• Consumo de sustancias de baja calidad.
• Involucrarse en actividades ilícitas.
• Menor acceso a servicios de salud.

A este respecto, la investigación cualitativa y el análisis del fenómeno del consumo desde la perspectiva de género han revelado que muchas de las diferencias entre varones y mujeres que usan alcohol y drogas obedecen más a normas socioculturales y a las expectativas respecto a los roles de género.

Medina-Mora (1993) refiere que en México se considera adecuado que los hombres beban en exceso mientras que las mujeres deben abstenerse de hacerlo, y que hombres y mujeres, sin distinción por edades, apoyan estas normas. Para los varones mexicanos “saber beber” es una fuente de admiración y respeto, “aguantar mucho” es un rasgo de virilidad y el consumo inicia a edades tempranas (Natera, 1995).

Mientras que el consumo se considera un privilegio y un atributo masculino, las normas para las mujeres son más represivas; de ellas se espera que cumplan las responsabilidades de madres, esposas, cuidadoras e incluso controladoras del consumo de los hombres (Natera y Holmila, 1990).

De acuerdo con este modelo tradicional de los roles de género, las mujeres consumidoras son vistas como “transgresoras”, es por ello que el consumo de sustancias psicoactivas entre las mujeres lleva consigo una carga emocional de disgusto, miedo a lo público y estigma.

Sin embargo, el incremento en la proporción de mujeres consumidoras así como los cambios en sus formas de consumo, muestran que esas normas sociales que las protegían se han debilitado (Medina-Mora *et al.*, 2010).

Al respecto, Sánchez-Pardo, Bermejo *et al.* (2009), señalan que la progresiva transformación del modelo tradicional de los roles de género que limitaban la presencia de la mujer al ámbito estrictamente familiar, ha generado cambios negativos y positivos sobre la salud femenina. Por un lado, para procurar ajustarse a la moderna definición del rol femenino, muchas mujeres asumen comportamientos que conllevan riesgos para la salud, como consumir tabaco, alcohol u otras drogas, que hasta no hace mucho eran conductas características del rol masculino. Por otro lado, se ha favorecido que las mujeres, por lo menos en algunos sectores de la población, ganen autonomía, creando redes de apoyo social, participando en diferentes espacios de la vida pública, compartiendo con los hombres las tareas del hogar y no apoyando todo su proyecto vital en el cuidado/servicio a los demás.

CAMBIOS DE ROL FEMENINO
• Mayor consumo de alcohol, tabaco y drogas.
• Autonomía.
• Ingreso en el mercado laboral.

En México, el problema del consumo de alcohol en las mujeres se vive desde tres vertientes consideradas como opresión de género: la primera, cuando el problema lo presenta la pareja y a partir de esta situación la mujer vive las consecuencias sin ser ella la consumidora, la segunda, cuando tienen una condición socioeconómica de bajo estrato, donde generalmente se ubica por debajo de los que presentan los varones y la tercera, tiene que ver con la cultura en relación al consumo, donde éste es considerado como un “privilegio” masculino, por lo que las mujeres consumidoras sufren un tercer elemento de opresión (Medina-Mora, 2010).

CUADRO 2
CONSECUENCIAS SOCIALES DEL CONSUMO EN LAS MUJERES

<ul style="list-style-type: none"> • El número de mujeres que maneja y se involucra en accidentes automovilísticos fatales por causa del alcohol va en aumento.
<ul style="list-style-type: none"> • Las mujeres que beben en exceso incrementan el riesgo de convertirse en víctimas de violencia, de abuso sexual y de exponerse a tener relaciones sexuales peligrosas y no planeadas.
<ul style="list-style-type: none"> • Faltar al trabajo o pasar por alto las responsabilidades del cuidado de los niños.
<ul style="list-style-type: none"> • Arrestos por encontrarse bajo los efectos de las sustancias o por lastimar a alguien (Romo, 2005).

Factores de riesgo del consumo de sustancias psicoactivas en las mujeres

Las circunstancias que se relacionan con una mayor probabilidad de que las mujeres consuman sustancias psicoactivas se pueden clasificar en tres grandes rubros.

1. **Factores del ámbito personal:** En el caso de algunas mujeres, las situaciones de tensión por no poder superar las dificultades y los problemas o la pérdida de confianza en sí mismas, así como la insatisfacción, pueden contribuir a buscar la evasión en el uso abusivo de alcohol, uso compulsivo de tabaco o a intentar calmar la ansiedad a través de los tranquilizantes (Romo, 2005).

FACTORES DE RIESGO PERSONALES
<ul style="list-style-type: none"> • Baja autoestima.
<ul style="list-style-type: none"> • Depresión.
<ul style="list-style-type: none"> • Soledad.
<ul style="list-style-type: none"> • Estrés.
<ul style="list-style-type: none"> • Abuso sexual.

Las mujeres con pocas habilidades de afrontamiento y con una baja autoestima, son más propensas al uso de sustancias psicoactivas (Poole e Isaac, 2001; Van der Walde, Urgenson, Weltz, y Hanna, 2002; Zilberman, Tavares, Blume, El-Guebaly, 2002).

Otros factores que se han encontrado como predisponentes para el consumo de sustancias psicoactivas en las mujeres son: la presencia de trastornos afectivos de tipo depresivo, estrés, tristeza, frustración, soledad, la intención de superar la timidez y mejorar las relaciones sociales, abusos sexuales en la infancia o la adolescencia, acompañar a la pareja en el consumo, presencia de trastornos de la conducta alimentaria (especialmente de bulimia), insatisfacción en las relaciones afectivas y sexuales, insatisfacción personal e imposibilidad de cumplir con los ideales femeninos de género y las autoexigencias que se derivan del mismo (belleza, bondad, maternidad, etcétera).

2. Factores del ámbito familiar: Entre los principales factores de riesgo para el inicio del consumo de sustancias y la progresión a la dependencia entre las mujeres, se encuentra: el provenir de hogares caóticos y violentos; las mujeres que crecieron en familias donde tenían que asumir responsabilidades de adultas siendo niñas (Nelson-Zlupko, Kauffman y Dore, 1995) como labores domésticas, crianza de niños más pequeños y poco apoyo emocional de los padres, (Currie *et al.*, 2001). Además, es muy común que las mujeres que tienen problemas por el consumo de sustancias provengan de familias en las que hay padres alcohólicos y tienen poca experiencia con modelos de roles parentales adecuados en relación a su propia infancia.

FACTORES DE RIESGO FAMILIARES
• Violencia, desintegración familiar.
• Infancia con responsabilidades de adulto.
• Padres consumidores.
• Duelos importantes.

Otros factores de riesgo son: la presencia de patologías mentales en la familia, pareja consumidora de drogas, desintegración familiar y/o ruptura de lazos con la familia, pérdida traumática de familiares, separaciones o divorcios (Sánchez Pardo *et al.*, 2009).

3. Factores del ámbito social: El relacionarse con personas consumidoras de sustancias, presiones en el trabajo, dentro y fuera del hogar, ausencia de espacios de realización personal, la falta de oportunidades para el desarrollo personal y el aislamiento social, entre otros, son factores de riesgo para el consumo de sustancias por parte de las mujeres (Sánchez Pardo *et al.*, 2009). Las mujeres tienen más probabilidades que los hombres de usar drogas cuando están solas y de establecer relaciones de pareja con usuarios regulares de drogas (Currie *et al.*, 2001; Van der Walde *et al.*, 2002).

FACTORES DE RIESGO SOCIALES
• Relacionarse con personas que consumen.
• Presiones laborales y del hogar.
• Falta de oportunidades de desarrollo.

CUADRO 3
FACTORES DE RIESGO PARA EL CONSUMO DE SUSTANCIAS EN LAS MUJERES

• Ámbito personal: poca confianza personal, imagen corporal negativa, violencia, dependencia afectiva.
• Ámbito familiar: consumo de los padres, estrés familiar, cumplimiento de responsabilidades del trabajo doméstico.
• Ámbito social: dificultades en las relaciones personales, consumo de amigos y/o pareja (Van der Walde <i>et al.</i> , 2002).

Consumo durante el embarazo

Las sustancias psicoactivas tienen diferentes efectos sobre el cuerpo de las mujeres, entre las que se encuentran, consecuencias ginecológicas (Peters, Millward y Foster, 2003); como la alteración de los ciclos menstruales, calambres y aumento de los periodos, que se pueden volver más abundantes o más ligeros. La heroína, la metadona y el crack pueden producir cambios en el ciclo menstrual, incluyendo amenorrea—ausencia

de periodos menstruales–, o un ciclo menstrual irregular (Abs *et al.*, 2000) y puede tomar hasta un año desde que se deja de consumir para que los ciclos menstruales se regularicen, lo cual puede llevar a las mujeres consumidoras a pensar que tienen problemas de fertilidad, y en otros casos confunden los signos tempranos del embarazo con síntomas de abstinencia, lo cual las lleva a tomar conciencia de los mismos de forma tardía. Los estimulantes, en especial la cocaína y las anfetaminas, también producen cambios hormonales y del ciclo menstrual y alteran el humor durante la fase folicular del ciclo (Turner y de Wit, 2006).

Por otro lado, las mujeres embarazadas que consumen sustancias psicoactivas pueden tener hábitos no saludables que ponen en riesgo su embarazo, como una mala alimentación, que lleva a un estado nutricional alterado y deficiente, pueden padecer anemia, infecciones de la sangre, del corazón y de la piel, enfermedades infecciosas de vía sexual, hepatitis B, C o por virus de inmunodeficiencia humana (VIH), además de que frecuentemente llevan un mal control prenatal que perjudica al bebé (American College of Obstetricians and Gynecologists [ACOG], 2005).

PROBLEMAS DURANTE EL EMBARAZO
• Desnutrición, anemia.
• Infecciones de diversos tipos.
• Falta de control prenatal.
• Desprendimiento de placenta.

Las mujeres que consumen heroína durante el embarazo están expuestas a un riesgo considerablemente mayor de tener serias complicaciones durante la gestación, como crecimiento insuficiente del feto, rotura prematura de la membrana (la bolsa de agua que contiene al feto se rompe antes de tiempo), parto prematuro y nacimiento sin vida del bebé (ACOG, 2005).

El consumo de cocaína puede afectar a la mujer embarazada durante los primeros meses, incrementando el riesgo de aborto espontáneo, problemas en la placenta como desprendimiento (ocurre cuando la placenta se separa de la pared del útero antes de comenzar el parto), lo que puede causar hemorragias prolongadas y ser fatal, tanto para la madre como para el bebé. En una etapa posterior, puede desencadenar un parto

prematureo (antes de las 37 semanas de embarazo) (ACOG, 2005, Consejería de Salud y Consumo [CSC], 2007).

También se ha encontrado que las mujeres que consumen marihuana durante el embarazo tienen mayor riesgo de sufrir hiperemesis (fuertes vómitos crónicos) (CSC, 2007).

CUADRO 4 RIESGOS PARA LA SALUD DEL PRODUCTO ASOCIADOS AL CONSUMO DE SUSTANCIAS EN LAS MUJERES EMBARAZADAS

El consumo de sustancias afecta el desarrollo de los hijos en múltiples formas, algunos de ellos ocurren durante la gestación dado que el consumo de sustancias es incompatible con prácticas saludables durante el embarazo, es muy frecuente que las consumidoras embarazadas:

- Se alimenten de forma deficiente.
- No reciban atención médica en este periodo incrementando la probabilidad de presentar preeclampsia, diabetes gestacional y parto prematuro.
- Presenten problemas de salud mental como depresión, trastorno de estrés postraumático, estrés crónico (Minnes *et al.*, 2011).

También se ha visto que el embarazo es un periodo en que las mujeres pueden suspender la ingesta de alcohol por sí solas (Berenzon, Romero, Tiburcio *et al.*, 2007), o buscar tratamiento ya que se preocupan por la salud y bienestar de sus hijos.

Berenzon *et al.* (2007), realizaron un estudio con 200 mujeres que solicitaron ayuda por su consumo de alcohol en dos centros de tratamiento y encontraron que 66.2% de las mujeres redujeron su consumo de alcohol cuando se enteraron del embarazo; 26% siguieron consumiendo igual que siempre y 6.5% iniciaron el consumo durante este periodo.

Como se ha señalado antes, las condiciones de vida de las mujeres consumidoras pueden agravar los problemas que enfrentan. En México, Vega (1998) realizó una investigación con adolescentes en situación de calle que utilizaban inhalables, de 18 adolescentes que participaron 10 habían estado o estaban embarazadas, cinco vivían con pareja y cinco no tenían familia; ocho tenían hijos y dos estaban embarazadas por primera vez, estas mujeres experimentaban el uso de inhalables como gusto irresistible y costumbre, tenían prácticas sexuales sin protección, con embarazos no planeados, además de tener antecedentes de abortos, muchas de ellas no suspendieron el consumo durante su embarazo.

La gran mayoría de las mujeres recluidas en las prisiones de México pertenecen a grupos vulnerables y tienen problemas de salud mental, incluido el consumo de sustancias, así como dificultades para acceder a tratamiento. En un estudio en México sobre el abuso de sustancias de mujeres en prisión, se encontró que en cuanto al consumo de drogas alguna vez en la vida, 77.9% de las mujeres habían consumido cocaína, 67.1% mariguana y 46% sedantes. Dentro de las prácticas de riesgo se detectó que 33% de ellas consumieron alcohol/drogas durante el embarazo (Romero, Rodríguez, Durand *et al.*, 2007).

Por otro lado, se encuentra la población constituida por sexoservidoras que presentan un mayor riesgo de consumo de sustancias, pues se vincula a la demanda de mujeres dentro de la población masculina y a las pocas posibilidades educativas y laborales que tienen como consecuencia de la desigualdad entre los géneros. Estas circunstancias las hacen vulnerables al consumo de drogas; un estudio realizado sobre el consumo en mujeres dedicadas a la prostitución en la ciudad de México, dentro de la zona de La Merced, mostró que el medio que rodea a la prostitución favorece el consumo de drogas, las entrevistadas informaron que consumían alcohol y/o alguna otra droga (7 de 10 entrevistadas). Los principales aspectos que influyen en el consumo son los problemas que enfrentan cotidianamente que les generan estrés, así como la explotación a la que se ven sometidas, pues están expuestas a la violencia, al rechazo social y a la indiferencia institucional (Rodríguez, Gutiérrez y Vega, 2003).

Como se ha revisado, durante el embarazo existen riesgos por consumir sustancias psicoactivas que pueden ser muy graves, hasta de muerte, tanto para la madre como para el producto, en el siguiente apartado se presentan las diferentes consecuencias que el consumo puede provocar en los hijos de las consumidoras.

Efectos del consumo en los hijos de las mujeres consumidoras

Las consecuencias del consumo de sustancias psicoactivas en las mujeres durante el embarazo rebasan la esfera individual ya que tienen un impacto importante en sus hijos. Los efectos pueden apreciarse a corto, mediano o largo plazo y pueden mantenerse, incluso, en la edad adulta (Minnes, Lang y Singer, 2011). Los estudios al respecto se centran al menos en tres momentos del desarrollo:

- a) Acción de la droga sobre el feto en desarrollo.
- b) Impacto de la droga en el desarrollo neonatal.

c) Impacto en los niños de cuatro años y más.

LOS EFECTOS EN LOS HIJOS SE PRESENTAN EN TRES MOMENTOS
• Durante el embarazo.
• En el desarrollo neonatal.
• Después de los tres años.

a) **Acción de la droga sobre el feto en desarrollo (embarazo):** Se sabe que el consumo de sustancias psicoactivas es especialmente dañino durante el embarazo; mucho tiempo se consideró que la placenta protegía al feto del efecto tóxico de las sustancias psicoactivas, sin embargo, hoy se sabe que los metabolitos¹ de la cocaína, la marihuana y el tabaco, entre otros, pueden pasar directamente al flujo sanguíneo e interferir con el desarrollo neuronal del feto (Lee *et al.*, 2008; Minnes *et al.*, 2011).

El consumo de sustancias psicoactivas puede originar crecimiento intrauterino retardado, presentación de placenta previa y aumento de mortalidad perinatal (Minnes *et al.*, 2011).

El alcohol es teratogénico (es decir, que estando presente durante la gestación, puede causar un defecto congénito), por lo que consumirlo durante el embarazo se relaciona con serias alteraciones neurológicas en el feto, malformaciones de corazón, pulmones y riñón, alta probabilidad de sufrir un aborto y Síndrome Alcohólico Fetal (Consejería de Salud y Consumo [CSC], 2007).

En relación al consumo de tabaco durante el embarazo, éste tiene un índice 30% mayor de aborto que la abstinencia, además se incrementa el riesgo de retraso en el crecimiento intrauterino y nacimientos prematuros (CSC, 2007).

En gestantes consumidoras de cocaína el riesgo de aborto, parto prematuro o el nacimiento de niños muertos es alto (CSC, 2007). Drogas como la cocaína, la heroína etcétera, provocan vasoconstricción que limita el suplemento de oxígeno al feto (Minnes *et al.*, 2011).

¹ Sustancia que el cuerpo elabora o usa cuando descompone los alimentos, los medicamentos o sustancias químicas; o su propio tejido (por ejemplo, la grasa o el tejido muscular). Este proceso, que se llama metabolismo, produce energía y los materiales necesarios para el crecimiento, la reproducción y el mantenimiento de la salud. También ayuda a eliminar las sustancias tóxicas, (National Cancer Institute [NCI] <http://www.cancer.gov/diccionario?cdrid=462687>, consultado el 21 de marzo de 2012).

CUADRO 5
EXPOSICIÓN PRENATAL A LAS DROGAS. EFECTOS POTENCIALES EN EL PARTO Y EL EMBARAZO

<i>Sustancia</i>	<i>Efectos</i>
Tabaco	<ul style="list-style-type: none"> • Complicaciones durante el embarazo. • Parto prematuro. • La nicotina puede interferir con el suministro de oxígeno fetal.
Mariguana	<ul style="list-style-type: none"> • No se han observado efectos en el crecimiento fetal.
Estimulantes	<ul style="list-style-type: none"> • Complicaciones durante el embarazo. • Parto prematuro.
Opioides	<ul style="list-style-type: none"> • Aborto. • Síndrome de abstinencia fetal.
Alcohol	<ul style="list-style-type: none"> • Aborto. • Reducción del tamaño al nacer.
Inhalables	<ul style="list-style-type: none"> • Malformaciones o defectos congénitos. • El abuso del tolueno y algunos hidrocarburos alogenados durante el embarazo incrementa el riesgo de aborto espontáneo y parto prematuro. • Muerte fetal por envenenamiento por plomo. • Síndrome del Solvente Fetal (síntomas similares al Síndrome de Alcohol Fetal).

Fuente: García y Trillo, 2012; Minnes, Lang y Singer, 2011; NIDA, 2011a y b; NIAAA, 2009.

b) **Impacto de la droga en el desarrollo neonatal:** El consumo de sustancias psicoactivas puede originar parto prematuro, bajo peso al nacer y diferentes malformaciones (Minnes *et al.*, 2011), el consumo de alcohol puede tener como consecuencia la presencia de retraso mental y problemas de comportamiento (CSC, 2007).

Los efectos del tabaco son entre otros: bebés de bajo peso o menor talla y con menor circunferencia cefálica, también se puede presentar el síndrome de abstinencia neonatal que se manifiesta con irritabilidad e insomnio (CSC, 2007). Se ha encontrado una asociación del uso de benzodiazepinas con el desarrollo de labio leporino (León, 1985).

CUADRO 6
EXPOSICIÓN PRENATAL A LAS DROGAS. EFECTOS POTENCIALES EN EL NEONATAL

<i>Sustancia</i>	<i>Efectos</i>
Tabaco	<ul style="list-style-type: none"> • Parto prematuro. • Bajo peso al nacer. • Reducción del tamaño al nacer. • Reducción del diámetro craneal.
Mariguana	<ul style="list-style-type: none"> • No se han observado anomalías físicas.
Estimulantes	<ul style="list-style-type: none"> • Bajo peso al nacer. • Reducción del tamaño al nacer. • Reducción del diámetro craneal.
Opioides	<ul style="list-style-type: none"> • Bajo peso al nacer. • Reducción del tamaño al nacer. • Reducción del diámetro craneal. • Síndrome de abstinencia neonatal. • Síndrome de muerte súbita infantil.
Alcohol	<ul style="list-style-type: none"> • Reducción del tamaño al nacer. • Problemas para comer y dormir. • Problemas de visión y audición.
Inhalables	<ul style="list-style-type: none"> • La exposición al tolueno durante la gestación produce embriopatía toluénica o disfunción cerebelosa neonatal caracterizada por: microcefalia, micrognatia, labio leporino, retraso del desarrollo intelectual y físico, acidosis tubular renal y otras malformaciones leves. • Un peso más bajo al nacer. • Anormalidades esqueléticas ocasionales.

Fuente: García y Trillo, 2012; Minnes, Lang y Singer, 2011; NIDA, 2011a y b; NIAAA, 2009.

c) **Impacto en los niños de cuatro años y más:** el consumo de sustancias psicoactivas puede tener consecuencias en el desarrollo de los hijos, entre los que se cuentan desapego emocional, incapacidad para relacionarse con otros y disfunciones neurológicas, sin embargo, estas consecuencias también están relacionadas con el ambiente en el que se desarrollan los menores (Olsen, 1994).

Los hijos cuyas madres consumen alcohol durante el embarazo pueden presentar deficiencias cognitivas, conductuales, de lenguaje, aprendizaje, memoria, coordinación viso motora, dificultades en la motricidad fina, atención y solución de problemas (Mattson, Riley, Grambling *et al.*, 1998; Briñez, 2000).

CUADRO 7
EXPOSICIÓN PRENATAL A LAS DROGAS. EFECTOS POTENCIALES EN NIÑOS PEQUEÑOS

<i>Sustancia</i>	<i>Efectos</i>
Tabaco	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermedades respiratorias (asma, infecciones respiratorias y bronquitis).
Mariguana	<ul style="list-style-type: none"> • No se han observado anomalías físicas. • Problemas de atención, lenguaje y aprendizaje de habilidades, así como problemas de comportamiento.
Estimulantes	<ul style="list-style-type: none"> • Problemas de atención, lenguaje y aprendizaje de habilidades, así como problemas de comportamiento.
Opioides	<ul style="list-style-type: none"> • Síndrome de muerte súbita infantil.
Alcohol	<ul style="list-style-type: none"> • Problemas para comer y dormir. • Problemas de visión y audición. • Problemas para seguir instrucciones, poner atención y aprender a hacer cosas sencillas.
Inhalables	<ul style="list-style-type: none"> • Retraso en el desarrollo neuroconductual. • Alteraciones en la regulación del metabolismo y la composición corporal en los varones. • Aumento en la ingesta de alimentos y en el peso en ambos sexos.

Fuente: García y Trillo, 2012; Minnes, Lang y Singer, 2011; NIDA; 2011a y b; NIAAA, 2009.

La probabilidad de que los hijos de mujeres consumidoras presenten alguna de estas complicaciones es alta; además es importante considerar que los problemas se vuelven complejos dado que el poliuso es la norma más que la excepción.

Por otro lado, si consideramos que la mayoría de los embarazos en el mundo se producen de manera fortuita (no planeada), esto lleva a que la mujer puede exponerse a múltiples sustancias antes de saber de su estado gestante. Se estima que 86% de las mujeres consumen por lo menos un medicamento durante el embarazo, en tanto que el control de la exposición a factores de otra índole (contacto con contaminantes ambientales, metales pesados, infecciones, etcétera) es todavía más difícil de estimar (Paez, 2010).

Como hemos visto, el consumo de sustancias psicoactivas, conlleva diferentes consecuencias, tanto para las mujeres, como para el producto, es por ello que el manejo

debe ser más cuidadoso, sin embargo, es justamente esta condición la que conlleva mayor número de barreras para acceder a tratamiento.

Barreras para el tratamiento

Las barreras son los factores que impiden la entrada a tratamiento o su continuación (Smith, 1992). En la literatura se reconoce que las mujeres buscan ayuda con mayor frecuencia que los hombres para diversas condiciones de enfermedad, sin embargo, son menos propensas a acercarse a programas de tratamiento especializado en adicciones (Currie *et al.*, 2001). Las barreras asociadas con el acceso a servicios de tratamiento especializado para las mujeres se dividen en cuatro grupos:

BARRERAS PARA EL TRATAMINETO
• Intrapersonales.
• Interpersonales.
• Socioculturales.
• Estructurales.

1. **Intrapersonales:** tienen que ver directamente con las usuarias, una de las más comunes es la negación del problema, muchas veces se tiende a no reconocer la gravedad o el impacto del uso indebido de sustancias psicoactivas, puede no ser considerado un problema cuando existen otros que se consideran más graves, como la violencia conyugal o la pobreza extrema. Otras barreras son: la falta de recursos, la vergüenza y la culpabilidad experimentada al reconocer tener problemas con el alcohol y otras drogas, el temor al aislamiento, la pérdida del amor, el apoyo y la seguridad. Estos temores se ven agravados por la dependencia que muchas mujeres tienen hacia sus parejas (Solis y Medina-Mora, 1995; Currie *et al.*, 2001; CSAT, 2009; Medina-Mora *et al.*, 2010).

BARRERAS INTRAPERSONALES
• Negación del problema.
• Falta de recursos.
• Vergüenza.
• Culpabilidad.

2. **Interpersonales:** tienen que ver con la familia y la pareja, por lo que incluyen problemas en las relaciones, en la dinámica familiar, la presencia de miedo de perder a la pareja o a los hijos (pues muchas mujeres tienen la responsabilidad total de éstos últimos), la falta de apoyo familiar y de la pareja, que incluso puede avergonzarse de la mujer, o bien insistir para que continúen consumiendo y no asistan a tratamiento (Currie *et al.*, 2001; CSAT, 2009; Medina-Mora *et al.*, 2010).

BARRERA INTERPERSONALES
• Problemas de pareja.
• Miedo a perder hijos.
• Falta de apoyo familiar.
• Presión para continuar con el consumo.

3. **Socioculturales:** tienen que ver con las actitudes de la comunidad hacia la mujer consumidora, tales como: estigma, discriminación, prejuicio. En general, la sociedad juzga a las mujeres que abusan de sustancias más duramente que a los hombres, lo cual dificulta el reconocimiento abierto de los problemas y necesidades (Currie *et al.*, 2001; CSAT, 2009; Medina-Mora *et al.*, 2010).

BARRERAS SOCIOCULTURALES

- Estigma.
- Discriminación.

4. **Estructurales:** tienen que ver con la organización de los programas, políticas, características, procedimientos, diseño y restricciones de tratamiento. En muchos casos no se identifica el abuso de sustancias psicoactivas como un problema de salud mental o existe poca comprensión respecto a los problemas que presentan las mujeres consumidoras de sustancias, lo que impide una atención adecuada, o provoca que sean rechazadas en el tratamiento, además de desigualdades que se presentan en los servicios de salud.

Por otro lado, también influye de manera significativa la falta de comprensión de sus necesidades, la poca disponibilidad de estrategias terapéuticas con aproximación de género; el desconocimiento de la ubicación de los centros de atención; las largas listas de espera, el desconocimiento de la asociación entre el consumo de sustancias psicoactivas y todas las formas de violencia interpersonal en la vida de las mujeres (física, sexual y emocional), el trauma subsecuente y la comorbilidad psiquiátrica (Currie *et al.*, 2001; CSAT, 2009); además se carece de lugares para el cuidado de los hijos confiables, los propios costos del tratamiento que incluyen: costo de la consulta, del cuidado de los niños, del transporte y en algunos casos pérdida de salario (Medina-Mora *et al.*, 2010).

BARRERA ESTRUCTURALES

- Falta de comprensión de los problemas específicos de las mujeres.
- Largas listas de espera.
- Falta de apoyo en el cuidado de los hijos.

CUADRO 8
BARRERAS PARA EL TRATAMIENTO EN LAS MUJERES

- Intrapersonales: relacionados con la mujer, actitudes personales o situaciones; problemas de salud, problemas psicológicos, funcionamiento cognitivo, estado motivacional, etcétera.
- Interpersonales: relacionadas con la familia y la pareja, problemas en las relaciones, dinámica familiar, etcétera.
- Socioculturales: relacionados con actitudes de la comunidad, diferencias culturales; estigma, prejuicio, racismo; desigualdades en los servicios de salud, actitudes de los prestadores de servicios hacia las mujeres, etcétera.
- Estructurales: relacionadas con la organización o estructura de los programas, características, políticas, procedimientos, diseño y restricciones de tratamiento (CSAT, 2009; Currie *et al.*, 2001).

Consideraciones para el desarrollo de programas

Los programas de tratamiento deben desarrollarse tomando en cuenta las necesidades especiales como: riesgo elevado de comorbilidad psiquiátrica, vulnerabilidad fisiológica, condición social, nivel de rechazo social expresado en el aislamiento y la culpa, incluyendo servicios adicionales, tanto para las mujeres como para la atención de los hijos; además de considerar a las mujeres, que sin ser consumidoras, sufren las consecuencias del consumo de sus parejas o hijos (Medina-Mora, 2001).

Como puede apreciarse a lo largo del presente capítulo, el consumo de sustancias psicoactivas se ha incrementado notablemente en los últimos años en la población femenina. El impacto de estas prácticas en la salud y el entorno social de las mujeres es mayor que en los varones por diversas razones, como los roles de género, que si bien han sufrido transformaciones, aún se considera a la mujer como la responsable de las obligaciones tanto del hogar como de la educación de los hijos.

Por otro lado, si el consumo de sustancias se presenta durante el periodo de gestación, los efectos dañinos trascienden al producto y afectan su desarrollo y el impacto puede mantenerse a lo largo de su vida.

Lo anterior es muy importante pues ante estas circunstancias no es de extrañar que las mujeres lleguen a tratamiento cuando las consecuencias derivadas de su consumo

son ya muy graves, y por lo tanto se enfrenten a más barreras una vez que han decidido buscar ayuda; es en este punto donde la participación de los profesionales de la salud dedicados al tratamiento de esta población es de suma importancia, ya que de la forma en cómo se atiende a las mujeres desde la primera visita, depende, en gran medida, que ésta se involucre en su proceso de recuperación •

CAPÍTULO 2

DETECCIÓN Y EVALUACIÓN DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN MUJERES EMBARAZADAS Y/O CON HIJOS

La detección del consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias psicoactivas en mujeres embarazadas o con hijos representa la oportunidad de visibilizar un problema que suele mantenerse oculto. Asimismo, es la puerta de entrada a una evaluación diagnóstica más completa que permite iniciar la intervención en caso de ser necesario.

El objetivo de la **detección o tamizaje** es identificar a las mujeres que tienen o están en riesgo de desarrollar problemas por el consumo de sustancias, y determinar quiénes necesitan una evaluación más detallada para descartar o confirmar un posible trastorno por consumo de sustancias. La identificación del nivel de riesgo puede llevarse a cabo a través de distintos procedimientos (pruebas de laboratorio, entrevistas estructuradas, cuestionarios, etcétera).

Las estrategias de detección suelen ser procedimientos rápidos y sencillos, que pueden usarse de manera rutinaria con las pacientes que llegan a algún centro de atención, ya sea como proceso de admisión o junto con entrevistas de admisión inicial. Estos procesos promueven la oportunidad de que las mujeres comiencen a hablar sobre su consumo e identifiquen posibles factores clave y problemas relacionados.

La detección permite identificar un consumo de riesgo e iniciar un proceso de evaluación más amplio.

Por otro lado, **la evaluación** implica un proceso de análisis más profundo para determinar si existe un trastorno por uso de sustancias (abuso o dependencia). Es pertinente aplicar algún método de evaluación cuando, a partir de los resultados obtenidos mediante los procesos de detección, se sospecha que el problema de consumo es grave, o bien, cuando la mujer obtiene puntajes altos en los instrumentos de tamizaje. En el cuadro 9 se presentan algunas de las diferencias que existen entre las estrategias de detección y evaluación.

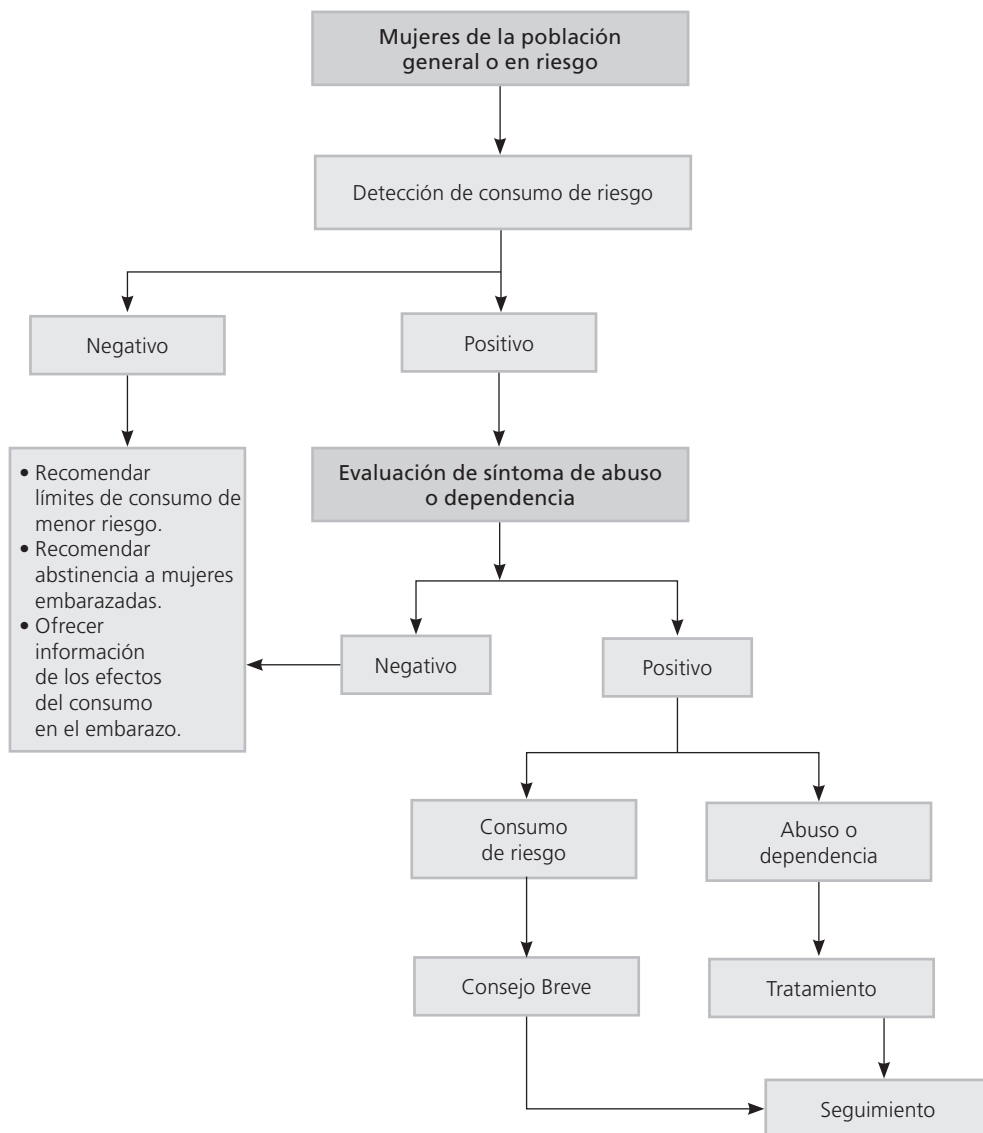
La evaluación diagnóstica se realiza para confirmar si una mujer abusa de las sustancias o si es dependiente, y determinar si requiere una intervención más intensiva y especializada.

CUADRO 9
DIFERENCIAS ENTRE LA DETECCIÓN Y LA EVALUACIÓN

<i>Detección. Identificación de personas en riesgo</i>	<i>Evaluación. Identificación de un trastorno por uso de sustancias</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Se realiza a población sana o en riesgo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se realiza a personas con problemas de consumo definidos.
<ul style="list-style-type: none"> • Se puede aplicar a grupos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Individual.
<ul style="list-style-type: none"> • Menos precisa. 	<ul style="list-style-type: none"> • Más precisa.
<ul style="list-style-type: none"> • Más barata. 	<ul style="list-style-type: none"> • Más cara.

De esta forma, detección y evaluación son dos etapas de un mismo proceso (ver figura 2) en el que se busca determinar el nivel de riesgo y la mejor estrategia para brindar orientación y tratamiento a las mujeres que así lo requieran.

FIGURA 2
PROCEDIMIENTO PARA LA DETECCIÓN, EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO
DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN MUJERES



¿Por qué realizar la detección?

La detección oportuna del consumo de sustancias permite intervenir antes de que se desarrolle un trastorno por su consumo, y si este ya existe, evitar que el problema progrese, o aminorar sus consecuencias en otras áreas de la vida de la persona. Se detecta porque es necesario brindar la atención preventiva o terapéutica acorde a las características, necesidades y recursos de las mujeres, y reducir la brecha temporal que existe entre el consumo y la solicitud de atención. Las mujeres que son canalizadas a los servicios de prevención y tratamiento, de acuerdo a sus necesidades específicas, tendrán un mejor pronóstico en cuanto a su recuperación y/o estilo de vida.

Sin embargo, en México existe un importante déficit para detectar oportunamente el consumo de sustancias en la población general, situación que se agrava en las mujeres. La valoración social de las mujeres embarazadas y/o con hijos que presentan problemas de consumo de sustancias, es más negativa comparada con los varones o incluso con las mujeres sin hijos.

Al transgredir los comportamientos normativos asociados al ser madre, estas mujeres viven un mayor estigma social, provocando que reciban menos apoyo de la familia y la comunidad. Esta situación ha generado que pocas busquen ayuda, optando más por los servicios de salud que por los centros de tratamiento especializados en el consumo de sustancias psicoactivas, postergando aún más la atención (The Ministry of Health, 2006).

LA DETECCIÓN PERMITE
• Identificar e intervenir antes de que se desarrolle un trastorno por consumo de sustancias.
• Reducir la brecha de atención.
• Mejorar el pronóstico de tratamiento.
• Visibilizar el consumo que suele ocultarse en las mujeres.

¿Dónde realizar la detección?

La detección temprana de consumo de sustancias psicoactivas puede realizarse en centros de salud, laborales, escolares o comunitarios, por ejemplo, instituciones de

procuración de justicia, organizaciones que trabajen con mujeres en situaciones de vulnerabilidad como trabajadoras sexuales, mujeres en reclusión, en situación de violencia, etc., así como establecimientos de salud de cualquier nivel de atención.

¿Quién puede realizar la detección?

Cualquier profesional capacitado en el uso de las estrategias de detección en esta población y sensible a las características del consumo en las mujeres, que tengan una actitud empática y receptiva. Pueden ser personas que estén en contacto con mujeres que consumen o que están en riesgo de hacerlo, estas incluyen: enfermeras, trabajadores sociales, médicos, psicólogos, trabajadores comunitarios, psiquiatras, asesores, personal de justicia y especialistas en adicciones.

¿Quiénes son las mujeres que se pueden beneficiar con los procesos de detección?

Podrían ser todas las mujeres que acuden a los centros, instituciones y organizaciones que participan en la detección, sin embargo, en la mayoría de las ocasiones la sobrecarga de asistencia o falta de recursos lo impide. En este caso se puede limitar la detección a grupos de alto riesgo o a situaciones específicas (primera visita, incapacidades laborales por accidentes, salas de urgencias, etcétera). La selección de los grupos de riesgo puede realizarse con base en la evidencia epidemiológica, por ejemplo, mujeres jóvenes o en función de la vulnerabilidad, tales como mujeres embarazadas, en situación de violencia, en reclusorios, etcétera.

¿Cómo realizar la detección?

La detección se puede realizar a través de entrevistas, instrumentos breves, listas de chequeo sobre factores de riesgo o características del consumo, entre otras estrategias. La detección mediante instrumentos de tamizaje es la más utilizada. Estos instrumentos suelen ser cuestionarios breves (regularmente derivados de escalas más amplias), por lo general autoaplicables, de bajo costo y alta efectividad para la detección masiva (Alcántara, León, Guerrero, Reyes y Hernández, 2009).

La detección suele realizarse a través de instrumentos breves, válidos para la población objetivo.

Cabe aclarar que se debe ser cauteloso al momento de hacer la detección, ya que fácilmente se puede estigmatizar a las mujeres y se pierde la riqueza de un contacto más personal y eficaz. Asimismo, no se recomienda realizar detecciones si no se va a dar respuesta a la población con una intervención.

¿Qué hacer antes, durante y después de la detección?

Antes de la detección

Antes de iniciar el proceso de detección es necesario planear cuidadosa y sistemáticamente cómo se llevará a cabo, por lo que se debe determinar dónde y cuándo se realizará. Para tomar estas decisiones es necesario conocer el escenario y los procesos internos de la institución u organización donde se hará la detección, de manera que se identifique el momento y lugar idóneos para realizarla.

La detección puede hacerse sola o como parte de una entrevista de salud general, un cuestionario de estilos de vida o historia médica, según el escenario. Elegir la forma y el escenario de aplicación según las condiciones y necesidades de las mujeres es fundamental, sobre todo hay que proteger la privacidad de las pacientes.

Antes de iniciar el proceso de detección hay que planearlo cuidadosamente y tener en cuenta las necesidades de las mujeres.

Durante la detección

Para comenzar a explorar el consumo de sustancias en esta población, es muy importante que el terapeuta o personal encargado establezca una relación empática, de aceptación y confianza con la mujer. El profesional debe comprender que hablar del consumo con una persona extraña puede generar incomodidad, por lo que debe hacer todo lo posible para facilitar este proceso.

Se recomienda realizar la detección en un ambiente cómodo y seguro así como establecer una relación empática y asegurar la confidencialidad de la información a las mujeres.

Se recomienda que el profesional se presente, indique al paciente el objetivo de la estrategia o del instrumento de detección, se lo describa brevemente y le señale el tiempo aproximado de aplicación.

Es necesario que las preguntas de detección sean contestadas en un ambiente cómodo y seguro para las mujeres que serán atendidas (The Ministry of Health, 2006), por lo que se les debe informar el por qué de las preguntas, asegurarles la confidencialidad de la información y obtener su consentimiento para proseguir. Este último punto es particularmente importante, ya que se trata de información relacionada con el consumo de drogas que pueden ser ilegales, además de que se corre el riesgo de enjuiciar, estigmatizar y discriminar a quienes sean identificadas como consumidoras.

El personal encargado de la aplicación debe apegarse a las instrucciones de la(s) prueba(s) de tamizaje que esté utilizando. No obstante, se recomienda algo de flexibilidad al hacer las preguntas, de tal manera que se adapten a las características y necesidades de las mujeres embarazadas o con hijos, ya que se cuenta con pocos instrumentos adaptados a este tipo de población, por ejemplo, el terapeuta o personal encargado puede hacer un mapa mental del consumo de sustancias de la usuaria a medida que responde cada pregunta, de manera que pueda guiar la aplicación y brindarle ejemplos coherentes con su patrón de consumo y su realidad. Es importante asegurarse que se hayan hecho y registrado todas las preguntas del instrumento de tamizaje. Finalmente, es recomendable usar el estilo de la entrevista motivacional para hacer las preguntas.

Después de la detección

Una vez que se haya identificado el nivel de riesgo, es importante brindar retroalimentación a la mujer sobre sus resultados en la pruebas de detección. Hay que ofrecer a las mujeres algunos ejemplos de los problemas relacionados con cada sustancia psicoactiva consumida; proporcionar retroalimentación sobre el nivel de riesgo obtenido en su prueba, resolviendo en este momento las dudas que surjan con respecto a sus resultados, marcando el fin de la aplicación de la prueba de detección y al mismo tiempo, dar pie al inicio de la evaluación.

Al finalizar la detección es necesario proporcionar retroalimentación sobre los resultados y brindarles un consejo breve.

Considere que las pruebas de tamizaje brindan un indicador del grado de riesgo del consumo, sin embargo, no dan un diagnóstico. Por lo tanto, si el nivel de riesgo obtenido es alto, debe sugerirse a la mujer una exploración más profunda, es decir, pasar a la fase de evaluación. Por otro lado, si los patrones de consumo de la participante no resultan ser de riesgo, puede recomendarse la adopción de niveles de consumo moderado (sólo para alcohol), es decir, un patrón de consumo que se asocie a un menor riesgo de desarrollar problemas.

Sin embargo, a pesar de tener niveles negativos en el tamizaje, la abstinencia debe recomendarse a mujeres embarazadas o que pretenden embarazarse (es importante preguntar a las mujeres con las que estemos haciendo la detección si tienen planes de embarazarse), con factores situacionales y personales que las pongan en mayor riesgo de tener problemas de consumo, quienes estén tomando medicamentos y/o que tengan otros problemas de salud.

Las pruebas de tamizaje no permiten hacer un diagnóstico, sólo indican el nivel de riesgo.

Para asegurar la confidencialidad, es necesario que la información personal sobre la mujer no se divulgue a ninguna persona sin su consentimiento, tampoco debe ser posible determinar su identidad sobre la base de los resultados obtenidos en la detección.

CUADRO 10 CONSIDERACIONES PARA LA REALIZACIÓN DE LA DETECCIÓN

¿Por qué hacerla? Permite intervenir antes de que se desarrolle un trastorno por consumo, y si este ya existe, evitar que el problema progrese o aminorar sus consecuencias.

¿Dónde? Establecimientos de salud de cualquier nivel de atención y centros de procuración de justicia, entre otros.

¿Quién la realiza? Profesionales capacitadas y capacitados en el uso de las estrategias de detección en esta población y sensibles a las características del consumo en las mujeres.

¿A quiénes se les aplica? Se recomienda que a todas las mujeres que acuden al centro que participa en la detección.

¿Cómo? Lo más conveniente es emplear instrumentos de tamizaje –cuestionarios breves– válidos para esta población.

¿Por qué realizar la evaluación?

La evaluación diagnóstica del nivel de consumo y otros problemas relacionados, permite identificar patrones de consumo de sustancias y tener un “retrato” de la situación de la mujer con respecto a su uso, al tiempo que proporciona información para planear o estructurar las estrategias de intervención. Se trata de un procedimiento más largo y complejo que incluye una evaluación multidimensional, ya que considera una gran variedad de síntomas de tipo fisiológico, conductual, psicológico y social; es por ello que el manejo de estos métodos requiere de una capacitación más intensiva, que normalmente se realiza en escenarios dedicados al tratamiento, es importante tener en cuenta que los profesionales que no cuenten con las herramientas necesarias para la realización de un diagnóstico deben canalizar a las mujeres a lugares con personal que pueda realizar esta tarea.

La evaluación permite diagnosticar un trastorno por consumo de sustancias y brinda información para planear la intervención.

El proceso de evaluación en esta población puede incluir la exploración de las siguientes áreas, cabe aclarar que el orden en que se presentan no implica que deba seguirse esta secuencia, por el contrario, cada centro de atención puede determinar cuáles resultan relevantes para sus objetivos y de acuerdo a las características de la población que atiende.

1. **Riesgos psicosociales** asociados al consumo de sustancias psicoactivas, como: consumo de sustancias por parte de la pareja, padre, madre u otros familiares cercanos, experiencias de violencia actual o en la infancia, conductas sexuales de riesgo, entre otros.
2. **Consecuencias del consumo**, tales como estado de salud general, relaciones familiares, relación con la pareja, sentimientos de culpa o vergüenza, situación laboral y/o escolar etcétera.
3. **Número de hijos** y responsabilidad respecto a ellos, situación que puede constituir un factor fundamental para determinar el tipo de tratamiento; así, por ejemplo, en caso de que se plantee un ingreso hospitalario o en comunidad terapéutica, la falta de apoyo para su cuidado o el hecho mismo de la separación física, a la que la madre consumidora es remisa, puede plantear dificultades insalvables. Por otra parte, si la opción de tratamiento es ambulatoria, el hecho de tener que combinar el cuidado de los hijos y las tareas domésticas con el tratamiento farmacológico, puede ser más complicado.

DURANTE LA EVALUACIÓN SE PUEDE EXPLORAR
• Los riesgos asociados al consumo.
• Las consecuencias del consumo.
• Responsabilidades para con los hijos.
• Patrón del consumo.
• Comorbilidad.
• Embarazo.

4. **Patrones de consumo** que sugieran abuso o dependencia a alguna sustancia. Se puede indagar sobre:

- Edad de inicio.
- Sustancias utilizadas.
- Vías de administración.
- Dosis actual y frecuencia de la administración.
- Hábitos de consumo.
- Motivos de consumo
- Reacciones anómalas y/o sobredosis (número, dosis, consecuencias).
- Síndromes de abstinencia padecidos (motivo, síntomas).
- Existencia de desintoxicaciones/tratamientos previos; tipo y resultado de éstos.

El policonsumo requiere una correcta jerarquización de las sustancias consumidas para determinar cuál es la droga de preferencia y cuáles las secundarias, y poder establecer el tratamiento más adecuado. Hay que tener en cuenta la posible tendencia de las usuarias a minimizar los consumos ante el profesional, al igual que a veces se hace con la familia o el entorno. Es conveniente preguntar explícitamente sobre el consumo de psicofármacos.

5. **Comorbilidad médica y/o psiquiátrica**, tales como depresión, trastornos de ansiedad, estrés postraumático, crisis de angustia, entre otros. La sospecha

de la existencia de un trastorno dual o su confirmación diagnóstica, condicionan la elección del tipo de tratamiento a aplicar o la referencia a otros servicios.

6. **Embarazo.** Mención especial merece el consumo durante el embarazo. Su existencia hace que la atención sea inmediata, siendo el tratamiento preferente en cualquiera de sus modalidades. Si la paciente necesita ser desintoxicada, se hará a nivel hospitalario, preferiblemente durante el segundo trimestre de embarazo, ya que si se realiza durante el primero aumenta el riesgo de aborto, y durante el tercero, la probabilidad de parto prematuro. Puede ser necesario facilitar el acceso a la atención obstétrica para establecer el primer contacto, ya que es posible el desconocimiento por parte de la embarazada de dónde dirigirse.

De esta manera, el proceso de evaluación permite determinar la presencia de algún trastorno por consumo de sustancias y brinda herramientas al profesional para manejar las barreras de tratamiento, así como desarrollar un plan de tratamiento adecuado y efectivo a las necesidades de cada paciente.

¿Dónde realizar la evaluación?

Es necesario contar con un espacio privado destinado para el proceso terapéutico y evaluación, en el que se eviten interrupciones y se asegure la confidencialidad a las entrevistadas.

¿Quién puede realizar la evaluación?

Un terapeuta o experto(a) en adicciones, ya que se requiere entrenamiento especial en el uso de estrategias terapéuticas, tales como la entrevista motivacional y la experiencia clínica. Asimismo, el profesional debe ser sensible a las necesidades específicas de esta población.

¿Quiénes son las mujeres que pueden participar en los procesos de evaluación?

Todas aquellas mujeres que durante la etapa de detección, hayan calificado con consumo riesgoso de sustancias psicoactivas y en especial las que mencionaran consumo

moderado pero que estén embarazadas al momento del tamizaje, aunque obtengan calificaciones de bajo riesgo en el mismo.

¿Cómo realizar la evaluación?

La evaluación se puede realizar a través de cuestionarios de diagnóstico, listas de chequeo, los criterios diagnósticos del DSM-IV o el CIE-10, entrevistas, historia clínica o pruebas de detección rápida (antidoping). Las listas de chequeo sobre factores asociados o síntomas de abuso o dependencia, hacen referencia a una serie de preguntas o indicadores en forma de lista, que sirven para verificar el nivel de consumo; dichos indicadores deben ser claros, puntuales y estar sustentados científicamente.

Estas listas sirven de guía que conducen la evaluación a reflexionar sobre el nivel de acatamiento de determinados requisitos relacionados con el consumo de sustancias. En este sentido, los criterios de abuso y dependencia del CIE-10 y DSM-IV son de gran utilidad al momento de definir los límites entre un consumo de riesgo y los trastornos de abuso y dependencia de sustancias propiamente dichos.

Igualmente, se pueden realizar pruebas de detección rápida con las mujeres que previamente han sido identificadas como posibles consumidoras; sin embargo, además de que habría que verificar mediante otros medios el nivel de consumo, este tipo de exámenes conlleva varias complicaciones éticas y sociales (estigmatización), por lo que su uso debe ser cuidadoso y estar inscrito en un proceso de evaluación integral.

LA EVALUACIÓN SE PUEDE REALIZAR A TRAVÉS DE:

- Instrumentos de diagnóstico.
- Listas de chequeo.
- Criterios diagnósticos.
- Entrevistas.
- Historia clínica.
- Pruebas de laboratorio.

¿Qué hacer antes, durante y después de la evaluación?

Antes de la evaluación

Las y los profesionales deben iniciar este proceso con una actitud sin prejuicios y con la intención de generar un clima de respeto y confianza, para alentar a las mujeres a hablar y motivarlas a lograr los cambios que ellas desean. Proteger la vida privada de las participantes y la confidencialidad de toda información que suministren es fundamental, por lo que se deben planear y prever con anticipación las condiciones y estrategias para asegurar la confidencialidad a la paciente.

Durante la evaluación

Al igual que durante la detección, se debe tener en cuenta que es más probable que las mujeres accedan a contestar a la evaluación y den respuestas a las preguntas sobre el consumo de sustancias cuando la o el profesional de la salud:

- Muestra interés genuino en la problemática de la paciente.
- Tiene presentes las características del consumo en las mujeres.
- Muestra sensibilidad y empatía hacia la usuaria.
- Da retroalimentación sobre lo hallado durante la evaluación.
- Explica cuidadosamente los motivos por los que pregunta sobre el consumo de sustancias
- Hace énfasis en la confidencialidad de las respuestas.

Después de la evaluación

La o el profesional ha de dar retroalimentación a la paciente y planear junto con ella las metas a alcanzar sobre el consumo y las estrategias que seguirán para lograrlo. Si la mujer tiene un consumo de riesgo sin llegar al abuso o dependencia, se recomienda dar retroalimentación sobre las implicaciones de transitar al abuso o dependencia y los problemas que se pueden generar. Se debe enfatizar la posibilidad de prevenir los riesgos y daños vinculados con su forma de consumir mediante estrategias dirigidas al cambio, invitándola a participar en una intervención breve.

Por otro lado, si se detecta un trastorno por consumo de sustancias (abuso o dependencia), además de dar retroalimentación, hay que motivarle para que asista prontamente a tratamiento. Cabe resaltar que si se detectan problemas asociados, como situaciones de violencia o comorbilidad psiquiátrica, será necesario, además de invitarla a tratamiento, canalizarla a otros servicios.

De esta forma una vez que la mujer ha sido sensibilizada ante su consumo, se debe enfatizar la importancia de establecer una meta personal, motivándola para que asista a la intervención breve, tratamiento y/u otros servicios según sea el caso, brindándole toda la información que requiera.

CUADRO 11 CONSIDERACIONES PARA LA REALIZACIÓN DE LA EVALUACIÓN

¿Por qué realizarla? Permite identificar patrones de consumo de sustancias y proporciona información para planear y estructurar las estrategias de intervención.
¿Dónde? En un espacio privado en el que se eviten interrupciones y se asegure la confidencialidad a las entrevistadas.
¿Quién la realiza? Un terapeuta o experto(a) en adicciones, sensible a las necesidades específicas de esta población.
¿A quiénes se les aplica? A aquellas mujeres que durante la etapa de detección, se les haya identificado un consumo riesgoso de sustancias psicoactivas.
¿Cómo? A través de instrumentos de diagnóstico, listas de chequeo, criterios diagnósticos del DSM-IV o el CIE-10, entrevistas, historia clínica o pruebas clínicas de detección rápida (antidoping).

Buenas prácticas en la detección y evaluación

¿Cuáles son los mejores instrumentos para la detección y evaluación del consumo?

El consumo se puede identificar preguntando directamente sobre él o utilizando cuestionarios específicamente diseñados para este propósito. Idealmente, se debería de contar con instrumentos sensibles al género, sin embargo son pocos los que han sido validados en poblaciones femeninas. En México, algunos de los instrumentos más usados para la detección y evaluación del consumo en general, son:

- La pregunta **Inicial de Consumo de Drogas**. Se refiere a una sencilla pregunta que ha sido empleada en población mexicana, y se puede aplicar a adolescentes y adultos en general (Villatoro, Hernández, I., Hernández, Fleiz, Blanco, Medina-Mora, 2004). El entrevistado sólo debe elegir una de tres opciones de respuesta que mejor refleja su consumo de sustancias durante el último mes. Con base en su respuesta se determina el nivel de riesgo de acuerdo con la metáfora del semáforo y se puede ofrecer un consejo asociado a cada uno de estos niveles.
- La adaptación a población mexicana del **Cuestionario de Abuso de Drogas (CAD)** (Skinner, 1982; De la Fuente y Villalpando, 2001). Este instrumento permite identificar a las personas que empiezan a tener problemas relacionados con el consumo de drogas (consumo peligroso) y a quienes posiblemente han desarrollado dependencia (Skinner, 1982). Está adaptado a la población mexicana (De las Fuentes, Villalpando, 2001) y consta de 20 reactivos con dos opciones de respuesta: "Sí" y "No"; explora el consumo de drogas ilegales y/o médicas (excepto alcohol y tabaco) que ha tenido la persona en los últimos 12 meses. Además, incluye preguntas de problemas asociados con el consumo de drogas. La forma de aplicación puede ser a través de entrevista (cara a cara) o autoaplicable, es decir que la persona lo puede responder por sí mismo.
- **La Prueba de Identificación de Trastornos del Consumo de Alcohol (AUDIT)**, por sus siglas en inglés, es un cuestionario creado por la Organización Mundial de la Salud en 1989, está dirigido a población adulta y se ha adaptado y aplicado con éxito en México (Babor, De la Fuente, Saunders, Grant, 1992; Medina-Mora, Carreño, De la Fuente; 1998). Sirve para detectar de manera temprana a las personas que empiezan a tener problemas por el consumo de alcohol y contribuye a instrumentar medidas preventivas para evitar que se desarrolle un problema mayor.
- **Breve Escala de Dependencia al Alcohol (BEDA)** (Raistrick, Echeverría, Oviedo, Ayala, 1998). Dirigido a población adulta, incluye preguntas sobre las consecuencias adversas del consumo de alcohol y ayuda a distinguir a los bebedores problema (personas que consumen alcohol en un nivel de riesgo) de las personas con probable dependencia al alcohol. Consta de 15 preguntas con cuatro opciones de respuesta que van de 0 a 3 puntos. La calificación se obtiene sumando las respuestas de cada uno de los 15 reactivos. Puede ser autoaplicable o contestada como entrevista, sólo requiere de 5 minutos.
- La **Cédula Diagnóstica Internacional Compuesta (CIDI)**, (WHO, 1993), es una entrevista diagnóstica estandarizada desarrollada por la Organización Mundial de la Salud, está basada en los grandes sistemas de diagnóstico y clasificación de

trastornos como el Manual diagnóstico y estadístico de las enfermedades mentales (DSM) de la Asociación Psiquiátrica Americana y la Clasificación Internacional de las Enfermedades (ICD) (WHO, 1992) y sirve para evaluar los trastornos mentales acordes a estos criterios. En México, este instrumento se ha utilizado en estudios epidemiológicos, en la consulta externa psiquiátrica, en población que acude a grupos de autoayuda y en la práctica médica general.

Considere que para la evaluación deberá de indagar otros problemas y consecuencias relacionados con el consumo, por lo que deberá buscar y seleccionar otros instrumentos o métodos de evaluación que le permitan alcanzar este objetivo.

¿Cómo seleccionar los instrumentos para realizar la detección y la evaluación?

Para realizar una detección y evaluación efectivas, hay que seleccionar aquellos instrumentos que han demostrado su efectividad en la detección del consumo u otros problemas asociados en la población objetivo. Se sugiere tomar en cuenta las siguientes consideraciones al seleccionar y emplear las pruebas:

- Seleccionar un instrumento que detecte el nivel de consumo, la sustancia de interés, considerando frecuencia y riesgos asociados.
- Habrá que recopilar los datos de las mujeres en el que se incluyan edad, estado civil, número de hijos y otra información relevante para el desarrollo de la detección y evaluación.
- Usar instrumentos válidos y confiables para la población a la que se aplicará, teniendo claro su propósito y limitaciones, y considerar las características de la población femenina al aplicar e interpretar la prueba.
- Manejar la información obtenida de manera ética (ver apartado de aspectos éticos), destacando la confidencialidad.
- Evitar la aplicación de la detección temprana si no se va a responder con una intervención; de lo contrario, se generan expectativas falsas o demandas en la población, que no van a poder cubrirse.
- Estar familiarizado o capacitarse en la aplicación, calificación y análisis de los resultados de los instrumentos.

¿Qué características de la población se deben de considerar al momento de realizar la detección y evaluación?

En general, indagar sobre el consumo de sustancias psicoactivas es un procedimiento delicado, ya que las personas pueden sentir que se está invadiendo su privacidad o pueden tener suspicacias respecto a la manera en cómo se manejará la información que proporcionen. Además, dependiendo del contexto en donde se realice la detección, las personas pueden temer represalias, por ejemplo, en ámbitos laborales y escolares. Por ello, es sumamente importante que antes de realizar cualquier procedimiento de detección y/o evaluación se tomen en cuenta una serie de circunstancias y características de la población a la que se dirigen, en este caso, las mujeres, y particularmente aquellas que tienen hijos o están embarazadas.

AL REALIZAR LA DETECCIÓN Y EVALUACIÓN CONSIDERE QUE:

- El consumo suele negarse u ocultarse.
- El consumo puede confundirse con otros trastornos.
- Las mujeres consumidoras suelen tener poco apoyo familiar.
- La actitud de los clínicos y los servicios brindados son decisivos.

Existen varias barreras particulares que dificultan o impiden la identificación del consumo de sustancias en las mujeres. La negación social del consumo en las mujeres en general, y en las embarazadas o madres de familia en particular, hace que médicos, trabajadores sociales u otros profesionales no indaguen sobre un posible consumo de sustancias, y si lo hacen, suelen negarlo debido al estigma social que pesa sobre ellas. Asimismo, los problemas por el consumo de sustancias suelen ser mal diagnosticados como signos de depresión, ansiedad u otros síntomas físicos o emocionales. Por si fuera poco, la vergüenza, culpa o miedo al rechazo que pueden estar experimentando estas mujeres, hace que muchas opten por ocultar el problema.

Por otro lado, en comparación con los hombres, las mujeres tienen menos apoyo por parte de la pareja, familiares u otras personas para enfrentar su problema o buscar ayuda, dificultándose aún más la búsqueda de atención. Los inadecuados sistemas de

referencia y falta de servicios apropiados son barreras adicionales para que las mujeres busquen asistencia o hablen del problema.

Una actitud neutral por parte de la o del terapeuta ante el género y la maternidad de la paciente puede producir una percepción incompleta del problema, al no considerar elementos específicos del consumo de sustancias en esta población y no poner en marcha estrategias adaptadas a la misma. Es imprescindible llevar a cabo acciones que respondan a sus necesidades y faciliten este primer contacto, el cual resulta vital para identificar el problema y dar continuidad al tratamiento. En el cuadro 4 se presentan algunos de estos rasgos y las prácticas recomendadas para su manejo.

CUADRO 12
CARACTERÍSTICAS DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN MUJERES Y PRÁCTICAS RECOMENDADAS PARA ANTES DE INICIAR LA DETECCIÓN DEL CONSUMO

<i>Característica del consumo en mujeres</i>	<i>Buenas prácticas</i>
<p>Estigma En comparación con los hombres, la valoración negativa de la conducta de consumo en la mujer, propicia hacia ellas un mayor rechazo y reprobación social, ya que además de los estereotipos que habitualmente se le imputan a los adictos, hay algunos específicos que generan en ellas una mayor estigmatización.</p>	<p>Es necesario establecer una relación empática y cuidadosa, sensible para detectar y preguntar sin prejuicios la historia de consumo de la mujer.</p> <p>Una actitud de escucha y de aceptación, es decir, la comprensión de su punto de vista, favorecen el desarrollo de la detección, la evaluación y el vínculo terapéutico.</p>
<p>Vergüenza y culpa Al vivir una mayor estigmatización social, muchas mujeres consumidoras sienten vergüenza y culpa.</p> <p>Estos sentimientos hacen que las mujeres oculten sus problemas de consumo y, finalmente, cuando deciden buscar tratamiento o ayuda, se encuentran en desventaja por el riesgo colateral que supone de fracaso, aislamiento y pérdida de la valoración positiva en relación al rol de mujer y madre.</p> <p>Por otro lado, los valores masculinos han sido asociados a estatus y roles en la esfera pública, mientras que los de las mujeres se presentan en la esfera privada, lo que dificulta aún más la expresión del problema, quedándose recluida en dicha esfera.</p>	<p>A fin de reconocer estos sentimientos, se le puede solicitar a la paciente hablar de ellos y resaltarle la confidencialidad de la información. Se debe tener una actitud de aceptación, sin juzgar lo que le dice.</p> <p>Durante la detección y evaluación, cuide de no formular preguntas que transmitan una valoración moral de la conducta o elecciones de la mujer. Si es necesario, ajuste las preguntas de los instrumentos de tamizaje de tal manera que se adapten a las necesidades y circunstancias de las mujeres.</p> <p>Se recomienda explicar el por qué y en qué consiste el procedimiento de detección y evaluación, dar un encuadre adecuado y lograr un acuerdo sobre los objetivos a conseguir durante la misma.</p>

Característica del consumo en mujeres	Buenas prácticas
<p>Múltiples necesidades Muchas de estas mujeres son amas de casa, madres responsables del cuidado y la crianza de sus hijos, sin ningún tipo de apoyo, encontrándose solas para asumir estas tareas. Para las mujeres con hijos, los vínculos y relaciones personales son muy importantes y pueden anteponer las necesidades de los demás a las suyas.</p> <p>En muchos casos, las mujeres tienen poca experiencia laboral, están desempleadas u ocupan puestos de trabajo de ingresos muy bajos, dependiendo económicamente de sus parejas. Asimismo, el nivel educativo y la capacitación profesional de las mujeres con problemas de consumo es menor que en los varones. En mayor medida viven solas, han salido del hogar familiar precozmente, reciben menos apoyo de la familia y de la comunidad, o incluso pueden contar con la oposición de sus parejas en la búsqueda de tratamiento.</p>	<p>Las preguntas deben ser estructuradas de tal manera que transmitan respeto, comprensión y apertura para facilitar el proceso de comunicación, de esta forma, las pacientes podrán hablar con mayor facilidad de sus preocupaciones relacionadas con el consumo de sustancias.</p> <p>Se sugiere la escucha activa y promover la colaboración, así como tener lista una red de referencia y contra referencia para canalizar a las mujeres que así lo requieran.</p>
<p>Falta de apoyo social Las mujeres con consumo abusivo o dependencia a sustancias psicoactivas, además de la pérdida de recursos personales, familiares y sociales común a todos los consumidores, soportan un mayor abandono y rechazo social. Distintos estudios señalan una mayor severidad en cuanto a las repercusiones del consumo en el caso de las mujeres, así como un mayor deterioro, dado que las situaciones sociales de partida son más precarias y desiguales.</p>	<p>La escucha comprensiva durante el proceso de detección se configura como la clave del acceso a la intervención.</p> <p>Debe aceptarse que existe una mayor ambivalencia frente al proceso de reconocimiento del consumo, dado que algunos aspectos de ese proceso son más difíciles para la mujer. Por tanto escuchar activamente y promover la colaboración de la mujer es fundamental.</p>
<p>Miedo a las repercusiones El temor a las repercusiones puede influir en la decisión de la mujer para hablar sobre su consumo.</p>	<p>Reforzar la confidencialidad y cuidar la privacidad.</p>
<p>Situaciones adversas Algunas mujeres recurren al consumo de sustancias para disminuir los síntomas de trastornos psicológicos o de condiciones de vida traumáticas.</p> <p>La existencia de antecedentes de consumo problemático en la familia parece ser más recurrente e influyente en las mujeres que en los varones.</p> <p>Las mujeres con problemas de consumo pueden haber vivido abusos físicos y sexuales antes y después de iniciarse en el consumo de drogas.</p>	<p>Evite culpar a la paciente por sus síntomas o su situación. Los componentes fundamentales son: una buena comunicación y el mantenimiento de una relación dirigida a mejorar el grado de comprensión y colaboración de la mujer.</p> <p>Las estrategias de confrontación, más aún en fases iniciales, son especialmente perjudiciales en esta población.</p>

Fuente: Barreda *et al.*, 2005; Gordis, 1994; The Ministry of Health, 2004, 2006.

Estas características deben analizarse teniendo en cuenta la clase social, la orientación sexual, la etnicidad y otras variables que dan lugar a una diversidad de circunstancias en las mujeres. En resumen, se recomienda mantener una actitud todavía más cuidadosa e imparcial que ante los hombres con problemas similares, evitando posiciones de superioridad o que culpabilicen. Contrarrestar la marginación y el ocultar o enmascarar los problemas con una actitud más atenta. En muchas ocasiones, la idea que la paciente tiene sobre sus problemas es parecida a la que se tiene sobre una debilidad o vicio. Por eso le ayudará encontrar a alguien que la considera una persona digna con un problema de salud.

¿Qué hacer si durante la evaluación se detectan otros problemas?

Muchas mujeres tiene múltiples o complejas necesidades sociales y de salud, que no pueden tratarse sólo en centros especializados en adicciones. Todos los aspectos de la vida de la mujer, incluidos elementos sociales, económicos, legales y de salud, interactúan e influyen en su bienestar.

Es fundamental derivarlas a los servicios que atiendan otras demandas asociadas al fenómeno del consumo. Para ello, se recomienda seleccionar las instancias públicas y privadas que puedan integrar un directorio o red de instituciones locales y regionales de apoyo para la referencia/contrarreferencia de casos.

Es importante realizar el seguimiento del proceso de referencia, a fin de constatar que las mujeres hayan recibido la atención requerida.

Como quedó descrito en el presente capítulo, la detección y evaluación son los pilares fundamentales para el tratamiento, ambos procedimientos buscan identificar el problema de consumo de sustancias, con el objetivo de disminuir la brecha en la atención a las mujeres, a través de instrumentos válidos y confiables, sin dejar de lado las necesidades específicas de las mujeres, además del establecimiento de una relación empática donde la confidencialidad sea la regla más importante. Es muy importante crear un ambiente de confianza donde se puedan tratar los diferentes problemas con los que llegan las mujeres, como la falta de apoyo. Sin olvidar que la actitud del profesional que las recibe es fundamental en la consecución y permanencia en el tratamiento más adecuado, de acuerdo a los resultados obtenidos tanto de la detección como de la evaluación •

CAPÍTULO 3

REFERENCIA Y SUGERENCIAS DE TRATAMIENTO

A través de la literatura se ha documentado la falta de contacto que las personas usuarias de sustancias psicoactivas tienen con los servicios especializados de tratamiento (Borges, Medina-Mora, Wang, Lara, Berglund y Walters, 2006), situación que se agudiza en la población femenina (Castaños *et al.*, 2007). Por lo tanto, es imprescindible apoyar la participación temprana de las mujeres en el tratamiento, a través de mecanismos que permitan vincular los distintos servicios sociales y de salud, para facilitar la derivación de casos. En este capítulo encontrará una serie de sugerencias y elementos para implementar una estrategia de referencia acorde a las necesidades de las mujeres embarazadas o con hijos, que presentan problemas con su consumo de sustancias psicoactivas.

PARA UNA BUENA REFERENCIA:

- Detección temprana de las mujeres consumidoras.
- Facilitar la derivación de casos.

¿Qué es la referencia?

La referencia es el procedimiento médico administrativo entre unidades operativas de los tres niveles de atención de la salud para facilitar el envío y recepción de pacientes, con el propósito de brindarles atención médica oportuna e integral (NOM-168-SSA-1998, del expediente clínico). En el caso específico de la atención a las adicciones, la Norma

Oficial Mexicana-028 (NOM-028-SSA2-2099) señala que en el caso de que los recursos del centro de atención no permitan la adecuada atención a la persona con problemas de consumo de sustancias “se deberá remitir a otro establecimiento en el que se asegure su atención [...] tomando en cuenta las necesidades del usuario, el tipo de sustancia utilizada, edad, género, patrones de consumo, síndrome de dependencia de las sustancias psicoactivas y problemas asociados al consumo” (p. 37).

De esta forma la referencia favorece la optimización de los servicios de tratamiento en adicciones y mejora el pronóstico de recuperación, especialmente cuando las personas son canalizadas de acuerdo a sus necesidades específicas. De ahí la importancia de conocer las condiciones y el perfil de las mujeres embarazadas o con hijos, así como las mejores estrategias para su referencia a centros de tratamiento especializados en adicciones.

¿Por qué son importantes los procedimientos de referencia?

El hecho de poder identificar y canalizar a las mujeres que tienen algún problema con el consumo de sustancias psicoactivas, representa uno de los factores determinantes para el éxito de las intervenciones, ya que incrementa la probabilidad de aceptación, eficacia e impacto del tratamiento. La referencia oportuna tiene por objetivo brindar a la mujer el tratamiento que requiere, y de esta manera intervenir antes de que el uso de sustancias se agudice, o se extiendan sus consecuencias a otras áreas de la vida.

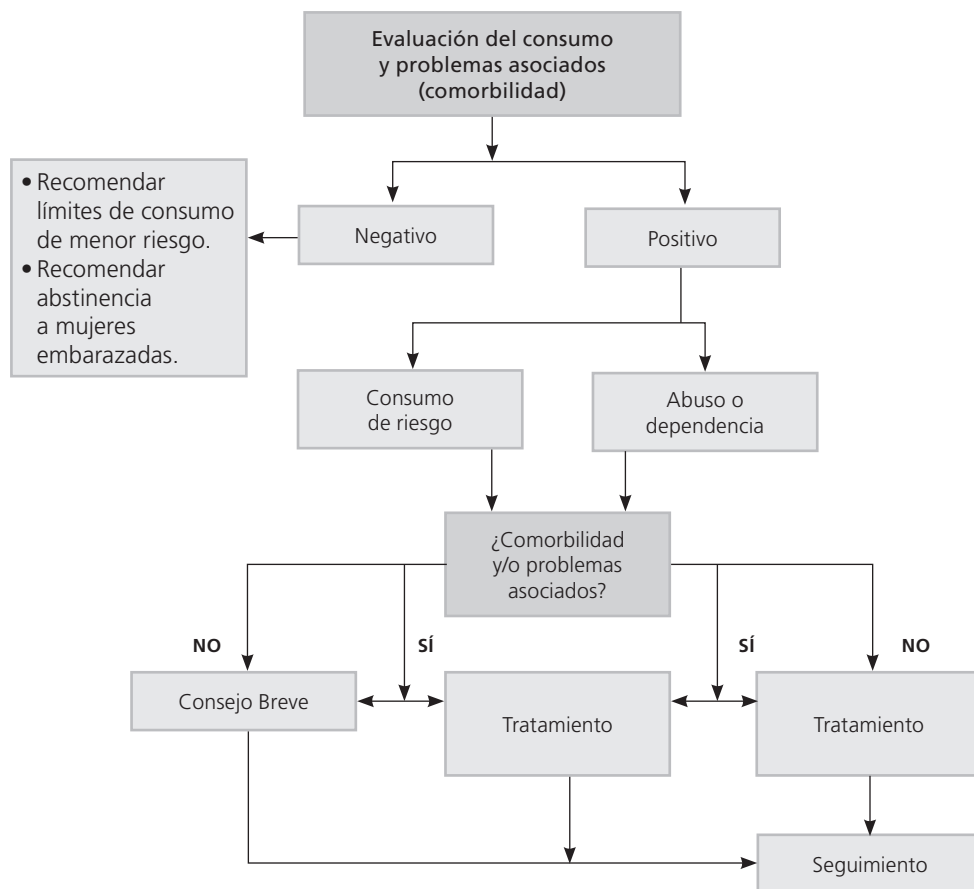
Es necesario referir a programas acordes a las características, necesidades y recursos de las mujeres, a fin de reducir la brecha temporal y los obstáculos que existen entre el consumo y la solicitud de atención. Cuando se interviene de manera temprana se incide directamente en la posibilidad de disminuir el consumo y mejorar la calidad de vida de las mujeres.

¿Cómo determinar el tratamiento al que se debe referir?

Para lograr una canalización eficaz, resulta indispensable tener como base una buena evaluación del consumo y de la situación de la mujer. Una vez que se identificaron las características del consumo u otros problemas asociados, el o la especialista podrá determinar la modalidad de intervención que se requiere: reforzar la abstinencia o el consumo de bajo riesgo en caso de no haber detectado problemas de consumo; brindar

consejo breve en caso de consumo de riesgo sin comorbilidad, tratamiento especializado en adicciones para mujeres con abuso o dependencia, y referencia a otros centros de salud y/o instituciones de asistencia social que cubran otros requerimientos de atención y que atiendan otras demandas asociadas al fenómeno del consumo en caso de comorbilidad (figura 3).

FIGURA 3
PROCEDIMIENTO PARA LA REFERENCIA A TRATAMIENTO Y/U OTROS SERVICIOS



¿Hacia dónde referir?

El objetivo de una derivación es asegurar que la mujer contacte con un(a) especialista y reciba el tratamiento adecuado a sus necesidades. Para saber a dónde referir, el profesional debe conocer los servicios que se brindan dentro de su zona de injerencia. Hasta hace algunos años la atención de las adicciones en México recaía principalmente en instituciones de la sociedad civil y los grupos de ayuda mutua, así como en algunas instituciones del Sistema Nacional de Salud y de los servicios estatales de salud. Actualmente, se han abierto Centros de Atención Primaria a las Adicciones distribuidos en todo el país, y se han destinado recursos a los servicios estatales de salud para el tratamiento de las adicciones, lo que ha ampliado la red de atención (CONADIC, 2011a; 2011b).

Se recomienda referir a centros de atención cercanos a la zona de residencia de la paciente y que cumplan con los requerimientos de la NOM-028.

Sin embargo, no sólo es importante conocer con qué servicios se cuenta en la zona de influencia, sino la calidad de los mismos y si existen programas especializados para mujeres. Como profesional que derivará a tratamiento, debe cuidar que los servicios que proporcionan los centros especializados a donde referirá, cumplan los requerimientos de la NOM-028 (SSA2-2009).

De acuerdo con datos del CONADIC (2011), a la fecha, 199 establecimientos residenciales con modalidad de ayuda mutua especializados en atender adicciones, cuentan con el registro que los acredita como centros que ofrecen servicios de calidad, por lo que se sugiere tener presente este dato al momento de hacer la referencia.

Es recomendable elaborar un directorio de instituciones que ofrezcan servicios de atención a la salud femenina a los que se pueda referir a las mujeres que lo requieran.

Asimismo, es necesario ubicar servicios sociales y de salud que puedan responder a las múltiples necesidades que las mujeres con problemas de consumo pueden presentar. No hay que olvidar que la evaluación es continuo y que al avanzar en el proceso de diagnóstico y atención, pueden aflorar trastornos que estaban ocultos por el consumo, o bien, surgir temas que la mujer no había podido abordar por vergüenza, es por ello que se sugiere recabar información sobre los siguientes servicios y tenerlos presente en caso de que se requieran:

- Servicios de consulta obstétrica, cuidados perinatales, planificación familiar, entre otros.
- Centros de atención a la salud mental.
- Servicios de atención primaria y secundaria de la salud.
- Centros de atención a la violencia.
- Servicios de guarderías.
- Asistencia legal.

¿Qué se necesita para efectuar la referencia?

Durante el proceso de detección y evaluación, el profesional necesita contar con la información de diversos centros de atención, así como el respaldo de los servicios de la institución en la que labora para facilitar la referencia de casos. Es frecuente que las instituciones cuenten con convenios de colaboración o con directorios de referencia para facilitar este proceso. Si el centro donde labora no cuenta con estos apoyos, es importante incentivar su creación. A continuación se presentan una serie de consejos para facilitar esta iniciativa:

- Hacer un estudio de los centros de atención especializados en adicciones y otros servicios disponibles en la zona de influencia. Para ello puede hacer uso de mapas, directorios nacionales, regionales y locales de organizaciones del sector público, privado y de la sociedad civil.
- Ampliar la información sobre los procedimientos y datos requeridos por las instituciones para la recepción de casos. Puede hacer llamadas telefónicas, contactos por internet y visitas a las instituciones previamente identificadas con la finalidad de conocer la organización, sus funciones y los servicios que prestan.
- Una vez que se ha tenido contacto directo con las organizaciones, se recomienda buscar la realización de convenios o redes de referencia y contrarreferencia.
- Organizar la información básica de cada institución. Para hacerlo puede usar algún formato en el que se incluya información básica como nombre de la institución, servicios brindados, teléfonos, horarios, requerimientos para la atención, etcétera.
- Hacer una revisión final del directorio y mantenerlo en un sitio identificado y de fácil acceso, para que pueda ser consultado en cualquier momento.
- Revisar y actualizar de forma permanente este directorio, red interinstitucional y convenios, a fin de agregar las instituciones que se requieran o en su caso, eliminar o sustituir a las que realicen cambios considerables en sus programas.

Una vez que la o el profesional sabe a qué servicio puede canalizar a la mujer, deberá llenar la hoja de referencia, la cual deberá contener los siguientes datos de acuerdo con la NOM-028 (SSA2-2009):

1. Datos generales del establecimiento que refiere.
2. Datos del establecimiento receptor.
3. Resumen del caso que incluya:
 - a. Motivo de referencia e impresión diagnóstica.
 - b. Pruebas o exámenes realizados y revisión de los mismos, en el caso de que se hayan realizado.
 - c. Sugerencias con relación al tratamiento.
 - d. Tratamiento empleado si lo hubiera.
 - e. Nombre completo y firma de quien realiza la referencia.
 - f. Solicitud de contrarreferencia, a fin de dar seguimiento clínico.
4. Consentimiento informado del usuario, familiar responsable y/o representante legal.

La norma también señala que el o la profesional debe indagar si la mujer está embarazada, tiene algún padecimiento grave, complicaciones físicas, psiquiátricas o enfermedad contagiosa, con la finalidad de tomar las previsiones necesarias para su atención y referencia.

De esta forma, la creación de fuertes vínculos con otras organizaciones es fundamental para poder referir a las mujeres. Estos vínculos podrían incluir la capacitación y el apoyo de personal relacionado con el tratamiento, el intercambio de información (sobre las necesidades de las mujeres y las características o los recursos del programa) o la colaboración de los profesionales de otras organizaciones en los procesos de referencia.

¿Cómo hacer la referencia?

Como ya se ha descrito, en todo momento el profesional debe ser empático para establecer un vínculo de confianza con la paciente, respetando sus valores y decisiones de forma que pueda expresarse sin sentirse juzgada. Al momento de recomendarle algún servicio de tratamiento, es fundamental mantener esta actitud para motivarla a asistir.

Asimismo, se deben tener presentes algunas barreras que pueden obstaculizar su acercamiento al tratamiento especializado en adicciones (ver cuadro 13) y prever sus efectos.

Es recomendable motivar a las mujeres a acudir a otros servicios cuando así lo requieren.

Muchos pacientes, no sólo las mujeres con problemas de consumo de sustancias, se pierden durante el proceso de referencia, por lo que es importante hacer de su conocimiento el motivo por el cual se le está refiriendo (es decir, que se le está enviando a otro lugar o con otro profesional con el objetivo de que ella tenga una mejor atención y no porque no se le quiera dar atención en las instalaciones o por parte de la persona que realizó la detección o evaluación); por lo que el primer paso debe ser proporcionar un listado de instituciones para que pueda elegir la mejor opción para ella, después de lo cual es muy importante proporcionar todos los datos de la referencia como la dirección, instrucciones para que las mujeres puedan llegar, teléfonos para concertar cita o recibir indicaciones, es muy importante para las mujeres establecer un compromiso de seguimiento, en el que ella dará aviso si ya está asistiendo a tratamiento, así como los avances que pueda tener, con lo cual sabrá del interés que se tiene en su mejoría por parte de la o del profesional de la salud que la refiere.

En este mismo sentido debemos preguntar después de dar toda la información con respecto a la referencia qué le parecen las opciones propuestas y animarla a asistir. De ser posible concertar una última sesión vía telefónica para saber que ya asiste a tratamiento y que con ese encuentro damos por terminada nuestra intervención.

CUADRO 13
BARRERAS PARA EL TRATAMIENTO EN LA POBLACIÓN FEMENINA

<i>Barreras personales</i>
• Mayor ambivalencia de la mujer frente al proceso de abandono del consumo de drogas.
• A pesar de que las mujeres buscan más ayuda para problemas sociales y de salud que los hombres, es menos probable que se acerquen a tratamientos especializados en adicciones.
• Más dificultades de partida para iniciar el tratamiento. Puede haber deterioro de su estado de salud, tanto físico como psíquico, manifestándose en ellas el sentimiento de impotencia, incapacidad y fracaso personal para comenzar un cambio.
• La vergüenza y culpa experimentada por las mujeres al reconocer que tienen un problema de consumo de sustancias.
• Minimización, ocultamiento del problema o falta de reconocimiento del impacto del uso de sustancias psicoactivas.
• Creencias de que solas podrán hacer frente al consumo.
• Falta de confianza en los tratamientos.
• Miedo a quedarse solas o perder el amor y apoyo de otras personas importantes.
• Encontrarse bajo la presión de otros asuntos personales o problemas, mientras que el consumo no es la prioridad (por ejemplo condiciones de violencia, cuidado de los hijos, embarazo, etcétera).
<i>Barreras interpersonales</i>
• Temor a perder a los hijos, quienes son su principal fuente de motivación para ponerse en tratamiento, pero a la vez, la mayor dificultad para continuar.
• Falta de apoyo familiar o por parte de la pareja (negación del problema o resistencia al tratamiento).
<i>Barreras sociales</i>
• La estigmatización que supone el hecho de solicitar tratamiento, para ella misma y para su entorno.
• Detección tardía de los problemas de consumo en las mujeres, asociada a la dificultad de los profesionales para reconocer la problemática.

Barreras del programa o estructurales

- Falta de tratamientos y servicios apropiados para las mujeres, tales como programas con perspectiva de género, que brinden seguridad, protección y que sean geográficamente accesibles.
- Los costos asociados al tratamiento.
- Actitudes estigmatizantes por parte de los proveedores del servicio.
- La falta de servicios para el cuidado de los hijos mientras las mujeres están en tratamiento y los costos que esto implica.
- Ausencia de servicios flexibles que se adapten a las necesidades de las mujeres.
- Información insuficiente o inaccesible sobre programas de tratamiento.

Fuente: Castaños *et al.*, 2007; Barreda *et al.*, 2005; The Ministry of Health, 2001, 2006.

Las situaciones anteriores pueden dar lugar a peticiones de tratamiento que no siempre van seguidas de conductas coherentes con la demanda expresada. Por tanto, se debe conocer y enfrentar estas barreras al momento de referir a las mujeres.

Buenas prácticas para la referencia

La referencia es una parte crítica del proceso de atención, ya que implica ayudar a las mujeres a acceder a otros servicios necesarios y hacerlas participar en el tratamiento. Varias de las estrategias usadas durante el consejo o intervención pueden ser útiles para animar a las mujeres a asistir a estos servicios, por ejemplo, los principios de la entrevista motivacional y de las intervenciones breves (Miller y Rollnick, 1999, 2002). En este sentido, Melchior *et al.*, (1999) encontraron que mejorar la motivación de la paciente mediante la aplicación de las técnicas de intervención breve y la entrevista motivacional, es una buena estrategia para que las mujeres acepten el tratamiento.

Por otro lado, se han identificado algunas prácticas que facilitan los procesos de referencia y mejoran el acercamiento de las mujeres al tratamiento. A continuación se enlistan algunas de ellas:

- **Hacer partícipes a las mujeres en la decisión de la referencia.** Es importante que la mujer y el profesional hablen sobre los recursos necesarios y disponibles para apoyar los cambios y acuerden de manera realista los que sean más convenientes.

Así, se brindará un menú de tratamientos y servicios relacionados que las mujeres puedan evaluar y seleccionar de acuerdo a sus necesidades. En la discusión, el especialista debe indagar e integrar otros recursos con los que cuenta la mujer para facilitar el proceso de referencia y asistencia a tratamiento, sean estos formales o informales, tales como apoyo de familiares y amigos, permisos laborales, servicios de guardería, etcétera. La pareja y la familia, tanto la de origen como la formada por la mujer, constituyen un elemento fundamental para la referencia y el buen resultado del tratamiento, aunque también pueden actuar como factor desestabilizador del mismo. En este sentido, la terapia familiar puede jugar un papel importante en la participación de los miembros resistentes al proceso de tratamiento de la mujer.

- **Dar a conocer los servicios existentes y sus características.** Como se ha mencionado, muchas mujeres no tienen confianza en el sistema actual de tratamiento, por lo que es importante brindarles información realista sobre el servicio a donde se les canalizará y lo que se espera de ellas. Se puede brindar información escrita (dípticos, folletos), pero es importante que explique de manera individualizada a la mujer el por qué la refiere a ese centro en particular y cuáles son los requisitos para ser atendida.
- **Diversificar las opciones de apoyo y referencia.** Resulta fundamental vincular a las mujeres con otros servicios sociales y de salud, además de los tratamientos en adicciones, ya que suelen vivir múltiples factores de riesgo o situaciones adversas. Por tanto, se recomienda que la o el profesional facilite el acceso a una amplia gama de servicios médicos, sociales, de asistencia, legales y otros programas. Cabe resaltar que la abstinencia no debe ser un requisito en esta fase de referencia. La aceptación de la situación actual de la mujer, la comprensión de las recaídas y un enfoque en la reducción de daños pueden ser los más adecuados en esta etapa de compromiso con el tratamiento (The Ministry of Health, 2001).
- **Brindar información para disminuir la resistencia.** Proporcionar información y guía a las mujeres sobre ideas acerca del tratamiento puede ayudar a disminuir las resistencias, por ejemplo, hablar sobre su falta de confianza en la efectividad del mismo o las creencias de que la gente debería ser capaz de manejar sus propios problemas. Asimismo, el Ministerio de Salud de Canadá (2001) recomienda no culpabilizar o estigmatizar a las mujeres con frases como “usted tiene un problema”, y mejor enfatizar “esto es lo que puede hacer al respecto”, es decir, lo importante es dar a las mujeres algún tipo de control e información útil.

- **Hacer un plan para enfrentar las barreras a tratamiento.** La mujer, junto con el profesional, puede elaborar un plan para hacer frente a las barreras potenciales de acceso a los servicios. Pregunte directamente a la paciente qué cosas dificultarían su asistencia al centro referido y elaboren juntos las estrategias para enfrentarlas.
- **Responsabilizar a las mujeres.** Algunos expertos recomiendan “responsabilizar” a la mujer en el proceso de referencia como una estrategia para motivarla e involucrarla en el tratamiento. Los elementos de esta estrategia incluyen:
 - Dar a las mujeres la oportunidad de definir sus propias necesidades.
 - Respetar sus decisiones.
 - Ayudarlas a acceder a la gama de opciones de tratamiento y servicios que requieran.
 - Mediante el modelo de etapas de cambio, explorar dónde están las mujeres y hacia dónde quieren ir.
 - Confiar en la capacidad de las mujeres para tomar decisiones positivas en sus vidas.
 - Ayudar a las mujeres a redefinir sus experiencias de una manera no crítica. Esto puede hacerse permitiéndoles conceptualizar su consumo como una forma de enfrentamiento a la vida, como un mecanismo de supervivencia en vez de un signo de debilidad o vergüenza (The Ministry of Health, 2001).
- **Asegurar confidencialidad y privacidad a las mujeres.** Dadas las características y situación del consumo en las mujeres, resulta fundamental hacer hincapié en la confidencialidad, la seguridad del tratamiento y la privacidad de la información al momento de referirlas. Se deben cuidar y reforzar aspectos éticos fundamentales, como la confidencialidad, el secreto profesional y la autonomía de la paciente a la hora de tomar sus propias decisiones sobre su salud, aún cuando éstas puedan ser contrarias a los objetivos sanitarios del profesional.
- **Habilidades de apoyo y organización por parte del profesional.** Existe una serie de habilidades y actitudes asociadas con una referencia efectiva:
 - Comunicar cuidado incondicional y respeto por las pacientes.
 - Tener los conocimientos necesarios de los servicios de atención con los que se puede contar y ponerlos a disposición de las mujeres.

- Organizar y mantener registros precisos de la referencia.
 - Fomentar vínculos con las instituciones de referencia.
 - Tener información de una amplia gama de servicios e instalaciones (NIDA, 2000).
- **Referir a servicios de atención accesibles.** En general, es más fácil que las mujeres asistan a los servicios de atención cuando se encuentran en lugares accesibles, cercanos a su domicilio o trabajo. Para algunas mujeres la distancia, las dificultades de transporte y/o las citas programadas limitan su asistencia a tratamiento, por ello debe acordar con ellas el servicio que mejor se adecúe a sus necesidades y circunstancias.

Además de estas consideraciones, hay que poner especial atención y hacer hincapié en algunas estrategias específicas para los casos en las que las mujeres tengan múltiples necesidades, estén embarazadas o tengan hijos pequeños.

Mujeres con múltiples necesidades

Se ha observado que las mujeres que viven en circunstancias adversas, por ejemplo, violencia doméstica o conductas de alto riesgo, tienen menor probabilidad de entrar en contacto con el tratamiento (Melchior *et al.*, 1999). Para estas mujeres, el consumo de sustancias psicoactivas puede no ser la inquietud más inmediata o el principal problema que enfrentan, y estar más preocupadas por su seguridad personal o la de sus hijos que por el consumo. Estas situaciones suelen reforzar la creencia de que un cambio significativo no es posible. Por ello, el profesional debe trabajar en el contexto de la situación inmediata de la mujer y proporcionarle apoyo adicional, tanto para el consumo de sustancias como para los otros problemas. Enfoques integrales de apoyo son fundamentales para mejorar la disposición de las mujeres para hacer contacto con los servicios de tratamiento.

Mujeres embarazadas

La presencia de un embarazo hace necesaria la referencia inmediata a tratamiento. En caso de que la paciente necesitara ser desintoxicada, es recomendable que este procedimiento se realice a nivel hospitalario, preferentemente durante el segundo trimestre de embarazo, ya que si se realiza durante el primero aumenta el riesgo de aborto, y durante

el tercero, la probabilidad de parto prematuro (Barreda *et al.*, 2005). Asimismo, puede ser necesario facilitar el acceso a la atención obstétrica para establecer el primer contacto, e inmediatamente después apoyarse en los servicios de tratamiento a las adicciones. Los talleres o pláticas de salud que habitualmente se realizan en los centros de salud, pueden ser de utilidad para la mejora de hábitos y facilitar el buen curso del embarazo. De esta forma, la coordinación y actitud colaboradora por parte de los profesionales son fundamentales para hacer asequible el tratamiento a la paciente.

Mujeres con hijos

Aunque para muchas mujeres la presencia de hijos las motiva a dejar el consumo, también puede ser una limitante para determinar el tipo de tratamiento al cual referirla, así por ejemplo, en caso de ser necesario un ingreso hospitalario o en comunidad terapéutica, la falta de apoyo para el cuidado de los hijos o el hecho mismo de la separación física, puede plantear dificultades. Por ello es importante tener redes con servicios sociales y guarderías que puedan apoyar a las mujeres en caso de ser necesario.

Una parte fundamental en el proceso de buenas prácticas para el tratamiento de consumo de sustancias adictivas de mujeres, embarazadas y/o con hijos, es contar con un sistema eficaz de referencia, en el que se facilite la derivación de pacientes. Este proceso es crucial para el éxito de las intervenciones.

El complemento de la referencia es la identificación y actualización de opciones de tratamiento que cumplan con los criterios de la NOM-028 y que abarquen el área geográfica de las pacientes que acuden en busca de ayuda. También es importante contar con información de los procedimientos de recepción y realizar los convenios correspondientes para contar con una red de tratamiento, siempre se deben considerar las necesidades de las mujeres y hacerlas partícipes del proceso y toma de decisiones •

CAPÍTULO 4

TRATAMIENTOS Y PROGRAMAS DE INTEGRACIÓN SOCIAL DIRIGIDOS A MUJERES CONSUMIDORAS DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

Actualmente contamos con conocimientos y una conciencia más claros de las diferencias de género, en cuanto al consumo de sustancias psicoactivas y los problemas que de éste se derivan; por lo que se requieren enfoques de tratamiento diferentes y específicos, adaptados a la población femenina. Es por eso que surge la necesidad de contar con programas de tratamiento para el manejo del consumo de sustancias psicoactivas con características particulares y específicas para esta población.

Desafortunadamente la mayoría de los programas de tratamiento no ofrecen servicios específicos para la mujer. Por un lado, se reconocen las dificultades para que las mujeres inicien y continúen el tratamiento, y por otro, la falta de preparación para prestar servicios sensibles a las cuestiones de género, lo cual dificulta que esta población, de por sí vulnerable, acceda a este tipo de ayuda.

¿Qué se debe saber de los tratamientos?

Para poder hablar de tratamientos para las mujeres, primero debemos definir lo que es un tratamiento. El comité de expertos de la Organización Mundial de la Salud en farmacodependencia (Naciones Unidas [UN], 2003) lo define como el “proceso que comienza cuando los usuarios de sustancias psicoactivas entran en contacto con un proveedor de servicios de salud o de otro servicio comunitario y puede continuar a través de una sucesión de intervenciones concretas hasta que se alcanza el nivel de salud y bienestar más alto posible”.

La investigación muestra que las mujeres obtienen mejores resultados en los programas de tratamiento que ofrecen servicios integrales, es decir, que además de atender el

problema de consumo de drogas ofrecen apoyos para satisfacer sus necesidades fundamentales como: alimentos, ropa y albergue; que facilitan el transporte, la capacitación y la orientación laboral; que se preocupan por ofrecer asistencia legal, oportunidades de educación, terapia familiar, orientación psicológica para parejas, atención médica, cuidado de los hijos, apoyo social, manejo de la autoestima y planificación familiar entre otros (UN, 2003).

TRATAMIENTO PARA MUJERES
• Servicios integrales.
• Apoyo continuo.
• Seguimiento.

Un factor importante a considerar en el tratamiento de las mujeres consumidoras de sustancias psicoactivas, sobre todo para las embarazadas y con hijos pequeños, es tener un apoyo continuo en el seguimiento para prevenir recaídas. Se han encontrado mayores índices de fracaso terapéutico en la mujer que en los hombres, lo cual puede estar asociado a que acuden solas a tratamiento, ya sea porque la familia desconoce la situación, porque no brinda apoyo o porque las mujeres creen poder afrontar el tratamiento solas (UN, 2003).

¿Qué características tienen los tratamientos exitosos?

Los tratamientos para el consumo de sustancias psicoactivas deben cumplir con determinadas características, para ser considerados como eficaces. Como ya hemos visto, el tratamiento para el consumo de sustancias representa un reto por todas las variables que intervienen en el éxito del mismo. Sin embargo, no debe dejarse de lado que el objetivo principal de este tipo de tratamientos debe ser que las personas dejen de consumir sustancias psicoactivas o al menos lo hagan de manera que los riesgos asociados disminuyan y permitan que las personas dejen de tener problemas en la familia, el trabajo y la comunidad, por lo que familiares y amigos juegan papeles fundamentales como motivadores y acompañantes en el proceso de tratamiento.

De acuerdo con el National Institute on Drug Abuse (NIDA, 2011), para que un tratamiento se considere exitoso debe contar con los siguientes requisitos:

Basarse en evidencia científica, esto es muy importante ya que gracias a diferentes investigaciones se han identificado las características que contribuyen al éxito del tratamiento, entre ellas, el hecho de que consideren la motivación del paciente para cambiar, proporcione incentivos para el cambio, promueva el desarrollo de habilidades de enfrentamiento y de resolución de problemas, ayude a reemplazar actividades relacionadas con el consumo por actividades positivas y placenteras, además de considerar el uso de medicamentos.

El tratamiento debe **adaptarse a las necesidades de cada paciente** ya que no existe un tratamiento que sirva para todos, por lo que es importante que su enfoque sea amplio, y que considere las características de cada persona. Se ha encontrado que los mejores programas proporcionan una combinación de terapias y otros servicios médicos, terapia familiar, crianza de soporte, capacitación laboral, servicios sociales y jurídicos, así como el manejo de comorbilidad psiquiátrica, además el apoyo y coordinación con grupos de autoayuda pueden complementar y extender los efectos del tratamiento profesional. Los servicios que se proporcionen en los programas también deben adaptarse a las necesidades del paciente durante el tiempo que dure el mismo.

Otro componente es **la duración del tratamiento**, que depende del tipo y grado de problemas y necesidades de una persona, así como de la sustancia que consume, el tiempo y cantidad que lleva consumiendo, sin embargo, se ha observado que se requieren al menos tres meses para realmente reducir o suspender el consumo de drogas y los tratamientos más largos dan mejores resultados.

Dentro del tratamiento debe considerarse **la recaída**, esto es, la posibilidad de que la mujer que ha dejado de consumir, vuelva a consumir, o la que ha disminuido su consumo vuelva a consumir tanto o más de lo que consumía antes del tratamiento. Los enfoques más recientes consideran que la recaída es parte del proceso de cesación e indica una necesidad de reintroducir o ajustar la estrategia de tratamiento; no significa que haya fallado el tratamiento. En la recaída intervienen aspectos biológicos ya que las sustancias psicoactivas alteran la estructura y función cerebral, lo cual permanece tiempo después de haber abandonado el uso de la sustancia. Es importante que los programas cuenten con estrategias de recuperación de pacientes, que le permitan manejar la recaída y les enseñen formas de afrontar dichas recaídas.

Los programas de tratamiento deben ser de **fácil acceso** para las usuarias, además, se deben conocer los tratamientos eficaces, ya que las personas con problemas por su consumo de sustancias psicoactivas pueden tener dudas sobre si comenzar o no un

tratamiento, por lo que se puede perder a pacientes potenciales si los tratamientos no están disponibles inmediatamente o si no son de fácil acceso.

Cuando sea necesario, **la desintoxicación** también debe ser parte del tratamiento, si bien no es pieza fundamental en el éxito del mismo, sí contribuye al manejo de los síntomas de abstinencia, y es un buen momento para iniciar la motivación al cambio del paciente.

El contar con opciones de **consejo breve e intervenciones centradas en la reducción de daño** puede ayudar a las pacientes a reducir o evitar comportamientos de alto riesgo que se han relacionado con el consumo de sustancias tales como: compartir jeringas, tener relaciones sexuales sin protección, también puede ayudar a aquellas que ya presentan otras complicaciones como SIDA, a manejar estas condiciones.

CUADRO 14
CARACTERÍSTICAS DE LOS PROGRAMAS DE TRATAMIENTO EXITOSOS PARA MUJERES

<ul style="list-style-type: none"> • Basarse en evidencia científica: esto garantiza que cuente con las características que contribuyen al éxito del tratamiento.
<ul style="list-style-type: none"> • Adaptarse a las necesidades de cada paciente: considerando las características de cada persona.
<ul style="list-style-type: none"> • Duración del tratamiento: se requieren al menos tres meses para realmente reducir o suspender el consumo de sustancias psicoactivas.
<ul style="list-style-type: none"> • Considerar dentro del tratamiento la recaída: como parte del proceso y no como un fracaso.
<ul style="list-style-type: none"> • Ser de fácil acceso para las usuarias: ya que se pueden perder pacientes potenciales si no están disponibles inmediatamente.
<ul style="list-style-type: none"> • Contar con desintoxicación: ya que contribuye al manejo de los síntomas de abstinencia.
<ul style="list-style-type: none"> • Contar con asesoría centrada en la reducción de daño: para ayudar a los pacientes a reducir comportamientos de alto riesgo.

¿Por qué programas específicos para mujeres?

Las características biológicas y psicológicas de las mujeres hacen que experimenten diferentes capacidades de absorción y procesamiento químico de las sustancias psicoactivas; además, son distintas las motivaciones y disparadores del consumo, así como la percepción del riesgo de cada sustancia y el estado de vulnerabilidad frente a ellas.

Se deben tomar en cuenta estas diferencias, así como la actitud frente al consumo, las diferencias culturales y sociales, los roles asignados por la sociedad, la disponibilidad de horarios, entre otros aspectos, para lograr un tratamiento acorde a las necesidades de las mujeres.

LAS MUJERES TIENEN PARTICULARIDADES COMO:

- Características biológicas, psicológicas y sociales.
- Actitud frente al consumo.
- Roles asignados.

Por otro lado, hay evidencia de que las mujeres que asisten a tratamientos creados exclusivamente para ellas obtienen mejores resultados (Ashley, Marsden y Brady, 2003; Orwin, Francisco, y Bernichon, 2001; Trulsson, 2000) y tasas más elevadas de conclusión de los tratamientos.

También se ha encontrado que los programas de atención especializados para la mujer pueden captar a pacientes con características diferentes de las de aquellas que asisten a programas mixtos. Por ejemplo, mujeres embarazadas o con hijos, lesbianas, mujeres con historial de problemas de drogas o alcoholismo de la madre y mujeres que sufrieron de abuso sexual en la infancia (Copeland y Hall, 1992).

¿Qué programas son eficaces en el tratamiento de problemas relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas para mujeres?

Se recomiendan aquellos tratamientos que incluyen 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 psicoactivas, los trastornos de la alimentación y otros trastornos concomitantes (Bloom, Owen y Covington, 2003).

Se han encontrado mejores resultados en los programas que incluyen:

- **Terapia cognitiva conductual.** Busca ayudar a los pacientes a reconocer, evitar y afrontar las situaciones en que son más susceptibles al uso indebido de drogas.
- **Incentivos motivacionales.** Utiliza el refuerzo positivo, como proporcionar recompensas o privilegios para permanecer libre de drogas, para participar en las sesiones de consejería o tomando medicamentos.
- **Entrevista motivacional.** Utiliza estrategias para alentar el cambio de comportamiento, concientizar a la paciente sobre su problemática y las consecuencias negativas que éste le ha acarreado en diferentes ámbitos de su vida, lo que posibilita el ingreso a los servicios de ayuda.
- **Terapia de grupo.** Ayuda a las pacientes a enfrentar el abuso de drogas de una forma realista, aceptar que han tenido consecuencias dañinas y aumentar su motivación para mantenerse libre de drogas. Las pacientes aprenden a resolver sus problemas emocionales y personales sin el consumo de sustancias psicoactivas al compartir con sus iguales y encontrar actitudes empáticas al haber vivido las mismas problemáticas, además de compartir soluciones y formas de enfrentamiento.

Por otro lado, si uno de los objetivos es cambiar los comportamientos de alto riesgo, como el uso compartido de utensilios de inyección o las relaciones sexuales sin protección, se debe considerar la condición específica de la mujer, ya que frecuentemente, la desigualdad entre hombres y mujeres las pone en desventaja para negociar prácticas seguras (Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer [FDNUM], 2002).

Recomendaciones para favorecer el apego al tratamiento

Los programas con horario flexible y opciones para asistir de día, los fines de semana o por la noche pueden facilitar el acceso, además de un entorno favorable para los hijos de mujeres con problemas por consumo de sustancias psicoactivas, con actividades concebidas para ellos y adecuadas a su edad, además de servicios de guardería en el lugar, en el caso de las pacientes internas (Bloom, Owen y Covington, 2003).

También se ha encontrado que las mujeres en tratamiento presentan más problemas psiquiátricos, médicos y sociales que los hombres. Las mujeres diagnosticadas con trastornos mentales y abuso de sustancias presentan una variedad de dificultades que requieren intervenciones múltiples (problemas de salud, inestabilidad en vivienda, sin techo, historia de abuso sexual) (FDNUM, 2002).

¿Cuáles son los requisitos mínimos de un buen programa de tratamiento para problemas relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas para mujeres?

El Ministerio de salud de Canadá ha realizado diferentes investigaciones acerca de las prácticas óptimas de tratamiento del consumo de sustancias psicoactivas y de rehabilitación, aplicables a diferentes grupos demográficos, entre ellos las mujeres. De este documento se desprenden las siguientes recomendaciones para optimizar las prácticas específicas con mujeres (The Ministry of Health, 2001):

CUADRO 15

CARACTERÍSTICAS DE LOS PROGRAMAS DE TRATAMIENTO EXITOSOS PARA MUJERES

- La ubicación de los centros debe ser accesible, con instalaciones acordes con las necesidades de las mujeres, horarios flexibles, servicio de guardería y con un amplio trabajo comunitario, como por ejemplo, las visitas domiciliarias.
- También es importante considerar la seguridad del entorno en cuanto a: establecer condiciones de privacidad en los programas mixtos, con elementos que separen a hombres de mujeres, contar con personal femenino en todos los turnos, aumentar al máximo la seguridad del entorno exterior con una iluminación adecuada y zonas despejadas. En el caso de los programas de régimen ambulatorio, se debe cuidar el entorno cuando vuelven a casa, para evitar el acoso de sus parejas o de otros hombres en su vida que puedan significar un peligro para ellas.
- Debe existir una actitud respetuosa con las mujeres embarazadas, de ser posible contar con el servicio médico que las asesore o en su defecto contar con clínicas a donde se puedan canalizar para asistencia prenatal y médica, educación sobre la crianza de los hijos, planificación familiar, incluso es recomendable contar con hogares alternos para cuando las mujeres no pueden volver a los propios (The Ministry of Health, 2001).

¿Cuál es el fin óptimo del tratamiento de problemas relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas en mujeres?

La reinserción social es el punto culminante del tratamiento y puede considerarse como un indicador del éxito del mismo, sin embargo, como cada uno de los pasos que llevan al abandono de la conducta de consumo en las mujeres, la reinserción también tiene su grado de complejidad ya que se trata de un proceso de recuperación individual socialmente condicionado, posibilitado o dificultado por el entorno social.

¿Qué es la inserción?

Para hablar de reinserción primero debemos definir lo que es la inserción, en este caso la definiremos como la capacidad que tiene la persona para “desenvolverse en la vida”, es un proceso continuo de construcción de la identidad personal, abarca todos los aspectos de la persona y del entorno de ésta. El concepto de inserción tiene mucha semejanza con el concepto de salud como un estado de bienestar físico, psíquico y social. El concepto de inserción social no sólo tiene que ver con lo personal sino que también tiene como referente la comunidad: su cultura (sus valores y normas sociales), su economía (forma de organizar la producción y distribución de bienes), y su organización política.

La socialización es incorporar a alguien a un grupo social, de manera que comparta comportamientos y normas, comprendiendo mínimamente las reglas sobre las que se asienta su funcionamiento.

CUADRO 16 CARACTERÍSTICAS A CONSIDERAR EN LA REINSERCIÓN DE MUJERES EMBARAZADAS Y/O CON HIJOS

• Son mujeres que vivían dentro de una cultura del consumo.
• Carecen de vínculos afectivos con el núcleo familiar.
• Carecen de apoyo económico.
• En ocasiones su consumo las ha llevado a adaptarse a un medio social con valores y actitudes contrarias a las esperadas de ellas.
• Muchas veces se les imposibilita conseguir un trabajo, vivienda, etcétera.
• Pueden tener recaídas en el consumo como mecanismo de adaptación y supervivencia.

El proceso de reinserción social

Es un espacio terapéutico abierto, en la mayoría de los casos ambulatorio, que tras un trabajo de crecimiento personal adquirido y desarrollado dentro de los objetivos del programa terapéutico, facilita un marco en el que la persona deberá seguir en condiciones de menor protección, mayor libertad y contacto con el entorno para llegar a una total autonomía personal e integración social, buscando dar respuesta a tres necesidades, para disponer de garantías mínimas de integración social; en primer lugar la familia y/o la pareja, en segundo la vivienda y en tercero el trabajo para integrarse socialmente.

Este proceso supone el logro de un estilo de vida autónomo en el seno de la sociedad, la normalización en el ámbito de lo personal, familiar, de ocio, comunitario, laboral, etc. Es un proceso global, dinámico, en el que aparecen problemas y crisis que han de superarse con el apoyo del equipo terapéutico, pero del que la mujer se responsabiliza y busca opciones para mantener la abstinencia.

En este proceso se busca alcanzar un grado de autonomía personal suficiente que permita que la mujer embarazada y/o con hijos que ha dejado de consumir sustancias psicoactivas:

- Sea capaz de dar una respuesta personal al entorno que la rodea.
- Pueda vivir experiencias gratificantes sin necesidad de hacer uso de sustancias psicoactivas.
- Consiga tener un equilibrio entre lo personal, familiar y social.
- Logre un proceso de maduración entendida como:
 - Equilibrio entre deseos, sentimientos y pensamientos.
 - Capacidad de elegir y tomar decisiones.
- Sea capaz de mantener la abstinencia.
- La reinserción es un proceso largo y lento, la mujer es la principal protagonista y es ella la que decide entrar en el proceso y continuar en él. En el proceso de reinserción existen retrocesos, recaídas, puntos muertos, que forman parte del mismo.

CUADRO 17 CLAVES DE UN PROCESO DE INSERCIÓN SOCIAL

Para favorecer la reinserción social de las mujeres consumidoras es recomendable:

- Ofrecer seguimiento y acompañamiento personal.
- Trabajar en equipo desde programas y proyectos, con criterios y funciones bien delimitadas.
- Establecer un sistema de evaluación que se debe implantar en varios niveles, ya que no sólo se evaluará el resultado, sino también el proceso y el contenido.
- Tener en cuenta el antes y el después, con las circunstancias de la mujer con la que se va a realizar la intervención.

Las mujeres consumidoras de sustancias tienen una realidad antes y después de su consumo: familia de origen, vínculos del tipo que sean, historia laboral, condiciones de salud y vivienda, entre otras. Por lo que se requiere que la mujer realice un plan personal de vida, partiendo de su situación particular, detectando las necesidades que siente, cómo ve y vive sus problemas, su situación, sus capacidades y limitaciones.

La reinserción social se hace más compleja cuando se contempla el factor género, lo que no necesariamente tiene que terminar en una separación, ya que hombres y mujeres pueden estudiar en el mismo salón de clases, compartir actividades recreativas y culturales, en la medida que ello no vaya en su perjuicio, así como respecto de las medidas de seguridad.

Conclusiones y recomendaciones

Como observamos a lo largo del capítulo, existen estudios en otros países que demuestran la necesidad de contar con programas específicos para el tratamiento del consumo de sustancias psicoactivas en las mujeres, por otro lado, los estudios epidemiológicos en nuestro país, indican que esta población no sólo existe, sino que va en aumento, y tiene características conocidas que la hacen menos susceptible de buscar ayuda debido a sus problemas de consumo de sustancias, lo cual hace necesario detectarlas lo más pronto y eficazmente posible, evaluarlas de manera adecuada, profunda y profesional derivándolas en su caso o tratarlas con programas de intervención.

Es importante implementar este tipo de atención en las instituciones que ofrecen tratamiento para el consumo de sustancias ya que se ha probado mayor tasa de éxito, además de dar alcance a una población que de otra manera no recibiría atención para su problema de consumo de sustancias •

CAPÍTULO 5

¿CÓMO SABER SI UN PROGRAMA FUNCIONA?

¿Por qué es importante evaluar los programas que atienden a las mujeres?

El trabajo con mujeres consumidoras de sustancias psicoactivas, embarazadas y/o con hijos, tiene particularidades específicas, es por ello que la evaluación de los programas existentes es sumamente importante, pues de esta forma podemos identificar qué es lo que realmente funciona para esta población.

El seguimiento y la evaluación son fundamentales para incrementar la eficacia de los programas para el tratamiento de problemas relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas y obtener información pertinente que pueda utilizarse como base para el ajuste, la reorientación y la planificación de los programas. El seguimiento y la evaluación permiten determinar si las actividades propuestas se orientan en la dirección adecuada; conocer si hay progresos derivados del programa; determinar acciones para mejorar y encaminar los esfuerzos futuros (PNUD, 2002).

De esta forma, el seguimiento y la evaluación ayudan a mejorar el desempeño y a medir los resultados con el fin de conocer los efectos del programa de atención. Del mismo modo, la información obtenida puede aplicarse para mejorar las estrategias, programas y otras actividades relacionadas, así como para facilitar la toma de decisiones que coadyuven a mejorar tanto la calidad del servicio como del desempeño de los profesionales de la salud, y en caso necesario, a la reestructuración de los programas, con base en la experiencia de las mujeres que asisten a los servicios en búsqueda de tratamiento.

En nuestro país, la evaluación y el seguimiento están considerados por la NOM-028, la cual señala que el seguimiento de los programas y acciones realizadas en todos los establecimientos para el tratamiento de conductas adictivas, permitirá determinar si

se obtuvieron los resultados esperados, y la medida en que se cumplieron los objetivos para los que fueron creados (*Diario Oficial de la Federación* [DOF], 2009).

Aspectos de los programas de atención que deben evaluarse

Las acciones en materia de seguimiento y evaluación deben orientarse hacia la estructura, proceso, resultado e impacto de los programas de prevención, tratamiento, rehabilitación, participación comunitaria, enseñanza, capacitación e investigación sobre el consumo de sustancias psicoactivas.

La NOM-028 también señala que todo servicio en materia de adicciones debe reportar sus actividades al Consejo Nacional Contra las Adicciones (CONADIC) con una periodicidad trimestral, conforme a los procedimientos establecidos por éste (DOF, 2009). Por lo anterior, resulta primordial que los programas de tratamiento para el consumo de sustancias en mujeres embarazadas y/o con hijos cumplan con ciertos requisitos de evaluación y seguimiento.

¿Qué es la evaluación?

La evaluación es el proceso mediante el cual se determina en qué medida se alcanzaron los objetivos del programa de tratamiento y proporciona información para la toma de decisiones, es un ejercicio selectivo que intenta evaluar de manera sistemática y objetiva los progresos hacia una meta. La evaluación no es un acontecimiento aislado, sino un ejercicio que se lleva a cabo en distintos momentos como respuesta a las necesidades cambiantes de conocimiento y aprendizaje durante el proceso de conseguir un determinado efecto (PNUD, 2002); pretende analizar cómo y por qué se consiguen los resultados esperados o en su caso, cómo es y por qué no se consiguieron, para lo cual se requieren datos de “antes y después” de haber recibido el tratamiento.

La OMS (1981) considera que la evaluación de programas debe ser un proceso permanente encaminado principalmente a corregir y mejorar las acciones con el fin de aumentar la pertinencia, la eficiencia y la eficacia de las actividades de salud.

En el marco del Programa Interamericano de Educación Preventiva Integral contra el uso indebido de drogas, la Organización de Estados Americanos a través de la CICAD definió el sistema de evaluación como un proceso de análisis del contexto, de su concepción y filosofía, de su estructura, funcionamiento, desarrollo y de los resultados

que se van obteniendo. Lejos de pretender sancionar, la evaluación sirve para ofrecer información, propuestas, sugerencias y criterios útiles para la toma de decisiones que permitan reorientar, mejorar o concretar el programa y lograr una atinada proyección de sus acciones.

La evaluación es un proceso permanente que busca mejorar los programas de atención a las mujeres embarazadas o con hijos.

La evaluación, desde este punto de vista, debe ser un proceso eminentemente pedagógico y formativo con carácter preventivo. Debe ser participativa y cogestionar, a diferencia de otros sistemas de evaluación autoritarios, además de ser concebida como un proceso de valoración que fundamenta la toma de decisiones.

En términos más generales, la evaluación es plantearse preguntas constantemente y diseñar los métodos para recuperar la información que permita dar respuesta a dichas preguntas.

¿Cuáles son los principales tipos de evaluación e indicadores que existen?

Hay un gran número de modelos de evaluación dependiendo del ámbito de acción y el objetivo mismo de la evaluación, por ejemplo, en 1969, Denisto propuso evaluar *a)* la pertinencia, *b)* adecuación, *c)* eficacia, *d)* eficiencia y *e)* efectividad de los programas. En 1978, Donabedian sugirió un modelo que incluye la evaluación de la estructura, procesos y resultados de los servicios de atención.

La mayoría de los organismos internacionales han adoptado un modelo que en general comprende cinco tipos diferentes de evaluación:

- **Evaluación diagnóstica.** Tiene como función valorar aquellos factores situacionales o contextuales cuya información es necesaria para la planificación y determinación de estrategias que favorezcan el desarrollo de los proyectos en ejecución.
- **Evaluación de proceso.** Permite conocer y valorar el desarrollo y naturaleza del conjunto de actividades que durante la ejecución del programa realiza cada uno de sus componentes.
- **Evaluación de resultados.** Identifica los logros obtenidos a corto y mediano plazo durante la ejecución del plan, atendiendo al carácter de sus objetivos y a la relación espacio-temporal.

- **Evaluación de impacto.** Ofrece información acerca de los objetivos generales en función del efecto causado en la población beneficiaria del programa.
- **Evaluación costo-beneficio.** Establece un balance entre el esfuerzo y recursos invertidos y el resultado obtenido.

Hawkins y Nederhood (1987) enriquecen este modelo de evaluación al sugerir que dependiendo de los objetivos propuestos, se puede evaluar a los sujetos, los materiales, el proceso, los logros, el costo-beneficio entre otros indicadores que se describen a continuación:

- a) **Evaluación del proceso:** dado que tiene que ver con la forma en cómo se lleva a cabo el programa terapéutico, se deben evaluar de forma sistemática los siguientes indicadores:
 - Actividades planeadas y ejecutadas: para lo cual se debe contar con una guía que contenga detalladamente las características del programa, las bases teóricas, número de sesiones, objetivos de las sesiones, de manera que no dependa de las personas, que pueda ser replicado por cualquier profesional de la salud que reciba la capacitación necesaria.
 - Integridad de la ejecución: evaluar la forma en que los terapeutas o profesionales de la salud han llevado a cabo el programa, para determinar la calidad de la intervención.
 - Integridad del programa: es muy importante que se evalúe si se realizaron adaptaciones, ya sea en el orden o en el contenido, para realizar las mejoras y las indicaciones en las guías de procedimientos. Para evaluar la eficacia del tratamiento es importante que las mujeres se hayan expuesto al mismo tipo de tratamiento y bajo las mismas condiciones de tiempo, número de sesiones, referencia a tratamientos alternativos o complementarios.
 - Capacitación de responsables: se debe evaluar que todos los profesionales de la salud que participen en el programa cuenten con los conocimientos necesarios para llevar a cabo el mismo.
 - Contenido del programa: evaluar si se respetó el formato y contenido literal o si se realizaron modificaciones de acuerdo a las necesidades de cada mujer y sus características particulares.
 - Fidelidad de la implementación: se considera que la fidelidad de la intervención fue buena, cuando se cumplieron los objetivos de cada sesión, además, las per-

sonas que implementaron el programa estaban satisfactoriamente preparados para hacerlo.

- **Integridad del tratamiento:** en este rubro se toman en cuenta indicadores tales como la asistencia de las mujeres a todas las sesiones, si van de forma voluntaria o forzadas de alguna forma, si se cuenta con material, hacer una evaluación de su manejo.
 - **Aceptación del programa:** esta evaluación se debe hacer a las mujeres que asisten a tratamiento, considerando su punto de vista subjetivo respecto a la eficacia del tratamiento.
- b) **Evaluación de resultados:** ya que este tipo de evaluación permite visualizar los logros obtenidos para producir cambios positivos en la conducta de las usuarias, se pueden evaluar tanto los resultados a corto, como a largo plazo para determinar si funcionó el programa y si se cumplieron los objetivos, cambios en las personas, etcétera.
- c) **Evaluación de costo-beneficio:** los resultados justifican los recursos invertidos; es la combinación entre el proceso y los logros. ¿Se usaron los recursos lo más eficientemente posible? ¿Los servicios y programas son eficientes para lograr resultados inmediatos? ¿La obtención de estos resultados inmediatos produce los efectos deseados a largo plazo eficientemente?
- d) **Evaluación del impacto:** se mide a través de cambios o logros obtenidos en la comunidad, así como cambios en los indicadores. Demostrar que algo no ocurrió, o disminuyó su ocurrencia, debido a la implementación del programa. Se requiere especificar: resultados esperados, objetivos medibles, impacto probable sobre incidencia y prevalencia.

Estos indicadores se evalúan de forma directa, sin embargo, se pueden hacer evaluaciones indirectas de otros aspectos, los cuales no están exentos de debate debido a su falta de solidez, por ejemplo muchos especialistas discuten si la abstinencia debe ser un criterio a considerar dentro de la evaluación, ya que puede ser artificialmente distorsionado por la duración de la observación de seguimiento (Hser *et al.*, 1990, 1991). Otros indicadores son: la reducción del daño, la reducción en los problemas asociados al consumo de sustancias psicoactivas, incluso la reducción del consumo y frecuencia de consumo. Específicamente en las mujeres se puede evaluar el cuidado otorgado a los hijos después del tratamiento.

En el cuadro 18 se resumen algunos de los principales indicadores que se pueden evaluar directa e indirectamente, según el tipo de evaluación a realizarse.

CUADRO 18
PRINCIPALES INDICADORES DE EVALUACIÓN

<i>Indicador a evaluar</i>	<i>Evaluación directa</i>	<i>Evaluación indirecta</i>
Proceso	<ul style="list-style-type: none"> • Actividades planeadas y ejecutadas • Integridad de la ejecución • Integridad del programa • Capacitación de los responsables • Contenido del programa • Fidelidad de la implementación • Integridad del tratamiento • Aceptación del programa 	Percepción de las mujeres respecto de las actividades realizadas en el tratamiento, el trato de los profesionales de la salud, y qué tan bien se sintieron con el programa
Resultados	<ul style="list-style-type: none"> • Logros • A corto plazo • A largo plazo 	<ul style="list-style-type: none"> • Disminución del consumo • Obtención de trabajo • Mejores relaciones familiares y de pareja • Mejor cuidado de los hijos
Costo-beneficio	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Se usaron los recursos lo más eficientemente posible? • ¿Se lograron resultados inmediatos? • ¿La obtención de estos resultados inmediatos produce los efectos deseados a largo plazo eficientemente? 	Percepción de las usuarias y de los profesionales de la salud respecto a el buen manejo de los recursos y los resultados del programa
Impacto	<ul style="list-style-type: none"> • Cambios o logros obtenidos en la comunidad, así como cambios en los indicadores 	Percepción por parte de los miembros de la comunidad de los cambios o logros que se han obtenido desde la instalación del programa

Por su importancia, revisemos a continuación qué indicadores se pueden evaluar indirectamente en la evaluación de resultados y servicios.

- a) *Evaluación de resultados*. Para contar con una evaluación exhaustiva se deben considerar las siguientes características a partir de los resultados obtenidos en el tratamiento de acuerdo con las usuarias:

- Se observa una mejora en el estado de salud física y hábitos alimenticios.
 - Se observa una mejoría en las relaciones familiares.
 - Mantenimiento de un empleo u obtención de uno nuevo, incluso ingreso a programas de capacitación para el trabajo.
 - Se observa mejoría en la autoestima, esperanza en el futuro.
 - Medición de la abstinencia o reducción en el consumo.
 - Reducción de daño, evitación de conductas de riesgo, contar con un plan para evitar recaídas, auto cuidado.
 - Disminución en la participación de conductas delictivas.
 - Cambios de estilo de vida, como mejora en vivienda, esparcimiento, recreación y manejo del estrés.
 - Mejora en la calidad de vida, desde el punto de vista de las usuarias.
- b) **Evaluación de la calidad de los programas.** Otra forma de evaluar los programas es a través de la calidad de los servicios que éstos ofrecen y para esto es importante hablar de control de calidad, que es el conjunto de técnicas y actividades de carácter operativo, utilizadas para verificar los requisitos relativos a la calidad del producto o servicio, esta se asegura mediante acciones planificadas y sistemáticas, que son necesarias para proporcionar la confianza adecuada de que un servicio va a satisfacer los requisitos dados sobre la calidad.

Un sistema que asegure la calidad debe estar documentado con un manual de calidad y con procedimientos e instrucciones técnicas y debe revisarse su cumplimiento a través de auditorías.

Por otro lado, también se tienen indicadores de evaluación para la calidad de los servicios entre los que se encuentran:

- 1) Las usuarias de los servicios: toda actividad, proceso, esfuerzo o recurso debe estar encaminado a la satisfacción de las usuarias.
- 2) La defensa de los derechos presentes y futuros y del interés de las usuarias: existe un compromiso en la defensa de los derechos fundamentales de las mismas, y se debe anteponer el interés de la usuaria ante cualquier otra consideración.
- 3) La dignidad humana: anteponer la dignidad de las usuarias como clientes finales, por encima de cualquier otro interés, por utilitario que resulte.
- 4) Austeridad y eficiencia: se debe contar con una gestión eficiente, orientada a la optimización de los recursos y a la utilización de los mismos de la forma más económica posible.

- 5) La transparencia: la utilización de recursos públicos obliga a respetar al máximo el principio de transparencia, con las únicas reservas debidas a la obligación de privacidad en los datos y secreto profesional.

Todo programa debe tener dentro de sus actividades la capacidad para evaluarse a sí mismo en función de criterios de calidad establecidos previamente, con lo que garantice el cumplimiento de los criterios de eficiencia y la actuación conforme a normas de calidad, códigos éticos, principios de transparencia, etcétera.

¿Qué sabemos acerca de la evaluación de programas para mujeres?

En el caso específico de los tratamientos para mujeres, los resultados de evaluación son escasos, ya sea porque no se evalúan o porque son de reciente creación (Finkelstein *et al.*, 1997). No obstante, en estos casos se recomienda considerar los siguientes indicadores descritos en el cuadro 19:

CUADRO 19
ASPECTOS QUE DEBEN EVALUARSE EN LOS PROGRAMAS DE TRATAMIENTO PARA MUJERES CONSUMIDORAS

• Fluctuaciones en la abstinencia.
• Cantidad de alcohol u otras drogas consumidas después del tratamiento.
• Número de días de abstinencia.
• Mejora en síntomas físicos.
• Mejora en los problemas de pareja, familia y problemas legales.
Quando las usuarias que concluyen el tratamiento presentan problemas más graves, también se deben incluir en los indicadores de evaluación:
• Reducción de la conducta delictiva.
• Reducción de violencia doméstica.
• Reducción de conductas de riesgo.
• Incremento en el número de días laborados.
• Cambios positivos en los valores sociales y las redes.
• Salud y desempeño académico de los hijos.

¿Qué método es el más adecuado para llevar a cabo la evaluación?

Existen distintas estrategias para llevar a la práctica la evaluación, la decisión sobre cuál es el método más adecuado, depende en gran medida de la pregunta que se desea responder, así como de los recursos humanos y económicos disponibles. Algunos de los diseños más sistemáticos y rigurosos son los siguientes:

1. Seguimiento de una cohorte² de pacientes que ha completado un tratamiento en un espacio de tiempo dado, obteniendo datos antes, durante y después del tratamiento.
2. Medición de las variaciones existentes en los siguientes ámbitos: consumo de sustancias psicoactivas, actividad productiva (trabajo y/o estudio) y actividad delictiva. Estas variables son importantes ya que están incluidas en los objetivos de la intervención terapéutica; otras variables a considerar son datos sociodemográficos, salud, situación familiar, relaciones interpersonales, ocupación del tiempo libre, entre otras.
3. Utilización de un grupo control, usualmente, se utiliza a los pacientes que habiendo solicitado tratamiento, lo abandonan antes de su finalización.
4. Comparación de los resultados post tratamiento con las medidas pretratamiento y con los datos obtenidos en el seguimiento del grupo control.

¿Cómo planear un proceso de evaluación?

A continuación se sugieren una serie de pasos para planear una evaluación:

- **Conceptualización.** Incluye una descripción detallada del programa que se va a evaluar, la población blanco, en este caso, de mujeres embarazadas o con hijos, y sus necesidades. En esta fase se toman decisiones sobre el tipo de evaluación que se requiere (interna o externa) y los aspectos que se evaluarán (costo beneficio, efectividad, servicios) una vez que se establecieron los objetivos de la evaluación, se formulan preguntas sobre el procedimiento, resultados e impacto y se estima el costo del proceso mismo de la evaluación.
- **Metodología.** Incluye la selección, definición e implementación de los indicadores básicos y el plan de análisis, se decide si se empleará un enfoque cualitativo o cuantitativo, se identifican fuentes de información, se define la metodología y la muestra (cuando se requiere) así como los instrumentos.
- **Acopio de información.** Tiene dos componentes: el diseño del programa, que puede obtenerse a través de la revisión documental o entrevistas con los participantes, y la

² Los estudios de cohorte consisten en el seguimiento de uno o más grupos de individuos sanos que presenta diferentes grados de exposición a un factor de riesgo en quienes se mide la aparición de la enfermedad o condición en estudio.

ejecución de cada componente, esta información se recoge a través de cuestionarios o entrevistas con prestadores de servicios, clientes, etcétera.

- **Validación y análisis de la información.** La información se codifica y procesa, la calidad de la información se verifica, así como las limitaciones del proceso de acopio de datos para discutirlos en el reporte.
- **Reporte de resultados.** Se desarrolla un reporte inicial que se discute con los directivos del programa.
- **Seguimiento.** En el reporte se establece una serie de recomendaciones, los costos de la instrumentación de dichas recomendaciones y además se valora el impacto de las modificaciones.

Asimismo, al momento de planear la evaluación es muy importante tener en cuenta las posibles barreras que pueden presentarse y crear mecanismos para enfrentarlas, algunas de estas barreras son:

- Falta de recursos materiales o financieros.
- Falta de personal capacitado.
- Ansiedad o percepción de amenaza por parte de las mujeres.
- Falta de tiempo.
- Carencia de apoyo por parte del personal o autoridades del centro de tratamiento.

El ejercicio de la evaluación alcanza su meta cuando informa a los tomadores de decisiones sobre los avances y limitaciones en el desarrollo de programas de manera que puedan ser adaptados a las necesidades emergentes de las mujeres embarazadas y/o con hijos.

La evaluación y seguimiento de los programas para la atención de mujeres embarazadas y/o con hijos que consumen sustancias psicoactivas, permite identificar qué características o tipos de programas realmente funcionan para esta población. Esta debe realizarse de forma permanente, con el objetivo de mejorar los programas, también es muy importante que se informe sobre los avances y limitaciones para que se realicen las adaptaciones necesarias para la población objetivo.

REFERENCIAS

- Abs, R., Verhelst, J., Maeyaert, J., Van Buyten, J. P., Opsomer, F., Adriaensen, H., Verlooy, J., Van Havenbergh, T., Smet, M. y Van Acker, K. (2000). Endocrine consequences of long-term intrathecal administration of opioids. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism* 85(6): 2215-2222.
- Alcántara, H., León. B., Guerrero, A., Reyes. M. P. y Hernández, V. (2009). De la prevención universal a la prevención selectiva. México: Centros de Integración Juvenil.
- American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). *Your Pregnancy and Birth*, cuarta edición. ACOG, Washington, 2005.
- Ashley, O. S., Marsden, M. E. y Brady, T. M. (2003). Effectiveness of substance abuse treatment programming for women: a review, *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 29(1): 19-53.
- Asociación de Entidades de Centros de Día de Drogodependencias (2007). *Perspectiva de género aplicada a las drogodependencias*. Navarra, España: Asociación de Entidades de Centros de Día de Drogodependencias.
- Babor, T., De la Fuente J. R., Saunders, J., Grant, M. (1992). AUDIT. Prueba de identificación de trastornos derivados del consumo de alcohol: Pautas de uso en la atención primaria de la salud. Organización Mundial de la Salud, Programa sobre Abuso de Sustancias.
- Barreda *et al.* (2005). *Mujer y adicción: Aspectos diferenciales y aproximación a un modelo de intervención*. España: Instituto de Adicciones de Madrid.
- Berenzon, S., Romero, M., Tiburcio, M., Medina-Mora, M. E., Rojas, E. (2007). Riesgos asociados al consumo de alcohol durante el embarazo en mujeres alcohólicas de la Ciudad de México. *Salud Mental*, 30(1): 31-38.

- Bloom, B. Owen, B. y Covington, S. (2003). Gender-Responsive Strategies: Research, Practice, and Guiding Principles for Women Offenders. Estados Unidos de América, Department of Justice, National Institute of Corrections, consultado en: www.nicic.org/pubs/2003/018017.pdf
- Borges, G., Medina-Mora, M. E., Wang, P., Lara, C., Berglund, P. y Walters, E. (2006). Treatment and Adequacy of Treatment of Mental Disorders Among Respondents to the Mexico National Comorbidity Survey. *Am J Psychiatry*; 163: 1371-1378.
- Castaños, M., Meneses, C., Palop, M., Rodríguez, M. y Tubert, S. (2007). Intervención en drogodependencias con enfoque de género. Madrid: Instituto de la Mujer y Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Center for Substance Abuse Treatment (CSAT) (2009). Substance Abuse Treatment: Addressing the Specific Needs of Women. A Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 51. HHS Publication No. (SMA) 09-4426. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
- Centros de Integración Juvenil (CIJ) (2009). Consumo de drogas en pacientes de primer ingreso a tratamiento en centros de integración juvenil. Enero-junio.
- Comisión Nacional contra las Adicciones (2011a). Programa de Acción Específico Prevención y Tratamiento de las Adicciones. Actualización 2011-2012. México: Secretaría de Salud.
- Comisión Nacional contra las Adicciones (2011b). Programa contra la Farmacodependencia: Actualización 2011-2012. México: Secretaría de Salud.
- Consejería de Salud y Consumo (CSC) (2007). Guía: Mujer y drogodependencias. Dirección General de Salud Pública y Participación. Centro Coordinador de Drogodependencias. Instituto Balear de la Mujer. Coordinación Autónoma de Salud de la Mujer.
- Copeland, J. y Hall, W. (1992). A comparison of predictors of treatment drop-out of women seeking drug and alcohol treatment in a specialist women's and two traditional mixed-sex treatment services, *British Journal of Addiction*, 87(6): 883-890.
- Copeland, J. y Hall, W. (1992). A comparison of women seeking drug and alcohol treatment in a specialist women's and two traditional mixed-sex treatment services. *British Journal of Addiction*, 87(9): 1293-1302.
- Currie, J., Poole, N., Jani, S., Myers, J. y Kirk, P. (2001). Best Practices Treatment and Rehabilitation for Women with Substance Use Problems Health Canada. Canada's Health Strategies.
- Diario Oficial de la Federación* (1998). Norma Oficial Mexicana-168. Del expediente clínico, Secretaría de Salud (SSA).

- Diario Oficial de la Federación* (2000). Norma Oficial Mexicana-028. Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones, SSA, (1999, revisión 2009).
- Diario Oficial de la Federación* (2009). Modificación a la Norma Oficial Mexicana-028. Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones, SSA, (1999, revisión 2009).
- Fleiz, Villatoro, Medina-Mora, Gutiérrez, Moreno, Bretón, Oliva, Bustos, Brambila (2010). Consumo de alcohol y drogas en la población femenina: un análisis de los componentes sociales y de género a través de las encuestas nacionales. En Romero, M., Medina-Mora, M. E., Rodríguez, C. *Mujeres y Adicciones*. Instituto Nacional de Psiquiatría, Consejo Nacional contra las Adicciones, Instituto Nacional de las Mujeres.
- Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer, Progress of the World's Women 2002: Gender Equality and the Millennium Development Goals. Nueva York.
- García, A. y Trillo, P. (2012). Las drogas y el embarazo. Universidad de Coruña, España. Consultado el 30 de julio de 2012 en: <http://ruc.udc.es/dspace/>
- Godoy, M. J. y Herrera, A. (2002). Adicciones en mujeres. España: Colegio Oficial de Psicólogos de las Palmas, Comisión de Drogodependencias y Adicciones e Instituto Canario de la Mujer.
- Gómez, J. (2003). El alcoholismo femenino: Una perspectiva sociológica. Valencia: Universitat de Valencia. Dpt. de Treball Social i Serveis Socials.
- Gordis, E. (1994). Alcohol and hormones, a commentary. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism No. 26 PH 352.
- Hawkins y Netherhood, (1987). Handbook for evaluating drug and alcohol prevention programs. Washington. Govt. Print. Off.
- Hsu, L. N. (1995). Drug and gender issues. Gender in development. 9 January. UNDCP: Focal point on women.
- Instituto de la Mujer (2003). Mujer y drogas. Madrid: Instituto de la Mujer, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales y Ministerio del Interior. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Jiménez-Silvestre, K. y Castillo-Vite, N. L. (2004). Evaluación de resultados de la Clínica para dejar de fumar. Centros de Integración Juvenil, Dirección de Investigación y Enseñanza, Informe de Investigación 03-03, México.
- Lee, C.-T., Chen, J., Hayashi, T., Tsai, S.-Y., Sanchez, J. F. *et al.* (2008) A Mechanism for the Inhibition of Neural Progenitor Cell Proliferation by Cocaine. *PLoS Med* 5(6): 17. doi:10.1371/journal.pmed.0050117.
- McCance-Katz, E. F. *et al.* (2005). Gender effects following repeated administration of cocaine and alcohol in humans. *Substance Use & Misuse* 40(4): 511-528.

- Medina-Mora, M. E. (1993). Diferencias por género en las prácticas de consumo de alcohol. Resultados de un estudio llevado a cabo en la población de 18 años y más en una entidad urbana y otra rural del Estado de Michoacán. Tesis para obtener el grado de doctor en psicología social. Facultad de Psicología, UNAM.
- Medina-Mora, M. E. (1994). Drinking and oppression of women: the Mexican experience. *Addiction*, 89(8): 958-960.
- Medina-Mora, M. E. y Rojas, E. (2003). Mujer, pobreza y adicciones, *Perinatol Reprod Hum*; 17(4): 230-244. Octubre-diciembre.
- Medina-Mora, M. E., Carreño, S., De la Fuente, J. R. (1998). Experience with the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) in México. En Galanter, M. *Recent developments in alcoholism*, vol. 14: The consequences of alcoholism, New York; Plenum Press, pp. 383-396.
- Medina-Mora, M. E., Cravioto, P., Villatoro, J., Galván, F., Fleiz, C., Rojas, E., Kuri, P., Ruiz, C., Castrejón, J., Velez, A., García, A. (2002). Encuesta Nacional de Adicciones 2002, capítulo de alcohol. Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC), Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (INPRFM), Dirección General de Epidemiología (DGE), Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI). México.
- Medina-Mora, M. E., Villatoro, J., Rafful, C., Gutiérrez, M. L., Moreno, M., López, M. A., Rodríguez, C. (2010). ¿Cómo son las mujeres que pasan la barrera social? Un análisis de mujeres usuarias de drogas y alcohol en México. Resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones 2008. En Romero, M., Medina-Mora, M. E., Rodríguez, C. Mujeres y Adicciones. Instituto Nacional de Psiquiatría, Consejo Nacional contra las Adicciones, Instituto Nacional de las Mujeres, pp. 37-70.
- Melchior, L. A., Huba, G. J., Brown, V. B., Slaughter, R. (1999). Evaluation of the effects of outreach to women with multiple vulnerabilities on entry into substance abuse treatment. *Evaluation & Program Planning*, 22(3): 269-277.
- Miller, W. y Rollnick, S. (1999). La entrevista Motivacional: preparar para el cambio de conductas adictivas. México, Paidós.
- Miller, W. y Rollnick, S. (2002): Motivational interviewing: Preparing people for change (2nd Edition). New York : The Guilford Press.
- Minnes, S., Lang, A., Singer, L. (2011). Prenatal tobacco, marijuana, stimulant and opiate exposure: outcomes and practice implications. *Addiction science & clinical practice. Clinical perspectives-prenatal drug exposure*, pp. 57-70.
- Moral, B. (2008). 1ª Jornada de la Comisión de Género. Jornada Drogas y Género. Ponencia Teórica. Dirección de Drogodependencias del Gobierno Vasco. 28 Junio.

- Naciones Unidas (2003). "Manual abuso de drogas: tratamiento y rehabilitación. Guía práctica de planificación y aplicación". Capítulo II: Definición de tratamiento. Oficina contra la droga y el delito.
- Natera, G. (1995). México. En Heath, D. (ed). *International handbook on alcohol and culture*. Praeger Publishers, Westport CT, pp. 179-189.
- Natera, G. y Holmila, M. (1990). El papel de los roles sexuales en la familia y el consumo de alcohol. Una comparación entre México y Finlandia. *Salud Mental*. 13(3): 20-26, septiembre.
- Natera, G., Mora, J., Tiburcio, M. (2002). Experiencia de las mujeres frente al abuso de alcohol y drogas de sus familiares. En Lara, M. A., Salgado, V. N. (eds). *Cálmese, son sus nervios, tómese un tecito... La salud mental de las mujeres mexicanas*. México. Pax; p. 71-84.
- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA) (2003): Alcohol a Women's Health Issue. U.S. Department of Health and Human Services National Institutes of Health, NIH Publication No. 03-4956, august.
- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA) (2009): Drinking and Your Pregnancy U.S. Department of Health and Human Services National Institutes of Health, NIH Publication No. 05-5610, revised 2009.
- National Institute on Drug Abuse (NIDA) (2000). The NIDA community-based outreach model: A manual to reduce the risk of HIV and other blood-borne infections in drug users. USA. NIDA.
- National Institute on Drug Abuse (NIDA) (2011). Seeking drug abuse treatment: Know what to ask. USA. NIDA.
- National Institute on Drug Abuse (NIDA) (2011). Seeking drug abuse treatment: know what to ask U.S. Department of Health and Human Services National Institutes of Health. NIH Publication, 12: 7764.
- National Institute on Drug Abuse (NIDA) (2011a). Prenatal exposure to drug abuse. May 2011. A research update from de National Institute on Drug abuse. Topics in brief.
- National Institute on Drug Abuse (NIDA) (2011b). ¿Cuáles son las otras consecuencias médicas del abuso de inhalantes? Consultado el 30 de julio de 2012, <http://m.drugabuse.gov/es/publicaciones/serie-de-reportes/abuso-de-inhalantes/cuales-son-las-otras-consecuencias-medicas-del-abuso-de-inhalantes>.
- Nelson-Zlupko, L., Kauffman, E. y Dore, M. M. (1995). Gender differences in drug addiction and treatment: implications for social work intervention with substance-abusing women. *Soc Work* 40(1): 45-54.

- Ocampo, A., Leal B. y Pájaro, D. Tratamiento a fumadoras en la Clínica contra el Tabaquismo del Hospital General de México. *Revista Médica del Hospital General de México*.
- Ortiz, A., Martínez, R., Meza, D. (2010). Grupo Interinstitucional para el Desarrollo del Sistema de Reporte de Información en Drogas. Resultados de la Aplicación de la Cédula: "Informe Individual sobre Consumo de Drogas". Tendencias en el área metropolitana. No. 48, junio. Ed. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.
- Ortiz, A., Martínez, R., Meza, D. (2010). Grupo Interinstitucional para el Desarrollo del Sistema de Reporte de Información en Drogas. Resultados de la Aplicación de la Cédula: "Informe Individual sobre Consumo de Drogas". Tendencias en el área metropolitana. No. 49, noviembre. Ed. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.
- Orwin, R., Francisco, L. y Bernichon, T. (2001). Effectiveness of Women's Substance Abuse Treatment Programs: a Meta-Analysis. Estados Unidos de América, Center for Substance Abuse Treatment, National Evaluation Data Services.
- Paez, F. (2010). El consumo de drogas en el embarazo en México. Énfasis en el alcohol. En Romero, M., Medina-Mora, M. E., Rodríguez, C. *Mujeres y Adicciones*, Instituto Nacional de Psiquiatría, Consejo Nacional contra las Adicciones, Instituto Nacional de las Mujeres, pp. 225-246.
- Peters, T. J., Millward, L. M. y Foster, J. (2003). Quality of life in alcohol misuse: Comparison of men and women. *Archives of Women's Mental Health*, 6(4): 239-243.
- Poole, N. e Isaac, B. (2001). Apprehensions: Barriers to treatment for substance-using mothers. BC Centre of Excellence for Women's Health, Vancouver.
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, Oficina de Evaluación (PNUD) (2002). Manual de seguimiento y evaluación de resultados. One United Nations. Plaza New York, 10017.
- Raistrick, M. D., Echeverría, L., Oviedo, P., Ayala, H. (1998). Breve Escala de Dependencia al Alcohol (BEDA). En Ayala, H., Cárdenas, G., Echeverría, L., Gutiérrez M. *Manual de autoayuda para personas con problemas en su forma de beber*. México. Porrúa-Facultad de Psicología.
- Rodríguez, E., Gutiérrez, F. y Vega, L. (2003). Consumo de drogas en mujeres dedicadas a la prostitución: la zona de La Merced. *Salud Mental*, 26(5), 73-81.
- Rodríguez, E., Vega, L., Gutiérrez, R. (2010). Consumo de drogas en trabajadoras sexuales, niñas de la calle, migrantes e indígenas. En Romero, M., Medina-Mora, M. E., Rodríguez, C. *Mujeres y Adicciones*, Instituto Nacional de Psiquiatría, Consejo Nacional contra las Adicciones, Instituto Nacional de las Mujeres, pp. 157-192.

- Romero, M. (2010). Mujeres y adicciones. Reflexiones desde una perspectiva de género. En Romero, M., Medina-Mora, M. E., Rodríguez, C. *Mujeres y Adicciones*, Instituto Nacional de Psiquiatría, Consejo Nacional contra las Adicciones, Instituto Nacional de las Mujeres, pp. 33-72.
- Romero, M., Rodríguez, E., Durand, A., Colmenares, E. et al. (2007). Mujeres en prisión y abuso de sustancias adictivas. *Género Salud Cifras*, 5(1): 14-20.
- Romo, N. (2005). Género y uso de drogas: la invisibilidad de las mujeres. *Humanitas Humanidades Médicas*, (5): 69-83, fecha de acceso 15 de abril de 2008, disponible en: <http://www.fundacionmhm.org/pdf/Mono5/Articulos/articulo4.pdf>
- Sánchez-Pardo, L., Bermejo, P., Cid, A., Fernández, M., Morán, J., Platas, L. (2009). Guía informativa: género y drogas. Plan de atención integral a la salud de la mujer de Galicia, Xunta de Galicia. España.
- Skinner, H. (1982). The Drug Abuse Screening Test. *Addictive behavior* 7(4): 363-371.
- Smith, L. (1992). "Help seeking in alcohol-dependent females," *Alcohol and Alcoholism*, 27(1): 3-9.
- Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (2007). El papel de la Atención Primaria ante los problemas de salud relacionados con el consumo de drogas. España: Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria.
- Solis, L. y Medina-Mora, M. E. (1995). La utilización de los servicios de atención para la salud mental por mujeres mexicanas. Resultados de dos encuestas nacionales. *Salud Mental*, 17(1): 7-10.
- Swift, W., Copeland, J. y Hall, W. (1995). Characteristics and Treatment Needs of Women with Alcohol and Other Drug Problems: Results of an Australian National Survey. Canberra, Australia, National Drug Strategy Research Report Series, Report No. 7.
- Tapia-Conyer, R., Kuri, P., Cravioto, P., Galván, F., Jiménez, B., Cortés, M., Medina-Mora, M. E., Villatoro, J. (2002). Encuesta Nacional de Adicciones 2002, Capítulo de Tabaco. Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC), Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (INPRFM), Dirección General de Epidemiología (DGE), Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI). México.
- Terner, J. M. y Wit, H. de (2006). Menstrual cycle phase and responses to drugs of abuse in humans. *Drug and Alcohol Dependence*, 84(1): 1-13.
- The Ministry of Health (2001). Best Practices Treatment and Rehabilitation for Women with Substance Use Problems. Ontario, Canada. The Ministry of Health.
- The Ministry of Health (2001). Best Practices: Treatment and Rehabilitation for Women with Substance Use Problems. Ontario, Canadá: The Ministry of Health.

- The Ministry of Health (2004). Best Practice in action: Guidelines and criteria for women's substance abuse treatment services. Ontario, Canada: The Ministry of Health.
- The Ministry of Health (2006). Best Practices. Early Intervention, Outreach and Community Linkages for Women with Substance Use Problems. Ontario, Canadá: The Ministry of Health.
- Tiburcio, M., Carreño, S., Martínez, K., Echeverría, L., Ruiz, E. (2007). Intervenciones breves en adicciones. Manual para la reducción del consumo de sustancias. México. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, Fundación Gonzalo Río Arronte I.A.P.
- Trulsson, K. (2000). The identity of women and treatment of drug abuse, *Socialvetenskaplig Tidskrift*, núms. 1 y 2, pp. 120-136.
- Van der Walde, H., Urgenson, F. T., Weltz, S. H. y Hanna, F. J. (2002). Women and alcoholism: A biopsychosocial perspective and treatment approaches. *Journal of Counselling and Development*, 80(2): 145-153.
- Velásquez, E. (1996). La mujer, las drogas y los grupos de riesgo. Informe Final y Ponencias tomo I. Reunión grupo de Consulta, Impacto del Abuso de drogas en la mujer y la familia. Montevideo, Uruguay. CICAD/OEA.
- Villatoro, J., Hernández, I., Hernández, H., Fleiz, C., Blanco, J., Medina-Mora, M. E. (2004). Encuestas de Consumo de Drogas de Estudiantes III 1991-2003 SEP-INPRFM. Disco Compacto. México; SEP-INPRFM.
- Villatoro, J., Medina-Mora, M. E., Cravioto, P., Fleiz, C., Galván, F., Rojas, E., Kuri, P., Ruiz, C., Castrejón, J., Velez, A., García, A. (2002). Encuesta Nacional de Adicciones 2002, Capítulo de Drogas. CONADIC, INPRFM, DGE, INEGI. México.
- World Health Organization (1992). The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. Geneva; World Health Organization.
- World Health Organization (1993). CIDI: Composite International Diagnostic Interview Version 1.1. Geneva; World Health Organization.
- Zilberman, M. L., Tavares, H., Blume, S. B. y El-Guebaly, N. (2002). Towards best practices in the treatment of women with addictive disorders. *Addictive Disorders*, 1(2): 39-46.



CDMX
CIUDAD DE MÉXICO