
Mujeres Embarazadas con uso Problemático de Sustancias: Accesibilidad a Tratamientos Sensitivos al Género

CherylA. Vázquez Colón & Abigail Meléndez
Universidad de Puerto Rico, Recinto de Río Piedras

Resumen

Este artículo pretende examinar la política pública de drogas vigente en Puerto Rico y Estados Unidos y su impacto en la población femenina con uso problemático de drogas, particularmente las mujeres embarazadas. Serán examinadas las implicaciones legales y de salud ante el uso de dichas sustancias durante el embarazo y los tratamientos efectivos para trabajar con la condición. La finalidad de este trabajo es fomentar el estudio científico de esta condición en una población vulnerable de manera que las estrategias de prevención y reducción de daño que se utilicen con esta población respondan al estado actual de la ciencia.

Palabras clave: Política Pública, Adicción, Tratamiento Sensitivo al Género, Mujeres Embarazadas

Abstract

This article aims to review the current drug policy in Puerto Rico and the United States and its impact on the female population with drug abuse, particularly pregnant women. The legal and health implications to the use of these substances during pregnancy and effective treatments to work with the condition will also be discussed. The purpose of this work is to promote the scientific research of drug use on pregnant women so that prevention strategies and harm reduction strategies respond to the current state of science.

Keywords: Drug Policy, Addiction, Gender-sensitive treatments, Pregnant Women

1 Toda comunicación relacionada a este artículo debe dirigirse a las autoras a los siguientes correos electrónicos:

Durante la pasada década las diferencias de género en trastornos relacionados a sustancias han incrementado.

Este aumento en diferencias de género ha impulsado a investigadores a examinar de manera exhaustiva diferencias biológicas, sociales y psicológicas que distinguen a la mujer usuaria a drogas. Las mujeres con uso problemático de drogas frecuentemente experimentan problemas de salud física, inestabilidad mental, embarazos no deseados, y maltrato físico y/o psicológico (Alegría, et al., 2004). En adición a problemas de salud físicos y psicológicos la mujer usuaria a drogas usualmente carece de apoyo social y experimenta un alto nivel de estigma social. El estigma social (i.e., desaprobación, rechazo) puede ser explicado mediante dos vertientes: política pública y roles de género. La política pública de drogas vigente se basa en el prohibicionismo o criminalización de las drogas y su uso. Este modelo prohibicionista tiene su base en fundamentos morales los cuales conceptualizan al usuario de drogas como un individuo con falta de moral y falta de auto-control el cual debe ser penalizado por sus actos. Por otro lado, los roles de género socialmente establecidos también propician la estigmatización de la mujer usuaria a drogas. Ser mujer implica ser madre, esposa, y ser un ejemplo de feminidad. La mujer usuaria a drogas rompe con estos roles establecidos lo cual puede propiciar la carencia de apoyo y el alto nivel de estigma. Entender el rol que juegan estos elementos es fundamental para proveer tratamientos efectivos que atiendan las necesidades particulares de la mujer.

Este artículo pretende proveer una revisión de literatura sobre la política pública de drogas vigente en Puerto Rico y Estados Unidos y su impacto en la población femenina con uso problemático de drogas. Particularmente la revisión de literatura se enfocará en mujeres en gestación. Se

proveerán definiciones generales de adicción, salud, prohibicionismo, reducción de daños, estigma y tratamientos sensitivos al género. En adición se examinarán las implicaciones legales y de salud ante el uso sustancias durante el embarazo y durante el proceso de crianza. Los tratamientos efectivos y sensibles al género también serán examinados. La finalidad de este trabajo es fomentar el estudio científico de esta condición en una población vulnerable de manera que las estrategias de prevención y reducción de daño que se utilicen con esta población respondan al estado actual de la ciencia.

Adicción a alcohol y/o drogas: Estadísticas de consumo en mujeres embarazadas

Según El Instituto Nacional de Abuso de Drogas (NIDA por sus siglas en inglés, 2008), la adicción a drogas se define como una enfermedad crónica del cerebro con recaídas, caracterizada por la búsqueda y el uso compulsivo de drogas, a pesar de sus consecuencias nocivas. Este organismo plantea que esta condición es una enfermedad crónica del cerebro ya que la droga modifica la estructura y funcionamiento de regiones cerebrales importantes para funciones ejecutivas (ej., atención, toma de decisiones). La adicción a drogas se ha relacionado con problemas físicos (ej., VIH, Hepatitis) y psicológicos (ej., depresión, ansiedad). Estas consecuencias pueden perdurar a lo largo del tiempo y generar conductas riesgosas en las personas que la padecen. El diagnóstico de uso problemático de alcohol y/o sustancias controladas se lleva a cabo mediante los criterios establecidos por El Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM por sus siglas en inglés). Los trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos, fueron modificados en la más reciente versión del manual. Esta nueva versión combina las categorías del

DSM-IV de abuso a sustancias y dependencia en un solo trastorno medido en un continuo desde leve a severo (DSM-5, 2013). Para propósitos de este artículo se utilizarán los términos de abuso y dependencia de alcohol y/o drogas ilícitas. Esto debido a que la literatura existente utiliza versiones anteriores del DSM en el cual abuso y dependencia son dos categorías diferentes. No obstante el lector debe tener en cuenta que en la actualidad no existe una distinción entre abuso y dependencia a drogas.

Según la Sociedad Americana de Medicina de la Adicción (ASAM, 2011) el uso de drogas como el tabaco, alcohol y sustancias ilícitas durante el embarazo se considera particularmente riesgoso para la madre y el feto, por lo que se requiere de un tratamiento exhaustivo que atienda la complejidad biopsicosocial de la adicción y condiciones psiquiátricas comórbidas (i.e., dos o más condiciones) que puedan existir. En 1992, NIDA realizó la primera encuesta sobre consumo de drogas ilícitas, alcohol y/o tabaco durante el embarazo. Basado en los resultados se estimó que 221,000 mujeres que dieron a luz durante el 1992 utilizaron alguna sustancia ilícita, siendo la marihuana (2.9%) y la cocaína (1.1%) las drogas más utilizadas. En cuanto a cigarrillo y alcohol, se encontró que el 20.4% de las mujeres fumaron durante el embarazo y un 18.8% ingirió alcohol. Las mujeres Afro-americanas reflejaron un mayor consumo de cocaína (4.5%), mayormente crack durante el embarazo. Mientras que las mujeres blancas demostraron un mayor consumo de cigarrillos (24.4%) y alcohol (23 %). En estudios más recientes, la encuesta Nacional de Salud y Uso de Drogas en Estados Unidos, realizado por la Administración de Servicios de Salud Mental y Abuso a Sustancias para el 2011-2012 encontró un promedio anual de 8.5% de uso de alcohol y un 15.9 % de uso de cigarrillo durante el

embarazo. Mientras que el uso de drogas ilícitas fue de un 18.3 % en las edades de 15 a 17, 9% en las edades de 18 a 25 y un 3.4% en las edades de 26 a 44 años.

En Puerto Rico para el 2008 según la Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción se encontró que un 47.1% de mujeres embarazadas consumieron alcohol durante el embarazo, de estas una de cada siete (13.6%) padecían de abuso de alcohol y una de cada 18 (5.5%) padecía de dependencia al alcohol. Una de cada 30 (3.7%) mujeres que habían estado embarazadas durante los pasados 12 meses padecían de abuso de drogas y un 3.5% padecía de dependencia a drogas. La dependencia a drogas y alcohol fue mayor entre las personas que no estaban cubiertas por ningún plan médico. Por consiguiente, se encontraron tasas bajas de utilización de servicios de salud. De las 59,322 personas que se estimó que padecían de dependencia a drogas solamente 24% utilizó los servicios de tratamiento, mientras que de 139,885 personas que padecían dependencia al alcohol, solamente 6.1% utilizó los servicios.

La alta prevalencia de mujeres en gestación que han utilizado drogas durante el embarazo y la baja utilización de tratamientos presentan una problemática social que debe ser atendida. ¿Cuáles son los factores de riesgo de uso de drogas en esta población? ¿Cuáles son los disponibles?, ¿Qué implica ofrecer un tratamiento sensitivo al género? Estos cuestionamientos serán abordados a lo largo de este escrito. En adición, se proveerán posibles alternativas para trabajar de manera efectiva con esta población, particularmente en Puerto Rico.

Paradigma prohibicionista y modelo de salud pública

El prohibicionismo entiende al usuario de drogas ilícitas como un individuo de bajo nivel moral y pobre autocontrol, el

cual recurre a conductas auto-destructivas y pone en riesgo su persona y las personas a su alrededor. Por consiguiente, se parte de la premisa de que si se prohíbe la venta y el consumo de las drogas, estas conductas disfuncionales se reducirán, evitando así males sociales como la criminalidad y problemas de salud.

En términos de la historia del prohibicionismo en el contexto de Puerto Rico, la legislación define y establece qué sustancias son consideradas drogas y cuál debe ser su manejo, por parte del personal cualificado, además de imponer penas por su tráfico y distribución ilegal (Informe, Interamericana). Algunas de las leyes que se crearon bajo este principio, se dedicaron a limitar y prohibir la producción, consumo y venta de las drogas. A principios del siglo XX, mediante la Ley #61 se crea la Ley Uniforme de Drogas Narcóticas, con el propósito de definir que sustancias son narcóticas y vigilar el transporte y comercio de las mismas. Bajo narcóticos se encuentran la hoja de coca y el opio, con sus derivados, entiéndase, cocaína, morfina, codeína y heroína. Para el 1932, se establece la Ley #12 en la que se tipifica como delito menor la siembra, importación, compra o venta de la marihuana. La Ley de Drogas Peligrosas, Ley #149, se aprueba para el 1941. Esta ley reglamentaba la venta, posesión, prescripción de ciertas drogas. La Ley de Narcóticos de Puerto Rico, deroga la Ley #61 y # 12. Esta ley estableció la primera clasificación científica de drogas, por su tipo y naturaleza, y se establecieron penas para las personas que violasen la ley.

Luego de estas legislaciones para el 1960 la Ley #126 conocida como Ley de Barbitúricos y otras Drogas Peligrosas, define como drogas peligrosas a los barbitúricos, anfetaminas, estrógeno y todas aquellas drogas consideradas como nocivas para la salud. Ley #159 del 1968, crea la Comisión Permanente para el Control de la

Narcoomanía, bajo esta ley se define lo que es la narcoomanía y se establece como propósito la realización de un estudio y una evaluación de las actuales medidas que se utilizan para combatir la adicción a drogas. Esta ley fue enmendada por la Ley #37 de 1969. Bajo esta ley se reconoce que el problema de adicción es un mal social y amenaza con el progreso económico y la estructura social. Posteriormente, se crean diversas leyes dirigidas a la producción, distribución y consumo. Actualmente la ley más reciente es la Ley de Sustancias Controladas, en la misma se definen conceptos importantes, se clasifican las drogas (I-V), se tienen registros de fabricantes, distribuidores y dispensarios de sustancias, venta de otros medicamentos y la regulación de propaganda.

Estas leyes, se han dedicado a clasificar y regular la producción, uso y venta de las drogas ilegales. No obstante, las mismas no han logrado frenar la producción de sustancias controladas y el incremento en consumo en la isla. Está bien o mal llamada, guerra contra las drogas solo ha producido un incremento en la industria carcelaria, crímenes, y un alto costo de salud pública.

Los programas de prevención en Puerto Rico exhaustivamente han sido evaluados, sin embargo los mismos se basan en programas estadounidenses dirigidos a la abstinencia y castigo por consumo. El programa de prevención más común en los Estados Unidos es *Drug Abuse Resistance Education (DARE)*. Este programa es llevado a cabo en escuelas (elemental-superior) por miembros de la policía; el principal foco es el no uso de drogas y la penalización del consumo (Bureau of Justice Assistance, 1988). Sin embargo, ha sido demostrado que el mismo carece de efectividad a corto y largo plazo en reducir el consumo de drogas en jóvenes (Lynam, et al., 1999; Dukes, Ullman & Stein 1996). En

adición a DARE se han implementado anuncios dirigidos a la abstinencia de drogas en E.U., anuncios homólogos a los producidos por Alianza para un Puerto Rico sin Drogas. Se ha demostrado que anuncios dirigidos a la abstinencia no tienen ningún efecto en cambiar las actitudes sobre drogas y en instancias ha producido un efecto contrario aumentando el consumo de drogas en jóvenes (Fishbein, et al., 2002). Esto en parte demuestra el fracaso de la guerra contra las drogas en la reducción de consumo.

Por otro lado, el modelo de Salud Pública se enfoca en la población, los esfuerzos van dirigidos a optimizar el estado de salud física, mental y social de quienes viven en la comunidad (Albizu, Velásquez, González, & Santiago-Negrón, 2006). La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud no solo como una ausencia de enfermedad sino como un estado de bienestar físico, psicológico y social tanto del individuo como del colectivo. Por consiguiente, los esfuerzos deben ir encaminados a proveer bienes y servicios para lograr el bienestar máximo del individuo y la sociedad. Mediante el modelo de Salud Pública se entiende que la salud es producto de múltiples factores tales como relaciones sociales, desigualdad económica, política pública, ambiente natural y social, los cuales interactúan entre sí influenciando la salud del colectivo. Por lo tanto, bajo el modelo de salud pública se busca prevenir enfermedades, promover conductas saludables, y garantizar el acceso y calidad de servicios de salud. Todos estos elementos son fundamentados en los derechos humanos, entendiendo que el proteger los derechos a la salud garantiza el bienestar del colectivo.

Entender los fundamentos del modelo de salud pública es esencial al momento de trabajar con el uso y abuso de drogas ilícitas y/o alcohol. La

implementación del modelo implica entender cómo impacta el uso de drogas al individuo y las personas con las que este convive, garantizando sus derechos humanos y de salud. Por tanto, la meta principal de este modelo es la reducción de daños, entendiéndose reducir las consecuencias adversas del uso de droga tanto para la persona como para la comunidad que le rodea. La reducción de daños supone que se deben remover las barreras existentes las cuales impiden prácticas con menor grado de riesgo; programas de intercambio de jeringuillas limpias es un ejemplo de reducción de daños. La conducta riesgosa de compartir droga y parafernalia (jeringuillas) se ha asociado con el contagio de VIH/SIDA y Hepatitis B y C, esto ocasionando un problema de salud pública, el cual debe ser atendido de manera efectiva. De acuerdo con Center for Disease Control (CDC por sus siglas en inglés, 2009) Puerto Rico tiene uno de los más altos niveles de contagio de VIH por uso de drogas inyectables en comparación con los E.U. Esto se debe tomar en consideración al momento de desarrollar políticas públicas para la prevención y tratamiento de drogas en P.R.

Derechos de las mujeres embarazadas

Poseer el grado máximo de salud es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano. Según la OMS (2013) el derecho a la salud significa que los gobiernos deben propiciar las condiciones necesarias que permitan a las personas vivir lo más saludablemente posible. Esto incluye cuatro elementos principales: 1) disponibilidad de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud, 2) accesibilidad; la misma debe contar con acceso físico, económico e informativo y no discriminar por motivo de raza, color, sexo, nacimiento, origen o condición social, ni ideas políticas o religiosas, 3) aceptabilidad; los establecimientos, bienes y servicios de salud

deben contar con ética médica, ser culturalmente apropiados y ser sensibles al género y etapa de vida; y 4) se deben ofrecer servicios de calidad, fundamentados por conocimiento científico. Estos cuatro principios deben estar guiados por el respeto, la protección y el cumplimiento de los mismos mediante leyes y políticas públicas apropiadas.

A pesar, de que el derecho a la salud es un principio básico de los derechos humanos universales, se han visto empañados por el estigma que predomina entorno a algunas enfermedades físicas y/o mentales. Según Weiss, Ramakrishna y Somma (2006) el estigma puede ser definido como un proceso social caracterizado por la exclusión, rechazo, o devaluación que resulta de la experiencia, percepción, o anticipación de un juicio social adverso de una persona o grupo. La exclusión social que trae consigo el estigma afecta adversamente la condición física y/o mental existente en la persona o grupo de personas atrasando la búsqueda de ayuda médica o dejando abruptamente el tratamiento. El uso de drogas, es una de las condiciones de salud más estigmatizadas, perpetuando la visión moralista y punitiva reduciendo el acceso a tratamientos efectivos.

En Puerto Rico el tema de uso y abuso de sustancias ilícitas y/o alcohol es un tema liderado por el estigma, particularmente en la población de mujeres embarazadas. Cuando se habla de la población de mujeres embarazadas con uso problemático de droga no existen derechos que las respalden. Por tanto, el discurso recae en cómo esta conducta puede afectar al neonato, olvidando que también la embarazada está en su derecho de recibir las atenciones médicas y que tiene un valor primordial. Esta visión estigmatizada que predomina en las mujeres embarazadas usuarias de drogas y/o alcohol se debe en su mayoría a la construcción social que se tiene

sobre lo que es ser mujer. Molina (2006) estudió los roles de la mujer a través del tiempo y explica que en el post modernismo las mujeres, tienen como rol principal la maternidad y las mismas deben ser formadas para brindar una crianza efectiva. Se espera que las madres permanezcan durante la etapa temprana de la infancia junto a sus hijos/as y muevan a segundo plano su vida profesional.

Molina explica que a la madre se le atribuye la responsabilidad de ofrecer apoyo moral y emocional a sus esposos e hijos colaborando a la formación de una sociedad más virtuosa, como guardiana de la moral. Con relación a la maternidad, esta explica que en estos tiempos existe la creencia de la maternidad intensiva, como compromiso que requiere dedicación total, gran inversión emocional, y capacidad de amor, vigilancia de su propio comportamiento y subordinación de los propios deseos. Lo que contribuye a dar relevancia a la madre en el desarrollo sano del hijo/a. Para Molina la maternidad en el postmodernismo, es el objetivo central en la vida de las mujeres y la naturaleza femenina es condición de la maternidad. Las mujeres son consideradas con una capacidad natural de amor, de estar conectadas, señalando a la personalidad femenina como un modelo para un mundo más humano.

Por lo tanto, partiendo de los roles que le fueron establecidos a la mujer postmoderna, es más fácil entender el peso inmenso que tiene una mujer debido a la forma en que es juzgada por la sociedad cuando esta no cumple con lo esperado. Tanto es la influencia de estos roles que muchas leyes surgen a partir de ello. Esto afecta a las embarazadas que abusan de sustancias, ya que temen que al recibir tratamientos les remuevan sus hijos/as. Es necesario romper con estos roles para que los servicios para esta población sean más

efectivos. Sobre este asunto, Díaz (2011) expone lo siguiente:

“En su mayoría las mujeres usuarias de drogas, en Puerto Rico y en los Estados Unidos cuando son identificadas como usuarias en el proceso de gestación y de crianza por alguna agencia gubernamental que trabaje con las familias pueden arriesgarse a perder la custodia temporera como la patria potestad de sus hijos, principalmente si alguno sale positivo a sustancias controladas al momento de nacer. La remoción de la custodia paternal de madres o padres que abusan de las drogas para el año 1999 en Puerto Rico pueden explicar porque el 93.2% de los hombres con problemas de sustancias y un 98.2% de las mujeres con problemas de abuso de drogas no buscan los servicios que necesitaban” (Díaz, 2011, p. 28).

Según nos comenta Flavin y Paltrow (2010) se han registrado varios casos en las cortes estadounidenses reportando este particular. La guerra contra las drogas comenzó durante el 1980 y 1990, incluyendo a mujeres que utilizaban drogas ilícitas. En particular usuarias de crack, y los

llamados bebés crack. Como consecuencia de esta alza en consumo y preocupación nacional, muchas mujeres comenzaron a enfrentarse al sistema de justicia criminal por ofensas no violentas, particularmente por consumir drogas ilegales y/o alcohol durante el embarazo. Para el 1992 se reportó el caso de Cornelia Whitner (Pickens

County, 1993) la cual acusaron de negligencia infantil. Whitner fue arrestada por el cargo criminal de negligencia infantil, a raíz de que su hijo reflejó exposición prenatal a cocaína. Como muchas otras mujeres procesadas bajo las mismas circunstancias, Whitner no pudo costear un consejero privado, nunca fue informada sobre su problema de uso de sustancias ni se le ofreció tratamiento alguno, a pesar de que pidió ser tratada. Fue sentenciada a 8 años en prisión, posteriormente fue puesta en libertad ya que los cargos no se sostuvieron. Otro caso más reciente lo fue el de Theresa Lee Hernández, la misma fue acusada de asesinato en primer grado para el año 2004 (Flavin & Paltrow, 2010). El estado de Oklahoma aseguró que Lee sufrió un aborto a causa de su uso de metanfetaminas, a pesar de que evidencia científica no ha encontrado relación entre metanfetamina y abortos. Fue sentenciado a 15 años de prisión, pero fue puesta en libertad un año más tarde de su sentencia. Esto respondiendo a un incremento en la educación de la comunidad y la oposición de arrestos y persecución de mujeres bajo las mismas circunstancias.

Por otro lado, ha sido reportado en diversos medios de comunicación la complejidad de estos casos. En los cuales como comenta Dell’antonia (2012) en su reportaje para el New York Times Magazine, se está lidiando con un problema mayor; no solo se está hablando del infante que es expuesto a drogas, sino a la madre que es la proveedora. Por tanto, se debe dejar de lado la visión punitiva y estigmatizante hacia la

madre usuaria e implementar tratamientos accesibles y efectivos, dándole lugar a la madre como mujer y luego el feto como individuo en crecimiento. Esto, respondiendo al incremento de uso de drogas durante el embarazo, tal como nos comenta Crees, (2012) en su reportaje para la cadena de FOX, en donde expone que el uso de opiáceos entre los años 2000 y 2009 ha ido en aumento de un 1.19 a 5.63 para cada 1,000 nacimientos por año.

Como estos casos, hay muchos otros en los cuales se les niega tratamiento y se procede a castigar mediante la cárcel y remoción de hijos/as del hogar, partiendo de la premisa que esto solucionara el problema de drogas. No obstante, cuando estos arrestos, detenciones y probatorias son cuestionados en la mayoría de los casos, resultan ser inconstitucionales y sin bases legales. Por tanto, es pertinente evaluar la accesibilidad a tratamientos efectivos para la población femenina y dejar de lado las medidas punitivas ya que las mismas no responden de manera efectiva al problema de uso de sustancias que enfrentan muchas mujeres.

El dejar de lado, el paradigma prohibicionista implicaría hacer valer los derechos a la salud de las mujeres con abuso de sustancias y/o alcohol, para así poder propiciar una rehabilitación efectiva. Sin embargo, la perpetuación del prohibicionismo ha tenido como resultado no intencionado, el que las embarazadas con problemas por dependencia a sustancias no busquen ayuda médica a su situación. En Puerto Rico a raíz de esto hay una gran falta de tratamientos para esta población, falta de estudios de efectividad, sistemas de prevención y reducción de daños. La #211 vigente en Puerto Rico surge en el 2012 con el siguiente fin:

“Establecer un Programa de Planificación Familiar en toda agencia, institución, o

cualquier otro ente que ofrezca servicios de rehabilitación de drogas y alcohol, con el propósito de atender las necesidades de la población drogodependiente y alcohol dependiente, en aspectos como: evaluación médica, educación y prevención sobre salud sexual y reproductiva, pruebas preventivas y de diagnóstico, como papanicolaou (PAP), mamografía, infecciones de transmisión sexual (ITS); y para otros fines” (Ley 211, 2012).

Actualmente el contagio del virus del VIH va en aumento por lo que el gobierno decidió tomar esta medida para disminuir la propagación de enfermedades venéreas así como el contagio del virus del VIH. Entre las diversas formas de contagio, Herrera (2002) explica que hay tres patrones básicos de transmisión del virus del VIH/SIDA, ~~estas son: relaciones sexuales~~ uso intravenoso de drogas y transfusiones de sangre. En Estados Unidos y Europa la primera vía de contagio son las relaciones homo y bisexuales, y en segundo lugar al uso intravenoso de drogas. Según datos recopilados para el 2001 en Estados Unidos y Europa se estima que un 20% de las mujeres habían contraído el virus del VIH; en comparación con la década pasada los casos se han duplicado. Según Tuchman (2010), una de cada cinco mujeres que padecen de VIH lo contrajo por uso de drogas intravenosas.

El VIH /SIDA cada vez es más común entre el género femenino. Herrera brinda estadísticas en su artículo que revelan

que en diciembre de 2001, a escala global existen 40 millones de personas viviendo con VIH, de los cuales 37.1 millones son adultos, y de éstos, 18.5 son mujeres. De todas las personas que viven con VIH/SIDA en el mundo, 95% están en países en desarrollo, lo que permitió clasificar al

VIH/SIDA como una enfermedad de la pobreza. Es importante recalcar que las mujeres solteras que son la cabeza del hogar son cada vez más y generalmente tienen ingresos más bajos. Sobre esto la autora indica que existen diversos rostros de vulnerabilidad que presentan las mujeres, pero como se menciona al principio de esta sección, las condiciones estructurales de desigualdad social en las que viven son el principal factor de su vulnerabilidad.

Importancia de tratamientos especializados para la mujer

Las agencias gubernamentales tienen la responsabilidad de brindar servicios de salud que respondan a las necesidades particulares de cada individuo, entendiéndose que deben responder al género y ser culturalmente sensibles. Según, Tang, Claus, Orwin y colaboradores (2012) el tratamiento sensitivo a género es importante al momento de admitir y tratar a mujeres con problema de uso de sustancias. El mismo consiste en un conjunto de elementos integrales, los cuales validen la situación de la mujer proveyendo un acercamiento completo, ofreciendo intervenciones centradas en la familia y un ambiente seguro.

Evaluar las diferencias entre género es una variable importante a considerar al momento de analizar intervenciones en cualquier área de la salud. Incluir estudios de efectividad de tratamiento para uso de sustancias que evalúen diferencias entre género es imperante. Esto ya que existen diferencias relacionadas al contexto, patrones de abuso y de historial personal el cual suele diferir de usuarios masculinos. Partiendo de esta premisa, según Grella

(2008) los primeros programas diseñados específicamente para tratar a mujeres con problema de abuso de sustancias se crearon en el 1973-1974. Esta iniciativa trajo consigo estudios en los cuales se demostró una diferencia en las mujeres que eran tratadas en programas especializados versus las mujeres que se atendían en programas de programas especializados. Siendo los de mejores resultados, en términos de retención, disminución de consumo y cambios en conducta y estado de ánimo.

A raíz de la llamada epidemia de cocaína y crack durante los años 80, se concentraron los esfuerzos en las mujeres usuarias de crack especialmente mujeres embarazadas y con niños. Hubo un incremento en fondos para investigación y servicios, liderados por organizaciones como la Instituto Nacional de Abuso de Drogas (NIDA), Administración de Servicios de Salud Mental y Abuso a Sustancias (SAMHSA), Administración de Salud Mental y Abuso de Drogas y Alcohol (ADAMHA), entre otras. Todos los esfuerzos iban dirigidos a la integración de tratamientos e intervenciones terapéuticas para ofrecer un cuidado integral a mujeres, con o sin niños, usuarias de cocaína. No obstante es importante, evaluar la efectividad de los tratamientos con evidencia empírica. Dentro de los estudios de efectividad disponibles los datos arrojan que las mujeres tenían mayor retención al tratamiento si se les proveía cuidado para sus hijos, así como los investigadores que ofrecían cuidado prenatal, en adición, mejoraba su estabilidad emocional y aumentaba el cuidado prenatal.

Más recientemente, la Administración de Servicios de Salud Mental y Abuso a Sustancias (SAMHSA, 2007) publica un manual con la descripción y principios del Tratamiento Centrado en la Familia para mujeres con desorden de uso

de sustancias. El tratamiento centrado en la familia, es una estrategia integral que atiende los aspectos biopsicosociales y espirituales que atraviesa el desorden de uso de sustancias. Es individualizado, y es un tratamiento que responde a diferencias de género, y que atiende las características distintivas de la fisiología y roles de la mujer, su socialización, experiencias y su cultura. Se parte de un modelo sistémico en el cual la mujer debe desarrollar conexiones saludables con otros, entiéndase redes de apoyo, especialmente con sus hijos/as y miembros de la familia. Entre las características y principios del tratamiento centrado en la familia tenemos lo siguiente: tratamiento clínico, apoyo social, atención de salud mental, salud física y desarrollo, bienestar social y económico y atención a necesidades del entorno de las mujeres y su familia.

Bajo este tratamiento, las mujeres definen su familia, de manera que el tratamiento se pueda centrar en fomentar relaciones saludables entre las personas de relevancia para la mujer. Las metas, tipo de intervenciones, duración, frecuencia, localidad y método del servicio varía dependiendo de las fortalezas y necesidades de los miembros de la familia. Se plantea, que las familias son dinámicas, por tanto el tratamiento debe ser dinámico, puede que no todos los miembros puedan participar en el mismo tiempo y por la misma duración o incluso que no tengan la misma motivación. Por tanto, se parte de la premisa de que el conflicto es inevitable pero se puede resolver. Es importante coordinar para atender las necesidades de la familia desde todos los sistemas, entiéndase, situaciones de salud, justicia criminal, educación y servicios sociales. Otro principio relevante es el fundamento del cual parte el tratamiento, ya que el desorden de uso de sustancias es crónico, pero tratable. Por tanto, se elaboran estrategias para trabajar

con la dependencia, disminuir efectos adversos asociados al uso de sustancias y devolver el funcionamiento biopsicosocial. Como meta óptima pero no siempre realizable se busca disminuir y/o reducir el uso de sustancias (Werner, Young, Dennis, & Amatetti, 2007).

Para que se logren los principios del tratamiento, se requiere de un sin número de profesionales y un ambiente de mutuo respeto. Se incluyen organizaciones culturales que fomenten el aprendizaje, el ~~trabajo profesional~~ y de la ~~consulta~~ y áreas relevantes. Por último, se asume que, la seguridad está antes que todo, y se debe velar por la confidencialidad, conductas riesgosas y la disponibilidad de servicios.

Por otro lado, Haug, Dyffy y McCaul (2014) hacen una recopilación de tratamientos psicosociales para trabajar con el uso y abuso de drogas en mujeres embarazadas. Se utiliza el modelo de la Sociedad Americana de Medicina de la Adicción (ASAM, 2011) para el escrutinio y tratamiento pertinente para cada mujer. El mismo recomienda diversos componentes de tratamiento: 1) terapia de antagonista de opiáceos para mujeres dependientes a heroína, 2) tratamiento centrado en la familia, incluyendo educación y tratamiento a compañeros domésticos, 3) evaluación de manejo de caso para infantes expuestos a alguna droga, 4) transportación y cuidado de niños/as, 5) facilidades adecuadas para el cuidado del paciente en cada fase, 6) cuidado prenatal libre de prejuicios y sensitivo a las necesidades particulares, 7) facilitar y mantener la unidad entre madre e hijo, 8) servicios de protección infantil, 9) colaboración interdisciplinaria, 10) preservación de la confidencialidad entre el médico y paciente, 11) escrutinio y evaluación, establecimiento de tratamiento y manejo de caso de enfermedades mentales concurrentes, y 12) planificación familiar,

incluyendo la discusión de los efectos de las drogas en el feto.

El tratamiento ofrecido por ASAM se clasifica en 5 niveles: 1) intervención temprana, 2) servicios ambulatorios, 3) servicios ambulatorios intensivos y hospitalización parcial, 4) residencial y servicios de hospitalización y 5) manejo de caso médico durante la hospitalización. En el primer nivel, se realiza el escrutinio inicial, intervención breve y referida a tratamiento. Esto consiste en una manera integral de atender el cuidado primario a ofrecerse para el uso de alcohol y sustancias ilegales. Una de las principales intervenciones que se realiza lo es el manual de auto-ayuda Cognitivo-Conductual que consiste en nueve pasos. Esta intervención incluye apoyo social, auto-monitoreo, y recompensa por cesar el consumo, en adición a estrategias de manejo de estrés y técnicas para prevenir las recaídas. El segundo nivel, consiste en tratamiento ambulatorio, usualmente se realizan 1 ó 2 sesiones semanales individuales o de grupo. Algunas de las estrategias utilizadas bajo este nivel lo son: entrevista motivacional, manejo de contingencia, y otros servicios de apoyo que integran acercamientos clínicos y servicios comunitarios.

El tercer nivel de tratamiento es ambulatorio intensivo con hospitalización parcial, típicamente consiste de 9 a 30 horas contacto por semana en donde se atienden las siguientes necesidades: evaluación biopsicosocial, consejería familiar, individual y grupal, programas psicoeducativos, manejo de farmacoterapia y medicación, desintoxicación ambulatoria, 24 horas de manejo de crisis, integración a grupos de apoyo, estrategias de prevención de recaídas, monitoreo de uso de sustancias, manejo de caso, servicios educativos y vocacionales, estrategias de crianza de niños/as y facilidades de transportación. Por otro lado, en el caso del tratamiento

residencia y de hospitalización, a las mujeres embarazadas por ley se les otorga la prioridad de acceso a dichos tratamientos y a una cama siempre que esté disponible. Este tipo de tratamiento incluye cuidado prenatal, cuidado pediátrico durante la duración del embarazo y luego del mismo. Este tipo de tratamiento ha demostrado mejores resultados post parto y menos recaídas. Por último, el quinto nivel consiste en manejo de casos en donde se trabaja con tratamiento psiquiátrico, ya que se ha reportado una alta incidencia en enfermedades mentales comórbidas, especialmente depresión y ansiedad. En adición, se ofrecen servicios para situaciones traumáticas, como abuso sexual y violencia doméstica.

Conclusión

El estigma que rodea el uso de drogas ha influenciado de manera negativa la opinión pública entorno a la enfermedad. Perpetuado la visión punitiva que fundamenta la política pública de drogas vigente en Estados Unidos y Puerto Rico. Como expuesto anteriormente, el uso de drogas históricamente es una de las enfermedades más estigmatizadas. Esto ha ocasionado en la persona o grupo de personas con problema de uso de sustancias una renuencia a buscar tratamiento para evitar la exclusión social. Esto, en particular afectando a las madres y mujeres embarazadas con abuso de sustancias ilícitas y/o alcohol. Las mujeres con uso problemático de drogas son doblemente ~~de estigmatizadas por sus acciones y carácter~~ alejadas de los roles femeninos impuestos socialmente.

Esta tendencia, ha ocasionado que los tratamientos existentes se concentren en la población masculina, reduciendo la implementación de tratamientos sensitivos al género. Esto, se traduce en una imposibilidad de los servicios de salud de

suplir la necesidad de las mujeres que padecen de esta enfermedad. Los esfuerzos gubernamentales deben ir dirigidos a responder ante esta realidad, implementando centros de tratamiento sensibles al género y culturalmente apropiados. La implementación de estos servicios de salud se debe fundamentar en los principios básicos de la Sociedad Americana de Medicina de la Adicción y entidades similares, haciendo valer el derecho a la salud máxima. Elementos tales como:

cuidado prenatal, educación sobre crianza de niño/as, servicios educativos y vocacionales, estrategias de prevención de recaídas, e integración a grupos de apoyo. Implementar estos elementos en los tratamientos existentes podría facilitar la entrada de más mujeres a tratamiento, retención y mejores resultados en términos de reducción de consumo de drogas y reinserción en la sociedad.

Para finalizar, es necesario repensar la política pública de drogas, posibilitando así la implementación del modelo de salud pública para atender de manera holística las necesidades de la población con abuso de sustancias. Nos resta mucho camino por recorrer, sin embargo es imperante darle prioridad a los estudios científicos como pilar fundamental del desarrollo de tratamientos en Puerto Rico, rompiendo con el estigma que rodea el uso de drogas.

Necesitamos como profesionales, devolverles el lugar a los hombres y mujeres que sufren de adicción, tratándolos como personas con una condición de salud tratable y no como un mal social.

Referencias

Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción (2009). *Trastornos de Sustancias y Uso de Servicios en Puerto Rico: Encuesta de Hogares 2008*. Recuperado en

<http://www2.pr.gov/agencias/assmca/Pages/Estadisticas.aspx>.

Albizu-García, C. E., Velásquez, G. N., Gonzalez, A., & Santiago-Negron, S. (2006). *Política de Drogas Alternativas Para Puerto Rico Desde un Modelo de Salud Pública*. *Revista Jurídica. UPR*, 75, 1071.

American Society of Addiction Medicine. Public policy statement on women, alcohol and other drugs, and pregnancy. Chevy Chase (MD): American Society of Addiction Medicine; 2011.

Boletín Administrativo Num.: OE-2008-38. (2008, Agosto 18). Recuperado 23 de noviembre, 2013, de Estado Libre Asociado de Puerto Rico: http://app.estado.gobierno.pr/Ordenes_Ejecutivas/2008/OE-2008-38.pdf

Brady, T. M., & Ashley, O. S. (2005). *Women in substance abuse treatment: Results from the Alcohol and Drug Services Study (ADSS)*. Department of Health and Human Services.

Creas, A. (2012, Abril 30). *Pregnant mothers, newborns addicted to opiates increases dramatically over past decade*. Recuperado 23 de noviembre, 2013, from Fox news.com:

<http://www.foxnews.com/health/2012/04/30/pregnant-mothers-newborns-addicted-to-opiates-increases-dramatically-over-past/>

Dell'antonia, K. (2012, Mayo 1). *Motherlode Adventures in Parenting*. Retrieved noviembre 23, 2013, from The dilemma of the pregnant addict: <http://parenting.blogs.nytimes.com/2012/05/01/the-dilemma-of-the-pregnant-addict/>

Dukes, R. L., Ullman, J. B., & Stein, J. A. (1996). *Three-year follow-up of drug*

- abuse resistance education (DARE). *Evaluation Review*, 20(1), 49-66.
- Flavin, J., & Paltrow, L. M. (2010). Punishing pregnant drug-using women: Defying law, medicine, and common sense. *Journal of Addictive Diseases*, 29(2), 231-244.
- Gergen, K. (2007). Construcción social, aportes para el debate y la práctica. Universidad de los Andes, Facultad de Ciencias Sociales, Departamento de Psicología, CESO, Ediciones.
- Grella, C. E. (2008). From generic to gender-responsive social policies, treatment services, and outcomes of women in substance abuse treatment. *Journal of Psychoactive Drugs*, 40(sup5), 327-343.
- Haug, N. A., Duffy, M., & McCaul, M. E. (2014). Substance Abuse Treatment Services for Pregnant Women: Psychosocial and Behavioral Approaches. *Obstetrics and gynecology clinics of North America*, 41(2), 267-296.
- Herrera, C. (2002, noviembre). La vulnerabilidad e invisibilidad de las mujeres ante el VIH/SIDA: constantes y cambios en el tema. Retrieved from Scielo: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342002000600008
- Hser, Y. I., Evans, E., Huang, D., & Messina, N. (2011). Long-term outcomes among drug-dependent mothers treated in women-only versus mixed-gender programs. *Journal of substance abuse treatment*, 41(2), 115-123.
- Implementing Project DARE: Drug Abuse Resistance Education Washington, DC: Bureau of Justice Assistance; 1988.
- Lynam, D. R., Milich, R., Zimmerman, R., Novak, S. P., Logan, T. K., Martin, C., ... & Clayton, R. (1999). Project DARE: no effects at 10-year follow-up. *Journal of consulting and clinical psychology*, 67(4), 590.
- Ley 211. (2012, agosto 25). Recuperado 23 de noviembre, 2013, de Lex Juris Puerto Rico: <http://www.lexjuris.com/lexlex/Leyes2012/lexl2012211.htm>.
- Molina, M. E. (2006, noviembre). Transformaciones Histórico Culturales del concepto de maternidad y sus repercusiones en la identidad de la mujer. Retrieved from Scielo: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-22282006000200009
- National Institute of Drug Abuse (NIDA, 2008). Las drogas, el cerebro y el comportamiento: La ciencia de la adicción. Recuperado de <http://www.drugabuse.gov>.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Office of Applied Studies. Record at 21, 24, 32-33, *Whitner v. State*, No. 93-CP-39-347 (S.C. Ct. C.P. Pickens County Nov. 1, 1993).
- Organización Mundial de la Salud.(2013). Derecho a la salud. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/>.
- Osuna Díaz, M.M. (2011, mayo). Tesis Doctoral: Estigma social en mujeres madres puertorriqueñas usuarias de heroína; Una exploración de las voces femeninas y su entorno social. San Juan, P.R.
- Tang, Z., Claus, R. E., Orwin, R. G., Kissin, W. B., & Arieira, C. (2012). Measurement of gender-sensitive treatment for women in mixed-gender substance abuse treatment

programs. Drug and alcohol dependence, 123(1), 160-166.

Weiss, M. G., Ramakrishna, J., & Somma, D. (2006). Health-related stigma:

~~Redinking intentions.~~ *Psychology, Health & Medicine*, 11(3), 277-287.

Werner, D., Young, N. K., Dennis, K., & Amatetti, S. (2007). Family-centered treatment for women with substance use disorders—History, key elements, and challenges.

Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Washington, DC.

Available at:
http://womenandchildren.treatment.org/documents/Family_Treatment_Paper508V.pdf (accessed 6 July 2011).