



Desvelando velos... sobre Género y Drogas

Aspectos Teórico-Methodológicos y Buenas Prácticas de Abordaje del
Uso Problemático de Drogas desde distintas Perspectivas de Género



Junta
Nacional
de Drogas

Presidencia de la República
U R U G U A Y



Junta
Nacional
de Drogas

Presidencia de la República
U R U G U A Y

∞ Desvelando velos... sobre Género y Drogas ∞

Aspectos Teórico-Methodológicos y Buenas Prácticas de Abordaje del
Uso Problemático de Drogas desde distintas Perspectivas de Género

“...para el mundo y en el mundo solo tiene estabilidad lo que se puede comunicar. Lo que no se comunica o no se puede comunicar, lo que no se le ha contado a nadie ni ha llamado la atención de nadie, lo que no ha penetrado por ninguna vía de la conciencia de los tiempos y se hunde sin significado en el oscuro caos del olvido, está condenado a la repetición; se repite porque, aunque haya sucedido realmente, no ha hallado en la realidad un lugar en que detenerse...”

Hannah Arendt, Rahel Varnhagen: La vida de una mujer judía. Ed. Lumen, 2000 Barcelona.

JUNTA NACIONAL DE DROGAS

Diego Cánepa

Prosecretario de la Presidencia de la República
Presidente de la Junta Nacional de Drogas

Julio Calzada

Secretario General
Secretaría Nacional de Drogas

Secretaría de Comunicación

Secretaría de Género

Coordinación General:

Gabriela Olivera

Compilación:

Gimena Lamancha, Antonio Pascale

Autores:

Verónica Cardeillac, Ariadna Cheroni, Luis González, Susana Grunbaum, Esperanza Hernández, Cecilia Idiarte Borda, Gimena Lamancha, Gabriela Olivera, Observatorio Uruguayo de Drogas, Antonio Pascale, Adriana Pitetta, Nelmis Rodríguez, Diego Sempol.

Revisión de redacción:

Diego Rossi, Fernanda Tori

Agradecemos especialmente el asesoramiento técnico y la colaboración de las siguientes personas:

Dra. Dace Svikis, Mag. Sergio Meresman, Soc. Héctor Suárez, Soc. Jéssica Ramírez, Soc. Florencia Failache, Dra. Florencia del Cioppo, Martín Bergara, Hernán Merlino.

Índice

1. Prefacio	4
2. Introducción	6
3. Antecedentes	7
4. Objetivos y contenidos	8
5. Conceptualizando el género como categoría	9
6. Abuso de drogas y problemas de salud. Un binomio a tener en cuenta	15
7. Una mirada sobre los consumos de drogas desde la perspectiva de Género	24
8. Mujer - Drogas y Criminalidad	38
9. Género, Masculinidad y Riesgo	40
10. Diversidad Sexual y políticas sanitarias con enfoque de derechos humanos y género	43
11. Lo comunitario como dispositivo de tratamiento	49
12. Generalidades y razones para implementar abordajes específicos para Mujeres sobre el consumo problemático de drogas sensibles a las cuestiones y tramas de Género	51
13. Consumo de drogas durante el embarazo. Complicaciones maternas, fetales y neonatales. Abordaje terapéutico: lineamientos generales	57
14. Buenas Prácticas nacionales sobre el Tratamiento de drogas y género	64
14.1 Implementación del espacio de género en el Centro de Referencia Nacional de la Red Drogas “Portal Amarillo”	64
14.2 Programa de Género: Centro de Referencia Nacional de la Red Drogas “Portal Amarillo”	66
15. Bibliografías	68

1. Prefacio

Dace Svikis, Ph.D. ()*

*“El viaje más importante de tu vida, es conocer
gente a lo largo del camino”
Henry Boye*

Como psicóloga clínica, siempre me interesó el proceso del abuso de drogas y el desarrollo de mejores modalidades de tratamiento para esta problemática compleja y recurrente. Hace ya unos cuantos años, sin embargo, trabajando en los programas para usuarios de drogas, observé que la mayoría de los pacientes eran hombres. Como consecuencia de esto, la mayoría de los servicios y los abordajes existentes estaban orientados a hombres. Cuando una mujer entraba en tratamiento, se sentía aislada e interrumpía frecuentemente, muchas veces debido a cuestiones referidas al cuidado de los niños o al transporte. Estas primeras observaciones, se confirmaron luego al revisar bibliografía sobre el tema y así comencé a interesarme especialmente en las necesidades específicas de las mujeres. Me planteé identificar y estudiar la manera de hacer los tratamientos más efectivos para ellas. Miro hacia atrás, y tengo la impresión que ha sido un largo y a veces lento camino, pero como los pasos dados por un niño que comienza a caminar, siento que hemos avanzado y veo el camino aún extenderse.

En 1992, tuve el privilegio de dirigir un programa preparado específicamente para atender a mujeres embarazadas y mujeres en post parto que tenían dependencia a drogas, varias de ellas adictas a la cocaína y/o heroína. Escuchándolas, aprendí que muchas de ellas en el pasado habían desestimado la posibilidad de un tratamiento para su adicción por temor a ser arrestadas, perder la tenencia de sus hijos o ser rechazadas por su familia y amigos. En nuestro programa, basado en un modelo de ayuda mutua en el que todas participaban asistiendo a otras, vimos que las mujeres no solamente se decidían a dar ese importante primer paso (comenzar un tratamiento) sino que además se mantenían en él por más tiempo. ¿Que era lo que hacía la diferencia? Lo que investigamos nos indicó que no solo influían aspectos prácticos como la provisión de ayuda para el cuidado de los niños y la movilidad sino el hecho que modificáramos y adecuáramos el tratamiento a la medida de sus necesidades particulares como mujeres. En forma complementaria, el personal de salud (médicas/os, terapeutas, enfermeras y enfermeros) participantes del programa recibían una capacitación adecuada para ofrecer un tratamiento efectivo y basado en la evidencia de las mejores prácticas.

Cuando visité Montevideo en Abril de 2011, tuve la oportunidad de conocer muchos especialistas, investigadores y funcionarios apasionados y comprometidos con su trabajo. Todos estaban allí con el objetivo de desarrollar y mejorar los abordajes de género en los programas de atención a usuarias de drogas y a sus familias. Tuve asimismo el honor de conocer a los responsables de las políticas sobre drogas, impresionándome su conocimiento y compromiso para responder a las necesidades de las mujeres con problemas de adicción. Es gracias a su trabajo y compromiso que Uruguay ha tomado la responsabilidad de crear una Secretaría de Género en la Secretaría Nacional de Drogas – Junta Nacional de Drogas de la Presidencia de la República. Espero que los tres días que compartimos intercambiando conocimiento y experiencias hayan contribuido a fortalecer el trabajo que se venía realizando y que los puentes construidos durante aquella conferencia, tengan bases sólidas. Es mucho lo que se ha logrado pero mucho más lo que queda por hacer.

Me impresionaron muchísimo los dos centros de tratamiento que tuve la oportunidad de visitar en Uruguay, donde pude conversar abiertamente con colegas y pacientes. A pesar de que tenía planes de presentar los resultados de mis investigaciones acerca del tratamiento de mujeres con problemas de alcohol y otras drogas, sentí rápidamente que estaba aprendiendo yo de Uds igual (o más aún) de lo que podía enseñarles. La sensibilidad y el compromiso de toda esa gente maravillosa, su deseo de colaborar y trabajar en equipo me resultó genuino y conmovedor. Pude ver que el camino hacia delante no estará exento de dificultades y obstáculos, pero tengo confianza que el entusiasmo generado durante la conferencia será capaz de fortalecer los esfuerzos por hacer cosas.

Con entusiasmo, quiero ofrecerles toda la ayuda que me sea posible y espero que sigamos aprendiendo y creciendo juntos a través del intercambio de información y experiencia. Es mucho el trabajo que sera necesario para responder a las necesidades particulares de las mujeres dependientes de drogas. Sin embargo, los profesionales con quienes tuve la oportunidad de conversar, se mostraron ávidos de aprender, concientes como estamos de las particularidades de cada entorno cultural así como de los desafíos diferentes que deben enfrentar las mujeres en cada uno de nuestros países.

La conferencia y la dedicación de sus participantes me llenaron de nuevas energías. Me impresionó enormemente la apertura de los pacientes en tratamiento a quienes tuve la oportunidad de visitar. Si bien la mayoría de estos pacientes son hombres (lo cual confirma la necesidad de trabajar más para dar acceso a las mujeres a los

* Investigadora y Asesora Técnica para el Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas. NIDA, U.S.A.
Directora del Instituto de Salud de la Mujer y Adicciones: Avances en Investigación y Evaluación (AWHARE), U.S.A.
Coordinadora Académica de la Universidad Virginia Commonwealth University, VCU, USA.

tratamientos) resultó claro para mí que los profesionales a cargo están concientes de las limitaciones actuales y comparten muchas ideas y preocupaciones acerca de la prioridad de implementar tratamientos con enfoque de género para mujeres que atiendan sus necesidades específicas.

Quiero transmitir mis sinceros deseos de éxito a aquellas y aquellos que empiezan a transitar el camino de crear servicios a la medida de las necesidades de las mujeres. Los avances a veces se miden en pequeños pasos, pero estoy segura que a la larga serán de gran ayuda para las mujeres con problemas de abuso de drogas así como sus hijos y familias.

2. Introducción

En la Estrategia Nacional para el abordaje del problema drogas para el periodo 2011 – 2015, se contempla la implementación de la Secretaría de Género como uno de los ejes transversales de la Secretaría Nacional de Drogas. Es un espacio nuevo y lo visualizamos como un ámbito abierto, de intercambio y en crecimiento.

Este es un momento donde se plasman formalmente ideas y acciones que se vienen desarrollando desde hace algunos años, tanto en lo que hace a las hipótesis y las teorías como a la capitalización de las buenas prácticas nacionales e internacionales.

En este sentido, la Secretaría de Género de la Secretaría Nacional de Drogas, centra sus primeros esfuerzos formales –a través de ésta publicación-, en el intento de que la misma sirva como disparador para próximas y mejores producciones en la que se sumen y participen más instituciones y personas interesadas por la temática.

Una de las prioridades de ésta Secretaría de Género, es la consolidación de este espacio que permita la formación de una Comisión ampliada que incluya la participación de otros organismos del Estado y la Sociedad Civil, hacia la construcción de una agenda común en que converjan ideas y compromisos futuros.

Los contenidos aquí vertidos no se acaban en esta publicación, sino todo lo contrario, los inspira el ánimo de que contribuyan a oficiar de nuevos interrogantes o disparadores para futuras producciones de conocimiento en ésta temática.

Por último, resaltar dos términos que suelen acuñarse en este material: “cuestiones y tramas”...de género. El espíritu del mismo busca justamente abrir una ventana por la cuál la reflexión sobre la diversidad de los aspectos que hacen a la asociación entre los temas de drogas y los de género, permitan la generación de nuevas preguntas y cuestionamientos. Y en ese transitar se habilite la construcción de tramas o conjuntos de hilados, que se crucen, que se enlacen, que le den la bienvenida a la formación de espacios de entendimiento de esas complejidades y diversidades que nos hacen personas en sus contextos.

3. Antecedentes

La Secretaría de Género de la Secretaría Nacional de Drogas - formalmente recién enunciada en la Estrategia Nacional sobre drogas 2011 – 2015 - de alguna manera ya contaba con antecedentes de trabajos interinstitucionales e intrainstitucionales sobre el abordaje de los consumos de drogas desde la perspectiva de género.

Desde hace ya algunos años, se brinda asesoramiento y colaboración que incluye un análisis del tema drogas con una perspectiva de género. Es así como desde la Coordinación Interinstitucional, la Secretaría Nacional de Drogas participó desde los inicios promoviendo y apoyando la implementación del “Proyecto de Fortalecimiento de las Comisarias para la Mujer y de la Sociedad Civil para combatir la Violencia de Género en los países del Cono Sur”, coordinado por el Ministerio del Interior, desde su División Políticas de Género a partir del año 2008. Para la ejecución del mismo, el 22 de mayo de 2009 se firmó inicialmente un Memorando de Entendimiento entre la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC), el Ministerio del Interior, Ministerio de Desarrollo Social, la Intendencia Municipal de Montevideo, la Junta Nacional de Drogas y el Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer (ONU Mujeres). También se destaca la firma del acuerdo entre UNODC - ONUMJERES y el Ministerio del Interior y el acuerdo con la Facultad de Ciencias Sociales a través de la Pro-Fundación. Otra de las instancias de participación interinstitucional fue la participación de la Secretaría Nacional de Drogas en la Mesa Interinstitucional de Mujeres Privadas de Libertad.

En cuanto a lo que tiene que ver con la transversalización de los contenidos de Género en las Políticas de Reducción de la Demanda de la Secretaría Nacional de Drogas, se destaca el intercambio de materiales específicos sobre la temática entre el equipo técnico de la propia Secretaría. Otra actividad ha sido la contribución al diseño de un “Protocolo de detección y atención a mujeres embarazadas consumidoras de drogas, sus hijos y familias” (en el Marco del Proyecto Desarrolla, PNUD, 2010⁽¹⁾); así como la inclusión de la perspectiva de Género en el Proyecto desarrollado para Mujeres Privadas de su Libertad (MPL) en los tres centros Penitenciarios para Mujeres del País. También se destaca la capacitación específica sobre MPL y Género a profesionales que intervinieron en los dispositivos de los tres Establecimientos Penitenciarios para Mujeres en los que se desarrolló el Proyecto con la inclusión de la perspectiva de Género en el Manual de Tratamiento para Mujeres Privadas de Libertad. Así como el análisis e inclusión de la perspectiva de Género en material de difusión dirigido a población general y específica elaborado por las distintas Áreas de la SND.

En lo que tiene que ver con la producción de conocimiento en la temática de Género y Drogas, se organizó una serie de talleres de capacitación en Tratamiento de drogas específico para mujeres en acuerdo con el NIDA, con la participación de la experta Dace Svikis. Asimismo se presentaron dos Posters para el NIDA Forum 2010 y 2011 analizando tasas de prevalencia de consumo en Uruguay, desde una perspectiva de género. Desde el año 2008 se viene contribuyendo con la elaboración de materiales relativos a Género y Drogas, para el “Modulo de Género y drogas” desarrollado por el Curso de Educación a Distancia de la Secretaría Nacional de Drogas y el Observatorio Uruguayo de Drogas. Se han realizado acciones conjuntas y un Taller de capacitación y liderazgo en la implementación de proyectos de género y drogas dirigidos a profesionales y técnicos en el marco del Convenio de la SND con la Comisión de Género del PIT – CNT. También se realizó una Convocatoria a la integración de una Comisión Interinstitucional para el mejoramiento del cuestionario de la “Encuesta de Jóvenes y Salud” con la finalidad de la inclusión de preguntas que apuntan a obtener mayor información sobre las tramas y cuestiones de género de los y las estudiantes de Secundaria en nuestro país.

¹ Hacia la construcción de un protocolo de protección y atención para madres consumidoras, sus hijos/as y familias. Dr. Antonio Pascale, médico toxicólogo. www.proyectodesarrolla.org bajado 16/10/11

4. Objetivos y contenidos

El objetivo de este documento es generar una reflexión en torno al conocimiento de los consumos de drogas y factores asociados, desde una perspectiva de género. Para ello nos basaremos en investigaciones nacionales e internacionales sobre las prevalencias de los consumos de drogas en estudiantes de enseñanza media (producido por el Observatorio Uruguayo de Drogas) y sobre otros estudios sobre motivaciones, actitudes, preferencias de drogas de uso y aspectos relacionados al uso problemático de drogas en diferentes poblaciones.

Es así que con el mismo se pretende:

- ♦ Contribuir a la reflexión sobre algunas asociaciones en torno a los consumos de drogas y las cuestiones y tramas de género, sobre las diferentes necesidades que cada persona y distintos sectores poblacionales presentan ante el abordaje de los usos problemáticos de drogas.
- ♦ Contribuir al fortalecimiento de las estrategias nacionales ya elaboradas para el abordaje de los usos problemáticos de drogas, desde una perspectiva de género.
- ♦ Compartir los resultados de investigaciones nacionales e internacionales sobre el tema desde un enfoque de género, con el fin de contribuir al mejoramiento de la elaboración de dispositivos sensibles a las tramas y cuestiones del mismo.
- ♦ Contribuir a mostrar la experiencia de las buenas prácticas existentes sobre el abordaje del tema contribuyendo a minimizar los obstáculos del acceso a las intervenciones preventivas en sus tres niveles (Universal, Selectiva e Indicada), por parte de las poblaciones más vulnerables y minoritarias.

El presente material está compuesto por artículos de diferente autoría y que abarcan reflexiones y análisis de distintas producciones de conocimiento tanto de carácter nacional como internacional.

5. Conceptualizando el género como categoría

Gabriela Olivera
Secretaría de Género - Secretaría Nacional de Drogas

Existe escasa información académica sobre la relación entre el uso problemático de drogas, la orientación sexual y el sistema sexo-género⁽¹⁾. Las expectativas, los efectos buscados, así como los diferentes riesgos y consecuencias de los usos y abusos de drogas pueden ser tan distintos como son las personas. Asimismo, si ya es difícil encontrar estudios específicos sobre los factores que hacen al inicio, mantenimiento y abuso de drogas en las mujeres en nuestro país, mucho más lo es, encontrarlos sobre hombres y mujeres cuya orientación sexual está dirigida hacia su mismo sexo.

Algunos datos provenientes de investigaciones internacionales no sólo muestran la influencia de éstos factores específicos, sino que avanzan incluso en la evaluación de algunas buenas prácticas de manejo e implementación de contextos amigables para mejorar la adherencia de las mujeres a los tratamientos.⁽²⁾ Pero a nivel universitario en Uruguay no existe una formación específica en drogas que aborde esta complejidad, ni una dotación presupuestaria adecuada que permita el desarrollo de líneas de investigación que avancen en ese sentido. Plantear estas limitaciones desde el principio resulta de rigor. El eje analítico abordado aquí es un campo aún en construcción en Uruguay, que a su vez está atravesado por gran cantidad de debates y transformaciones analíticas de carácter más global.

Las formas de entender y definir la categoría de género han ido cambiando con el tiempo. A principios de los años sesenta las conceptualizaciones de Talcott Parsons⁽³⁾, quien asumía que los roles de género tenían una base biológica, comenzaron a ser cuestionadas, revalorizándose por primera vez los planteos que Margaret Mead había hecho en los años 30, - a partir de un estudio etnográfico comparativo⁽⁴⁾- en donde los géneros fueron descritos como meras expresiones culturales.

Este punto de partida culturalista abrió nuevas preguntas, y durante las tres últimas décadas del siglo XX diferentes líneas de investiga-

ción académicas (histórica, sociológica, antropológica) convergieron permitiendo avanzar en la comprensión de la construcción social de los géneros, y fundar un territorio nuevo de indagación, que ha sido definido como los “estudios de género”.

La historiadora Joan Scott, en un artículo clásico, definió género como “un elemento constitutivo de las relaciones sociales basado en las diferencias que se perciben entre los sexos, y es una manera primaria de significar las relaciones de poder.”⁽⁵⁾ A su vez, esta categoría contiene, afirma Scott, cuatro dimensiones diferentes: un nivel simbólico que evoca representaciones múltiples; aspectos normativos según los que se definen significados y límites de lo simbólico; una dimensión institucional que delimita formas de parentesco, y regula aspectos como la política, la escuela y el mercado de trabajo, y finalmente una dimensión subjetiva, que nos permite acercarnos a las formas en que las identidades genéricas son construidas a nivel individual y analizar en que forma afectan nuestra percepción de la realidad social. Estas cuatro dimensiones, para Scott, están siempre presentes y su relación varía en cada contexto histórico, modificando la forma en que se estructura la percepción y la organización concreta-simbólica de una sociedad en un momento dado.

Actualmente la conceptualización constructivista se ha vuelto hegemónica en las ciencias sociales, así como la búsqueda de conexiones analíticas entre las identidades de género y las relaciones de poder existentes en una sociedad dada, lo que permitió desnaturalizar los discursos ideológicos que vinculan en forma persistente la biología, lo “femenino” y lo “masculino” y construyen desde ahí legitimidad para las diferentes formas de jerarquía social.

Pero el trabajo académico de las últimas décadas, hay que señalarlo, si bien asumió una visión relacional se centró mucho más en analizar la situación de las mujeres. Esto trajo aparejado dos problemas: por un lado se homogeneizó excesivamente a las mujeres (silenciando el peso de grandes diferencias internas como por ejemplo las de clase social, étnico-raciales y de orientación sexual) y por otro lado se desatendió por completo el análisis de las diferentes formas de masculinidad existentes a nivel social. Ante

¹ Gayle Rubin señala en “El tráfico de mujeres. Notas sobre una economía política del sexo” (Nueva Antropología, Vol. VIII. Nº 30. México 1986) como la relación entre sexo y género es compleja y mutuamente determinada por lo que resulta difícil separar ambas categorías, así como es improductivo analíticamente mantener disociados ambos términos en la medida que se reproduce un binarismo (cultura-biología) que las ciencias sociales en general ya han problematizado.

² Center for Substance Abuse Treatment. Substance Abuse Treatment: Addressing the Specific Needs of Women. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 51. HHS Publication No. (SMA) 09-4426. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2009.

³ Parsons, T. Bayles, R. (1955) Family, Socialization, and Interaction Process. Glencoe. Free Press

⁴ Mead, Margaret (1935) Sex and Temperament in Three Primitive Societies, New York, Morrow.

⁵ Scott, Joan “El género: una categoría útil para el análisis histórico” en De mujer a Género. Teoría, interpretación y práctica feminista en las Ciencias Sociales. Cangiano, M, DuBois, L. (comp.) Centro Editor de América Latina. Buenos Aires. 1995. Pág. 35

estas dificultades a fines de los años noventa se produjo el surgimiento de los estudios sobre masculinidad y a mediados de los años ochenta un estallido de la categoría “mujer” de la mano de las corrientes postestructuralistas y postcoloniales⁽⁶⁾. Desde entonces las concepciones de género –salvo aquellas sustentadas por visiones esencialistas– se volvieron en los hechos más inclusivas e intentan contemplar a las mujeres y hombres como un ser integral con expectativas, clases sociales, orientaciones sexuales y comportamientos diferentes.

Pero la creciente “reflexividad” social sobre la sexualidad, como señala Giddens⁽⁷⁾, llevaron a que esta dimensión tradicionalmente considerada privada comenzara a ocupar el espacio público y se volviera un vector más en la construcción de nuevas formas de ciudadanía. Esta transformación social, junto a la línea de reflexión que fundó Michel Foucault⁽⁸⁾, generaron que se comenzara a problematizar teóricamente la relación existente entre género y sexualidad, cuestionándose la primacía del primero sobre el segundo en las sociedades contemporáneas. A su vez, algunos autores postestructuralistas comenzaron a problematizar la conceptualización del “sexo” como un dato dado, e insistieron sobre los sentidos sociales asignados a este término y sobre la imposibilidad de diferenciarlo objetivamente de las ideologías de género en base a las que nos constituimos como individuos⁽⁹⁾. La desestabilización de la categoría “sexo” abrió un fuerte debate académico que aún está en curso y fue la puerta de entrada para comenzar a pensar en forma no esencializada temas como las identidades trans (transexual, travesti, transgénero).

En sociedades complejas, como señala Bárbara Stiegler⁽¹⁰⁾, la interacción entre visiones “tradicionales” y “alternativas” sobre sexo y género, traducen las tensiones entre algunas permanencias sociales y culturales, los cambios socialmente ya procesados, los avances académicos y por último los nuevos proyectos emancipatorios que surgen en el horizonte político. Por ello, mientras a nivel tradicional, la categoría “sexo” es definida como dual (sólo existen 2 sexos), polar y complementaria (lo masculino se opone a lo femenino), y jerárquica (lo masculino es superior a lo femenino), en las perspectivas alternativas, los sexos son múltiples (hay más de dos sexos)⁽¹¹⁾, sus relaciones son complejas (lo masculino puede

permear lo femenino y viceversa) y se busca abolir cualquier forma de subordinación.

La creciente diferenciación de todas estas dimensiones (deseo, sexo y género) y las tensiones que instala en su interlocución con los sistemas sociales y los códigos identificatorios socialmente legitimados, llevan a que, como señala Stiegler, cada individuo viva su “género” en una forma biográfica diferente y específica, produciéndose así diferentes puntos de reconocimiento y conflicto con su entorno social. Esta perspectiva compleja es central a la hora de desarrollar y mejorar la calidad de los estudios sobre los usos de drogas y las historias de vida de las personas, así como en el proceso de planificación de las intervenciones en drogas, en poblaciones específicas como lo son por ejemplo, los centros penitenciarios. Ya desde los primeros hallazgos de las prácticas de intervención que realizó la Secretaría Nacional de Drogas en los tres centros de reclusión para mujeres, aparecieron importantes indicios de esta complejidad y el desafío de comprenderlos e incluirlos en una intervención.

Es que los procesos de socialización primaria, como señala Genolet, además de generar un aprendizaje cognoscitivo sobre la realidad social, están acompañados por una fuerte carga emocional que le permite al sujeto internalizar roles que a partir de ese momento se viven como naturalizados⁽¹²⁾. Este proceso de subjetivación reproduce las marcas de lo público y lo privado, y las mujeres asumen en función de ello el cuidado de los otros como su razón de ser, por lo que terminan muchas veces consagrándose al matrimonio, la familia y los hijos. Como señalan Prece, Di Liscia y Piñero la “...construcción de la identidad de género, focalizada en la maternidad, supone el “ser para otros” y su cuerpo también “para otros” lo que hace devaluar el cuidado de su propio cuerpo y la percepción de señales de enfermedad que las afectan directamente.”⁽¹³⁾

En este proceso, Genolet diferencia tres tipos de roles: los asignados (aquellos que son conferidos por la sociedad patriarcal), los asumidos (los que realmente desempeñan en su vida cotidiana, aunque puedan distanciarse de ellos), y por último los roles transgresores (los que ponen en tela de juicio el rol aceptado

⁶ Dentro del postestructuralismo destacó la línea de reflexión y práctica política Queer que tiene sus principales representantes en Judith Butler, Eve Kosofsky Sedgwick, Teresa De Lauretis, David Halperin y Beatriz Preciado. Dentro de la corriente postcolonial destacó la potente reflexión sobre la situación de la mujer fuera de la órbita occidental de Gayatri Spivak.

⁷ Giddens, A. (2000) *La Transformación de la intimidad: sexualidad, amor y erotismo en las sociedades modernas*. Cátedra, Madrid

⁸ Foucault, Michel (1977) *Historia de la sexualidad. La voluntad de Saber. Vol. 1*. Crítica Madrid.

⁹ Para un desarrollo de las visiones que buscan desestabilizar la categoría de sexo véase, entre otros, los textos de Judith Butler “El género en disputa”. (2001, Paidós, Buenos Aires) y “Cuerpos que importan” (2004, Paidós, Buenos Aires), Thomas Laqueur “Making sex” (1990, Harvard University Press, Londres) así como el artículo de Maccoby “Gender as Social Category” (en *Developmental Psychology*, 24, 1988, Págs. 755-765)

¹⁰ Barbara Stiegler, Ponencia presentada en el seminario internacional: “¿Género en el poder? Cuatro años de gobierno de Michelle Bachelet”, panel “Género en el poder: Chile, Argentina, Alemania y España”. Mayo 2009

¹¹ Para un análisis de esta perspectiva véase Anne Fausto-Sterling (2000) “Sexing the Body: Gender Politics and the Construction of Sexuality” (Basic Book USA)

¹² Alicia Genolet (2000) “Aproximación a la problemática de identidad de mujeres de sectores populares” en *Género y Salud*, Zaldúa, G. (coord.) Ed. Eudeba, Facultad de Psicología, UBA. Buenos Aires.

¹³ Prece G., Di Liscia M. H, Piñero L. (1996) *Mujeres Populares. El mandato de cuidar y curar* Ed. Biblos Buenos Aires

Desvelando velos... sobre Género y Drogas

Aspectos Teórico-Metodológicos y Buenas Prácticas de Abordaje del Uso Problemático de Drogas desde distintas Perspectivas de Género

socialmente). Estos dos últimos, aparecen frecuentemente cuando se examina el uso y abuso de drogas entre las mujeres. Algunos de los reportes técnicos dan cuenta de esas “tensiones” y como ejercen presión sobre las decisiones y pronósticos de adherencia a un dispositivo de tratamiento.

Similares desafíos enfrentan los profesionales de nuestro país que han venido trabajando en centros de reclusión para hombres, lo que los obligó a ampliar la mirada e incluir necesariamente en su perspectivas la interrelación entre hombres con diferentes orientaciones sexuales y los problemas que genera la presencia de población trans en los centros penitenciarios.

Pero más allá de estos cambios en las líneas de trabajo académicas y en algunas intervenciones en Latinoamérica sigue siendo común a nivel social y entre algunas corporaciones profesionales que se considere al género como sinónimo de mujer. Por ello, hasta la Organización Panamericana de la Salud debió aclarar explícitamente que género no significa “mujer” o “feminismo”, sino que se refiere a las “relaciones desiguales de poder entre las mujeres y los hombres y el impacto que esta desigualdad ejerce sobre la vida de las personas”.⁽¹⁴⁾

La investigación sobre la situación de las mujeres demuestra la necesidad de esta perspectiva en el campo de la salud, en la medida que existen importantes inequidades también en esta área respecto a los hombres. Los análisis comparativos confirman que a pesar de que la mujer tiene una expectativa de vida más larga que los hombres, por su situación económica y social presentan un estado de salud peor que la de ellos. Esta aparente contradicción se funda en el hecho de que los hombres mueren muchas veces en edades tempranas debido a conductas de riesgo asociadas a hábitos no saludables y siniestros evitables. También incide la existencia de un acceso diferencial al estado de bienestar, y a los servicios de salud, en la medida que el sistema aplica una lógica maternista que incluye muy parcialmente por ejemplo los derechos sexuales y los derechos reproductivos.

Para promover la generación de mayor y mejor información sobre las diferencias entre hombres y mujeres en Salud, es que los principales organismos internacionales alientan a los países a la hora de realizar Programas Nacionales de Salud, a incorporar la perspectiva de Género:

(...) “para ampliar las oportunidades, las posibilidades y las actividades de la mujer se necesita adoptar un enfoque doble, a saber, ejecutar programas que apunten a atender las necesidades básicas y específicas de la mujer en cuanto a fomento de la capacidad, desarrollo organizativo y empoderamiento e incorporar una perspectiva de género en todas las actividades de formulación y aplicación de programas” (...)⁽¹⁵⁾.

En el terreno específico de las drogas las cosas no son muy distintas: las características de los usos de drogas entre mujeres y hombres difieren y diversas fuentes dan cuenta de ello, como se verá en los diferentes artículos que este texto recoge. Las diferencias no sólo radican en la existencia de motivaciones y expectativas de los efectos buscados particulares para cada género, sino también en las modalidades de uso. Una de las respuestas posibles para comprender estas diferencias y evitar perspectivas esencialistas, es analizar los diversos énfasis que propone la ideología de género durante los procesos de socialización temprana para hombres y mujeres, así como los diferentes modelos de “masculinidad” y “feminidad” disponibles en un momento dado y en un contexto determinado, que muchas veces son reproducidos por los medios masivos de comunicación. Las diversas culturas que nos precedieron, establecieron distintas funciones y roles a mujeres y hombres, sobre la base de la diferencias de los sexos, y este proceso generó una fuerte sedimentación, a partir de la cual se adjudican en el presente tareas en forma generizada y se difunden formas de actuar, de sentir, “de ser” que conformaron un menú social de actitudes, comportamientos y valores legitimados.

TRADICIÓN, CAMBIO Y TENSIONES

Ehrenreich y English⁽¹⁶⁾ aportan una reflexión desde una perspectiva longitudinal, basándose en una rigurosa bibliografía histórica, en donde se proponen dos modelos ideales para comprender la situación de subordinación que vivieron las mujeres históricamente: el “antiguo orden” y el “nuevo orden”. En el primero el mundo era unitario (no se encontraba dividido en distintas áreas de experiencia, como lo “público” y lo “privado” o lo “sacro” y lo “profano”) y la autoridad familiar recaía en los varones. Él, el padre, tomaba las decisiones que regían el trabajo, las adquisiciones, los casamientos, todos los acontecimientos familiares. Bajo el dominio paterno, las mujeres no tenían más que un lugar de subordinación, pero aportaban al proceso productivo en forma directa. Por el contrario en el Nuevo Orden, las mujeres perdieron su lugar central en el sistema de producción y se instaló un régimen que diferenciaba lo privado de lo público, dejando a éstas, como señala Fraser, relegadas al ámbito reservado para la intimidad⁽¹⁷⁾. La separación de esferas tuvo fuertes consecuencias, en la medida que el trabajo doméstico quedó invisibilizado como trabajo, y a su vez se reforzaron los roles asociados al cuidado, que tienden a identificar a las mujeres con lo emocional, y la reproducción social. Esta disparidad reforzó un lugar de subordinación y dependencia, y generó fuertes limitaciones en los procesos de socialización y en el acceso a oportunidades en el espacio público, construido como un mundo de hombres, hostil y competitivo.

A comienzos del siglo XIX, con el nuevo orden, quedó instalada la necesidad de que las mujeres sean “cuidadas” por los hombres y se difundió socialmente un modelo de mujer, acuñado en la clase

¹⁴ Organización Panamericana de la Salud. Gender, Diversity and Human Rights Office. Bajado octubre 2011 de <http://new.paho.org>

¹⁵ Incorporación de una perspectiva de género en todas las políticas y los programas del sistema de las Naciones Unidas. Nueva York, Naciones Unidas, 2006. Resolución N° 2006/36 del Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas.

¹⁶ Ehrenreich B, English D. (1990) Por su propio bien. 150 años de consejos de expertos a las mujeres. Barcelona. Alfaguara, Madrid.

¹⁷ Fraser, Nancy (1997) *Lustitia Interrupta*. Reflexiones críticas desde la posición postsocialista. Siglo del Hombre Editores. Colombia.



La mujer en el Antiguo Orden:

Gino céntrico y Unitario:

Las habilidades y el trabajo de la mujer son indispensables para la supervivencia

SUBORDINADA

pero

PRODUCTIVA

Patriarcal:

Las habilidades y el trabajo de las mujeres son indispensables para la supervivencia también.

ES INDEPENDIENTE EN MUCHOS DE SUS ROLES AÚN.

NO SUFRE EL DESAMPARO Y ENCUENTRA FUENTES DE SUSTITUCIÓN PRODUCTIVA.

Gino céntrico y Unitario:

Unidad y simplicidad.

No existen prácticamente las esferas públicas y privadas como entidad separatistas.

Productividad, emotividad, relación familiar y los mismos espacios son compartidos.

La Producción está regida por la Naturaleza.

Patriarcal:

Comienzan los primeros pasos de formación de las “esferas públicas y privadas”.

Las características fundamentales de la mujer, son la obediencia y sobre todo, la SUMISIÓN

La mujer en el Nuevo Orden:

- ♦ El mercado sustituye a la Naturaleza (los excedentes de producción y los precios, son ahora los que pasan a regular la existencia)
- ♦ Aumenta la producción
- ♦ Fábricas como elemento fundamental y más eficaz
- ♦ Aparecen las “nuevas epidemias”, las depresiones económicas

- ♦ La mujer pierde su lugar neurálgico de producción
- ♦ Se generan y mantienen las “esferas públicas y privadas” de poder
- ♦ Las “esferas públicas y privadas, gestan a su vez sus ESTEREOTIPOS:
- ♦ La esfera privada caracterizada por el papel de la mujer como: “dependiente” “refugio” “sumisión” y portadora de emotividad.
- ♦ La esfera pública caracterizada como: “proteccionista”, como un “mundo hostil” –donde la “frágil mujer no tiene entrada”-, como un mundo “competitivo de lucha por espacios de dominancia entre los hombres, y “lo racional” –como construcción social- dónde el mundo emotivo de la mujer no tiene espacio para entrar
- ♦ El lugar del hogar pasa a ser un espacio proveedor puramente de alimento, sexo y descanso

media alta, en donde la feminidad se vuelve sinónimo de enfermedad, fragilidad e histeria. A su vez, con la aparición de las ciencias psicodinámicas y las cognitivas los expertos en educación infantil fueron elaborando consejos sobre las mejores formas de criar a los niños/as, creando muchas veces, eficientes sistemas culpógenos y matrices de feminidad ligadas rígidamente a la maternidad.

Este modelo de feminidad, es reconocible en nuestro país, durante el Novecientos, gracias al éxito del embate disciplinario llevado adelante por diferentes actores sociales: maestros, médicos, policías, sindicalistas y la Iglesia Católica⁽¹⁸⁾. Su persistencia, con matices e innovaciones, sigue siendo aún reconocible en algunos puntos del país, y entre las generaciones de mayor edad.

Las tensiones entre los nuevos modelos difundidos por los medios

¹⁸ Barrán, José (1990) Historia de la Sensibilidad en el Uruguay. Tomo II - El disciplinamiento (1860-1920) Ediciones Banda Oriental, Montevideo.

Desvelando velos... sobre Género y Drogas

Aspectos Teórico-Metodológicos y Buenas Prácticas de Abordaje del
Uso Problemático de Drogas desde distintas Perspectivas de Género

masivos y generados por los propios cambios sociales y la “fractura social” que vivimos, y los consolidados durante el primer reformismo batllista son complejas y difieren significativamente según los sectores sociales y el territorio. Esta matriz compleja, permite pensar desde un nuevo lugar el impacto de los cambios rápidos e importantes que las mujeres y los hombres están transitando actualmente en la distribución de tareas y poderes, así como comprender las nuevas situaciones de vulnerabilidad que ambos enfrentan. Los hombres ahora deben lidiar con sus roles tradicionales –donde se les adjudican parte o toda, de las responsabilidades en el espacio público- pero también con la crisis de modelo de masculinidad tradicionales que disociaban muchas veces niveles afectivos importantes, y los cambios y desafíos que generaron la llegada y el éxito de las mujeres en el mundo laboral⁽¹⁹⁾. Por el contrario, las mujeres –tanto las adultas como las jóvenes- tienen que “abrirse caminos” en el espacio público, tradicionalmente masculinizado, así como enfrentar las nuevas responsabilidades que generaron los cambios silenciosos en la estructura familiar y el incremento de la jefatura femenina del hogar. Como ha estudiado la demografía histórica la población uruguaya ingresó tempranamente en el contexto de América Latina a la primera transición demográfica⁽²⁰⁾. Durante éste período el “breadwinner system” estaba muy difundido y su composición prototípica fue padre y madre casados, y sus hijos biológicos. Un sistema que reproducía la división de tareas heteropatriarcal: el padre tenía a su cargo el rol de proveedor único, ocupaba el espacio público y mantenía a toda la estructura familiar, la madre realizaba el trabajo doméstico (invisible como trabajo) en el espacio privado y se encargaba de la reproducción social a través del cuidado y educación de los hijos.

Este modelo, según Filgueira⁽²¹⁾, entró en crisis en el Uruguay en los

años sesenta debido al impacto de profundas transformaciones demográficas, económicas y socioculturales. En primer lugar aparecieron en ese momento signos claros de que la primera transición se había cerrado y que existía una nueva fase caracterizada por el incremento de la esperanza de vida, un cambio en la estructura de edades y el envejecimiento relativo de la población, aspectos todos ellos que impactaron en la estructura de la familia⁽²²⁾. La homogeneidad que aparentemente habría existido en la primera mitad del siglo XX fue sustituida por una gran diversidad de alternativas: aumentó la cantidad de hogares unipersonales, se incrementó la cantidad de familias nucleares sin hijos a cargo (“nido vacío”) y creció la jefatura femenina, y se mantuvo en forma similar la participación de familias extendidas y compuestas. De esta forma, ya en 1996 la familia nuclear tipo, integrada por la pareja y sus hijos, representaba sólo el 37% del total de hogares uruguayos⁽²³⁾. Estas transformaciones estaban relacionadas con el avance de las mujeres en el mundo laboral, fenómeno que incluyó a partir de la década de los setenta también a las mujeres que estaban casadas⁽²⁴⁾. De esta forma, progresivamente el modelo de aportante único fue sustituido por otro, en donde existen aportantes múltiples, sucediendo incluso entre los sectores populares, que el aporte de la mujer pasó a ser clave para el sostén familiar en la medida que era la jefa de hogar⁽²⁵⁾.

A su vez, el modelo de aportes múltiples permitió la aparición de nuevas negociaciones intrafamiliares, que estuvieron en concordancia con cambios sociales y culturales sobre el papel de la sexualidad en la biografía de los individuos⁽²⁶⁾, la llamada “revolución de los divorcios”⁽²⁷⁾ y el avance de los reclamos por equidad de género del movimiento de mujeres y feminista local.

¹⁹ Para un excelente análisis sobre las tensiones entre las formas tradicionales de masculinidad, las drogas y el avance de las mujeres en el mundo laboral en Estados Unidos véase Philippe Bourgois (2010) “En busca del respeto. Vendiendo crack en Harlem”. Siglo XXI. Argentina.

²⁰ Barrán, J. Nahum, B. (1978) *Battle, los estancieros y el imperio británico. El Uruguay del novecientos*. Tomo 1 EBO, Montevideo. Pellegrino, Adela (2003) *Caracterización demográfica del Uruguay*. Programa de Población. FCS, Montevideo.

²¹ Filgueira, Carlos (1998) *Sobre revoluciones ocultas: la familia en Uruguay*. CEPAL. Montevideo.

²² Buena parte de estos cambios y su impacto en la estructura familiar generaron que autores se planteen la existencia en Uruguay de una “segunda transición demográfica.” Véase por ejemplo Paredes, Mariana (2003) “Los cambios en la Familia en Uruguay: ¿Hacia una segunda transición demográfica?” en *Nuevas Formas de Familia: perspectivas nacionales e internacionales*. Universidad de la República - UNICEF.

²³ Filgueira (1998) *Sobre revoluciones ocultas*, Pág.8

²⁴ Como señala Filgueira en *Sobre revoluciones ocultas: la familia en Uruguay* (Pág.8) mientras en 1975 un tercio de las mujeres casadas eran económicamente activas a principios de los años noventa ya la proporción había ascendido a la mitad.

²⁵ Debido a la falta de información estadística confiable en nuestro país, en los últimos años varios especialistas han señalado la posibilidad de que el fenómeno de mujeres jefas de hogar ya contara con una presencia importante durante la primera mitad del siglo XX.

²⁶ Porzecanski, Teresa “La nueva intimidad” en *Historias de la vida privada en el Uruguay*. Tomo 3. Barrán, J. Caetano, G, Porzecanski, T. (dir.). Taurus Montevideo. 1997

²⁷ La investigadora Wanda Cabella en “La evolución del divorcio en Uruguay (1950-1995)”. *Notas de Población*, v.: 67/68, 1998, p.: 209 –245 España Chile, señala cómo pese a que en Uruguay se aprobaron en forma temprana, respecto a la región, leyes de divorcio (1907-1913) no fue una práctica muy frecuente durante la primera mitad del siglo XX. El incremento de los divorcios considera que fue una de las transformaciones reciente de mayor relevancia. Según los datos estadísticos que maneja mientras en las promociones de la década de los cincuenta el divorcio afectó a 130 matrimonios por cada mil, la cohorte de 1985 en sólo 10 años de trayectoria igualó e incluso superó esa cantidad acumulada por la cohorte más antigua durante 40 años. Por ello si bien el divorcio cada vez está más presente en todas las generaciones, la revolución de los divorcios, asegura esta autora, es un fenómeno de las parejas que se casaron en los años ochenta.

Se produjo de esta manera, entre los sectores medios, un retroceso de la edad de casamiento, y de la reproducción, y un descenso generalizado del número absoluto de casamientos a partir de 1971 (más marcado en la capital que en el interior del país), proceso que no ha cesado de intensificarse desde 1988 hasta el presente. Paralelamente a este fenómeno se produjo entre los sectores populares un incremento de los hogares de hecho. Fenómeno que progresivamente se extendió también a las generaciones más jóvenes de las capas medias. La proporción de parejas que en Uruguay había optado por la unión libre se triplicó en menos de 20 años: se pasó de 10% en 1987 al 30% en 2004⁽²⁸⁾. También hubo un crecimiento importante de este fenómeno entre los jóvenes con mayor nivel educativo. En 1991 el 22,2% de las parejas de entre 20 y 24 años estaban en unión concubinaria, porcentaje que pasó al 64% en 2004. Y en el grupo etario que va de 25 a 29 años de edad, la mitad estaba en una unión de este tipo en el año 2004⁽²⁹⁾.

Todos estos cambios impactaron de forma diferente en hombres y mujeres, pero muchas veces se espera que ambos respondan a nuevos roles y desafíos, cuando carecen de modelos adecuados para hacerlo y aún conviven a nivel subjetivo con mandatos y expectativas sociales en su entorno inmediato que remiten a modelos tradicionales.

Para finalizar esta breve introducción a la complejidad que conlleva trabajar desde la perspectiva de género en prevención, tratamiento e integración social en el problema drogas, resulta indispensable resaltar:

- ♦ **Prevención:** desde la primera infancia y a través de los procesos de socialización se producen los primeros aprendizajes sobre los “estilos de vida” y con éstos, aparecen los “modelos adultos” y su relacionamiento con las drogas. La Teoría del Aprendizaje Social subraya el papel relevante de la observación y del mecanismo de imitación de modelos adultos como elemento clave en la formación de la personalidad. Los medios de comunicación juegan un rol importante y también éstos dan cuenta de los diferentes modelos de “géneros” que presenta una sociedad.
- ♦ **Tratamiento y Reinserción:** la planificación e implementación de dispositivos de tratamiento y reinserción para el problema drogas encuentra a las personas en sus diferentes territorios y ámbitos, con sus historias de vida y “tensiones”. Y además de todos estos factores, también tiene relevancia para una intervención eficaz los problemas concomitantes de patología dual y de DSTP (desórdenes de Stress Post Traumático). Las elecciones de determinadas drogas, los factores de riesgo de conductas asociadas al UPD y la necesidad de implementar dispositivos diferenciales, hacen también a la urgencia del entendimiento y manejo de herramientas que contemplen la

diversidad de los géneros.

- ♦ **Incremento y mejora de la calidad de la Información:** como se plateó al principio de ésta introducción, se hace indispensable la generación de mayor y más específico conocimiento sobre las identidades de género y su relacionamiento con las drogas.

²⁸ Cabella, Wanda “La demografía de las uniones consensuales en Uruguay en la última década”, en El Proyecto de ley de unión concubiniaria. Ediciones Trilce. Red Género y Familia. Serie Políticas Públicas. Montevideo. 2006. Pág.57

²⁹ Ibid; Pág. 59

6. Abuso de drogas y problemas de salud. Un binomio a tener en cuenta

Gimena Lamancha
Pte. Interno de Medicina

De acuerdo a los datos aportados por el Sistema de Información de Género del Instituto Nacional de Mujeres de Uruguay para el Observatorio de Igualdad de Género de América Latina y el Caribe – CEPAL las mujeres representan el 52,3% de la población de nuestro país.

El Observatorio organiza sus indicadores en base a 3 aspectos de la autonomía: física, económica y en la toma de decisiones. La autonomía física refiere a la capacidad de decidir en libertad sobre el propio cuerpo en todos los aspectos, ya sea en cuanto a la salud reproductiva o la sexualidad, alejándose de las situaciones de violencia que pongan en riesgo su integridad física. La autonomía económica representa la capacidad de recibir ingresos y decidir sobre ellos así como la libertad de opinar sobre los bienes familiares. La autonomía en la toma de decisiones representa la posibilidad de participar en las decisiones que afectan la vida colectiva e individual. A pesar de que las mujeres alcanzan niveles educativos superiores en cuanto a años de formación y tienen igual o mejor escolaridad que los varones acceden a empleos de menor remuneración. Las más jóvenes viven en mayor proporción en hogares pobres y en la franja de 30 a 60 años 1 de cada 4 mujeres se encuentra viviendo en hogares pobres. La integración de mujeres en el Gabinete Ministerial se ubica en los lugares más bajos de la región, indicando este dato un retroceso en cuanto al periodo de gobierno anterior.

Cuando incorporamos la perspectiva de género al analizar el tema drogas, comprendemos las semejanzas y las diferencias que hombres y mujeres tienen al respecto. El consumo de drogas en hombres y mujeres tiene diferente impacto debido a sus características físicas (peso, altura, funcionamiento hormonal, tipo de respuesta biológica ante las drogas), psicológicas (autoestima, habilidades cognitivas, respuestas emocionales, etc.) y sociales (reconocimiento, valoración y participación social). Nos ayuda a entender porque hombres y mujeres tienen algunas motivaciones comunes y otras distintas para consumir drogas y las consecuencias que derivan de esta conducta. El consumo problemático de drogas en mujeres desafía el estereotipo social y cultural de que el consumo de drogas es un tema de hombres.-

DETECCIÓN DE CONSUMOS PROBLEMÁTICOS DE DROGAS EN EL ÁMBITO SANITARIO

La anamnesis de la entrevista médica debe incluir la consulta sobre consumo de sustancias psicoactivas del paciente y de su entorno.

Se han asociado como factores de riesgo que propician el consumo la baja tolerancia a frustraciones, inestabilidad emocional, el aislamiento social, alteraciones conductuales, medio familiar no continente, etc.

Diferentes situaciones pueden ponernos en alerta sobre la posibilidad de un consumo problemático de acuerdo al contexto en el que sucedan

- Cambio de amistades, que pasan a ser desconocidas para el medio familiar
- Irritabilidad, distanciamiento afectivo, agresividad, indiferencia
- Mentiras, llegadas tarde sin justificación, incumplimiento laboral o en el ámbito educativo
- Alejamiento del medio familiar
- Descuido de sí mismo (higiene), aumento o pérdida de peso

Determinados factores biológicos y de personalidad aumentan la vulnerabilidad a desarrollar consumos problemáticos como son el deterioro de la salud mental y el consumo problemático de sustancias en familiares directos.

El paciente con consumo problemático de sustancias puede presentarse clínicamente con diversos cuadros que deben orientarnos a realizar un correcto interrogatorio en cuanto a la etiología de los mismos:

- Hepatitis alcohólica, Cirrosis hepática
- Hepatitis B o C
- Enfermedades de transmisión sexual
- Psicosis
- Intentos de autoeliminación
- TBC o neumonía
- Tos, disnea, sibilancias
- Taquicardia
- Euforia
- HTA
- Síndrome coronario agudo en jóvenes
- Agresividad

EFFECTOS DEL CONSUMO DE DROGAS EN LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

La consideración de la salud desde lo bio-psico-social nos lleva a ubicar a la sexualidad como parte fundamental en el objetivo de

lograr el mejor estado de bienestar posible para cada individuo. La sexualidad manifiesta como nos relacionamos con nosotros mismos y con los demás, genera sensaciones placenteras y nos permite expresar afecto e interés por el otro.

Por esto el sistema de salud sexual debe atender no solo las necesidades de orientación y cuidados en cuanto a la reproducción y a las enfermedades de transmisión sexual, sino que debe abordar al individuo integralmente, considerando la importancia del desarrollo saludable de su sexualidad.

Las diferencias de género y los prejuicios sociales respecto a la sexualidad funcionan como factores de riesgo para la mujer, sobre todo las adolescentes y las jóvenes, que tiene menor capacidad de negociar frente a una relación sexual, como es el uso del preservativo.

La exposición a un embarazo no deseado, el riesgo para su salud, afectan las posibilidades de desarrollo educativo e incrementa su situación de precariedad económica y social.

La OMS plantea la necesidad de la participación de los varones en los programas de salud sexual y reproductiva, para la construcción de políticas sanitarias más eficaces y que permitan mayor igualdad de género, lograr cambios efectivos en la conducta de hombres y mujeres y resolver los problemas de salud, como son los embarazos no deseados y el contagio de enfermedades de transmisión sexual.

La OMS define a la salud sexual y reproductiva como el estado de completo bienestar físico, mental y social en toda el área concerniente al sistema reproductivo, sus funciones y procesos y no solamente como la ausencia de dolencia o enfermedad. Hablar de salud reproductiva implica que la mujer pueda desarrollar su vida sexual en forma segura y satisfactoria, con la libertad de decidir el momento en que desea ser madre y cuantos hijos desea concebir; así como ser informada sobre métodos anticonceptivos y servicios de salud que garanticen la adecuada atención del embarazo y de los hijos. Las drogas generan repercusiones negativas en la salud sexual y reproductiva fundamentalmente con el uso prolongado, causando:

- ♦ Reducción de la fertilidad con ciclos irregulares o ausentes

- ♦ Mayor incidencia de abortos espontáneos, partos prematuros, desprendimiento placentario y muerte fetal intrauterina
- ♦ Disfunciones sexuales
- ♦ Conductas de riesgo, las cuales aumentan la exposición a enfermedades infecciosas como por ejemplo VIH-SIDA.

DROGAS Y FERTILIDAD

Las drogas afectan el funcionamiento de los ovarios produciendo alteraciones en la secreción hormonal y con ello en los ciclos menstruales.

DROGAS Y EMBARAZO

El consumo de drogas durante el embarazo genera diferentes problemas para la madre y el niño tanto en el periodo embrionario, fetal y en las etapas ulteriores de la vida, incluyendo alteraciones en los procesos de aprendizaje y conductuales. Entre las complicaciones más frecuentes se encuentran el bajo peso al nacer (menor a 2500 gr), nacimientos pretérmino (antes de las 37 semanas de gestación) y la restricción en el crecimiento intrauterino.

El artículo publicado por la Asociación Uruguaya de Pediatría "Consumo de alcohol y otras drogas en embarazadas", en el cual se llevó a cabo una encuesta entre las embarazadas que se asisten en el Centro Hospitalario Pereira Rossell y el Hospital de Clínicas, mostró un consumo durante la gestación de: 41.7% tabaco, 37% alcohol, 16,5% de tranquilizantes, 1,5% de marihuana y 0,4% de pasta base.

El 11% de los recién nacidos de la población estudiada presentaron bajo peso al nacer y el 15% presentó algún problema de salud como depresión neonatal, problemas respiratorios, infecciones, malformaciones, etc.

El síndrome de abstinencia es la principal manifestación en el recién nacido de madres consumidora de drogas, por lo que es de fundamental importancia tener conocimiento sobre los criterios de sospecha de esta situación en la atención de los mismos.

DROGAS Y MATERNIDAD

- Reconocer, promover, garantizar y proteger los derechos sexuales para todos
- Avanzar hacia la igualdad y la equidad de género
- Condenar, combatir y reducir todas las formas de violencia relacionadas con la sexualidad
- Proveer acceso universal a la información completa y educación integral de la sexualidad
- Asegurar que los programas de salud reproductiva reconozcan el carácter central de la salud sexual
- Detener y revertir la propagación de la infección por VIH y otras infecciones de transmisión sexual
- Identificar, abordar, y tratar las preocupaciones, las disfunciones y los trastornos sexuales
- Lograr el reconocimiento del placer sexual como un componente de la salud y el bienestar total

SALUD SEXUAL
PARA EL MILENIO.
DECLARACIÓN.

Identifica 8 metas
concretas en salud
sexual y reproductiva

Un adecuado control del embarazo favorece a prevenir y detectar tempranamente patologías que pueden afectar negativamente la salud materna, fetal o del recién nacido. Es muy importante que el equipo de salud pueda transmitir claramente este hecho a la mujer y lograr un adecuado vínculo con ella, que favorezca su adhesión a los controles pautados de acuerdo a la edad gestacional.

El seguimiento del embarazo en la mujer consumidora de drogas resulta sumamente dificultoso debido a que la mayor parte de ellas no cumple con las visitas médicas periódicas, ni con los tratamientos instaurados, descuidan su alimentación o llevan a cabo conductas de riesgo que pueden comprometer su salud y la de su hijo.

Las precarias condiciones socioeconómicas y el alejamiento de los servicios de salud lleva a que estos embarazos se diagnostiquen tardíamente, la cantidad de controles sean insuficientes, no llegándose a pesquisar patologías que pudiesen complicar el embarazo. Es fundamental la realización de estudios que nos permitan detectar infecciones que se transmitan por vía intravenosa o sexual como es VIH, Sífilis y Hepatitis B.

La adolescencia es una etapa de la vida donde se dan condiciones propicias para la experimentación y lo que en general se asocia con el inicio del consumo de alcohol y otras drogas. El abordaje integral requiere desarrollar acciones de detección precoz, asistencia y seguimiento de los jóvenes que se encuentran vulnerables a desarrollar alguna forma de adicción a las drogas.

El embarazo adolescente representa 1/5 de todos los partos del país, dándose el mayor porcentaje en Centros de Asistencia Pública donde más del 80% de las madres adolescentes no han completado Secundaria.

Según la O.M.S. “las adolescentes menores de 18 años, son vulnerables y el riesgo aumenta en la medida que suman factores; además ser primigesta en plena inmadurez del cuerpo es causa de morbi-mortalidad en la mujer”.

La vulnerabilidad social, el inicio precoz de las relaciones sexuales y el desconocimiento de los métodos anticonceptivos son elementos que favorecen el embarazo en adolescentes.

Cuando el adolescente concurre a un Centro de Salud debemos considerar aspectos importantes de su evaluación clínica:

- ♦ Realizar el interrogatorio en un ámbito de tranquilidad y respeto
- ♦ Habilitar que consulten sus dudas y preocupaciones, si no lo hacen de forma espontánea.
- ♦ Conocer el pensamiento que tienen de su cuerpo y de la sexualidad.
- ♦ Respetar la diversidad sexual, no dando por sentado que todos los adolescentes son heterosexuales
- ♦ Prestar especial atención a los casos de abuso sexual, disfunciones sexuales, posibilidad de interrupción del embarazo

SEXUALIDAD Y DROGAS

El consumo de drogas tiene a largo plazo un efecto negativo en la actividad sexual.

TABACO	<ul style="list-style-type: none"> • Problemas menstruales ciclos irregulares o ausentes • Retraso en la concepción • Mayor riesgo de sufrir Infarto Agudo de Miocardio en las fumadoras que consumen anticonceptivos orales • Adelanto de la menopausia (en 2 años promedio)
ALCOHOL	<ul style="list-style-type: none"> • Ciclos menstruales irregulares o ausentes • Aumento del riesgo de abortos • Aparición de menopausia precoz
CANNABIS	<ul style="list-style-type: none"> • Trastornos en ciclos menstruales y ovulación • Abortos espontáneos
COCAÍNA	<ul style="list-style-type: none"> • Alteración de los ciclos menstruales • Amenorrea • Disminución de ciclos ovulatorios

VIOLENCIA SEXUAL

Según se establece en la Declaración para la Erradicación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, la violencia sexual es un abuso basado en el género. Es planteada como una violación a los derechos fundamentales, así como un problema de salud, debido a que genera consecuencias negativas en lo físico, psicológico y social en la mujer.

Los datos con los que contamos en el tema son insuficientes y no permite visualizar su real magnitud y son diversas las dificultades que nos impiden llegar a cuantificarlos. Las sociedades tienden a justificar la violencia sexual principalmente cuando se desarrolla en el ámbito familiar, manteniendo oculta esta situación.

La violencia sexual no es reconocida, en muchos casos, por la mujer como violación, por lo que no realizan la denuncia policial ni concurren a un servicio de salud para ser atendidas. Esto es más frecuente cuando el violador es una persona cercana a la mujer, su esposo o un miembro de la familia, dificultando la intervención del equipo de salud por la pérdida de confianza de la víctima y la posible intimidación que el agresor pueda ejercer en esta para guardar silencio y negar lo sucedido.

Las mujeres que han sido víctima de violencia sexual desarrollan más frecuentemente trastorno por estrés postraumático (TEPT) y depresión.

El DSM IV establece las características diagnósticas del TEPT “La característica esencial del trastorno por estrés postraumático es la aparición de síntomas característicos que sigue a la exposición a un acontecimiento estresante y extremadamente traumático, y donde el individuo se ve envuelto en hechos que representan un

peligro real para su vida o cualquier otra amenaza para su integridad física; (...) La respuesta del sujeto a este acontecimiento debe incluir temor, desesperanza y horrores intensos(...) El cuadro sintomático característico secundario a la exposición al intenso trauma debe incluir la presencia de re experimentación persistente del acontecimiento traumático, de evitación persistente de los estímulos asociados a él y embotamiento de la capacidad de respuesta del individuo, y de síntomas persistentes de activación (arousal). El cuadro sintomático completo debe estar presente más de 1 mes y provoca un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo”.

Las mujeres con consumo problemático de drogas tienen más probabilidad de haber sufrido violencia sexual y utilizar este recurso como forma de escapar o esconder el sufrimiento.

VIOLENCIA DE GÉNERO

La OMS define a la violencia familiar como “todo acto de violencia basado en el género que tiene como resultado posible o real daño físico, sexual o psicológico, incluidas las amenazas, la coerción o la privación arbitraria de la libertad, ya sea que esta ocurra en la vida pública o en la privada”.

El consumo de drogas constituye en muchos casos un factor desencadenante de violencia doméstica, o puede convertirse en la “salida” de esa situación para la víctima. Es necesario que el personal de salud pueda reconocer a las mujeres en situación de violencia, y en riesgo de agresión. El diagnóstico no resulta fácil ya que la mujer en muchos casos, encubre la violencia y la expresa en forma de enfermedades con dolores crónicos sin causa aparente.

TABACO	<ul style="list-style-type: none"> • Disfunción sexual en hombres. • Adelanto de la menopausia (en 2 años promedio).
ALCOHOL	<ul style="list-style-type: none"> • Disminuye la respuesta de excitación, inhibiendo o suprimiendo la lubricación vaginal y el orgasmo. Dolor en las relaciones sexuales. • En adolescentes: retraso en la maduración de caracteres sexuales.
TRANQUILIZANTES	<ul style="list-style-type: none"> • Disfunción sexual y desinterés por el sexo.
CANNABIS	<ul style="list-style-type: none"> • Alteraciones en los ciclos menstruales, ciclos anovulatorios. • Su uso crónico se relaciona con disminución del deseo sexual.
ANFETAMINAS	<ul style="list-style-type: none"> • Disminución del deseo sexual.

Basado en Guía Informativa de Género y Drogas – Xunta de Galicia

En Uruguay una mujer cada catorce días muere víctima de violencia doméstica siendo el agresor una persona con la quien mantuvo un vínculo afectivo y/o sexual.

La violencia de género es considerada como un problema social y de salud pública, que debe ser abordada desde una perspectiva integral por un equipo multidisciplinario, dejando atrás la restringida competencia del área salud que solo se limitaba a constatar y atender lesiones.

Las violaciones y la violencia de género representan entre el 5% y el 16% de años de vida saludable que pierden las mujeres en edad fecunda

- El aumento de la mortalidad se vincula a: homicidios, intentos de suicidio, mortalidad durante el embarazo y enfermedades de transmisión sexual incluyendo VIH/SIDA.
- Entre las consecuencias no mortales se encuentran las lesiones, síndromes dolorosos crónicos, fibromialgia, colon irritable, síntomas físicos inespecíficos.
- Agravamiento de enfermedades crónicas: trastornos gastrointestinales, HTA, diabetes.
- Afectación de la salud sexual y reproductiva: violencia de género (violencia doméstica) durante el embarazo está asociada con patologías neonatales, parto prematuro y aborto, así como con una mayor prevalencia de ETS e inadecuada atención médica del embarazo.
- Trastornos crónicos como dolor pelviano crónico, alteraciones menstruales.
- Baja autoestima, ansiedad generalizada, trastornos del sueño, depresión y TEPT.
- Negligencia en el cuidado personal y en el cuidado de los hijos.
- Abuso de sustancias.

CONDUCTAS DE RIESGO ASOCIADAS AL CONSUMO PROBLEMÁTICO DE DROGAS

El abuso de drogas no permite que el individuo, especialmente las mujeres, tomen decisiones libremente sobre su vida sexual. El efecto inicial desinhibidor del consumo de alcohol y otras drogas causa la pérdida de control y deterioro de la capacidad de autocuidado. Esto facilita encuentros sexuales no deseados o consentidos, el no uso de métodos de protección ni anticonceptivos, exponiéndose a embarazos no deseados o al contagio de enfermedades de transmisión sexual. Muchas mujeres con consumos problemáticos de drogas se prostituyen ocasionalmente o de forma habitual para acceder al dinero o a una dosis de droga. Se ven obligadas a aceptar prácticas sexuales de riesgo para satisfacer a sus clientes exponiéndose a enfermedades de transmisión sexual como son la hepatitis B, VIH/SIDA, sífilis. Es

frecuente que el intercambio de sexo por una dosis no sea reconocido como prostitución por las mujeres que lo practican, evidenciando las desigualdades de género que todavía persisten en nuestra sociedad.

A pesar de un mayor empoderamiento de las mujeres, todavía algunas frente a una relación afectiva anteponen el amor y la entrega antes que su seguridad y salud, manteniendo conductas sexuales que no las satisfacen y ponen en riesgo su integridad física.

Salir a divertirse para muchos jóvenes lleva implícito el consumo de alcohol y de otras drogas. Este consumo es considerado algo natural y socialmente permitido.

En cuanto a la seguridad vial la imprudencia de un conductor alcoholizado es causa de muchos accidentes de tránsito. El alcohol está implicado en aproximadamente la mitad de los accidentes con resultado de muerte y en la tercera parte de los accidentes con lesionados.

DROGAS Y SALUD MENTAL

Hablar de salud mental incorporando la perspectiva de género nos permite evidenciar las diferencias en el desarrollo psicológico, vivencias, perfil psicopatológico y morbilidad psiquiátrica entre hombres y mujeres. Diferentes investigaciones han demostrado en forma contundente estas diferencias y la necesidad de que los servicios de salud mental puedan comprender las demandas reales de las mujeres cuando ellas solicitan atención.

La explicación de estas diferencias plantea factores constitucionales, genéticos, socioculturales, económicos, de clase, generación, ciclo de vida, raza-etnia, orientación sexual, factores políticos y religiosos, elementos todos que deben contemplarse a efectos del abordaje integral de salud.

Consumir drogas no tiene el mismo significado para hombres y mujeres y no es valorado de la misma forma, recibiendo la mujer una condena social mucho mayor y un menor apoyo familiar. Esto lleva a que muchas mujeres oculten su problema y no pidan ayuda por temor al rechazo de su pareja, familia y entorno. A diferencia del hombre, la mujer intenta mantener sus vínculos afectivos preservando el rol materno mientras este se aleja de su familia, delegando en otros el cuidado de los hijos. Cuando la mujer mantiene una relación de pareja con un hombre consumidor de drogas a menudo permanece junto a él acompañándolo incluso en la rehabilitación, en cambio en la situación inversa en general la mujer es abandonada por su pareja y sus hijos pasan al cuidado de terceros.

Existen factores de riesgo individuales, familiares y sociales que ubican a las mujeres en un lugar de mayor vulnerabilidad para el inicio de un consumo problemático de drogas:

A nivel individual: la baja autoestima, la percepción de fracaso a nivel personal, la imposibilidad de cumplir con los roles asignados, depresión, la imagen de belleza corporal que imponen los medios

de comunicación, la soledad, la necesidad de ser socialmente aceptada en un determinado grupo, acompañar a la pareja en el consumo y los trastornos alimentarios como bulimia y anorexia.

Las mujeres han ido cambiando sus roles y en esa transición las exigencias personales se han hecho cada vez mayores, por lo que el no logro de las mismas lleva a la frustración y a la necesidad de escapar de esta realidad que no las satisface.

A nivel familiar: la presencia de patologías mentales en la familia, consumo problemático de drogas en la familia, pareja que consume drogas, desintegración familiar, pérdida traumática de familiares, conflictos de pareja, separaciones o divorcios, violencia familiar o de género.

A nivel social: relación con personas consumidoras de drogas, falta de oportunidades para el desarrollo personal, aislamiento social, ausencia de participación social, necesidad de imitar conductas masculinas como forma de adaptarse al nuevo rol asignado a las mujeres, temor al rechazo social si no participa en los consumos.

El consumo de drogas en las mujeres es relativamente reciente afectando a los grupos de edades más jóvenes, tendiendo a equiparar las conductas masculinas.

Los trastornos relacionados con sustancias se dividen en dos grupos: trastornos por consumo de sustancias (dependencia y abuso) y trastornos inducidos por sustancias (intoxicación, abstinencia, delirium, demencia persistente, trastorno amnésico, trastorno psicótico, trastorno del estado de ánimo, ansiedad, disfunción sexual y trastorno del sueño, todos ellos inducidos por sustancias).

El DSM-IV refiere mayor cantidad de trastornos que pueden ser producidos por sustancias, y los clasifica por cada sustancia psicoactiva, o grupo de sustancias psicoactivas. Éstos pueden ser:

- Trastornos relacionados con el alcohol (por consumo, dependencia o abuso), o trastorno por intoxicación o abstinencia, (delirium, amnésico, psicótico, de ansiedad, del ánimo, del sueño o sexual).
- Trastornos relacionados con el consumo de alucinógenos (dependencia o abuso) o trastorno por intoxicación (delirium por intoxicación, perceptivo persistente, psicótico, de ansiedad o del ánimo).
- Trastorno relacionados con el consumo de anfetaminas (dependencia o abuso), o trastorno por intoxicación o abstinencia, (delirium por intoxicación, psicótico, de ansiedad, del ánimo, del sueño o sexual).
- Trastornos relacionados con la cafeína (trastorno de ansiedad o del sueño).
- Trastornos relacionados por consumo de cannabis (dependencia o abuso), o trastorno por intoxicación (con alteraciones

perceptivas o sin ellas, delirium, psicótico o de ansiedad, inducido por cannabis).

- Trastornos relacionados por consumo de cocaína (dependencia o abuso), o trastorno por intoxicación con alteraciones perceptivas o sin ellas o abstinencia (delirium, psicótico, de ansiedad, del ánimo, del sueño o sexual).
- Trastornos relacionados por consumo de fenciclidina (dependencia o abuso), o trastorno por intoxicación con alteraciones perceptivas o sin ellas, delirium por intoxicación (trastorno psicótico, de ansiedad o del ánimo).
- Trastornos relacionados por consumo de inhalantes (dependencia o abuso), o trastorno por intoxicación (delirium por intoxicación, demencia persistente, trastorno psicótico, de ansiedad, del ánimo).
- Trastornos relacionados por consumo de nicotina (dependencia o abuso), o trastorno por abstinencia.
- Trastornos relacionados por consumo de opiáceos (dependencia o abuso), o trastorno por intoxicación (con alteraciones perceptivas o sin ellas, delirium por intoxicación, trastorno psicótico, del ánimo, sexual o del sueño).
- Trastornos relacionados por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos (dependencia o abuso), o trastorno por intoxicación y abstinencia (delirium, demencia persistente, trastorno amnésico, psicótico, de ansiedad, del ánimo, sexual o del sueño).
- Trastorno relacionado con varias sustancias:
 - Dependencia de varias sustancias
 - Trastornos relacionados con consumo de otras sustancias o con sustancias desconocidas (dependencia o abuso), o trastorno por intoxicación (con alteraciones perceptivas o sin ellas), abstinencia, delirium, demencia persistente, trastorno amnésico, psicótico (con alucinaciones o ideas delirantes), de ansiedad, del ánimo, sexual o del sueño.

Cuando el mismo paciente sufre un trastorno por abuso de sustancias y otro trastorno psiquiátrico es que se lo denomina como un trastorno dual. Los recursos terapéuticos destinados a estos pacientes son mayores que cuando el diagnóstico es de una patología psiquiátrica o abuso de sustancias aislados, tienen mayor riesgo de suicidio, de problemas legales y de hospitalizaciones más frecuentes y prolongadas.

El planteo diagnóstico en estos pacientes requiere de equipos de salud y centros de tratamiento especializados en psiquiatría y en drogodependencias, siendo en general especializados en una disciplina o en otra, por lo que llegar al mismo genera dificultades y los tratamientos instaurados pueden no ser los adecuados. La comorbilidad más frecuente entre las mujeres fueron los trastornos de ansiedad y de ánimo y el trastorno de personalidad antisocial

entre los hombres alcohólicos.

VIH – SIDA Y SU ASOCIACIÓN CON EL CONSUMO PROBLEMÁTICO DE DROGAS

La diseminación de la epidemia de VIH-SIDA se explica actualmente por las condiciones de exclusión social que ubica a determinados grupos sociales en una situación de vulnerabilidad. Si bien al inicio se interpretaba que la expansión de la infección se debía fundamentalmente a la falta de información, a la falta de responsabilidad o al desinterés de las personas, hoy se asume que su difusión es debido a razones más amplias y complejas. El VIH se concentra en poblaciones vulnerables que viven en situación de pobreza y marginación como son las personas privadas de libertad, HSH (hombres que tienen sexo con hombres), los UDI (usuarios de drogas inyectables) o población trans. Los jóvenes en los contextos más vulnerables de la sociedad, ven a su cuerpo como un medio de obtención de recursos económicos y en estas situaciones mantienen relaciones sexuales sin protección para satisfacer al cliente. La pobreza y la falta de oportunidades les hace difícil la inserción en el mercado laboral formal, pasando a ocupar tareas fuera de la ley donde son explotados física o sexualmente poniendo en riesgo su salud y su libertad.

El género contribuye a la vulnerabilidad que tienen las mujeres frente al VIH, ya que el uso del preservativo es el eje de la prevención y es de dominio masculino. La mujer no debe mostrar a su compañero que tiene conocimientos sobre sexualidad o exigir el uso de preservativo ya que socialmente es el hombre quien enseña y mandata cómo y de qué forma mantener una relación sexual.

Evaluar el comportamiento sexual de un individuo nos permite considerar la exposición al riesgo de transmisión de VIH, ya que a

mayor número de parejas sexuales con la cuales no se ha utilizado protección, aumenta el riesgo de contagio.

Las políticas sanitarias deben lograr cambios en el comportamiento de hombres y mujeres y el involucramiento de cada individuo en las acciones a desarrollarse. Cambiar el estereotipo de que es el hombre quien decide si usa preservativo o no, y la mujer, como muestra de amor y confianza, acepta sin cuestionar. La sustentabilidad de las políticas en esta área requiere del empoderamiento de los involucrados y la participación activa que asegure la continuidad a largo plazo de estas acciones.

En referencia al Informe Epidemiológico ITS -VIH/Sida de Diciembre 2010 del MSP, nuestro país presenta baja prevalencia en la población general (menos del 1%) y alta prevalencia (mayor a 5%) en poblaciones específicas, este patrón de distribución se denomina “de tipo concentrada”. Quienes forman parte de esta población son las personas privadas de libertad, usuarios de drogas, trabajadores sexuales, hombres que tienen sexo con hombres.

El número de casos de VIH notificados ha tenido un crecimiento sostenido en el período de enero 2005 – julio 2010

DISTRIBUCIÓN SEGÚN EDAD Y SEXO

El 54.1% de los casos notificados en el período enero 2005-julio 2010 corresponden a personas del sexo masculino y el 45.9% (1653) a casos del sexo femenino.

La tabla 2 muestra, que la distribución anual de la razón hombre/mujer se ha mantenido en valores que oscilaron entre 0.8-1.48. En el 2009 se observa una relación H/M inferior a 1, lo que traduce

Tabla N° 1. Distribución de las notificaciones de VIH según edad, sexo y relación Hombre/Mujer, en el período enero 2005-julio 2010 - Informe Epidemiológico ITS -VIH/Sida de Diciembre 2010 del MSP

Edad	Hombres	Mujeres	Relación H/M - VIH
0-14a	99	97	1,02
15-24a	191	390	0,49
25-34a	624	620	1,01
35-44a	502	353	1,42
45-54a	334	125	2,67
55y+	202	68	2,97
	1952	1653	1,18

En la tabla 1 se invierte el índice hombre/mujer en la franja de edades de 15 a 24 años. Los exámenes de screening en el embarazo son una de las posibles explicaciones del aumento de los casos diagnosticados en las gestantes. El índice de masculinidad global durante el período 2005-2009 fue de 1.19 (1952/1653).

un mayor número de casos de mujeres VIH positivo notificados a DEVISA

En la infección de VIH en Uruguay predomina la transmisión sexual, sobre la sanguínea. La transmisión sexual es predominantemente heterosexual, seguida por los hombres que tienen

sexo con hombres y luego la bisexual. Según el sexo, predomina en hombres siendo las mujeres un grupo en permanente aumento. La franja etaria más afectada está entre los 15-44 años, con una máxima incidencia entre los 15-34 años de edad.

Tabla Nº 2. Distribución de la relación H/M de VIH notificados a DEVISA. 2005-2009 asignados al año de diagnóstico. Informe Epidemiológico ITS -VIH/Sida de Diciembre 2010 del MSP.

	Año	Relación H/M
	2005	1,29
	2006	1,28
	2007	1,48
	2008	1,35
	2009	0,80
	Global	1,19

Tabla Nº 3. Distribución de la relación hombre mujer por grupo de edades en población con VIH-SIDA notificados durante el periodo 2005-julio 2010. Informe Epidemiológico ITS -VIH/Sida de Diciembre 2010 del MSP

Edad	Hombres	Mujeres	Relación H/M - VIH
0-14a	11	19	0,58
15-24a	58	36	1,61
25-34a	337	152	2,22
35-44a	312	130	2,40
45-54a	172	64	2,49
55y+	125	33	3,79

Tabla Nº 4. Distribución de las medidas de tendencia central de la edad en el total de los casos de VIH-SIDA notificados según sexo - en el periodo 2005-2009. Informe Epidemiológico ITS -VIH/Sida de Diciembre 2010 del MSP

	SIDA total	Femenino	Masculino
Media	38,9	37,4	39,5
Mediana	38,0	36,5	38,0
Moda	38,0	32,0	38,0
Desviación estándar	13,2	13,0	13,3

Tabla N° 5. Casos notificados de VIH por vía de transmisión- Periodo 2005-2010. Informe Epidemiológico ITS -VIH/SIDA de Diciembre 2010 del MSP.

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Total 0
HSH	3,65	3,31	14,96	4,29	1,92	3,17	10,21
Bisexual	2,26	4,09	9,22	3,77	1,02	1,79	6,96
Heterosexual	50,52	46,14	20,78	62,81	37,04	54,56	47,64
Subtotal-Sexual	56,42	53,54	74,96	70,87	39,97	59,52	64,80
Transfusión	0,00	0,00	0,00	0,00	0,13	0,20	0,16
U.D.I.	6,60	10,55	9,74	8,58	4,47	4,76	14,89
Subtotal-Sanguíneo	6,60	10,55	9,74	8,58	4,60	4,96	15,04
Vertical	1,39	0,63	0,52	0,65	0,38	0,20	1,45
Desconocido	35,59	35,28	14,78	19,90	55,04	35,32	18,71
Total	100	100	100	100	100	100	4100

7. Una mirada sobre los consumos de drogas desde la perspectiva de Género

Gabriela Olivera

Como ya se ha mencionado, en el Capítulo 5, los primeros estudios acerca del uso de drogas desde la perspectiva de género, comenzaron por la década de los 70 - 80 del siglo pasado en los Estados Unidos. Más tarde aparecieron otras investigaciones en el Observatorio Europeo y otros, pero lamentablemente, sin la suficiente especificidad que ya necesitaba el estudio del tema en particular para la mujer consumidora de drogas. El tema específico de la mujer y las drogas, había sido en general “invisible”, parecía que sólo los hombres fueran los que usaban y abusaban de las sustancias psicoactivas, siendo una de las explicaciones posibles, que éstos, eran mayoritariamente los consumidores de drogas ilegales, y otros problemas asociados, como los hechos de violencia que vivieron algunos países con relación a la heroína. Otra de las posibilidades, puede ser que los dispositivos y profesionales que trabajaban en el tema, recibían más demandas “explícitas” de hombres que mujeres. Asimismo, luego se fue conociendo más sobre las formas de consumo de las mujeres, “ocultas”, “invisibles”, y esto también pudo haber sido otro de los motivos por los que ellas mismas no concurrían a pedir ayuda, por no “mostrarse” desde un rol transgresor, el cual no esperaba de ellas ninguna sociedad occidental. Así, quedaba en esos momentos, un importante sector de la población –la mitad-, a la espera de romper con esa invisibilidad que imposibilitaba que pudieran compartir su problemática e incluso abrirse a tratarla.

Incluso, hoy “...en la práctica cotidiana observamos que la percepción social de las mujeres adictas trae consigo un estigma más marcado e incluso una visión más negativa para las propias afectadas. Factor éste que puede explicar su menor inclusión en lista de tratamiento o adherencia a los mismos...”⁽¹⁾

Actualmente, sabemos que los consumos en las mujeres presentan características distintas a las de los hombres, -tanto por factores culturales, educativos, sociales e incluso legales-, además de conocer que muchas de las veces, las mujeres desarrollan consumos problemáticos de drogas que implican una gravedad mayor, no sólo para su salud integral, sino también para su entorno, familia, su relación con su pareja e hijos.

“...Factores tales como los nuevos roles desempeñados, los roles

asignados, la dependencia afectiva, la publicidad directa e indirecta y la influencia de los medios de comunicación, la imagen corporal, las cargas sociales, las relaciones personales, la violencia directa o indirecta ejercida contra las mujeres, las nuevas situaciones vitales fruto de los nuevos roles libremente elegidos (salida al mercado laboral, cambios en el estado civil, mayor autonomía y libertad para decidir, etc.) y las nuevas formas de ocio contribuyen al inicio y mantenimiento de conductas de adicción diferenciales entre hombres y mujeres y se constituyen en verdaderas situaciones de riesgo para estas últimas...”⁽²⁾

Asimismo, ya conocemos que las drogas en sí mismas, no son lo central de la problemática, sino los vínculos que establecen las personas y sus contextos cuando las consumen o abusan de ellas. El valor simbólico de las drogas, sus significados socio culturales, los efectos que se buscan al tomarlas, las expectativas que se tienen cuando se las procura, las motivaciones, actitudes, y los comportamientos, son lo que realmente hace a la problemática. En ese sentido, nos hace falta estudiar más, acerca de los usos y abusos de las drogas por parte de las mujeres.

Si nos centramos en las motivaciones de experimentación, uso y abuso de drogas por parte de las mujeres, distintas fuentes nos aportan datos interesantes, la mayoría de ellos, provenientes de mujeres que ya han realizado tratamiento y que expresan las razones por las que empezaron a consumir. En éste tema, influyen variables tales como: la edad y sus ciclos vitales, sus estados de ánimo, sus problemas sociales y también si están en pareja o no. Con respecto a las parejas, muchas son las usuarias de drogas que expresan haber “experimentado” por primera vez o usar habitualmente drogas, a partir del encuentro con un determinado compañero sexual. Algunas también señalan que así se sentían más unidas a ellos, o que habían consumido por curiosidad, o por compartir momentos placenteros, o en otras ocasiones, se sintieron presionadas a hacerlo. En este tema, juega un rol fundamental la “afectividad” de la mujer, -distinta a la del hombre-, la que desde su proceso de socialización primaria puede sentir e incluso desear, “acompañarlo” en determinadas conductas. Sin embargo, y paradójicamente, en las poblaciones más jóvenes, cuando las chicas empiezan a experimentar con las drogas, si “abusan de ellas”, es decir, si se emborrachan, si “están pasadas de rosca” –expresión acuñada muchas veces por los chicos-, las cosas cambian. Es decir, para los chicos, está bien visto que las muchachas se integren, se desinhiban, pero sólo en las instancias de recreación o de ocio, y por supuesto, con ciertos límites. Ellos

¹ Rekalde A, - Vilches C. – “Drogas de ocio y perspectiva de género en la CAV” – Dirección de Drogodependencias del Gobierno Vasco y otros. Donostia, 2003

² Arostegui Santamaría E, Urbano Aljama A. – “La mujer drogodependiente especificidad de género y factores asociados” Informe realizado en el marco del convenio realizado de colaboración que el Instituto Deusto de Drogodependencias mantiene con la Dirección de Drogodependencias del Gobierno Vasco.

Desvelando velos... sobre Género y Drogas

Aspectos Teórico-Metodológicos y Buenas Prácticas de Abordaje del
Uso Problemático de Drogas desde distintas Perspectivas de Género

mismos declaran que una cosa es la hora de “divertirse” –donde parece que todo vale-, y otra es la hora de “buscar pareja”. Allí ellos esperan a la chica que se maneja con las drogas de manera más moderada, que se cuida, que no se expone, y a menudo, a la “novia” que no consume drogas. Volvemos al tema del estigma sobre la mujer: parecería que al hombre le estaría permitido “pasarse” –incluso su pareja puede hasta hacer de cuidadora y ponerle los límites-, y eso les gusta a los varones. Pero un comportamiento similar no es bien visto o no es lo deseable para una chica. No se pueden hacer generalizaciones de estudios parciales, como son a los que nos referimos, pero sí existen roles y valores con los que aún están conviviendo hombres y mujeres. Cuando sucede que una de las chicas está en pareja con un chico consumidor que acepta que ella consuma, muchas de las veces, las distintas situaciones sociales, la van haciendo apartarse de sus propios núcleos de pertenencia, pasando a formar parte del círculo de su pareja, y alejándose cada vez más de su antiguo grupo de amigos y amigas, más, si éstos no son consumidores. Este no es un tema exclusivo de los usos de drogas, lo mismo pasa con la sexualidad, dónde los chicos sienten que está bien “variar de pareja” para ellos, pero desean que “su chica” no haya estado con muchos compañeros sexuales antes, más si son de su mismo círculo de amigos.

Elizabeth Etorre⁽³⁾, autora que ha estudiado el tema de género y drogas, especialmente desde el rol de la mujer -cambiante- en cuánto a su inserción paulatina en las esferas públicas, encuentra conexiones con los usos y abusos de drogas y éstos cambios. Ella encuentra que el proceso de socialización de la niña – mujer está orientado desde su nacimiento y desarrollo, hacia la “dependencia”, en una medida mucho mayor que el hombre. Subraya que el concepto de dependencia conlleva en éste caso, una concepción “dual”, y particularmente está relacionado con el uso y abuso de drogas en las mujeres. “... Al observar la etimología de las raíces de la dependencia encontramos que ésta tiene dos significados: “adicción” y “algo subordinado”. Al hacer una distinción entre ambas definiciones, he denominado la primera del tipo “adicción” y la segunda del tipo “subordinado”. Para las mujeres como grupo social, la primera definición (dependencia del tipo adicción) es el aspecto inaceptable de la dependencia, mientras que la segunda (dependencia del tipo subordinado) no sólo es el aspecto aceptable, sino también el prescrito...”.

Es de destacar lo ya analizado con respecto a la definición de roles: asignados, asumidos y transgresores, dónde nuevamente habíamos encontrado una asociación con el uso y abuso de drogas, en aquellas mujeres que empezaban a “no aceptar” lo que se esperaba de ellas, para incursionar y experimentar en otras esferas y ámbitos, dónde los estilos de vida les ofrecían oportunidades y comportamientos que anteriormente estaban destinados sólo a los hombres.

Etorre manifiesta que la dependencia de tipo “subordinado”, aún es muy bien vista, esperada y aceptada, por la sociedad toda, e incluye a algunas mujeres en éstas expectativas, citando a otra autora (Gloria Steinem), quién haciendo un paralelismo con las personas adictas a la heroína, también denominados “yonkis”, dice: “... las mujeres son “yonkis de los hombres”, lo que podría interpretarse como que necesitan inyectarse regularmente la aprobación y presencia masculina tanto a nivel profesional como personal. Etorre también recoge planteos sociológicos al respecto del concepto de dependencia, en especial del autor Giddens, para hablar de otra faceta más de las “dependencias” de las mujeres. Expresa que diversas investigaciones han demostrado que la “dependencia” de la mujer, está íntimamente ligada a su vida cotidiana, a su existencia, a la preferencia por los trabajos y cuidados “hacia los demás”. Y recoge otros planteos sociológicos, que hablan de que ésta, podría ser “otra” de las formas de la mujer, de continuar en éste proceso de “ser dependiente”.

Algunos estudios sobre los usos de drogas entre los y las jóvenes, encuentran que los chicos siguen buscando para “parejas”, a las chicas que de algún modo, aún siguen “acomodándose” entre los “roles asumidos y los transgresores”, que los acompañen en los momentos de ocio, pero que también los cuiden, -como esperando que puedan cumplir también algo similar a un modelo maternal-, ésta es una de las dificultades que más estresa a las chicas, éstos caminos nuevos a crear, dónde poder transitar junto a sus parejas momentos de divertimento y cariño y ser aceptadas también según sus propios deseos.

ALCOHOL

Más allá de los daños para la salud que provoca el abuso de alcohol, se puede aseverar que afecta de manera distinta al organismo de las mujeres, quienes, consumiendo dosis de alcohol equivalentes a la de los hombres, presentan niveles de alcoholemia superiores con una metabolización más rápida, lo que puede generar mayores cantidades de acetaldehído, metabolito responsable de gran parte de la toxicidad del alcohol. Es decir, el alcohol es más perjudicial en la mujer que en el hombre a dosis equivalentes, bien por mecanismos toxicocinéticos que originan concentraciones más elevadas de alcohol en sangre, y además por una mayor sensibilidad del sistema nervioso central al alcohol.

Las mujeres con consumo crónico de alcohol presentan patología hepática más severa que los hombres, así como mayor afectación cardiovascular, miopatía y osteoporosis.

Con referencia a la adicción de la mujer al alcohol, Chatham⁽⁴⁾, ha estudiado profundamente su etiología, atribuyendo factores tales como: “... eventos críticos de su vida: la muerte de un ser querido, a una niñez en una familia disfuncional, a problemas como

³ Wilkinson Sue, Kitzinger Celia. “Mujer y Salud” Una perspectiva feminista. Ed. Paidós Ibérica, S.A. 1996

⁴ Chatham, L,R, (1990) Understanding the issues: An overview, En ENGS,R.C. “Women: Alcohol and other Drugs” Iowa: Kendall/Hunt publishing

ansiedad y depresión y al hecho de tener familiares masculinos alcohólicos o abusadores sexuales. Además, es frecuente que la pareja también sea adicta a las drogas...”

Asimismo, la mujer está más expuesta ante el abuso de alcohol, a los problemas que tienen que ver con su fertilidad y su maternidad, como el posible Síndrome Alcohólico Fetal.

Con referencia a la etiología del abuso y dependencia al alcohol, Rekalde y Vilches, expresan:

“...Las mujeres consumen alcohol como forma de escape ante situaciones problemáticas: acontecimientos vitales, estrés, separación de los hijos, ruptura de pareja, etc. Es decir, para escapar de situaciones extremas. Las tensiones vividas en sus roles de madre, esposa, ama de casa y amantes y los sentimientos de inadaptación a estos roles corren parejos con la insatisfacción de las expectativas personales, tanto en el hogar como en el trabajo, elementos que están íntimamente asociados a su proceso de alcoholización...”⁽⁵⁾

Con respecto a la tendencia a la equiparación del consumo de alcohol, encontramos que ésta droga, -aunque de uso legal-, se sustenta en una extendida permisividad y aceptación social en nuestra sociedad. Eso posibilita también la masificación de su consumo y la incorporación de nuevos colectivos a su consumo, como lo son las adolescentes y las mujeres más jóvenes, grupos poblacionales, a los que décadas atrás, no les hubiera resultado habitual el uso de ésta sustancia psicoactiva. Asimismo, el ingreso de las publicidades de los medios masivos de comunicación, dónde se promueve la imagen de la mujer joven “libre, autónoma, feliz, rodeada de amigos o de éxitos”, incrementa la reproducción

de ésta asociación: consumo de alcohol – diversión. Más allá de que no es lo mismo consumir alcohol abusivamente cuando la mujer es joven que cuando es adulta, a la larga las consecuencias son nefastas para todas. Para las más jóvenes, es igualmente riesgoso, dados los factores de riesgo asociados a una posible ingesta abusiva: pérdida del control de conciencia, olvido de usar preservativo y contraer alguna ITS o un embarazo no deseado, conducir un vehículo o subirse a un vehículo que conduce una persona alcoholizada, etc. Estas consecuencias, pueden ocurrir por ejemplo, en éstos nuevos patrones juveniles de consumo de fin de semana, dónde los y las jóvenes relatan que ya van “haciendo la previa”, es decir, tomando tragos fuertes, antes de entrar a los lugares de recreación nocturna. Una de las respuestas a las interrogantes de los efectos buscados en éste consumo abusivo, parece ser no sólo la diversión y la curiosidad, sino también la “facilitación” e “inhibición” que les permitiría sentirse más integradas a los nuevos roles que enfrentan cada día las jóvenes en una sociedad de cambios de patrones de consumo de drogas. Nuevamente podemos encontrar otra asociación con lo mencionado sobre las problemáticas sociales que aparecen cuando un objeto se convierte en una “mercancía”, y pierde su anterior significado, o valor. Cuando se masifican los mercados, cuando la publicidad los promociona como asociados a valores como la amistad, la solidaridad, entre otros.

Con respecto al abuso y dependencia al alcohol, existe una estrecha relación, en un doble sentido: el golpeador alcoholizado y la víctima que se alcoholiza para poder soportar la vivencia de desamparo. En ese sentido, Rekalde y Vilches, expresan: “...la relación entre consumo y malos tratos...físicos,...psíquicos desde la adolescencia...es una posible consecuencia....que se traduce en el consumo abusivo de alcohol y otras drogas para

Tabla resumen indicadores de consumo.

	Alcohol	%
	Nunca consumió	18,5
	Alguna vez en la vida	81,5
	Últimos 12 meses	70,2
	Últimos 30 días	52,7
	Iniciaron este año	18,6*

Base: total de la muestra
% sobre el total de la población.
Cuarta Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas en Estudiantes de Enseñanza Media. OUD 2009.

⁵ Rekalde y Vilches. Ob. Cit.

poder enfrentarse al miedo que le provoca el día a día...”(6)

Comentarios sobre los consumos de drogas en adolescentes y jóvenes desde un enfoque de Género(7)

“...El alcohol es la sustancia más consumida por los estudiantes de Enseñanza Media. Ocho de cada diez estudiantes ha experimentado con alcohol alguna vez en su vida. En el inicio de su trayectoria en Secundaria, el consumo alguna vez en la vida alcanza a más del 70%, en tanto que al finalizar casi la totalidad de los estudiantes lo ha hecho (95%); lo que evidencia que, en promedio, antes de llegar a los 18 años sólo el 5% de los jóvenes escolarizados no ha probado alcohol alguna vez en su vida...”.

La distribución del consumo alguna vez en la vida con alcohol en

función del sexo en el total de los estudiantes demuestra que tanto hombres como mujeres lo hicieron en la misma medida.

El consumo actual o habitual de alcohol no presenta diferencias significativas estadísticamente entre los residentes en Montevideo y el Interior del país. De la misma forma, en el total de estudiantes, el sexo no es discriminante en este tipo de consumo(8).

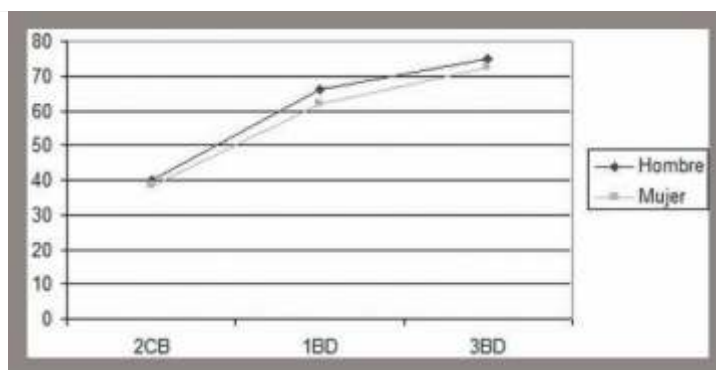
En una gran medida los comportamientos adquiridos en el segundo decenio de vida, tienen consecuencias en el futuro de las personas y de la sociedad, aunque recién se manifiesten en la etapa adulta de la vida. La Organización Mundial de Salud da cuenta de ello cuando estima que 70% de las muertes prematuras son la consecuencia de conductas que se inician en la adolescencia. Uno de los estudios seleccionados como fuente de éste material, (Arostegui y Urbano),

Consumo actual de alcohol (últimos 30 días) según sexo y curso.

Variables	%
Sexo	
Hombres	53,0
Mujeres	52,6

Base: total de la muestra
Cuarta Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas en Estudiantes de Enseñanza Media. OUD 2009.

Consumo actual de alcohol según curso y sexo (%)



Cuarta Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas en Estudiantes de Enseñanza Media. OUD 2009
2CB Segundo Año del Ciclo Básico, 1BD Primero de Bachillerato diversificado y 3BD Tercero de Bachillerato Diversificado.

⁶ Ibid.

⁷ Este apartado fue realizado en base a los datos de la IV Encuesta Nacional sobre consumo de drogas en Estudiantes de Enseñanza Media. Observatorio Uruguayo de Drogas, Uruguay 2009

⁸ Los indicadores utilizados para medir magnitud y patrón de consumo son los siguientes:

PREVALENCIA DE VIDA: Responde a la pregunta: “Alguna vez en tu vida has consumido...”. Es un indicador de consumo experimental.

PREVALENCIA DE AÑO: Responde a la pregunta “Has consumido en los últimos 12 meses...?”. Mide el consumo reciente.

PREVALENCIA DE MES: Responde a la pregunta “Has consumido en los últimos 30 días..?”. Mide el consumo actual.

señala sin embargo para las mujeres, (estudio de un colectivo de mujeres vascas), lo siguiente: "...las mujeres que consumen más alcohol es un segmento de mujeres jóvenes, principalmente del medio urbano, de buen nivel educativo, estudiantes y activas económicamente, de actitudes religiosas no convencionales y de ideologías de centro izquierda..."

Como hemos visto, no sólo existen diferencias entre género, sino también intra-género, como son las que se dan con las distintas características de uso de la droga, de búsqueda de efectos, y de las consecuencias del consumo de alcohol entre las jóvenes y las mujeres adultas. Se trata de una cierta parte de las mujeres emancipadas y poco convencionales que entre los comportamientos "normalizadores" reproducen ciertas conductas socioculturales aparentemente facilitadoras de su integración en el nuevo rol. El alcohol también es consumido, asimismo, en situaciones con un componente de ansiedad: situaciones o procesos de separación o divorcio o entre las de mujeres pensionistas con realidades problemáticas: discapacidad, marginación, soledad, etc.

El inicio temprano en el consumo de alcohol, es un dato de suma importancia, ya que las y los adolescentes, no han completado aún su desarrollo psicofísico, perjudicándose precozmente su salud y sus oportunidades futuras de obtener un estado de bienestar consigo mismos y mismas. Los y las adolescentes son fisiológicamente más vulnerables que los adultos, por el mismo proceso de desarrollo que están transitando, además de conocer que los hábitos aprehendidos en la niñez y la adolescencia, si son reforzados, son más difíciles luego de abandonar.

"...La frecuencia del consumo de alcohol es utilizado como indicador del riesgo de dependencia de los jóvenes, en tanto que la intensidad de consumo en cada oportunidad es un indicador de abuso y se vincula a otros riesgos asociados, a saber, accidentes, lesiones, cuadros agudos de intoxicación, etc.

En lo que respecta a la frecuencia, se encuentra que el 37% de los consumidores actuales declara que toma bebidas alcohólicas varios días a la semana, siendo el 6% de éstos los que lo hacen todos los días, con lo que este uso regular puede estar indicando situaciones de uso problemático del alcohol. El restante 63% consume alcohol los fines de semana únicamente, con lo que se estaría frente a un consumo, si bien actual, más ocasional y asociado al tiempo de ocio y ocasiones festivas y sociales.

Con respecto a la frecuencia de consumo de alcohol se presentan diferencias significativas entre hombres y mujeres, siendo mucho mayor el consumo diario o varios días semanales en los primeros, en tanto que en las mujeres predomina el uso de alcohol sólo los fines de semana.

En las generaciones más jóvenes se evidencia un consumo más frecuente de alcohol; beben diariamente el 9% de los consumidores actuales de 2 CB y el 6% de los de 1 BD, en tanto no alcanza a ser el 2% de los que cursan 3 BD quienes se encuentran en esta situación.

Sobre el total de estudiantes, el 38% de los estudiantes varones ha tenido uno o mas episodios de abuso por ingesta de alcohol en los últimos 15 días, mientras en la misma situación se encuentra el

Edad promedio de experimentación con alcohol según área geográfica, sexo, curso y ámbito educativo.

	Edad de inicio
Total de estudiantes	12,83
Montevideo	12,79
Interior	12,88
2 CB	12,07
1 BD	13,07
3 BD	14,02
Hombre	12,47
Mujer	13,16
Establecimiento Público	12,82
Establecimiento Privado	12,90

Base: consumidores experimentales
Cuarta Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas en Estudiantes de Enseñanza Media. OUD 2009.

32% de las estudiantes mujeres... ”⁽⁹⁾.

TABACO

El uso del tabaco es la causa prevenible más importante de muchas enfermedades y muertes prematuras en diversos países. La Organización Mundial de la Salud informa que cada año mueren 10 millones de personas aproximadamente, debido al consumo de productos del tabaco. Asimismo, informa que el 70% de estas muertes, ocurren en países en vías de desarrollo. Una de las principales razones por las que la OMS hace proyecciones sobre el aumento futuro de las muertes causadas por el tabaquismo, es el ingreso de las generaciones más jóvenes al consumo de tabaco. Por esa razón, los estudios sobre los niños, niñas y jóvenes, -y su relación con el tabaco-, son centrales para la elaboración de próximas y efectivas intervenciones preventivas. Estas investigaciones nos brindan información muy valiosa sobre el consumo temprano del tabaquismo, y los entornos de riesgo que facilitan las conductas de consumo de los jóvenes, aportando un insumo fundamental sobre cuáles son los factores de protección familiares y sociales que se deberían promover, a fin de crear ambientes más saludables y protectores de las generaciones más jóvenes.

El consumo de tabaco ha aumentado considerablemente en todas partes del mundo durante la segunda mitad del siglo pasado, transformándose en una de las principales causas de muerte anticipada y evitable. Ello ha llevado a que los organismos internacionales y regionales dedicados específicamente a la salud, como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), utilizaran el término “epidemia” para referirse a la situación generada por el consumo de Tabaco a nivel mundial.

El hábito de fumar constituye un problema que afecta la salud de nuestra población, siendo la causa más frecuente de enfermedades crónicas que llevan a incapacidad y muerte prematura. En general, las enfermedades vinculadas al tabaquismo (cáncer, enfermedades cardiovasculares, arteriopatías), se manifiestan en la edad adulta, aunque el inicio del hábito de fumar se adquiera a edad temprana.

Dentro de los efectos del consumo de tabaco, encontramos los de corto y largo plazo:

Entre los de corto plazo:

- disminución de la defensa inmunológica del organismo
- reducción del desempeño atlético

- afectación de la salud del hijo de madre fumadora (bajo peso al nacer, muerte súbita)
- primer paso para el uso de otro tipo de drogas

Con respecto a este ítem Elisardo Becoña⁽¹⁰⁾ recopila las últimas investigaciones internacionales acerca de la “Hipótesis de la Escalada” y siguiendo a Kandel y Jessor (2002) se asegura que existe una FUERTE EVIDENCIA respecto a que entre los adolescentes la iniciación en el consumo de drogas comienza con las primeras drogas de la secuencia, es decir con el alcohol y el tabaco. Asimismo, Becoña manifiesta que: “El consumo de una droga de inicio en la secuencia está asociado con un incremento del riesgo o probabilidad de utilizar otra droga de la secuencia más tarde”. Es de rigor entonces destacar que para este autor no existe evidencia científica que establezca una relación causal entre consumos de diferentes drogas que vuelvan sustentable la teoría de la escalada. A su entender existiría sólo mayor riesgo de consumo de otras drogas una vez instalado el consumo de alcohol y tabaco.

El 44% de los estudiantes probó alguna vez en su vida tabaco. En 2 CB la experimentación alcanza al 32%, en tanto en 1 BD y 3 BD se ubica en 53% y 60% respectivamente, lo que está indicando que la mayor incorporación de experimentadores se da entre los 13 y los 15 años. El tabaco es la droga elegida en mayor proporción por las mujeres, quienes presentan un 46% de experimentación y un 21% de consumo actual, en tanto en los hombres estos valores son del 41% y 15% respectivamente.

Diversos estudios de la Organización Mundial de la Salud, sobre la evolución del cáncer de pulmón en hombres y mujeres en el mundo, nos muestra como desde la década de los 70 del siglo pasado, las mujeres sobrepasaron a los hombres en contraer ésta enfermedad. En el siglo pasado, aproximadamente por los años veinte, comenzó a instalarse el hábito de fumar en las mujeres en los países occidentales. Ya en ese momento, la publicidad era una de los elementos más importantes de motivación para el inicio del fumar en las mujeres. Distintas agencias publicitarias internacionales mostraban a actrices famosas en sus campañas, asociando el hábito de fumar, al refinamiento, la belleza, la autonomía, el modernismo y la libertad. El lugar que le tocó jugar a la mujer en la primera y segunda guerra mundial, contribuyó a que se incorporara al mundo laborar fuera del hogar, el que estaba destinado casi exclusivamente a los hombres. El hecho de trabajar y de ganar autonomía, se fue asociando al hábito de fumar, es decir, de ahora en más, -no sólo las mujeres trabajarían como los hombres-, sino, que adoptarían alguno de sus comportamientos, entre ellos: fumar.

Actualmente, podemos observar que otros factores también

⁹ *Ibíd.* El uso problemático de drogas se refiere a aquellos tipos de uso que, tanto desde el punto de vista médico-toxicológico como desde el punto de vista sociocultural son capaces de provocar daños en al menos una de las siguientes cuatro áreas vitales básicas: 1) el área de las relaciones sociales primarias (familia, pareja, amigos), 2) el área de las relaciones sociales secundarias (trabajo, estudio), 3) el área de la salud física y psíquica y 4) el área de las relaciones con la ley. (Programa Consumo Cuidado. JND/Secretaría de la Juventud IMM/E Abrojo)

¹⁰ Becoña, Elisardo “Bases científicas de la prevención de las drogodependencias”. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Madrid 2002

motivan e influyen en el hábito de fumar de las mujeres, como ser: el estrés que causan las nuevas responsabilidades sociales, laborales y familiares, (muchas veces la mujer es jefa y único sostén de la familia), que debe cumplir.

Muchos y diferentes son los factores que pueden influir en el consumo de tabaco en las adolescentes y mujeres, tanto en el inicio del consumo, como en su mantenimiento y dependencia. Los internos, pueden tener que ver con el componente emocional de la persona, por ejemplo: la imagen de sí misma, la autovaloración y auto estima, trastornos del humor, depresión, etc. Los externos, - más emparentados con el componente social- muchas de las veces, se deben a factores como: la publicidad, disponibilidad, precios del producto, la permisividad social del consumo, las leyes y decretos de protección a la salud de la población-del humo de tabaco ambiental, las condiciones de la vida urbana, etc. Es de rigor destacar también la influencia que tienen los factores de carácter cognitivo, como ser la información, creencias, actitudes, y la percepción del riesgo que se tenga del consumo de tabaco.

Como las más jóvenes, serán las mujeres del mañana, es importante darle una mirada específica también a las motivaciones que mantienen a las mujeres actuales en su hábito y dependencia al tabaco. En éste sentido, tenemos algunos aportes muy interesantes para compartir que nos aporta una investigadora que ha profundizado mucho en el tema en particular. Hilary Graham⁽¹¹⁾ reflexiona al respecto de sus investigaciones: "...Este hábito, identificado como la causa principal de muerte prematura y enfermedades en la niñez, es en Inglaterra, -paradójicamente-, el que muchas mujeres identifican como esencial para su supervivencia y la de sus familias... y sobre el lugar que ocupa el fumar en sus vidas...".

Las diferencias socio económicas y educacionales, no parecían ser relevantes para las mujeres ante el uso del tabaco, aunque en los países desarrollados, ya se encuentra una pendiente importante en las mujeres con un nivel medio y alto educacional, o con una posición socio económica más estable y autónoma, a dejar el hábito de fumar. Sin embargo, la citada autora encuentra aún -a partir de diversos meta análisis del tema-, que las mujeres de clase obrera son las que más fuman y a las que más les cuesta dejar el hábito. Este perfil parece estar marcado por las siguientes características: mujeres que viven en la pobreza o marginación, madres solas con varios hijos a su cargo, y que no cuentan con redes de apoyo familiar o social. Graham sostiene que: "...los vínculos entre el tabaco y las responsabilidades de género y entre el primero y las circunstancias de clase..." son los puntos más vulnerables. "...mientras estas dos dimensiones se experimentan juntas, el

separarlas ilustra los complejos modos en los que el fumar está implicado en las vidas de las mujeres..."⁽¹²⁾. La vida diaria de éstas mujeres, cuidar de los hijos, trabajar fuera y dentro de la casa, satisfacer las necesidades de los otros miembros de la familia, y arreglárselas con salarios muy magros para sostener muchas veces solas o con un compañero que muchas veces también obtiene una paga escasa, provoca un nivel de estrés en ellas que las hace sentir sin tiempo para sí mismas, incluso, sin ninguna o casi ninguna satisfacción para ellas mismas. Graham -hablando de los intentos de las mujeres por hacerse momentos para sí mismas-, ilustra excelentemente en la siguiente frase estos planteos que hacen las fumadoras de éstas características socio demográficas: "...Estos descansos, principalmente del tipo de tomarse un té o un café, tienen un significado material y simbólico, marcando el tiempo de persona adulta en que las madres pueden descansar y recargar. Para las fumadoras, el tabaco parece jugar un papel central en este proceso de delimitar un tiempo para ellas: el adelanto de los descansos cuando las rutinas cotidianas pueden posponerse temporalmente y la madre puede entrar en un mundo social que no está centrado exclusivamente en el cuidado de los pequeños..."⁽¹³⁾. Incluso, la autora señala a partir de estudios de las mujeres ante el enfrentamiento de situaciones de enojo, estrés o incluso ira y potencial actos violentos, que muchas de las fumadoras han experimentado que fumar en esos momentos, les ha servido como una especie de herramienta, "...un modo de reimponer el orden y la calma cuando sienten que su paciencia y energía se ha agotado... así, fumar, supone tanto una herramienta, como un espacio dedicado a ellas mismas al que se puede acceder al instante cuando sienten que han llegado a su límite..."⁽¹⁴⁾.

Otras investigaciones⁽¹⁵⁾, demuestran que los conocimientos sobre los perjuicios y daños ocasionados por el tabaco, o sea, la información, es necesaria, pero no condición suficiente para que dejen el hábito. También, se visualiza que los estilos de vida, y sobre todo las normativas gubernamentales, son de mayor impacto y apoyo para dejar el hábito o por lo menos, prepararse para ello. Medidas que deben venir acompañadas de dispositivos de atención gratuitos para aquellas personas que deseen intentarlo y accedan a los tratamientos de cesación de tabaco con facilidad.

En ese sentido, la Organización Mundial de la Salud, OMS, adopta en la 56 Asamblea Mundial de la Salud, (Mayo 2003), el Convenio Marco para el Control del Tabaco, CMCT. Nuestro país, aprueba el Convenio Marco para el Control del Tabaco, promovido por la Organización Mundial de la Salud, (Ley 17.793 del 16 de julio de 2004). Actualmente el Uruguay, es el Primer país del continente americano y el tercero a nivel mundial LIBRE DE HUMO DE TABACO. Esto ha sido un gran avance no sólo para los menores,

¹¹ En Wilkinson y Kitzinger, Ob.Cit. Capítulo 7, "Sobrevivir con el tabaco"

¹² Ibid.

¹³ Ibid.

¹⁴ Ibid.

¹⁵ Women and the Tobacco Epidemic – Challenges for the 21st Century – Edited by: Jonathan M. Samet and Soon – Young Yoon - The World Health Organization, in collaboration with the Institute for the Global Tobacco Control – Johns Hopkins School of Public Health

que ahora encuentran “coherencia” con el discurso de los daños ocasionados por el tabaco, sino también para aquellas personas que deseen dejar el hábito, ya que nuestro país actualmente, cuenta con dispositivos gratuitos en todo el país para realizar un tratamiento de cesación del hábito de fumar.

TRANQUILIZANTES

Como señalan los datos de la Cuarta Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas en Estudiantes de Enseñanza Media “La experimentación con tranquilizantes sin prescripción médica es mayor en las mujeres (7,6%) que en los hombres (4,5%). Asimismo este tipo de consumo aumenta a medida que avanzamos en el ciclo secundario. El mayor consumo experimental sin prescripción médica se encuentra en las mujeres de 3 BD donde alcanza el 12%...”.

Cuando mencionamos el uso y abuso de alcohol, hablamos de las diferencias, no sólo entre género, sino también intra género. El caso del uso de psicofármacos, es una clara expresión de ésta diferencia. Diferentes investigaciones⁽¹⁶⁾, asocian el uso y abuso de psicofármacos, a las manifestaciones de las mujeres que perciben “malestares”, que ellas mismas atribuyen a diferentes causas que hacen a la incapacidad de cumplir como desearían con sus roles de género asignados. Esos “malestares” parecen corresponderse con determinados ciclos vitales, con el estrés que sienten por sobrecarga de tareas, -fuera y dentro del hogar-, exigencias sentidas que muchas veces las hacen sentirse culpables si no pueden cumplir-las, etc. Responsabilidades que les llegan desde distintos entornos: laboral, pareja, hijos e hijas, sociales, etc. Otro de los motivos expresado, es la “soledad” en que se sienten muchas de las veces para afrontar todas estas situaciones. Sin embargo, a pesar de sentirse solas, parecen no tener tiempo de “estar a solas consigo mismas”, ya que otro de los motivos es sentirse “culpables” si dedican tiempo para ellas mismas, porque sienten que dejan de hacer las tareas que desde todos los tiempos han venido haciendo para los demás. La investigación realizada por Romo Aviles⁽¹⁷⁾ en

tres Comunidades Autónomas Españolas, interpreta a partir del trabajo de los grupos de discusión, que las participantes manifiestan “depresión”, pero que existen motivos latentes que hay que seguir indagando. Algunas de las razones de esos malestares, fueron: problemas conyugales, menopausia, separaciones o divorcios, y el abandono de los hijos e hijas del hogar (“síndrome del nido vacío”). Los cambios que producen en ellas éstas modificaciones de su vida cotidiana, traen también aparejados problemas como la falta de empleo o de expectativas laborales, o la incapacidad de resolver éste nuevo entorno en el que se encuentran y también el desconocimiento de la mejor manera de ejercer sus cuidados personales.

Otras fuentes (Arostegui y Urbano), también han encontrado otras motivaciones para la búsqueda del psicofármaco en la mujer, como ser: la angustia y el “nerviosismo”. Asimismo, han encontrado que existe una tendencia al aislamiento, soledad y apatía en las mujeres consumidoras, consecuencias indeseables e importantes efectos negativos en hábitos y rendimientos.

El acceso a los psicofármacos es facilitado muchas de las veces por el mismo personal sanitario, el cuál, -quizá-, por la manera de expresar el malestar muchas de las mujeres suelen estar más abiertas a la comunicación de sus problemas que los hombres, y manifiestan más naturalmente sus tristezas, incluso a través del llanto. Algunas de las veces pueden estar encubiertos reales trastornos de ansiedad o depresión, que deberían ser derivados no sólo a terapia farmacológica, sino también psicológica, no siempre siendo esto prescripto. El autoconsumo, luego de las primeras prescripciones médicas, es también un recurso habitual que han encontrado para el uso de éstos medicamentos, siendo muy diversas las formas de acceso a ellos. En cuanto al dato de la tasa mayor de consumo en el interior de nuestro país, es bastante comprensible que en un medio social más pequeño, los “roles asignados” para las mujeres de esta franja poblacional, sean mucho más estresantes de sobrellevar que en una ciudad como la Capital. Esos roles son más fáciles de “control social”, de comen-

Consumo actual de tabaco (últimos 30 días) según sexo y curso.

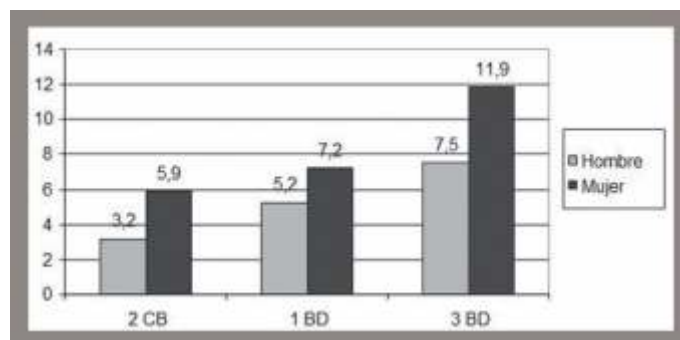
Variables	%
Sexo	
Hombres	15,5
Mujeres	21,1

Base: total de la muestra
Cuarta Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas en Estudiantes de Enseñanza Media. OUD 2009

¹⁶ Romo Aviles, N. Gil García, E. “Género y uso de drogas. De la ilegalidad a la legalidad para enfrentar el malestar. Trastornos Adictivos. Volumen 08 No. 4, Octubre 2006.

¹⁷ Ibid.

Consumo experimental de tranquilizantes según curso y sexo (%)



Cuarta Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas en Estudiantes de Enseñanza Media. OUD 2009

tarios, de juicios de valor, de cuestionamiento, además que es claro, que en muchas de las ciudades del interior de nuestro país, no hay suficientes espacios de recreación ni siquiera para los jóvenes, menos, aún para éstas mujeres.

El panorama juvenil de las mujeres es bien diferente. Y uno de los datos que nos gustaría destacar es que presentan mayor precocidad en el inicio del consumo por su cuenta, y esto atañe a la población de las mujeres jóvenes. Estas mujeres, están viviendo un proceso de permanente cambio, diferente al que han vivido sus madres y abuelas, sienten que tienen muchos espacios para ocupar, (estudio, trabajo, parejas, recreación, etc.), y parecen haberse quedado sin “modelos de mujer” a seguir. Ellas tienen que hacerse su propio camino, lo van inventando en la medida que la sociedad les va ofreciendo oportunidades de ocupar esos espacios, y muchas de las veces, sienten que esas “tomas de decisiones” respecto a su vida futura, les provoca conflicto, las estresa, se sienten desorganizadas. El mundo en que viven es muy competitivo, los tiempos de sus madres y abuelas fueron muy diferentes, ahora ellas tienen que “prepararse” para su futuro, de manera exitosa y con diligencia, también esto les causa miedo a no tener la “capacidad” de alcanzar todas esas metas que ven abiertas ante sí mismas.

Algunas de ellas, como veíamos en el Capítulo 5, toman el camino de los “roles asumidos”, otras, el de los “roles transgresores”, y más con el abuso del alcohol que con los psicofármacos lo

podemos ver claramente. Aunque con los psicofármacos, también hay una parte transgresora que es la referida a la “automedicación”, con respecto a esto, es una estrategia de elección de las jóvenes, cuando sienten que el problema no les afecta de manera importante en sus vidas, es decir, va más referido a situaciones concretas. Con respecto a esto, sucede que ellas mismas abandonan la medicación cuando sienten que les ha pasado el problema, y además, les “queda” algún psicofármaco en casa, por si se presenta otra ocasión similar. Otra de las estrategias para “momentos concretos”, es recurrir a familiares, o amistades entre las cuales han construido una red de psicofármacos al alcance de cualquiera de ellas. Cuando sienten que el problema que las afecta es grave, que les impide seguir ese ritmo de vida que ellas y la sociedad les exige, recurren al sistema sanitario por la prescripción del psicofármaco.

Considerando lo analizado, sin duda sería deseable seguir estudiando con más profundidad las características de éstas jóvenes que comienzan el uso de psicofármacos a edades tempranas y sin prescripción médica, y pensar en estrategias no sólo sanitarias, sino sociales, ya que por las motivaciones que ellas mismas presentan el entorno cambiante y exigente en el que están desarrollándose no les brinda la seguridad necesaria para su bienestar integral.

MARIHUANA

Experimentación con tranquilizantes sin prescripción médica según sexo

	%
Total de la población	6,1
Hombre	4,5
Mujer	7,6

Base: total de la muestra

Cuarta Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas en Estudiantes de Enseñanza Media. OUD 2009

Desvelando velos... sobre Género y Drogas

Aspectos Teórico-Metodológicos y Buenas Prácticas de Abordaje del Uso Problemático de Drogas desde distintas Perspectivas de Género

Las percepciones sociales van modificándose, los estilos de vida de los jóvenes son más dinámicos, tienen que responder rápidamente a las demandas que les exige la sociedad, y eso facilita también la búsqueda de espacios de “recreación”, donde parecen buscar “desinhibirse” o “animarse a encarar” situaciones, o simplemente, saciar la curiosidad de sustancias “prohibidas”.

Esto, sumado a la aparente “normalización” del consumo de marihuana entre los más jóvenes, pueden ser algunas de las causas por las que se ha visto un aumento en el consumo de ésta droga.

El resultado de que no hay casi diferencia entre sexos en cuánto a la experimentación podría estar relacionado con ese mundo cambiante para las adolescentes y jóvenes, en el que se encuentran insertas, y en el cuál no sólo se accede a posibilidades de desarrollo saludable, sino también se accede a entornos y encuentro con pares del otro sexo, quienes ya venían consumiendo marihuana. El encuentro con éstas conductas de prueba de nuevas sustancias psicoactivas, es uno de los factores de riesgo con el que nos encontramos actualmente. Ese encuentro con nuevos entornos, donde está “normalizado” el consumo de marihuana, puede ser interpretado por las chicas como un modo más, -entre otros-, de “equiparación” de oportunidades para conocer cosas nuevas, para poder “abarcarse” más lo que les está ofreciendo hoy en día la sociedad. Ellas mismas expresan que la rapidez y cantidad de posibilidades que se les están abriendo, las estresa a la hora de tomar decisiones, y el acceso a una droga como la marihuana,

percibida como “inocua” y “relajante”, “divertida”, puede ser leída como una oportunidad también de bajar ese nivel de estrés al que se sienten sometidas.

Otro factor importante a tener en cuenta es el proceso de desarrollo en que se encuentran, la adolescencia es un tiempo de descubrimientos, de búsqueda de sensaciones nuevas, esto es parte del proceso evolutivo esperado, que puedan colectivizarse con facilidad, que accedan a grupos de amigos y amigas, que se vayan paulatinamente desplazando hacia otros grupos además del familiar. La adolescencia también es un período de alta vulnerabilidad ante situaciones y conductas de riesgo, y una de ellas, puede ser la experimentación y el abuso de drogas. En entornos de “normalización” de uso y abuso de drogas, estas integraciones a esos grupos, se puede transformar en un factor de riesgo para el desarrollo saludable de las jóvenes.

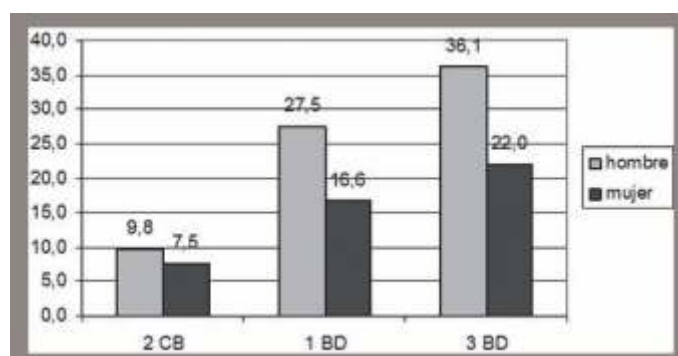
Estas jóvenes, que han quedado sin “modelos de mujer”, -porque los tiempos y espacios en los que viven son muy cambiantes-, no les queda otra que integrarse a los grupos de pertenencia de sus entornos más próximos. Lo que hace décadas, (aquellos roles “asignados” que cumplían sus madres y abuelas) las protegía de los consumos y abusos de drogas, hoy ya no funcionan de esa forma en tanto los roles “asumidos” o “transgresores” que las jóvenes pueden elegir, las exponen a factores de riesgo como es el uso de sustancias psicoactivas.

Experimentación con marihuana según sexo.

	%
Total	16,2
Hombre	19,3
Mujer	13,3

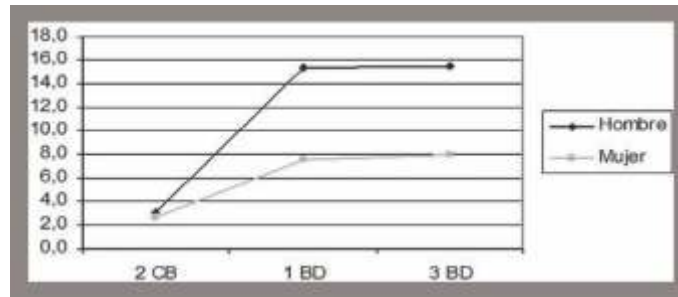
Cuarta Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas en Estudiantes de Enseñanza Media. OUD 2009

Experimentación con marihuana según sexo y curso (%)



Cuarta Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas en Estudiantes de Enseñanza Media. OUD 2009

Consumo habitual de marihuana según curso y sexo (%)



Cuarta Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas en Estudiantes de Enseñanza Media. OUD 2009

Consumo actual de marihuana (últimos 30 días) según sexo.

Variables	%
Sexo	
Hombres	8,6
Mujeres	5,2
Curso	
2CB	3
1BD	11
3BD	11,1

Cuarta Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas en Estudiantes de Enseñanza Media. OUD 2009

Frecuencia de consumo de marihuana en los últimos 12 meses

	%
Una sola vez	18,8
Algunas veces en los últimos 12 meses	34,5
Algunas veces mensualmente	18,3
Algunas veces semanalmente	20,3
Diariamente	8,2
TOTAL	100

Cuarta Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas en Estudiantes de Enseñanza Media. OUD 2009

Frecuencia de consumo de marihuana en los últimos 12 meses según, sexo

	Hombre	Mujer
Ocasional	46,9	61
Frecuente	53,1	39
Total	100	100

Cuarta Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas en Estudiantes de Enseñanza Media. OUD 2009

COCAÍNA

El monoconsumo alcanza al 80% de los estudiantes y casi el 4% de los estudiantes ha probado cocaína alguna vez en su vida; en Montevideo la experimentación con esta sustancia alcanza al 5% de los estudiantes, en tanto en el interior es del 3%. La distribución del consumo experimental de cocaína por sexo deja en evidencia que el consumo de los hombres es el doble que el de las mujeres.

FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN

La mejor herramienta de Prevención es la potenciación de los factores de protección en los entornos donde se desarrollan las poblaciones menores, pero también es necesario informar y capacitar a la población en general, sobre las mejores maneras de proteger a los niños y jóvenes.

Los jóvenes y las jóvenes, son más vulnerables bio psico y socialmente al experimentar y usar drogas, y trabajar en Prevención y en la búsqueda de las mejores herramientas legislativas protectoras de la población menor, -como lo son las de Tabaco y Alcohol con las que ya cuenta nuestro país-, son también factores fundamentales de protección de futuros consumos problemáticos.

Hay que tener en cuenta la dinámica de la sociedad en que vivimos,

dónde existe una cultura juvenil instalada, con sus ritos y características propias, inmersos en una sociedad de consumo que les ofrece pero también exige muchos esfuerzos para poder cumplir con determinados “mandatos sociales”.

Hace seis o siete décadas aproximadamente, no existía la “adolescencia” o “juventud” como una categoría social particular. Ser niño o niña, o joven, implicaba sobre todo una categoría “cronológica”, una categoría de edad. Se desplazaban de los ámbitos familiares – infantiles, para integrar directamente el mundo adulto, con responsabilidades similares y obtención de trabajos, asumiendo también rápidamente, roles de adultos, como trabajadores, esposas, madres, amas de casa, que cumplían distintos oficios, etc.

Actualmente, nos encontramos en una sociedad de consumo, en donde la socialización de los niños y niñas empieza muy temprano a compartir ámbitos fuera de la familia, y ya empiezan una etapa de transición temprana que se prolonga muchas veces hasta la juventud o incluso la etapa del adulto joven.

Así, se ha dado un nuevo espacio, especialmente juvenil, que es centro de las publicidades de los distintos mercados de diferentes productos, ofreciéndole el entorno aparentes oportunidades de espacios propios, con “marcas” que los distinguen de los adultos (esto es fundamental para crecer, diferenciarse de los adultos), que

Experimentación con cocaína según área geográfica y sexo.

	%
Total de la población	3,9
Montevideo	5,5
Interior	5,0
Hombre	5,0
Mujer	5,5

Base: total de la muestra

Cuarta Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas en Estudiantes de Enseñanza Media. OUD 2009

les adjudica “ritos propios”, les ofrece cantidades de recursos tecnológicos, etc. En éste mundo se desarrollan actualmente los niños, niñas, adolescentes y jóvenes, intentando cumplir con los “ofrecimientos” de la sociedad de consumo, y las responsabilidades propias de sus edades, como el aprendizaje, y las normativas familiares y del entorno.

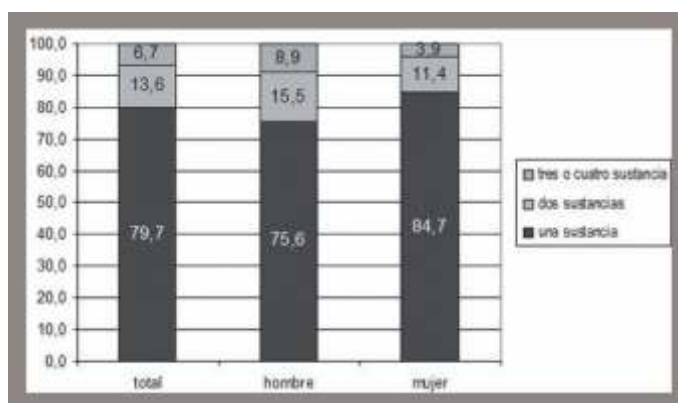
Entre los múltiples ofrecimientos del entorno, también están los usos de drogas, -legales e ilegales, particularmente marihuana-, y sobre todo en contextos de ocio, en entornos grupales, que también son muy necesarios para su crecimiento. El consumo de drogas, puede ser parte también de esos “ritos” transicionales, e incluso el experimentar con el uso de una droga, no quiere decir que los y las adolescentes, pasen a un consumo habitual de la misma. Igualmente, algunos espacios recreativos nocturnos, pueden ser de riesgo para ellos, y por eso, la función de los adultos, particularmente, los padres, es de fundamental importancia en el apoyo y control de su crecimiento en ésta etapa.

Entre los factores de protección específicos de las jóvenes, encontramos en la bibliografía estudiada:

- Están más informadas y tienen más percepción de los riesgos de usos de drogas
- Se cuidan más de situaciones violentas o agresivas en las que los varones suelen participar en mayor medida.

- Toman menos tragos, o se cuidan de las mezclas de bebidas, aunque su talón de Aquiles es el consumo de tabaco.
- En general, no acompañan a los varones hasta la etapa del “desborde” y se retiran antes.
- Los padres ejercen un mayor apoyo y control sobre ellas
- Son más reticentes a experimentar con drogas ilícitas, -a excepción de la marihuana- como ya hemos visto para ciertos segmentos de jóvenes.
- Establecen redes de apoyo entre ellas, cuidándose mutuamente.
- Las motivaciones de usos de drogas están más unidas a la búsqueda de relacionamiento social o a la diversión, que al sólo hecho de “pasarse” o “colocarse” con las drogas.
- Son más precavidas a la hora de los momentos de ocio o los fines de semana.
- Tienen más incorporado el rol “asumido” y no sólo quieren “conocer” el mundo de las drogas, sino que se cuidan para estar bien al otro día y poder cumplir con sus tareas en estos nuevos espacios que están empezando a ocupar actualmente.

Distribución de consumidores de drogas ilícitas en el último año según número de drogas utilizada en el período, por sexo (%)



Base: total de la muestra
Cuarta Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas en Estudiantes de Enseñanza Media. OUD 2009

El policonsumo, entonces, alcanza al 20% restante de los consumidores actuales; siendo el 13,6% los que usan dos sustancias y el 6,7% los que consumen tres o cuatro drogas en el último año. La distribución por sexo deja en evidencia un mayor peso del mono-consumo en las mujeres en tanto los hombres en el último año tienden a consumir en mayor medida dos o más sustancias.

¹⁸ Martínez Higuera, I. Salvador Livina, T. Jacobs M.B. “Bases Teóricas para el desarrollo de intervenciones de prevención del abuso de drogas específicas para chicas adolescentes”. Comentario al artículo: “Developing Theory-Based Substance Abuse Prevention Programs For Young Girls”. Amaro H; Blake S.M; Schwartz, P.M; Flinchbaugh, L.J. En Journal of Early Adolscence 21 (3) 256-293 – 2001. En publicación “AL DIA”

Desvelando velos... sobre Género y Drogas

Aspectos Teórico-Metodológicos y Buenas Prácticas de Abordaje del
Uso Problemático de Drogas desde distintas Perspectivas de Género

Por último, señalaremos algunos aspectos que hacen a los factores de protección específicos de las niñas, niños y adolescentes, a partir de un metanálisis elaborado por diversos autores y autoras, dónde presentan algunos datos importantes⁽¹⁸⁾. A partir de la revisión de diversos documentos, concluyen que los programas de prevención existentes, no tienen la capacidad de cambiar los factores de riesgo específicos de las niñas, púberes y adolescentes. Muestran como las niñas tienen factores de riesgo que responden a su proceso de socialización y a las motivaciones que ellas encuentran para experimentar con las drogas. Algunos de ellos son: extrema preocupación por su auto imagen y peso corporal, auto estima baja, trastornos en la alimentación, abuso físico y sexual en su proceso de socialización primario y secundario, ingreso temprano a la pubertad, altos niveles de estrés y depresión; así como el tipo de pareja que tengan. Cuando las niñas han experimentado importantes niveles de disfunciones familiares, presentan una tendencia a interiorizar los problemas, a diferencia de los varones que los resuelven más socialmente. Con respecto al tabaco, por ejemplo, un factor relevante es que a las niñas, el tener amigos o amigas que fuman las afectará en edades tempranas, mientras que a los varones, es un factor que les afecta más tardíamente.

Amaro y cols. (2001) realizan una meta análisis sobre estudios de factores de riesgo y protección analizados desde la perspectiva de género, y señalan los siguientes factores:

- ♦ Factores de riesgo que afectan a ambos sexos pero de forma diferente: apoyo social; déficit en el auto-control; depresión; rendimiento académico; estilo educativo autoritario de los padres; pobreza.
- ♦ Factores de riesgo para los que las mujeres son más vulnerables: auto-imagen y autoestima negativa; preocupación por el peso y la dieta; trastornos de la alimentación; abuso físico y sexual; llegada a la pubertad demasiado pronto; ansiedad alta; depresión; consumo de drogas del novio o compañero sentimental. Resultados contradictorios respecto a las posibilidades de influencia de las fases del ciclo menstrual en la reacción que tienen las mujeres cuando consumen drogas.
- ♦ Factores de protección más específicos para las mujeres: el ambiente actual en el hogar modera el impacto negativo de las dificultades escolares y sociales en niñas de 14 – 15 años, apoyo de los padres y disciplina consistente. Auto-control.
- ♦ Factores de riesgo de tipo social o psicosocial: las mujeres son más influenciadas por la presión al consumo o por la observación del mismo por parte de amigos, compañeros o miembros de su familia.

El consumo de tabaco de los padres es un predictor más fuerte del consumo de tabaco en las chicas que en los chicos.

La continuación en el consumo de drogas es predicho: chicas, por la presión directa de los compañeros; chicos, por el consumo de drogas de los compañeros.

Chicas más vulnerables a: presión de grupo, amigos con problemas de conducta y aprobación por parte de los padres o compañeros del consumo de drogas.

Predictor de consumo del alcohol en la adolescencia: chicos, consumo de alcohol por parte de los amigos; chicas, trastornos interpersonales (trastornos de conducta).

El consumo de drogas de los novios es la puerta de entrada al consumo de drogas de las chicas y la progresión al consumo de drogas posterior.

Para finalizar, podríamos concluir que todos los modelos teóricos y programas de prevención deberían incluir componentes con perspectiva de género, de desarrollo de pisco competencias, sociales, cognitivas y afectivas, y sobre todo el componente de resiliencia. Estos podrían ser factores de protección que fortalecieran a las niñas y púberes, antes de la entrada a la pubertad o a la adolescencia, para conocerse más a sí mismas y generar más herramientas personales que les permitan hacer frente al estrés que implica su ciclo vital y las exigencias de ésta sociedad de permanentes cambios.

8. Mujer - Drogas y Criminalidad

*Lic. Nelmis Rodríguez Hernández
Psic. Clínica Especializada en Adicciones
Asesora técnica de la JND/SND*

Actualmente los estudios en relación a la conducta de criminalidad en el tema mujeres son pocos, si bien hay más literatura a nivel internacional que a nivel nacional.

La tasa de la mujer privada de libertad es menor que la del hombre en toda la región de Latinoamérica.

La prisión es más dolorosa y estigmatizadora para la mujer, en la mayoría de los casos sufren el abandono de sus vínculos familiares, los lazos familiares son frágiles, en franco deterioro o inexistentes.

Los vínculos de pareja se vuelven más lábiles a diferencia de los hombres, éstos tienen vínculos de pareja que suelen perdurar en el tiempo, sus parejas suelen sostener el vínculo afectivo-amoroso, no sucede lo mismo con los vínculos de pareja en las mujeres privadas de libertad, la gran mayoría suelen quedar solas.

Focalizando en el tema de las mujeres consumidoras de drogas privadas de libertad, ¿Qué es lo que pasa desde ese lugar? También es un tema invisible, pensando en cómo ha ido cambiando el patrón conductual de las mujeres, el consumo de drogas a nivel de los tiempos. Por ejemplo, es muy importante tener en cuenta las variables de género a nivel del tiempo, cómo se va dando el patrón de consumo.

Antiguamente las mujeres tenían un alto consumo de psicofármacos y drogas lícitas, a partir de 1995-2000 comienza a observarse una diferencia en el patrón conductual de las mujeres a nivel del sistema penitenciario femenino. Comienzan a consumir drogas ilícitas y la edad de experimentación comienza a disminuir siendo cada vez más jóvenes, además las drogas ilícitas dentro de ese patrón de consumo se mezclan con las drogas lícitas, teniendo en cuenta que dentro del recinto penitenciario no se cuenta con la disponibilidad de las mismas como sucede en situaciones de extramuros.

Otra de las situaciones que conlleva a factores de riesgo dentro de la problemática de la mujer consumidora de drogas, es que muchas veces entra a la prostitución, como forma de lograr financiar su consumo de drogas, otras veces lo hacen para poder cumplir con las fantasías de sus clientes a su vez tener más posibilidades de más estímulos, además de poder tolerar más en el rendimiento del tiempo en su trabajo sexual. Eso no quiere decir que todas las mujeres adictas, entren a la prostitución como forma de financiar su consumo de drogas o como forma de conseguir drogas para su

consumo.

Otras mujeres son abastecidas por sus compañeros, ¿Qué pasa acá?

Lo que muchas veces se ve, es que el hombre es quien ha comenzado a presentar un consumo problemático o adicción a las drogas, en la mayoría de los casos, la mujer se inicia en el consumo para acompañar a su pareja.

Como bien lo plantea la Dra. Carmen Antony, si bien hay algo que lleva a que la mujer muchas veces trate de acercarse al hombre o de mantener la compañía masculina, es por toda la necesidad de soporte psico-afectivo y psicoemocional que tiene la misma, el condicionamiento de los factores socio-culturales que desde muy temprana edad y desde la infancia son impuestos por la educación desde los roles sociales, familiares y educativos, más allá de los económicos.

Existe una quinta variable -siempre hablando desde la perspectiva de género- que es un tema que en nuestro país no se ha comenzado a investigar, en otros países la literatura internacional muestra investigación, pero aún en nuestro país está invisible, esta quinta variable es "las mujeres que delinquen para financiar su consumo de drogas".

Delinquen para conseguir dinero para comprar drogas, para consumir en sus etapas de ansiedad frente a un síndrome de abstinencia, cuando quieren seguir consumiendo, o cuando tienen el impulso irrefrenable de consumir por su adicción a las drogas, acá entran a intervenir los factores socio-económicos, familiares, socio-culturales, psicológicos, biológicos, educativos y laborales.

Suelen tener más situaciones de agresividad hacia si mismo como cortes, IAE. Son más demandantes, son más depresivas, hay más dificultad de interrelacionamiento interinstitucional se agrava aún más en situaciones de consumo problemático y/o adicciones de drogas en los periodos de abstinencia.

Se observa actualmente que las oportunidades de venta se dan mucho más para las mujeres que para los hombres, en la industria transnacional del narcotráfico, desde un lugar secundario, no ocupan puestos de jerarquía, de toma de decisiones.

Muchas mujeres se vinculan con el micro tráfico y venta, es decir, acá vamos a estar viendo toda la parte de cómo la mujer también dentro de la industria transnacional cumple un rol secundario y cumple el rol secundario desde diferentes lugares, por ejemplo, desde la venta como medio socioeconómico en familias monoparentales o como jefa de familia; muchas veces porque su pareja la deja al frente de ese negocio familiar y tiene a su vez que financiar a su familia, y por lo tanto le permite seguir desempeñando sus roles

Desvelando velos... sobre Género y Drogas

Aspectos Teórico-Metodológicos y Buenas Prácticas de Abordaje del
Uso Problemático de Drogas desde distintas Perspectivas de Género

familiares.

Es decir, queda a cargo de sus hijos en la mayoría de los casos y ese negocio informal, que está dentro de la informalidad por la industria transnacional del narcotráfico le permite cumplir con esos roles, y la mayoría de las mujeres piensa que no van a ser -llegado el momento de un allanamiento- culpables de un delito frente a la ley de estupefacientes, por lo cual en dicha situación se transforma en co-autora de ese delito.

Otro papel secundario que cumplen las mujeres, es el de mulas y transportistas.

Principalmente las mulas, lo que dice la literatura internacional y lo que se ve, es que son personas de situación socio-económica de alta pobreza, de hogares carenciados, pero además se le suma la desestructuración socio-familiar, es decir son personas donde sus vínculos familiares están afectados, deteriorados y además sus redes sociales, comunitarias también están afectadas, casi inexistentes, por lo cual son personas muy vulnerables y fáciles de ser reclutadas por el sistema del narcotráfico. El mismo hace toda una investigación alrededor de esas personas para poder reclutarlas y ofrecerles el rol de mulas por una baja paga.

Existe un trabajo muy interesante sobre las mulas venezolanas, en el cual justamente expone sobre las mujeres mulas que son personas que salen de su hogar por una semana, dejando a sus hijos en manos de otras amigas o de otros familiares, que son tan pobres como ellas, que a la larga ese chico o esos chicos, o esos niños y niñas entran dentro del círculo vicioso de situación de calle, consumo de drogas, violencia, delito, y otra vez se vuelve a reproducir el círculo.

En nuestro país el número de mujeres privadas de libertad por delitos por violación a la ley de estupefacientes, venta, tráfico, asociación para delinquir es menor que el de las mujeres privadas de libertad por delitos que se relacionan con el consumo problemático y/o adicciones a las drogas.

Llegamos a la síntesis, ¿por la adicción dónde llegan las mujeres?

Llegan al hurto; la prostitución; la rapiña; el copamiento, son co-autoras o autoras de diferentes tipos de delitos; infección de HIV; la situación de calle donde son abusadas, maltratadas, desertan de los sistemas escolares, educativos, por lo que se va generando la feminización de la pobreza

¿Por qué?, porque lamentablemente tienen muy bajo nivel de instrucción el insertarse laboralmente se les hace más difícil para ellas.

Otro punto importante que ha ido cambiando a lo largo de estos años en nuestro país en el sistema penitenciario es que se ha ido incrementando la población de mujeres que son madres adolescentes y a veces coinciden en el ámbito penitenciario madre e hija.

Actualmente se observa en el ámbito penitenciario femenino que el

patrón conductual del delito ha ido variando, se observa una mayor violencia en los mismos, la población femenina está compuesta por una gran mayoría de mujeres jóvenes que oscila entre los 18 y 28 años, en la mayoría de las mismas su privación de libertad está relacionado con el consumo problemático y/o adicciones a las drogas.

Voy a cerrar con la propuesta de Priorizar la necesidad de realizar un trabajo de investigación que estudie - la Tríada Mujer-Drogas-Criminalidad- con el objetivo de diseñar políticas, programas y dispositivos de tratamiento, rehabilitación y reinserción social, desde la perspectiva de género, con la finalidad de mejorar la calidad de vida de la mujer privada de libertad.

9. Género, Masculinidad y Riesgo

Ps. Luis González

Secretaría Nacional de Drogas - Departamento de Tratamiento

En la bibliografía encontramos dos grandes posiciones respecto de la temática del género. La de los diferencialistas que explican que el sexo otorga una diferencia irreductible entre ambos géneros (varón y mujer) de tal manera que sus respectivos comportamientos son distintos y han de ser así con un fundamento esencialmente biológico; y los constructivistas que adoptan una postura que hace énfasis en lo cultural, de tal manera que la biología sólo es una base sobre la que hay que construir la masculinidad.

Desde esta postura podemos afirmar que las formas culturales en que se percibe la “masculinidad” están generalmente relacionadas de forma directa con la experimentación del riesgo, entre otros componentes.

Esto hace que la masculinidad sea un factor predisponente para una serie de vulnerabilidades desde el punto de vista de la salud en general. Esta es la conclusión a la que se ha aproximado la OMS/OPS a partir de investigaciones, cuyos datos permiten suponer que conductas problemáticas en el ámbito sanitario, como violencia, riesgo de infección por el VIH, adicciones o paternidad precoz, están relacionadas con la masculinidad. En general en América Latina y el Caribe, la carga de enfermedad para los hombres es 26% más alta que para las mujeres. Un alto porcentaje de esta morbilidad se asocia a la construcción social de la masculinidad: accidentes de tránsito, homicidios, lesiones y enfermedades cardiovasculares, a menudo relacionadas con el uso del alcohol, el estrés y los estilos de vida⁽¹⁾.

CONCEPTO DE GÉNERO

La masculinidad como categoría de género es asumida por la antropología recientemente⁽²⁾ (Gutman). Se propone estudiar a las masculinidades como redes de significados distintos, donde el análisis de y sobre las masculinidades permite visualizar la diversidad de la categoría y habilita la desconstrucción del hombre hegemónico como construcción socio-cultural.

Los varones actualmente se interrogan acerca de la legitimidad y la naturalidad de su masculinidad.

Se genera entonces, para la subjetividad masculina un dilema complejo y estructurante en la construcción de la identidad

masculina basado entre la búsqueda de una identidad propia una suerte de sometimiento de los propios ejercicios de la sexualidad en una cultura masculina, donde el ser macho es lo que se privilegia, asumiéndose así una búsqueda de identificación con lo viril, con la potencia sexual - actividad como constructo opuesto a la femineidad – pasividad.

Es importante conceptualizar y diferenciar los conceptos de sexo y género, que por mucho tiempo se utilizaron como sinónimos. Se le atribuye a la definición de sexo las características biológicas, anatómicas y fisiológicas que distinguen a mujeres y varones.

El género es una categoría de análisis, una construcción social y cultural por la cual, cada sociedad en un momento histórico determinado define cualidades, capacidades, prohibiciones, prescripciones, derechos y obligaciones diferentes para mujeres y varones a partir de las diferencias biológicas entre los sexos. Cada sociedad configura una serie de atributos, roles y responsabilidades que implican diferencias en el acceso a los recursos, a la toma de decisiones y por lo tanto generan desigualdades sociales, económicas y políticas entre varones y mujeres.

Se asume un modo diferente del ser varón y del ser mujer desde el imaginario social, el cual se transmite de forma inconsciente y se despliega en la intersubjetividad, siendo las representaciones socioculturales constructoras de subjetividad. Desde lo cultural se definen comportamientos y conductas apropiados para los sexos, a modo de funciones y funcionamientos del ser mujer o varón; asignándose culturalmente un rol de género.

El concepto de género permite visualizar y analizar las relaciones de poder, en tanto lógicas de jerarquías evidenciando las desigualdades. El género se construye en la subjetividad y en la interrelación en las interdependencias construidas con el otro. El género en tanto relacional es una categoría de análisis.

La identidad de género responde a los mandatos culturales respecto a que corresponde asumir como comportamientos sociales en relación con el sexo biológico. Dichos mandatos refieren a encargos desde el orden social y político y son productores de subjetividad, que responden a los diferentes momentos históricos, políticos y a la cultura propiamente dicha. La identidad de género se asienta en las autopercepciones y se construye determinada por la cultura. Los ideales de género, en tanto comportamientos, conductas y expectativas de lo esperado y signado para lo femenino y masculino funcionan como organizadores intrapsíquicos.

¹ Rodrigo Aguirre, Pedro Güell, “Hacerse hombres” La construcción de la masculinidad en los adolescentes y sus riesgos (Síntesis de estudios cualitativos sobre salud sexual y reproductiva de adolescentes y jóvenes varones en países seleccionados de América Latina)

² Gutmann, M C, 1999. Traficando con hombres: la antropología de la masculinidad”, en Horizontes antropológicos. Num 10, año 5. Porto Alegre; en http://www.robertexto.com/archivo/varon_rel_genero.htm

El género, las atribuciones que se realizan de los roles femenino y masculino, condicionan las conductas relacionadas con la salud.

ESPECIFICIDADES DE GÉNERO

Los primeros estudios que conceptualizaron la perspectiva de género centraron su atención en las diferencias de poder y la asimetría que tienen los varones respecto de las mujeres, llevados por una necesidad social de comprender algunos de estos fenómenos. Es así que dicha perspectiva quedó de alguna manera atada a lo femenino.

En trabajos posteriores algunos autores afirman que muchos estudios sobre ciencias sociales se refieren al varón como si no tuviera género (Thompson y Pleck, 1995)⁽³⁾, desconociendo los atravesamientos que el proceso de construcción de la masculinidad tienen sobre su desarrollo.

La masculinidad una definición de subjetividad impuesta mediante mandatos que deben seguirse en los distintos ámbitos de la vida cotidiana y que se impone a jóvenes varones en el proceso de crecimiento “con la fuerza de lo natural y con la tensión del deber ser”⁽⁴⁾.

“Una revisión bibliográfica sobre la delincuencia y el crimen de los que son protagonistas en su mayoría muchachos adolescentes y jóvenes. Concluye que la masculinidad se ha considerado inherentemente violenta y que el impacto que tiene la socialización de género sobre los varones ha pasado ampliamente desapercibida en el estudio de la violencia (Messerschmidt, 1993)”⁽⁵⁾.

Según el último Censo de Reclusos realizado en diciembre de 2010, la enorme mayoría de las personas privadas de libertad en Uruguay son varones, alcanzando el 91,6 a nivel nacional. Más de la mitad son solteros y no tienen una unión concubinaria. Esta realidad parece repetirse además en los países de la región con números muy similares.

Es un hecho que en la mayor parte de las sociedades occidentales los varones jóvenes y adultos como grupo tienen privilegios y ventajas sobre las mujeres jóvenes y adultas. Sin embargo el privilegio masculino no necesariamente afecta de la misma manera a todos ni da igualdad de ventajas a cada varón. Los privilegios se distribuyen de manera desigual según la posición socioeconómica

y cultural; y está afectada además por preceptos religiosos, origen étnico, edad, la orientación sexual, entre otros.

Hay que analizar además la relación entre los beneficios que da la masculinidad y los costos asociados a la necesidad de seguir sus mandatos. Varios autores están proponiendo no solo analizar las relaciones entre hombres y mujeres, sino también cómo interactúan los hombres con otros hombres y la dinámica de poder y violencia que a veces surge en tales interacciones. La virilidad generalmente conlleva una mezcla de privilegio y costos personales⁽⁶⁾.

Además la masculinidad no es algo con lo que se nace, si no algo que se construye. Esa construcción insuena a los varones jóvenes en proceso de “hacerse hombres” una energía significativa en pos de diferenciarse: de lo femenino, de lo infantil y de lo homosexual.

Una característica distintiva de la masculinidad que se repite en prácticamente todas las culturas a lo largo de la historia, es la necesidad de rituales que marquen para los varones el pasaje de la infancia o la adolescencia a la adultez. Parece ser que este es un punto neurálgico en la construcción y especialmente en la consolidación de la masculinidad.

El pasaje de la adolescencia a la adultez en los varones comparte en la mayor parte de las sociedades características comunes asociadas a una serie de ritos y ceremonias en las que de alguna manera se ponen a prueba las características que en cada sociedad se consideran representativas de lo masculino.

En términos generales podemos encontrar que la valentía, el arrojo, la tolerancia al dolor, la capacidad para producir o para proveer a su familia, la fortaleza física, psicológica y espiritual, son algunas de las características que parecen repetirse en la mayor parte de los ritos.

En muchas sociedades primitivas estos rituales están altamente reglados, se transmiten con las mismas características de generación en generación y comparten esta capacidad de medir de alguna forma estas características de la masculinidad, pero en un ambiente controlado en el que los riesgos se asumen con un andamiaje de protección que garantiza el cuidado de la vida y de la integridad física dentro de unos márgenes aceptables para cada sociedad.

³ Citado por Gary Barker en “Qué Ocurre con los Muchachos” Una revisión bibliográfica sobre la salud y el desarrollo de los muchachos adolescentes

⁴ Francisco Aguayo, Rodrigo Aguirre, Juan José Pérez, Manual para Monitores/Entrenadores “Escuela de Fútbol: Jugados por la salud”.

⁵ Gary Barker en “Qué Ocurre con los Muchachos” Una revisión bibliográfica sobre la salud y el desarrollo de los muchachos adolescentes. Pag. 86 Rodrigo Aguirre, Pedro Güell, “Hacerse hombres” La construcción de la masculinidad en los adolescentes y sus riesgos (Síntesis de estudios cualitativos sobre salud sexual y reproductiva de adolescentes y jóvenes varones en países seleccionados de América Latina)

⁶ Rodrigo Aguirre, Pedro Güell, “Hacerse hombres” La construcción de la masculinidad en los adolescentes y sus riesgos (Síntesis de estudios cualitativos sobre salud sexual y reproductiva de adolescentes y jóvenes varones en países seleccionados de América Latina)

Por ejemplo los varones de la Tribu Vanuatu, residentes de una cadena de islas volcánicas en el Pacífico Sur que lleva el mismo nombre, tienen un rito de pasaje que consiste en la imposición social que recae sobre los varones mayores de ocho años. Para cumplir con el ritual tienen que demostrar su masculinidad saltando de una torre construida de madera que tiene por lo menos 30 metros de altura, como parte de un ritual agrario relacionado con la calidad de las cosechas. Se lanzan al precipicio completamente desnudos, con una cuerda atada a los tobillos y con el mandato de que la cabeza del saltador debe tocar el suelo.

Lo interesante del ritual es que no comienza con el salto, sino con el complejo y sistemático método de construcción de la torre y especialmente de las cuerdas. Las cuerdas, realizadas en base a una caña fibrosa de la región, son cortadas y atadas de tal manera que reduzcan la velocidad de manera proteger al saltador. Además de esto en la base de la torre se deposita tierra blanda con el fin de amortiguar aun más el golpe, todo lo cual aumenta significativamente la seguridad de los saltadores.

Podemos rastrear cientos de rituales de este tipo, algunos como el de los Vanuatu que se sigue realizando hasta nuestros días. Lo que es común a todos es la relación entre el riesgo y el cuidado de la seguridad.

En nuestra sociedad la ausencia de rituales complejos y sistematizados⁽⁸⁾, hace que los jóvenes encuentren en su vida cotidiana espacios informales y poco reglados para ponerse a prueba. Estos espacios informales no ofrecen condiciones de seguridad, lo que hace que aumente significativamente la exposición al peligro de estos jóvenes en el proceso de ser hombres.

La trasgresión de las normas, el consumo de sustancias psicoactivas, las conductas sexuales de riesgo, la violencia y el delito parecen ser algunos de los tópicos comunes en la ritualidad asociada a esta transición en las sociedades occidentales y especialmente en los países latinoamericanos y especialmente en los sectores más pobres, donde los varones jóvenes no acceden a espacios simbólicos de prueba como son por ejemplo los deportes extremos.

Elisabeth Badinter plantea el concepto de profemeneidad masculina, entendida como la construcción original de la identidad en relación con lo materno y que contrapone a la bisexualidad originaria de Freud, para explicar con ello el nacimiento de esa tendencia a la afirmación continua de lo masculino como vía para la afirmación sexual del varón. "Sólo si puede separarse sin problemas de la feminidad y de la "hembricidad" de su madre, el chico será capaz de desarrollar esa identidad de género... que denominamos masculinidad". Sólo entonces podrá ver a su madre, en tanto que objeto separado y heterosexual que podrá desear. No existe

mejor modo de afirmar que la "masculinidad es secundaria y que se crea: puede verse en peligro ante una unión primera y profunda con la madre"⁽⁹⁾.

⁸ Tal vez los únicos rituales formales de pasaje de adolescencia a adultez en las sociedades occidentales son los establecidos por algunas religiones que siguen una lógica de valores, pero no necesariamente representan una oportunidad de "poner a prueba" las características que representan a la masculinidad en estas sociedades.

⁹ Badinter, Elisabeth, "XY La identidad masculina". Alianza Editorial, Madrid 1993 (Pag. 69).

10. Diversidad Sexual y políticas sanitarias con enfoque de derechos humanos y género

Diego Sempol
Docente Investigador
Facultad de Ciencias Sociales - UDELAR

INTRODUCCIÓN

En los últimos diez años, el movimiento de la Diversidad Sexual en Uruguay logró importantes conquistas legales y simbólicas en la lucha contra la discriminación por orientación sexual e identidad de género. Estos actores sociales introdujeron nuevas nociones de ciudadanía al politizar aspectos tradicionalmente considerados íntimos y denunciaron la existencia de un déficit democrático al interpelar la hegemonía heterosexista a nivel político y social⁽¹⁾.

En este artículo intento analizar algunas claves teóricas para enfrentar los desafíos que los servicios de salud y una política nacional de drogas deben tener presentes al momento de abordar esta temática. Es evidente que la sociedad uruguaya está viviendo hace ya casi un lustro una creciente “renegociación del orden sexual”⁽²⁾ lo que genera una mayor visibilización de gays y lesbianas en la sociedad en general y en el sistema sanitario en particular, así como la llegada a los servicios y tratamientos de prevención y uso problemático de sustancias psicoactivas de la población trans, grupo que tradicionalmente era y es excluido de ambos espacios. Esta situación plantea toda una nueva agenda de trabajo, que exige a los/as promotores de salud, autoridades y funcionarios formarse a efectos de incrementar la eficiencia en la deconstrucción de las fuertes naturalizaciones y prejuicios sociales aún hegemónicos en nuestra sociedad.

¿Los programas que trabajan con usuarios problemáticos están especializados para generar propuestas de abordaje que logren integrar en forma eficiente a los usuarios de la diversidad sexual?

¿Los trabajos de prevención y reducción de daños han incluido estas particularidades al momento de pensar su trabajo?

Finalmente esta perspectiva busca promover abordajes e intervenciones en drogas respetuosas de los derechos sexuales y derechos reproductivos de los usuarios/as, garantizar su seguridad en los centros de salud, así como desarrollar un modelo de convivencia en centros de atención a usuarios/as problemáticos libre de violencia, centrado en la gestión y la celebración de la diversidad social y los derechos humanos.

SALUD Y SEXUALIDAD

En los últimos años la salud pública en los países centrales ha comenzado progresivamente a incluir en forma creciente la reflexión sobre los desafíos que implica para estos servicios atender a lesbianas, gays, bisexuales y trans (LGTB). Hasta el momento, este impulso reflexivo se ha centrado en dos aspectos: la necesidad de analizar los mecanismos imprescindibles para reducir las disparidades en el acceso a la salud existente entre población heterosexual y población LGTB, y en la investigación sobre si existe una relación singular entre enfermedades y población LGTB. Este segundo eje busca abordar un problema nada menor: ¿por qué deberíamos considerar a la población LGTB como una población distintiva desde el punto de vista de la salud?

Es un hecho que, lejos de los estereotipos homogenizadores, la población LGTB está atravesada por una enorme heterogeneidad en lo sociodemográfico: diferentes niveles culturales, diversidad étnico-racial, edad, educación, ingresos, lugar de residencia, clase social. A su vez, hay diferentes formas en las que las personas se relacionan en el plano identitario con sus prácticas sexuales: para algunas estas prácticas son centrales para su autodefinición y reconocimiento, mientras que para otras no tienen consecuencias identitarias ni mayor relevancia.

¹ Judith Butler, en “El género en disputa” (Paidós, Buenos Aires, 2001), analizando la materialidad del sexo, señala la importancia de pensar con qué finalidad son construidos los cuerpos. Para la autora, las normas regulatorias que gobiernan los cuerpos aseguran la hegemonía heterosexual al identificar esta identidad con lo plenamente humano. Existe según esta autora una réplica de los constructos heterosexuales en las estructuras no heterosexuales, una suerte de repetición o copia de lo considerado “natural” u “original”, que permite clasificar a todo lo que interpela la norma heterocentrada como “abyecto”.

² Gayle Rubin, en “Reflexiones sobre el sexo: notas para una teoría radical de la sexualidad” (en “Placer y peligro. Explorando la sexualidad femenina”. Vance, C (comp), Ed. Revolución. Madrid 1989. pp.113-190.), señala que en algunos momentos históricos la frontera moral que separa las sexualidades legítimas de las estigmatizadas sufre movimientos debido a las luchas sociales y políticas. En los últimos años en Uruguay el movimiento de la diversidad sexual logró que se aprobara la Ley de Unión Concubinaria (que reconoce a las parejas del mismo sexo), la reforma integral del sistema de adopción (que permite a las parejas homoparentales adoptar) y la ley de cambio de sexo registral que permite a la población trans obtener un documento acorde con su identidad de género. Por último, actualmente se está discutiendo la aprobación de una reforma integral del Código Civil que permitiría, entre otras cosas, a las parejas del mismo sexo contraer matrimonio (proyecto de ley matrimonio igualitario).

Así mismo, existe una gran variación social en las negociaciones que los individuos entablan consigo mismos y con el contexto según su orientación sexual, identidad y expresiones de género y prácticas sexuales⁽³⁾: algunos rechazan las prácticas e identidades disidentes a la heteronormatividad y las viven en forma culposa y vergonzante, otras las integran parcialmente pero construyen su identidad en torno a un secreto fundante, y finalmente están aquellos que conviven con ellas sin mayores problemas.

Al unificar bajo un único rótulo esta enorme heterogeneidad corremos el riesgo de acallar las grandes diferencias reseñadas y minimizar a su vez las similitudes (a veces incluso mayores) que algunos sectores de la diversidad sexual tienen con la población heterosexual próxima.

Pero pese a todas estas diferencias la diversidad sexual comparte un grupo significativo de experiencias similares, todas ellas relacionadas con el estigma, la discriminación, el rechazo y la violencia. Las condiciones sociales en las que vive la población LGTB -y no sus identidades- generan que en los temas de salud exista una especificidad significativa, en la medida que la homofobia, lesbofobia y transfobia afecta y atraviesa por completo casi todos los niveles de atención en salud, empezando por la constitución de la propia agenda de prioridades, siguiendo por la definición de programas de intervención e investigación, y finalmente levantando barreras sociales significativas para el acceso.

El estigma y la discriminación afectan a la salud de la población LGTB de innumerables maneras: exposición a violencia, discriminación y pobres abordajes terapéuticos, falta de información y estereotipos que impiden prever intervenciones o servicios amigables, minimización de estas necesidades porque constituye un grupo reducido, o desconocimiento sobre las especificidades sociales y culturales imprescindibles para pensar servicios y trabajos de prevención en drogas de calidad para esta población.

Hasta hora los abordajes desde la salud se centraron en el comportamiento sexual (por ejemplo, sexo anal y sus riesgos para el VIH-SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual), cuando son de suma importancia los riesgos relacionados con las condiciones sociales caracterizadas por el prejuicio en la atención del sistema público de salud. La única forma de proponer cuidados y estrategias de reducción de daño adecuadas es mediante la construcción

de una propuesta que sea sensible a las necesidades de la población. Los cuidados hostiles o insensibles fallan al momento de producir cambios y solo contribuyen a aumentar la distancia entre los/as usuarios/as y las recomendaciones formuladas por el personal de la salud.

LAS IDENTIDADES HOMOERÓTICAS EN MOVIMIENTO

Para trabajar este eje analítico voy a desarrollar deliberadamente una mirada regional, en la medida que en las zonas fronterizas uruguayas con Brasil y Argentina, existen fuertes negociaciones de patrones culturales, que también son visibles en el terreno de la sexualidad y las políticas de sexualidad que regulan a los individuos. La tradicional dicotomía Montevideo-Interior promueve silenciar en forma indirecta la propia heterogeneidad que reúnen zonas geográficas alejadas de la capital, que han desarrollado a través de la historia contactos preferenciales con otras culturas de la región. Esta heterogeneidad, muchas veces acallada, obliga a hablar en plural y utilizar la noción de identidades homosexuales.

En los países del Cono Sur (Argentina, Brasil y Uruguay), al igual que en casi toda la cultura mediterránea, estuvo y está muy difundido el llamado modelo latino, que el sociólogo Néstor Perlongher⁽⁴⁾ describió como “loca-chongo”, el que reproduce los esquemas clasificatorios que oponen masculino-femenino, siendo esta relación homologada y relacional a otras que analizó en su momento Pierre Bourdieu⁽⁵⁾: fuerte/débil, grande/pequeño, arriba/abajo, dominante/dominado.

La masculinidad en estos tres países asocia, entre otras cosas, lo masculino a la penetración (rol activo en el acto sexual) del cuerpo de otro/a. Los estudios sobre este modelo tradicional generaron una importante bibliografía regional y local: en Brasil los autores claves fueron Peter Fray y Edward McRae⁽⁶⁾; en Argentina el más reciente es Horacio Sívori⁽⁷⁾; y en Uruguay Luis Behares⁽⁸⁾ y Carlos Basilio Muñoz⁽⁹⁾ aportaron importantes notas sobre este tema. Todos los autores coinciden en que según los modelos tradicionales de género el hombre es el que penetra con su sexo a mujeres u otros hombres “feminizados” bajo la categoría “bicha”, “loca” o “marica.”

La reproducción de la jerarquía en la relación hace así que el activo

³ En términos muy sencillos, cuando hablamos de orientación sexual nos referimos a la atracción afectivo erótica que un individuo siente por otro en forma más o menos estable (se puede ser homosexual, heterosexual o bisexual) y cuando hablamos de identidad de género aludimos a cómo me relaciono con las identidades masculinas o femeninas (me siento hombre, mujer o travesti). Cuando hablamos de expresiones de género nos referimos a las expresiones corporales y verbales que representan y actualizan los códigos socialmente esperados para el género masculino o femenino.

⁴ Perlongher, Néstor (1987) El negocio del deseo. La prostitución masculina en San Pablo. Paidós. Buenos Aires. socialmente esperados para el género masculino o femenino.

⁵ Bourdieu, Pierre (2000) La dominación masculina. Anagrama. Barcelona

⁶ Fry, Peter y Mac Rae, Edward. (1985) O que é homossexualidade. São Paulo: Abril Cultural/Brasiliense

⁷ Sívori, Horacio (2005) Locas, Chongos y Gays. Antropofagia, Buenos Aires

⁸ Behares, Luis (1989). “Subcultura homosexual en Montevideo”. En Relaciones Nº 64. Montevideo

⁹ Muñoz, Carlos (1996) Uruguay homosexual. Trilce Montevideo

Desvelando velos... sobre Género y Drogas

Aspectos Teórico-Metodológicos y Buenas Prácticas de Abordaje del Uso Problemático de Drogas desde distintas Perspectivas de Género

(“chongo”, “bufarrón”) muchas veces no sea considerado homosexual y escape casi por completo al estigma. Estas relaciones a su vez están atravesadas frecuentemente por fuertes diferencias sociales (el “chongo” generalmente es de sectores populares) y de capital simbólico (la “loca” suele tener niveles educativos altos), casi nunca perduran en el tiempo y sobrevuela en la relación, frecuentemente, formas de sexo compensado (regalos, comida, alojamiento). Behares describía la permanencia de este modelo a principios de 1971 en Uruguay: “Como el modelo preponderante para las prácticas homosexuales en aquel entonces era todavía el modelo latino, en el cual se distinguía muy escrupulosamente homosexual pasivo (generalmente con rasgos afeminados) de homosexual activo, se daba la situación muy frecuente de que muchos jóvenes de los niveles sociales más bajos, no autodefinidos como homosexuales, se integraban como activos ocasionales o estables a la comunidad. Se les denominaba generalmente “chongos” y casi siempre su participación en los contactos homosexuales estaba relacionada con alguna forma de prostitución masculina...la distinción activo-pasivo propiciaba también la vinculación de jóvenes afeminados pasivos con adultos activos, ya que existía conmixión entre los ejes de definición homosexual por edad y por género”⁽¹⁰⁾.

Este modelo subsiste actualmente con algunos cambios (ya no existe tanta valoración del capital simbólico preferencial de “la loca”) en los sectores populares de la capital, en gran parte del Interior, y en particular en la zona fronteriza con Brasil. Los/las jóvenes siguen teniendo este modelo en muchas partes como vía preferencial para llevar adelante sus procesos de subjetivación y autorreconocimiento. En la zona del litoral y centro oeste también este modelo está presente, pero allí gracias a la cultura de Buenos Aires, debido al impacto de los medios masivos de comunicación argentinos, ha comenzado a desarrollarse mucho más fuertemente el modelo gay estadounidense, con fuertes adaptaciones locales.

El modelo gay, que según Armstrong⁽¹¹⁾ se generalizó en Estados Unidos en los años 60-70, desarrolló entre otras cosas una nueva imagen del homosexual hombre, que dejaban de lado expresiones de género consideradas por el sistema hegemónico como formas de feminización para pasar a imponer el modelo “cowboy”, apelando a performances corporales y vestimentas culturalmente consideradas masculinas y una exacerbación de los rasgos secundarios (bigotes, barba, pelo corto, etcétera). En el modelo

gay el relacionamiento sexual pretende romper la jerarquía y volverse igualitario, por lo que las prácticas sexuales no configuran tipos de sujetos (ambos son homosexuales más allá de la práctica concreta) y no existe un rol excluyente que copie el que ocupa en el modelo patriarcal la mujer (sumisión, pasividad).

El modelo gay en Estados Unidos también incluye a las mujeres, si bien aquí el proceso es más complejo y coexiste con el desarrollo previo del modelo butch/femme, que reproducía también en forma rígida roles de género (activa-masculina/ pasiva-femenina)⁽¹²⁾. En Uruguay la versión local (“camionera”-mujer) fue a partir de los años noventa progresivamente desplazada entre las generaciones más jóvenes por un modelo lésbico más equitativo que vino de la mano con el que introdujo la cultura gay.

Esta transformación tiene que ver, como señala Halperin⁽¹³⁾, con una creciente transición de un sistema social regulado por el orden de género (se conceptualizan las prácticas sexuales desde el género y a través de este, por lo que la pasividad sexual es algo femenino) a otro en donde cada vez más el que determina la forma de entender la relación homoerótica es el orden sexual (las prácticas sexuales se explican sin derivar consecuencias identitarias a nivel de género, por lo que más allá de si se es activo, pasivo o ambos, se es homosexual). De ahí que un análisis comparativo de ambos modelos permita encontrar grandes cambios en la forma en que se conceptualiza la relación sexual entre dos personas del mismo sexo y nos obliga, al momento de pensar una intervención, apuntar hacia lugares completamente distintos.

De esta forma, el modelo gay rompe la relación entre deseo por el mismo sexo e identidad de género que refuerza la “loca” del modelo latino, y a su vez amplía la categoría de homosexual en la medida que pueden también ser incluidos en ella hombres y mujeres con expresiones de género socialmente esperadas o normativas (hombres masculinos o mujeres femeninas). También el modelo gay disminuyó el significado clasificatorio de los roles sexuales en función de diferencias sociales, relaciones de poder o edad, pasando a quedar el carácter asimétrico de cualquier relación subordinado al hecho de que son dos personas del mismo sexo. Las relaciones gays a su vez permiten la reciprocidad (en el modelo loca-chongo prima el placer sexual del activo), y pasa a ser posible la elaboración de formas de compañerismo y lo que Giddens llamó “amor romántico”⁽¹⁴⁾.

¹⁰ Behares, Luis (1989). ob. cit. p. 20

¹¹ Elizabeth Armstrong Forging Gay Identities University of Chicago Press. USA 2002

¹² Gimeno, Beatriz (2005) Historia y análisis político del lesbianismo. La liberación de una generación. Gedisa. Barcelona

¹³ David Halperin, How to do the History of Homosexuality, Chicago Press. USA, 2002

¹⁴ Giddens en “La transformación de la intimidad. Sexualidad, amor y erotismo en las sociedades modernas” (Cátedra, España, 1992, p.50) señala que “el amor romántico presupone cierto grado de auto-interrogación. ¿Qué siento hacia el otro? ¿Qué siente el otro hacia mí? ¿Son nuestros sentimientos lo bastante profundos como para sustentar un compromiso a largo plazo? A la inversa del amour passion, que se desarraiga erráticamente, el amor romántico separa al sujeto de un contexto social más amplio. Proyecta una trayectoria vital a largo plazo, orientada a un futuro anticipado aunque maleable; crea una historia compartida que ayuda a (...) darle una primacía especial.” El “amor romántico”, precisa Giddens, gira en torno a la intimidad, subordina el ardor sexual a los afectos y los lazos, rompe con la sexualidad a la vez que la incluye, presupone un “encuentro de espíritu que es de carácter reparador” en donde alguien es seleccionado por cualidades que lo vuelven “especial.” Además, el amor romántico tiende a construir la búsqueda de la pareja como una suerte de odisea en la que la identidad del yo espera su validación mediante el descubrimiento del otro.

A partir de los años noventa en Montevideo el modelo gay lésbico fue progresivamente desplazando al modelo latino, antes que nada entre las capas medias y altas, pero a diferencia de Estados Unidos, aquí el “asumirse” no implicó necesariamente salir del armario (comunicar al entorno social y familiar que se es homosexual). En nuestro país, al igual que en la Argentina, la cultura gay lésbica tendió a consolidar lo que Pecheny⁽¹⁵⁾ ha llamado “identidades discretas”, procesos de subjetivación que están fuertemente atravesados por un secreto fundante: su orientación sexual. La “loca”, a diferencia del gay, al tener expresiones de género consideradas femeninas y desenvolverse en medios donde prima el orden de género (en donde ser “afeminando” es sinónimo de ser homosexual) hacía visible indefectiblemente su orientación sexual, y construye su identidad en base a un complejo proceso de antagonismo/integración subordinada, donde media la violencia física y simbólica, el contacto sexual y el reconocimiento entre redes sociales cercanas. El gay, por el contrario, al tener una performance de género más masculina, se vuelve menos identificable y es mucho más selectivo sobre donde visibilizarse. Y en el caso de las lesbianas este problema es particularmente fuerte (por lo que las intervenciones deben tenerlo especialmente en cuenta).

La coexistencia de ambos modelos produce nuevas exclusiones y discriminaciones entre los homosexuales y lesbianas: la “loca” o la “camionera”, antes valorados entre los homosexuales, hoy son vistos generalmente como ruidosos estereotipos sociales que deben ser dejados atrás en la medida que desentonan y denuncian públicamente por su expresión de género no normativa su orientación sexual (por más que sabemos que ni la identidad ni la expresión de género están asociadas necesariamente a una orientación sexual en particular). La cultura gay desarrolló así una fuerte misoginia y prácticas neomachistas que tienden a reforzar y naturalizar la idea de que la identidad de género está ligada indefectiblemente al sexo anatómico.

IDENTIDADES TRANS

Pero la diversidad no termina allí, ya que lo que solemos rotular bajo la categoría trans encierra también una gran heterogeneidad de situaciones y configuraciones identitarias. Dentro de la categoría trans se ubican travestis, transexuales y personas transgénero.

Todos comparten el hecho de que viven algún tipo de migración en su identidad de género en formas más o menos permanente.

Las travestis se identifican con una versión culturalmente inteligible de lo femenino, utilizan en forma más o menos permanente ropa del sexo opuesto, pero no desean modificar quirúrgicamente sus genitales, y pueden haberse realizado o no modificaciones del cuerpo a través de prótesis de siliconas, hormonas, etc. Desde su visión del mundo se trata de las travestis y no de los travestis, y

los/as operadores de salud deben reconocer esta autorrotulación si desean evitar en la interacción el ejercicio de la violencia simbólica y promover el reconocimiento de su subjetividad. No se debe confundir travesti con “transformista”, que son las personas que adoptan la identidad de género femenina solo como una técnica de actuación.

La transexualidad ha sido históricamente definida tanto desde la psiquiatría como por la biotecnología quirúrgica y la endocrinológica. Es conceptualizada, por lo general, a través de los siguientes rasgos: convicción perdurable de pertenecer al sexo opuesto a aquel que fuera asignado al nacer; malestar y rechazo intenso respecto del propio cuerpo; deseo persistente de realizar una operación de reasignación de sexo y procedimientos hormonales y dependencia del sistema biomédico. Para que una persona se identifique como transexual no es necesario que haya iniciado tratamiento hormonal y/o quirúrgico alguno. Si bien muchas personas transexuales eligen identificarse como hombres o mujeres una vez finalizada su transición, existen también muchas otras/os que conservan el calificativo identificándose como mujeres u hombres transexuales o trans.

Por últimos los transgéneros son personas que sufren migraciones en su identidad de género, pero que aún están en proceso y no tienen un destino definido ni claro. Algunos casos de emos y sus performances identitarias son un claro ejemplo de ello.

En estos dos casos también el personal de salud debe reconocer el uso del femenino y masculino que utilizan los/as usuarios al momento de presentarse a efectos de evitar formas de violencia simbólica e imponer nuestras propias categorías genéricas al otro. Si existen dudas sobre la autoidentificación la mejor estrategia es utilizar solo el apellido del/la usuario/a, hasta que detectemos con precisión cómo se posiciona la persona misma en cuestión.

¿Por qué las identidades trans generan tanta discriminación y rechazo social? En primer lugar la población travesti y transgénero impugna el paradigma de género binario (hombre-macho y mujer-hembra) y pone así al descubierto el carácter ficcional que vincula el sexo al género (no así la/el transexual que al operarse realiza una adecuación del cuerpo al género que habita, en consonancia con las normas sociales hegemónicas). El transgenerismo reitera la independencia de los rasgos de género de las estructuras estancas en las que están corporizados en el modelo biológico-céntrico occidental.

La identidad de género, señala Butler⁽¹⁶⁾, no es expresiva del sexo anatómico de las personas, sino que esta relación es construida socialmente con mucho esfuerzo. El fin de este trabajo social es estabilizar la relación entre identidad de género, sexo y orientación sexual que permite a los hombres masculinos y mujeres femeninas

¹⁵ Pecheny, Mario (2002) “Identidades discretas” en *Identidades, sujetos y subjetividades*. Leonor Arfuch (comp). Prometeo. Argentina

¹⁶ Judith Butler, *Cuerpos que importan. Sobre los límites materiales y discursivos del “sexo”*. Paidós. Buenos Aires. 2002

heterosexuales recibir toda la legitimación social, mientras el resto de las combinaciones posibles son consideradas como abyectas y meras y burdas copias de lo heterosexual (la pregunta “quién hace de hombre y quién de mujer” es un claro ejemplo de esto). Así las identidades trans expresan -al introducir variaciones en las identidades de género- la existencia de una continuidad cargada de matices (antes que un quiebre radical) en el supuesto binomio masculinidad-feminidad, así como la renuncia al género como algo alineado con los genitales, el cuerpo o el rol social.

La posibilidad de que existan mujeres con pene (la anatomía socialmente asignada a un hombre) y hombres con vagina y útero (la anatomía socialmente asignada a una mujer) erosiona la supuesta coherencia de la heterosexualidad y el género biológico, e interpela las naturalizaciones más fuertes que existen a nivel social, revelando una vez más la dimensión política que encierra toda identidad.

La población trans, debido a la fuerte discriminación que sufre frecuentemente durante la adolescencia, es expulsada de la familia, pierde su conexión con el sistema educativo y sanitario y queda en situación de calle, por lo que desarrolla como estrategia de sobrevivencia el comercio sexual. La situación de prostitución callejera la expone a toda suerte de violencia social, y a un mayor riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual y uso abusivo de sustancias psicoactivas.

POLÍTICAS SANITARIAS Y FLEXIBILIZACIÓN IDENTITARIA

Si bien genera resultados positivos introducir una perspectiva de la diversidad sexual en nuestras intervenciones y políticas, es decisivo pensar la forma en que se hace, en la medida que estas políticas sanitarias son formas de institucionalización que estabilizan y recrean ciertas categorías identitarias en el tiempo. Por eso, toda intervención debe tener claro en qué perspectiva más amplia de políticas identitarias se inscribe a efectos de comprender y distanciarse de los efectos de poder que producen estos procesos de sujeción e identificación en los individuos.

Este enfoque fue introducido en forma pionera durante los años setenta con la obra de Michel Foucault, quien sentó las bases para el estudio sobre la homosexualidad, al precisar que el “homosexual tal como lo conocemos es un invento relativamente moderno”,

procurando resaltar el papel que la sexualidad tuvo en el ejercicio moderno del poder. Foucault propuso pensar la sexualidad no como un dato de la realidad, sino antes que nada como una construcción social. La sexualidad, señala, pasó a ser en la cultura occidental moderna una fuente de afirmación, información y definición sobre quienes somos, volviéndonos así sujetos identificables y definibles. Aunque en apariencia cada vez hablamos más de sexo, aclara Foucault, esta explosión discursiva más que una liberación fue un cambio en la forma de ejercer el control sobre los individuos. Estas prácticas discursivas al promover la búsqueda de la verdad sobre nosotros mismos en el sexo, articularon sexualidad e identidad, configurando formas de dominación propias. Las prácticas sexuales entre personas del mismo sexo, bajo el dispositivo⁽¹⁷⁾ de sexualidad pasaron a ser definidas e identificadas como una condición diferenciada, marcando una subjetividad, categorizando individuos y grupos. En el ejercicio de sí, en función de este conjunto de saberes-normas-prácticas-prescripciones, el individuo produce un sujeto, sujeto a ese espacio y a esas definiciones, delimitaciones y códigos, quedando “preso de su propia identidad por una conciencia y autoconocimiento”⁽¹⁸⁾.

La identificación de los individuos con una identidad conocida representa un camino posible para la subjetivación, una forma institucionalizada, una vía preferencial en la medida que ofrece una forma reconocida, identificable de existir. Es que estas políticas identitarias privilegian algunas semejanzas en detrimento de las diferencias, lo que termina encuadrando y organizando la experiencia biográfica de los individuos. ¿Pero sujeción a qué? Según Foucault, “la sujeción más tenaz de la diferencia es, sin dudas la de las categorías, ya que permiten -al mostrar de qué diferentes maneras podemos ser- especificar de antemano las formas de atribución del ser, e imponer de cierta manera, sus esquemas (...)”⁽¹⁹⁾. Este funcionamiento permite el reconocimiento y clasificación de las experiencias de los individuos y grupos, pero en realidad son prácticas discursivas que no definen objetivamente la realidad social, sino que, antes que nada, construyen esa realidad al momento de categorizarla (ponen énfasis en algunas cosas comunes y silencian muchas diferencias que también existen).

Pero los procesos de subjetivación no son mecánicos, y por ello pueden mantener las definiciones que difunde el modelo hegemónico, pero también pueden -dentro de ciertos límites- modificarlas o incluso transformarlas. Esto es especialmente evidente cuando trabajamos con los contenidos específicos con los que se ha

¹⁷ Foucault (Microfísica del poder. La Piqueta. Buenos Aires. 1992 p.165) definió al dispositivo como “en primer lugar, un conjunto decididamente heterogéneo que engloba discursos, instituciones, organizaciones arquitectónicas, decisiones reglamentarias, leyes, medidas administrativas, enunciados científicos, proposiciones filosóficas, morales, filantrópicas. En suma, lo dicho y lo no dicho son los elementos del dispositivo. El dispositivo es una red que se puede establecer entre esos elementos. En segundo lugar, me gustaría demarcar la naturaleza de la relación que puede existir entre todos estos elementos heterogéneos (...) en suma, entre estos elementos, discursivos o no, existe un tipo de juego, o sea, cambios de posición, modificaciones de funciones, que también pueden ser muy diferentes. En tercer lugar, entiendo dispositivo como un tipo de formación que, en un determinado momento histórico, tuvo como función principal responder a una urgencia. El dispositivo tuvo, por lo tanto, una función estratégica dominante (...) existía ahí un imperativo estratégico funcionando como matriz de un dispositivo.”

¹⁸ Michel Foucault, Historia de la Sexualidad, Vol. 1 La voluntad de Saber. Siglo XXI. España 1977 p. 235

¹⁹ Michel Foucault, *Theatrum Philosophicum*, Siglo XXI. Buenos Aires 2000, pp. 103-4

cargado en la cultura uruguaya la categoría homosexual y confrontamos los diferentes modelos identitarios que conviven hasta el presente en nuestro país. Si se promueve la reflexividad en los individuos, se puede lograr desnudar el carácter político de esas identidades, contribuir así a su desnaturalización y fomentar la introducción de cambios y negociaciones importantes acordes con sus necesidades.

El problema con las identidades sociales, como señala la teoría queer⁽²⁰⁾, es que una vez que se estabilizan y consolidan, silencian los debates políticos mediante los cuales se definió quienes quedaban incluidos y quienes excluidos, reproduciendo así a partir de ese momento mecanismos opresivos, en la medida que se les exigen a los individuos para seguir siendo incluidos dentro del “nosotros” fuertes permanencias que muchas veces son incompatibles con su experiencia vital.

Esta reflexión crítica es central para evitar construir políticas sanitarias, de prevención y reducción de daños que buscando incluir una perspectiva de derechos humanos y de reconocimiento de la diversidad sexual terminen reforzando y contribuyendo a los mecanismos de control social que están en la base de la discriminación y la violencia simbólica y material que vive esta población.

¿Cómo subsanar este problema? Las intervenciones y políticas deben incluir una mirada compleja, que reúna simultáneamente un doble perfil: por un lado reconocer las identidades sexuales existentes y los desafíos que introducen a efectos de atender la especificidad y los problemas que plantean los individuos cuyos procesos de subjetivación los han llevado por los caminos más reconocidos de identificación. Por otro, realizar políticas con una perspectiva lo suficientemente abierta que permitan la inclusión y el reconocimiento de individuos que no cumplen a cabalidad con las exigencias de estas identidades o incluso de aquellos que las desafían abiertamente. De esta forma, se evita promover una forma privilegiada de identificación, cuello de botella que se vuelve visible en la operativización de los criterios de inclusión o exclusión de individuos en los programas diseñados.

Esta perspectiva permite minimizar daños, y volverse realmente inclusiva y permeable a los cambios sociales existentes en esta área, al mismo tiempo que evita contribuir en forma directa a la estabilización de las identidades. A la larga, las generalidades serán desplazadas por las complejidades, y los procesos de atención y cuidados ganarán en niveles de calidad, al volverse mucho más flexibles a las especificidades y recorridos biográficos de los individuos.

²⁰ Las políticas queer (raro/marica en inglés) aparecieron en los años noventa luego de una fuerte crítica dentro de la comunidad gay y lesbiana, que denunciaba los regímenes normativos y los efectos excluyentes de las identidades, propugnando la construcción de una base identitaria abierta y mucho más flexible.

11. Lo comunitario como dispositivo de tratamiento

Mag. Ariadna Cheroni; Lic. Esperanza Hernández

“Pensar al tratamiento del sufrimiento social excluyendo lo social del sujeto (individualizar el dispositivo) o el sujeto de lo social (encerrarlo en algún lugar artificial, por ejemplo), equivale a pensar que la cura sea una forma de alienación del sujeto respecto a su grupo, sus instituciones y su historia”⁽¹⁾

Las Políticas Públicas en drogas son procesos sociales complejos y variables.

Esto significa el desafío de una identificación permanente de campos de problemas vinculados a los consumos de drogas, en particular a su consumo problemático, junto a la construcción de nuevos abordajes que reflejen la complejidad del fenómeno, y a la importancia de la evaluación continua de los Programas y Planes implementados.

Dos de los ejes orientadores para el diseño de estas políticas lo constituyen la desfocalización de las sustancias y la descentralización y territorialización de las intervenciones, que garanticen la accesibilidad y proporcionen respuestas locales, integrales y humanizantes, capaces de una comprensión de lo complejo y de acción en la complejidad.

Su validez reside en las cualidades de ampliación y diversificación de las ofertas de tratamiento en drogas, integrando principios e instrumentos de derechos humanos con las políticas en drogas, e incorporando el fenómeno drogas a una concepción de ciudadanía que comprometa el conjunto de los recursos económicos, socio-culturales y humanos, inherentes a la dignidad y equidad humana.

Factores macro sociales como mercado, pobreza y exclusión social impactan negativamente en el problema mundial de las drogas, resultando esencial emprender esfuerzos colectivos en el desarrollo de programas destinados a reducir esas vulnerabilidades.

Desde una orientación intersectorial del Estado y de responsabilidad compartida con la sociedad, se apunta entonces a jerarquizar el enfoque de políticas sociales inclusivas con abordaje en drogas, profundizando tanto en aquellos elementos de carácter central que aseguren marcos conceptuales-metodológicos apropiados, como

en la descentralización territorial y su engarce con el desarrollo local/regional.

Las estrategias comunitarias de intervención en usos problemáticos de drogas toman como soporte (aunque no excluyente ni a-criticamente) el Modelo sustentado en una Epistemología de la complejidad (ECO) y Enfoque Comunitario (ECO).

El **ECO2** no es solo una modalidad de tratamiento de los usos problemáticos de sustancias psicoactivas, sino un **modelo de intervención**⁽²⁾ con objetivos de prevención, reducción de daños y tratamiento de situaciones de sufrimiento social, en particular, pero no exclusivamente, aquellas asociadas a los consumos problemáticos.

En este marco, la Secretaría Nacional de Drogas (SND) de la Junta Nacional de Drogas (JND) ha priorizado como una de sus líneas de acción el fortalecimiento de las redes locales en el abordaje de los usos problemáticos de drogas, contribuyendo a impulsar desde una óptica multidimensional la eficiente coordinación, articulación y organización de actores y recursos a nivel del territorio, donde la protección de derechos, integración social y cultural, promoción, prevención y atención en salud puedan tejerse para la construcción de respuestas locales, colectivas, integrales y dignificantes.

Uno de los retos de las Estrategias Comunitarias en Consumo Problemático de Drogas es garantizar que las mismas sean parte de un trabajo de reconstitución del tejido social y no un conjunto de acciones de carácter reactivo.

Hacer políticas públicas de inclusión, significa entonces romper con el paradigma del abandono, sea este en las instituciones o en la comunidad. Significa ir más allá de la idealización de las comunidades y de la demonización de las instituciones ... o viceversa.

Significa proponer respuestas concretas a problemas concretos, con mirada firme sobre los actores y procesos involucrados en los problemas.

La Gestión Local de los Consumos Problemáticos de Drogas desde una perspectiva de inclusión social, supone transformar una visión reductiva del tratamiento terapéutico, de la inserción económica aislada o de la opción punitiva, para ofrecer una propuesta que contemple la posibilidad de crecer como persona, grupo, comunidad.

Empoderarse para participar y generar opciones de vida; pero

¹ Milanese, E. Tratamiento comunitario de las adicciones y de las consecuencias de la exclusión grave

² Entendemos por INTERVENCIÓN el sistema de acciones, instrumentos, prácticas y conceptos organizados en un proceso

además ofrecer posibilidades de educación y formación para el trabajo, de restauración de los vínculos familiares y sociales, de inserción económica estable y, por supuesto, posibilidades de tratamiento terapéutico de la adicción.

Este es un proceso que se vive en, con y por medio de la comunidad local, lo cual requiere no solo de cambios estratégicos y metodológicos, sino también de profundas modificaciones culturales.

Y en este sentido la perspectiva de género resulta fundamental, a efectos de otorgar visibilidad a conductas culturalmente arraigadas, que reproducen modelos de ser varón y mujer donde determinadas inequidades no emergen con la claridad necesaria.

En la mayor parte de las comunidades, las temáticas de género alcanzan solamente un incipiente nivel de reflexión, que conllevan visiones sesgadas vinculadas con el género de las personas y las relaciones de poder.

La Secretaría de Género de la SND nos invita precisamente a la superación de determinadas inequidades y desigualdades mediante acciones planificadas, que como parte de un trabajo integrado por parte de los actores sociales, permitan no reproducir en las comunidades actitudes discriminatorias por condición de género.

Por esta razón consideramos oportuno fortalecer el proceso de comprensión de esta estructura de análisis para que los elementos del transitar cotidiano de la comunidad, incorporen posiciones que interpelen las asimetrías de poder que sostienen prejuicios y mitologías de género

Hacer lugar a aquellos “invisibles de época” (cuya invisibilidad radica precisamente en el hecho de estar inmersos en ella), que se ponen en juego y aportar al fortalecimiento de una identidad comunitaria que albergue pluralidades y diversidades.

12. Generalidades y razones para implementar abordajes específicos para Mujeres sobre el consumo problemático de drogas sensibles a las cuestiones y tramas de Género ⁽¹⁾

Gabriela Olivera

los demás.

INTRODUCCIÓN

Al despertar la década de los 1970, ya irrumpen los primeros aportes científicos que plantean la necesidad de examinar las diferencias de género a través de los distintos campos de estudios biopsicosociales. Jean B. Miller, (1976) ya habla de una nueva perspectiva sobre la psicología de la mujer, otro tanto podemos observar en los estudios de Carol Gilligan (1982), quién se encarga por primera vez de reunir datos empíricos sobre las diferencias de género fundamentales en el desarrollo temprano de hombres y mujeres⁽²⁾.

A partir de sus estudios, se abre un espacio diferente de análisis sobre la vida de los hombres y las mujeres, atravesado por la ya denominada en ese momento: "perspectiva de género". Así se va desarrollando como insumo para los tratamientos de usos problemáticos de drogas específicos para Mujeres, lo que hoy conocemos con el nombre de "Modelo de Enfoque Cultural y Relacional". En el mismo, se da mayor importancia al contexto, a los modelos de socialización temprana, y al estudio de cómo se desarrollan los seres humanos en "ser hombre" y "ser mujer".

Asimismo, desde el modelo de Enfoque Relacional, (el cuál surge básicamente a partir de Miller y Gilligan), se hace hincapié especialmente en tres pilares:

- El contexto cultural. Reconoce la importancia del contexto cultural en la vida de las personas y en particular, de las mujeres.
- Relaciones. Hace hincapié en la génesis de las "relaciones" como función central de la organización del desarrollo de la mujer. El modelo hace foco en la relación de las mujeres con

- Rutas y caminos hacia el crecimiento. Reconoce especiales cualidades de las mujeres para la generación de redes y actividades que potencian sus fortalezas y les puedan servir como vehículo para su desarrollo saludable, así como para ser "resilientes" a las adversidades que les puedan ocurrir en sus historias de vidas.

En el Protocolo mencionado en el primer párrafo, se analiza el "potencial y poder" que tienen las mujeres de generar conexiones y el dolor sufrido por ellas ante una o repetidas "desconexiones" o pérdidas de sus redes de apoyo. Este sufrimiento tiene consecuencias directas y adversas sobre su salud en general y en particular en la salud mental de las mujeres⁽³⁾. De esta manera, el foco ya no estará puesto sólo en el "yo", sino que será extendido a la atención y desarrollo de sus relaciones. Según Miller, "el sentido de la Mujer de sí misma se vuelve muy organizado en torno a ser capaz de hacer y mantener afiliaciones y relaciones" (Miller, 1984, p. 83). Más que los hombres, las mujeres encuentran una actividad más gratificante y placentera cuando otras personas están involucradas. Más aún, el estado de "las relaciones" afecta directamente a sus sentimientos de empoderamiento, de sentirse digna de ser valorada y sus niveles de autoestima.

SOBRE LOS CONSUMOS PROBLEMÁTICOS DE DROGAS Y EL DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DE DISPOSITIVOS ESPECÍFICOS CON ENFOQUE DE GÉNERO

Los consumos problemáticos de drogas, revisten características bien diferentes entre mujeres y hombres, no sólo por sus motivaciones, expectativas de los efectos buscados, sino también por las modalidades y patrones de uso. Una de las respuestas posibles son los distintos énfasis en sus procesos de socialización temprana, en los que van observando e incorporando "modelos" de hombre y mujer que tienen en su entorno. Los hombres enfrentan fuertes

¹ Nota: Algunos de estos contenidos fueron diseñados con anterioridad como aportes para el Manual: "Abordaje del uso problemático de drogas en mujeres privadas de libertad. Un modelo posible". Área de Tratamiento, Secretaría Nacional de Drogas en coordinación con ONU Mujeres. (En Edición)

² SAMHSA TIP 51: Substance Abuse Treatment: Addressing the Specific Needs of Women, Series: Treatment Improvement Protocols (TIPs). U.S. Department Of Health And Human Services Public Health Service Substance Abuse and Mental Health Services Administration Center for Substance Abuse Treatment. Rockville, USA, 2009

³ Women & Addiction. A Gender – Responsive Approach, Clinician´s Manual. Stephanie S. Covington. Hazelden, Center City, Minnesota, USA, 2007

tensiones debido a que los roles tradicionales van desdibujándose, lo que les exige, como dice Piaget, “asimilar y equilibrar nuevos roles, para los que no han sido suficientemente preparados por la sociedad”.

Las mujeres, -tanto las adultas como las jóvenes-, transitan también por los mismos cambios, con similares vulnerabilidades, pero a la inversa, ellas tienen que “abrirse caminos”, “intercambiar espacios en mundos que antes eran sólo de hombres”, y conllevan el mismo problema que ellos, no están suficientemente preparadas para incorporarlos con la rapidez que éstas oportunidades y exigencias les llegan. Se espera de las mujeres que respondan a nuevos roles y modelos, -modelos que no tienen-, porque sus madres y abuelas cumplían otros más “adaptados” al mundo anterior. Se han quedado un poco solas y muchas de las veces, tienen que crearlos por sí mismas, y coexistir también con los modelos de mujer anteriores, los cuáles aún están presentes y muchas veces siguen vigentes.

Las inequidades entre hombres y mujeres no escapan tampoco a determinados contextos de convivencia más específicos, tal es el caso por ejemplo, de las Mujeres Privadas de Libertad. Es de considerar que tanto las Naciones Unidas (Oficina contra la Droga y el Delito), como la Organización Mundial de la Salud⁽⁴⁾ señalan que las mujeres que viven en contextos penitenciarios tienen más problemas de salud que los hombres que viven en iguales contextos. Las mujeres presentan más cronicidad y complejidad en sus problemas de salud, muchas de las veces como resultante de las condiciones de desigualdad socio económica y cultural. Otras de las veces, como consecuencia del consumo de drogas, del maltrato y la violencia intra familiar, los embarazos adolescentes y la mala atención de su salud. Lo mismo sucede con respecto a las infecciones de tuberculosis, hepatitis, anemia, hipertensión, diabetes y obesidad, como lo muestran estudios realizados en Canadá y USA⁽⁵⁾. Con respecto a las enfermedades mentales, las mujeres también presentan mayor frecuencia de co-morbilidad psiquiátrica, lo que la mayor parte de las veces se relaciona con eventos traumáticos en sus historias de vida (abuso psicológico, físico, sexual).

Diversas investigaciones internacionales y nacionales⁽⁶⁾ sobre el tratamiento de abuso de sustancias muestran que a menudo tener una ocasión de acceder a ellos, otorga a la mujer su primera oportunidad de establecer relaciones, especialmente nuevas y sanas relaciones con otras mujeres. Es de vital importancia que los

equipos técnicos que trabajan en tratamiento específicos para mujeres que viven en estos contextos, les motiven a “examinar las relaciones anteriores, incluidas las cuestiones de la pérdida, la violencia y el incesto, para validar y construir o re aprender sus habilidades relacionales, así como re examinar sus necesidades. Otros de los ejes de las intervenciones específicas se centra en el trabajo de la toma de consciencia de sus problemáticas, mejorar sus habilidades para el manejo de historias de abuso a lo largo de sus vidas y la promoción de mecanismos resilientes”⁽⁷⁾.

RECOMENDACIONES INTERNACIONALES PARA IMPLEMENTAR DISPOSITIVOS DE ATENCIÓN “SENSIBLES A LAS CUESTIONES DE GÉNERO” PARA MUJERES CON PROBLEMÁTICAS DE CONSUMO DE DROGAS Y FACTORES ASOCIADOS

En los estudios sobre experiencias adquiridas para el Tratamiento del abuso de sustancias y atención para la Mujer, publicado por las Naciones Unidas⁽⁸⁾, se establecen claramente algunas de las razones por las que es urgente y necesario implementar Dispositivos de atención “sensibles a las cuestiones de género”. Las recomendaciones que surgen a partir de las “razones” encontradas, se describen brevemente en los puntos siguientes:

- Creación de un entorno seguro, acogedor y propicio para la mujer que inspire confianza y promueva el establecimiento de lazos y contactos personales;
- Perspectivas teóricas que comprendan las experiencias y realidad de la vida de la mujer;
- Enfoques programáticos basados en teorías que se ajusten a las necesidades psicológicas y sociales de la mujer;
- Modalidades o enfoques terapéuticos (por ejemplo, en el plano de las relaciones) que aborden cuestiones como el maltrato físico, sexual y emocional, las relaciones familiares, el uso indebido de sustancias, los trastornos de la alimentación y otros trastornos concomitantes;
- Posibilidades de desarrollar aptitudes en una diversidad de campos educativos y profesionales (incluidas aptitudes profesionales no tradicionales);

⁴ World Health Organization, UNODC, “Women’s health in prison. Correcting gender inequity in prison health” WHO 2009

⁵ Women & Addiction. A Gender – Responsive Approach, Clinician’s Manual. Stephanie S. Covington. Hazelden, Center City, Minnesota, USA, 2007

⁶ Estudio sobre Consumo de Drogas y Factores asociados en población Privada de Libertad en Centro Penitenciario Femenino “Cabildo” Junta Nacional de Drogas- OUD. Facultad de Psicología (UdelaR). Diciembre 2009

⁷ Finkelstein, N. Using the relational model as a context for treating pregnant and parenting chemically dependent women. In: Underhill, B.L., and Finnegan, D.G., eds. Chemical Dependency: Women at Risk. New York: Harrington Park Press/Haworth Press, 1996. pp. 23–44

⁸ Naciones Unidas, Oficina contra la Droga y el Delito. “Tratamiento del abuso de sustancias y atención para la mujer: Estudios monográficos y experiencia adquirida” Naciones Unidas, Nueva York, 2005

Desvelando velos... sobre Género y Drogas

Aspectos Teórico-Metodológicos y Buenas Prácticas de Abordaje del
Uso Problemático de Drogas desde distintas Perspectivas de Género

- Un enfoque del tratamiento y la promoción de aptitudes basado en los puntos fuertes o aspectos positivos y atención especial a las actividades centradas en la potenciación y la autosuficiencia;
- Personal que armonice con la población de pacientes en lo tocante a género, raza o etnia, idioma y estado de recuperación;
- Modelos de comportamiento y mentoras femeninas que reflejen el trasfondo racial o étnico y cultural de las pacientes;
- Utilización de instrumentos de evaluación sensibles a las cuestiones de género, y planes de tratamiento individualizado que adecuen el tratamiento a las necesidades o los aspectos positivos constatados de cada paciente;
- Educación y orientación relativa a la salud en cuestiones de embarazo, alimentación, formas de hacer frente al estrés, VIH/SIDA, hepatitis, y enfermedades de transmisión sexual, así como a la salud mental, como por ejemplo, en caso de trastorno por estrés postraumático o depresión;
- Atención especial a la educación en materia de crianza de los hijos, desarrollo del niño y relaciones (o reunificación) con los hijos (cuando corresponda);
- Un entorno favorable a la infancia, con actividades concebidas para los niños adecuadas a su edad y servicios de guardería en el lugar, en el caso de las pacientes internas;
- Vínculos con organismos de base comunitaria que coadyuven, en un entorno sin drogas, en cuestiones de vivienda, empleo, tratamiento del abuso de sustancias, grupos de ayuda mutua, bienestar del niño, violencia doméstica, crianza de los hijos, servicios de guardería, grupos de apoyo a cargo de "iguales", salud en general, salud mental, VIH/SIDA, tratamiento diurno y postratamiento;
- Capacitación del personal en el trabajo receptiva a los aspectos de género e idónea en el plano cultural.

En el estudio de Naciones Unidas se establece una serie de "principios Rectores para el Tratamiento sensible a las cuestiones de Género":

Género: Reconocer que el género es un hecho diferencial.

Entorno: Crear un entorno basado en la seguridad, el respeto y la dignidad.

Relaciones: Elaborar políticas, prácticas y programas favorables a las relaciones personales que promuevan vínculos sanos con los hijos, los familiares, la pareja y la comunidad.

Servicios: Abordar las cuestiones relativas al uso indebido de sustancias, los eventos traumáticos y la salud mental ofreciendo servicios de amplio alcance, integrados y culturalmente adecuados.

Situación económica y social: Dar a la mujer posibilidades de mejorar sus condiciones socioeconómicas.

Comunidad: Establecer un sistema de atención en la comunidad que incluya servicios de amplio alcance, inspirados en la colaboración

Analizando las pautas anteriormente citadas, resulta claro que para la implementación de Dispositivos sensibles a las cuestiones de género se deben generar Proyectos o Programas de características autónomas y es deseable que los mismos conlleven una Dirección propia y diferenciada. Esto no quiere decir que todos los Programas sensibles a las tramas de género tengan que implementarse de manera separada de un "Conjunto de Dispositivos", sino que aunque estén inmersos en programas para hombres y mujeres en conjunto, sería deseable que existieran algunos componentes diferenciales y destinados exclusivamente a las mujeres.

En Uruguay en relación a la búsqueda de ayuda profesional para dejar o disminuir el consumo de sustancias psicoactivas, (alcohol, tabaco o drogas ilegales) un 2.5% de los encuestados contestaron afirmativamente, representado casi 40.000 personas. En cuanto a familiares que estuvieran o se encuentren en tratamiento por la misma problemática fue contestado afirmativamente por el 4.5% de los encuestados. Del total de personas que declaran haber consumido alguna de estas sustancias, son más las mujeres las que no han buscado ayuda profesional (98%), del interior del país (98%) y adolescentes (99,7%) y jóvenes (98%). Por el contrario, las que más han buscado ayuda, son hombres (3%), de Montevideo (3%) y adultos de 46 a 55 años (4%) y de 56 a 65 años (4%)⁽⁹⁾.

Con respecto a la resistencia de las mujeres a solicitar tratamiento, se visualiza como influye el peso de los "roles asignados" en ellas, especialmente, las mujeres adultas.

Diversos estudios al respecto, señalan las dificultades a las que se enfrentan las mujeres a la hora de pensar y tomar la decisión de empezar un tratamiento para dejar el uso de drogas. Algunas de estas dificultades tienen que ver con el reconocimiento ante los demás de lo que ellas viven como una conducta vergonzosa o culposa, o tienen que ver con las presiones familiares, o el miedo a

⁹ 4ta. Encuesta Nacional en Hogares sobre Consumo de Drogas. Uruguay 2007 - Observatorio Uruguayo de Drogas – OUD

perder los hijos en el caso en que los tengan⁽¹⁰⁾.

Otro de los hallazgos encontrados en la fuente anteriormente citada, es la relación entre la resistencia a empezar un tratamiento por miedo a volver a enfrentarse a problemáticas vividas anteriormente. Una de ellas es el maltrato y abuso físico, psicológico o sexual. Estos estudios han encontrado relación entre el abuso sexual y el maltrato físico en la infancia y el abuso de drogas posteriormente. Concluyen que la experiencia de maltrato es un factor antecedente al consumo de drogas. Asimismo, también constataron que la mayoría de las parejas de las mujeres que participaron del estudio, tenían o tienen relación con las drogas. Y un importante porcentaje de ellas sufre algún tipo de maltrato por parte de sus parejas, lo que estaría dificultando aún mucho más su adherencia al tratamiento.

En el caso de segmentos poblacionales de mujeres que viven en entornos de marginalidad, la situación se hace más difícil aún, ya que también entra en juego la prostitución como otro factor desfavorecedor de la demanda de tratamiento⁽¹¹⁾. En estos casos, las drogas no sólo son usadas para “soportar” el trabajo sexual, sino también que puede llegar a ser parte del trabajo el consumirlas. Con el agravante que en los casos de extrema pobreza, el trabajo sexual se puede presentar en sus entornos como la única forma de conseguir ingresos.

En el caso de las más jóvenes, vimos como esas formas de auto medicación –especialmente usadas para situaciones concretas–, en el caso de los psicofármacos, también las aleja de la consulta al sistema sanitario. En el caso de las otras drogas, podemos decir, que no existen casi aún, policlínicas específicas para jóvenes con perspectiva de género, y admitir que se necesita un tratamiento de drogas, es representar un “rol transgresor”, que no todas las jóvenes están dispuestas a asumir como tal. Es más posible que consulten para “cuidar” de otra persona, familiar, amigo, pareja, que por ellas mismas.

Se hace necesario brindar más información que contribuya a romper el “estigma” de que si una joven o una mujer consume, no estaría cumpliendo con los roles que la sociedad espera de ella, sino que el consumo o abuso de drogas es una conducta de riesgo más para su salud y debería ser tratada.

ATENCIÓN DE LAS NECESIDADES ESPECÍFICAS DE LAS MUJERES PRIVADAS DE SU LIBERTAD DESDE UN ENFOQUE DE GÉNERO

Considerando recomendaciones internacionales⁽¹²⁾, datos nacionales provenientes del Estudio realizado en el Centro de

Reclusión para Mujeres “Cabildo”, y el Proyecto implementado en los tres centros Penitenciarios para Mujeres, implementado por la Secretaría Nacional de Drogas en coordinación con ONU Mujeres, se sugieren los siguientes ejes orientadores de acción:

1. Escucha abierta y atenta de sus historias de vida. Familia, redes de apoyo perdidas o inexistentes. Historia de conflicto familiar, abuso de drogas, enfermedades.
2. Atención de las problemáticas vividas en sus procesos de socialización tempranos, maltrato, abuso psicológico, físico y sexual.
3. Diagnóstico y atención del estado de salud integral.
4. Indagar en sus motivaciones para el inicio y actual mantenimiento del abuso de drogas. Atender los factores de riesgo propios y diferentes de las mujeres en el UPD.
5. Investigar y atender los factores de riesgo asociados al abuso de drogas.
6. Crear un contexto apropiado para la apertura y el trabajo hacia la motivación para el cambio de las actitudes y conductas que empeoran sus condiciones de vida en el medio carcelario.
7. Las estrategias planteadas más adelante en la intervención propiamente dicha, estarán dirigidas a acompañarlas en un proceso de adquirir paulatinamente mayor conocimiento de sí mismas, sus dificultades y fortalezas, apuntando a un desarrollo personal más satisfactorio –según su deseo y posibilidades–, así como a ganar más autonomía y goce de sus derechos.

ATENCIÓN DE SUS NECESIDADES ESPECÍFICAS A PARTIR DE UN ENFOQUE QUE INTEGRE ASPECTOS BIO PSICO SOCIALES

8. Ante el conocimiento de su vulnerabilidad socio económica y cultural -inequidad de oportunidades–, brindar especial atención a la creación de nuevas redes de apoyo o hacia el fortalecimiento de las ya existentes.
9. Necesidad de atención de la comorbilidad psiquiátrica y su etiología. (Desórdenes de Estrés Post Traumático, de carácter primario fundamentalmente)
10. Necesidad de atención específica de controles o de proble-

¹⁰ Arostegui Santamaría E, Urbano Aljama A. – “La mujer drogodependiente especificidad de género y factores asociados. Informe en colaboración con el Instituto Deusto de Drogodependencias / Dirección de Drogodependencias del Gobierno Vasco

¹¹ Women & Addiction, Ob. Cit.

¹² Handbook for Prison Managers and Policymakers on Women and Imprisonment. Criminal Justice Handbook Series. United Nations Office on Drugs and Crime. New York, 2008

Desvelando velos... sobre Género y Drogas

Aspectos Teórico-Metodológicos y Buenas Prácticas de Abordaje del
Uso Problemático de Drogas desde distintas Perspectivas de Género

mas inherentes a su sexo.

11. Contar con dispositivos preparados para atender la mayor vulnerabilidad de la mujer ante el contagio de ITS y el VIH⁽¹³⁾. Diversos estudios –Ref “Women and Imprisonment”, muestran que las mujeres están doblemente más expuestas a contraer VIH que los hombres a través de las relaciones sexuales sin uso de preservativos. Las mujeres se presentan como más vulnerables a la hora de tomar decisiones para el uso de condones en las prácticas sexuales debido a su cualidad afectiva diferente de los hombres, son más proclives a la aceptación de la negación del uso del preservativo para no perder el vínculo afectivo.

12. Atención del problema específico de la asociación que frecuentemente se establece entre el abuso de drogas y las historias de vida con presencia de eventos traumáticos primarios (maltrato, abuso psicológico, físico y sexual en la temprana infancia). El abuso o la dependencia a las drogas no sólo precede a su ingreso al centro penitenciario (muchas veces como recurso de afrontamiento de los DSPT, sino también como forma de auto medicación para “sobrellevar” la vida en prisión. El riesgo de intentos de auto eliminación o incluso sobre dosis está presente y puede ser prevenible con un adecuado dispositivo de tratamiento del UPD que atienda éstas especificidades de las historias de vida de las MPL.

13. Prisiones Seguras, atender a la generación de entornos seguros donde se elimine o minimicen los riesgos que corren las mujeres de ser extorsionadas o violentadas por cualquier otra persona del establecimiento carcelario, a cambio de ciertos “privilegios” que las más de las veces no son más que el usufructo de los más básicos derechos humanos a que toda persona tiene derecho a gozar. (dentro y fuera de los muros carcelarios)

14. Disponer de espacios necesarios para el contacto con la familia y la pareja

15. Preparación para la integración social. Capacitación y entrenamiento en competencias psico sociales y habilidades que le permitan encontrar “su lugar” al salir del centro penitenciario. Educación, empleo, alternativas de búsqueda de nuevas redes de contención que le permitan reinsertarse en la sociedad y gozar plenamente de sus derechos.

A modo de resumen:

- Los datos nacionales muestran que las drogas más consumidas por las mujeres uruguayas son las legales: tabaco, alcohol y psicofármacos.
- La marihuana es la única droga ilegal que aumenta su inicio y consumo habitual entre las adolescentes insertas en el sistema educativo en los últimos años, posiblemente debido a la permisividad y normalización de su uso en los últimos tiempos.
- Las adolescentes, jóvenes y mujeres, no escapan al “poli consumo” de drogas, y en algunas de las franjas poblacionales o con algunas drogas en particular, tampoco escapan a la “baja percepción del riesgo” de su uso.
- Actualmente ya contamos con estudios –tanto internacionales como nacionales-, que nos confirman que existen diferencias en los consumos, los niveles de dependencia y consecuencias del uso de drogas, entre mujeres y hombres. Entre alguno de ellos, podemos observar que en las mujeres se instalan más rápidamente procesos de “dependencia” a determinadas drogas, en relación a los hombres que consumen las mismas sustancias psicoactivas. Otro de los riesgos que hacen a la mayor vulnerabilidad de las mujeres, es el que tiene que ver con las consecuencias de los efectos –tanto agudos como crónicos-, particularmente con el alcohol y tabaco. Entre los hombres, podemos observar mayor vulnerabilidad ante los efectos agudos de la cocaína. Asimismo, las mujeres desarrollan adicciones a la mayor parte de las drogas, más rápidamente que los hombres⁽¹⁴⁾.
- Los consumos y abusos de drogas, -anteriormente de uso casi exclusivo de los hombres- actualmente son objeto de uso y abuso por parte de las mujeres, incluso algunas diferencias están disminuyendo, -edad de inicio, consumo y dependencia- particularmente para las adolescentes, las mujeres jóvenes y sobre determinadas drogas como los tranquilizantes BZD, las más adultas. (tabaco, alcohol y benzodiacepinas)⁽¹⁵⁾.
- No sólo las diferencias en los distintos tipos de uso están disminuyendo, sino que ya existe una mayor prevalencia en el inicio, consumo e indicadores de dependencias, con tabaco y benzodiacepinas en las mujeres de nuestro país (al igual que se da en otros países).
- Asimismo, están presente características específicamente de

¹³ VIH/SIDA: Prevención, Atención, Tratamiento y Apoyo en el Medio Carcelario. Marco de acción para una respuesta nacional eficaz. Coeditado con la Organización Mundial de la Salud y el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. ONUDC, ONUSIDA, Nueva Cork, 2007

¹⁴ Moncada Sonia – Ponencia para el III Symposium Nacional de Adicción en la mujer – 2007 – Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio de Sanidad y Consumo – España

¹⁵ Observatorio Uruguayo de Drogas, 1) Informe Cuarta Encuesta Nacional en Hogares sobre Consumo de Drogas. 2007, / 2) II ENCUESTA MUNDIAL DE TABAQUISMO EN JÓVENES (EMTJ) URUGUAY 2006. 3) IV ENCUESTA NACIONAL SOBRE CONSUMO DE DROGAS EN ESTUDIANTES DE ENSEÑANZA MEDIA, INFORME DE INVESTIGACION, 2009

“género” –no sólo las que hacen al sexo, anteriormente mencionadas-, que también hacen más vulnerables a las mujeres que a los hombres, al abuso de drogas y sus consecuencias. Diversos estudios muestran como la estigmatización, discriminación y exclusión social, afectan doblemente a las mujeres que a los hombres⁽¹⁶⁾.

- En nuestro país, -al igual que en la mayor parte del mundo-, los distintos dispositivos y niveles de prevención y atención en drogas, no integran el componente de género o no está suficientemente incorporado, en sus abordajes.
- No existen aún en nuestro país dispositivos específicos para el tratamiento de cesación tabáquica para las adolescentes, quiénes son justamente las más vulnerables actualmente al inicio y mantenimiento de su dependencia al tabaco.
- “El consumo de alcohol y drogas aumenta la vulnerabilidad del hombre y la mujer al VIH. Para los hombres, a menudo el hecho de socializar implica consumir alcohol. Los niveles excesivos de consumo pueden contribuir a un comportamiento sexual arriesgado y violento. Otras sustancias controladas, como las drogas intravenosas, que también consumen predominantemente los hombres, aumentan su riesgo de contraer el VIH y contribuyen al de sus parejas sexuales femeninas. Entre las mujeres, el consumo de alcohol y drogas se relaciona a menudo con el intercambio de relaciones sexuales por drogas o dinero, lo que incrementa su riesgo de contraer el VIH”⁽¹⁷⁾.
- La promoción de las drogas legales, particularmente el tabaco y su publicidad, son herramientas de mercado que han demostrado imponer agresivamente la figura corporal de la joven y la mujer “que se muestra en los spot publicitarios”, como una fuente importante de influencia a predisponer la búsqueda de un cuerpo “deseable”, motivo por el cual muchas de las mujeres que se inician o se recaen en el hábito, lo hacen “para adelgazar”⁽¹⁸⁾.
- Existen diferencias en el consumo de las drogas entre los géneros e intra – género. Mientras las más jóvenes prefieren usar drogas a medio camino de “roles asumidos” y “roles asignados”, las más adultas, prefieren hacerlo en el aislamiento, o disfrazarlo o simplemente negarlo, para así poder continuar cumpliendo su “rol asignado” de género.
- Es necesario establecer más lineamientos de investigación enfocados específicamente hacia las niñas, adolescentes, jóvenes y mujeres y su relación con las drogas, sobre una perspectiva de género. Así como también establecer sus relaciones complejas con el entorno rápido y cambiante en que se están desarrollando e incorporar esas relaciones con

sus pares, los niños, adolescentes, jóvenes y hombres con los que conviven en la sociedad.

- Sabido es que la Prevención temprana es la mejor herramienta como factor de protección de futuros consumos problemáticos de drogas. Prevención Comunitaria particularmente, dónde puedan hacer sinergia los efectos de diversos programas de Prevención: Educativos Formales, Familiares, Selectivos para poblaciones más vulnerables, e Indicados, para el caso en que ya exista la necesidad de tratamiento del problema. Paralelamente, son necesarios esfuerzos en las normativas legales, -como lo hecho con los Ambientes Libres de Humo-, y los esfuerzos que se están haciendo con la legislación sobre el uso del alcohol.

¹⁶ Ibid 13

¹⁷ El Género y el VIH / SIDA – ONUSIDA – Actualización Técnica – Agosto 2000 – Colección Prácticas Óptimas del ONUSIDA

¹⁸ Rekalde A, - Vilches C. – “Drogas de ocio y perspectiva de género en la CAV – Dirección de Drogodependencias del Gobierno Vasco y otros. Donosita, 2003

13. Consumo de drogas durante el embarazo. Complicaciones maternas, fetales y neonatales. Abordaje terapéutico: lineamientos generales

Dr. Antonio Pascale Prieto
Médico toxicólogo

1. INTRODUCCIÓN

El consumo de drogas en la mujer predomina en su edad reproductiva, en la cual existe por lo tanto la posibilidad de embarazo. Durante el mismo, el consumo de sustancias se ha relacionado con efectos tóxicos para el binomio materno-fetal, poniendo en riesgo la vida de la madre y su hijo. También se ha asociado con trastornos neurológicos y neurocomportamentales en el recién nacido y niño en su primera infancia, catalogados muchos de éstos como irreversibles, a punto de partida de una situación que es 100 % prevenible.

El consumo de drogas durante el embarazo constituye siempre un Uso Problemático de Drogas (UPD), ya sea bajo forma de abuso o dependencia. Históricamente el uso de drogas ha estado fuertemente ligado al consumo de drogas ilegales, dejando de lado el uso de las drogas legales, socialmente aceptadas, como el tabaco y el alcohol, de las cuales existe una fuerte evidencia de sus efectos tóxicos si se consumen durante la gravidez, siendo muchos de estos efectos independientes de la dosis consumida. La ingesta de bebidas alcohólicas que no es considerada de riesgo por dosis y frecuencia fuera del embarazo, sí lo es durante el mismo.

Desde el punto de vista epidemiológico, el consumo de sustancias psicoactivas en el embarazo presenta un perfil similar al consumo en la población general, en la cual el alcohol etílico y el tabaco son las drogas más consumidas, seguido, en una proporción mucho menor, de marihuana y cocaína^{1,2,3}. Existen estudios basados en encuestas mediante un cuestionario estructurado y detección de biomarcadores de exposición en meconio del recién nacido. A excepción de los sedantes, los porcentajes hallados en el análisis de meconio son más altos que aquellos surgidos de las encuestas a las madres. Un estudio realizado en un Hospital Universitario en San Pablo (Brasil) reveló que sólo el 38 % de las embarazadas recibían información sobre el uso de drogas durante la gravidez⁴.

La mayoría de la sustancias psicoactivas atraviesan la placenta por

difusión pasiva, pudiendo así ejercer su toxicidad sobre el feto. El tipo y magnitud del daño dependerán de la o las drogas consumidas, vía utilizada, dosis y duración del consumo, así como la etapa del embarazo en el cual ocurre la exposición. El patrón de policonsumo (muy frecuente), asociado a la existencia de otros factores de riesgo obstétricos (malnutrición, anemia, entre otros), dificulta el diagnóstico etiológico e incrementa el riesgo de complicaciones⁵.

El período de la gestación en el cual ocurre la exposición es determinante del efecto tóxico. El período embrionario durante el primer trimestre constituye una ventana crítica de vulnerabilidad para la aparición de malformaciones congénitas (efecto teratogénico). El concepto actual de agente teratógeno no se limita a la capacidad de inducir malformaciones morfológicas o estructurales de un órgano en desarrollo, sino también producir alteraciones bioquímicas o funcionales (teratogénesis funcional)⁶.

En la **tabla 1** se detallan las posibles complicaciones derivadas del consumo de sustancias psicoactivas durante el embarazo.

2. DROGAS DE ABUSO: EFECTOS TÓXICOS POR CONSUMO DURANTE EL EMBARAZO

En la **tabla 2** se describen las complicaciones materno-feto-neonatales derivadas del consumo de sustancias psicoactivas.

2.1 ALCOHOL

El **alcohol etílico** es la sustancia psicoactiva más consumida en nuestro país⁷. El cuadro referido como **síndrome alcohólico fetal (SAF)** fue descrito en 1957 por primera vez en la tesis doctoral de la Dra. Jacqueline Rouquette, pediatra francesa; en 1968 Lemoine y cols caracterizan al cuadro con una entidad propia⁸, pero recién en 1973, Jones y Smith son reconocidos mundialmente como sus descubridores al describir las alteraciones de 8 hijos de madres alcohólicas: retardo mental, microcefalia, restricción del crecimiento intrauterino, retardo del crecimiento posnatal, fisuras palpebrales cortas, hipoplasia maxilar (mandíbula corta) con ligero prognatismo, pliegue epicanto en párpado superior, anomalías cardíacas⁹.

<p>COMPLICACIONES MATERNAS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sobredosis – intoxicación aguda • Obstétricas relacionadas con el consumo (v.g. aborto espontáneo, DPPNI, parto prematuro, estado hipertensivo del embarazo) • Cuadros psiquiátricos agudos (“mal viaje”) • Síndrome de abstinencia • Por la vía utilizada (infección por VIH, hepatitis a virus B y C, enfermedades respiratorias, entre otras) • Repercusión por consumo crónico
<p>COMPLICACIONES FETALES-NEONATALES</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Vinculadas al consumo materno durante el embarazo (malformaciones congénitas, RCIU, sufrimiento fetal agudo, muerte fetal intrauterina, prematuridad) • Por la vía utilizada (enfermedades infecciosas de transmisión vertical) • Síndrome de abstinencia neonatal • Sobredosis – intoxicación aguda (lactancia) • Trastornos del crecimiento y desarrollo (neuroconductuales)

Tabla 1: Complicaciones derivadas del consumo materno de drogas durante la gestación (extraído de Pascale A. *Consumo de drogas durante el embarazo. Revisión bibliográfica para el Trabajo “Hacia la construcción de un protocolo de protección y atención para madres consumidoras, sus hijos/as y familias”*. PNUD 2010).

<p>SUSTANCIA PSICOACTIVA</p>	<p>CONSUMO DURANTE EL EMBARAZO</p>
<p>ALCOHOL ETÍLICO</p>	<p>Síndrome alcohólico fetal (Jones-Smith 1973). Trastornos del espectro alcohólico fetal (2004): Retardo del crecimiento intrauterino (RCIU) y del crecimiento posnatal. Dismorfismo facial característico. Trastornos del neurodesarrollo. Mayor riesgo de aborto espontáneo y síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL).</p>
<p>TABACO</p>	<p>Mayor riesgo de aborto espontáneo, embarazo ectópico, RCIU, rotura prematura de membranas (RPM), parto de pretérmino, placenta previa, estados de hipercoagulabilidad, desprendimiento prematuro de placenta normoinsera (DPPNI). Bajo peso al nacer, enfermedades respiratorias, trastornos del comportamiento y del aprendizaje. Riesgo SMSL.</p>
<p>COCAÍNA (PASTA BASE, CLORHIDRATO, CRACK)</p>	<p>Mayor riesgo de aborto espontáneo, RCIU, RPM, parto de pretérmino, DPPNI, Síndrome preeclampsia-eclampsia. Bajo peso al nacer, RN pequeños para la edad gestacional (PEG). Sufrimiento fetal agudo, infartos cerebrales. Malformaciones congénitas (actualmente discutido en estudios prospectivos). RN: inestabilidad autonómica, temblores, convulsiones. Síndrome de abstinencia neonatal. Trastornos del neurodesarrollo.</p>
<p>MARIHUANA</p>	<p>Mayor riesgo de RCIU, bajo peso al nacer RN con temblores y alteraciones en reflejos oculares (transitorias). Trastornos neurocomportamentales.</p>

El término **SAF**, si bien fue mundialmente aceptado, no es preciso, dado que los efectos tóxicos del alcohol ocurren en primer lugar durante el período embrionario, siendo evidentes luego en la etapa fetal¹⁰. En el año 2004, luego de sucesivas denominaciones y varias clasificaciones, es adoptada una terminología más amplia que abarca todas las alteraciones físicas, mentales, cognitivas y comportamentales de un individuo hijo de una mujer que consumió alcohol durante el embarazo, **trastornos del espectro alcohólico fetal (TEAF)**^{11,12}.

Los TEAF pueden sistematizarse en tres grandes categorías:

- restricción del crecimiento intrauterino (RCIU) y retardo del crecimiento posnatal.
- dismorfismo facial característico: hendiduras palpebrales cortas, labio superior fino (en ocasiones puede haber labio leporino con o sin paladar hendido) y surco nasolabial aplanado, a veces inexistente. Pueden acompañarse de otras malformaciones congénitas (cardíacas, esqueléticas, renales, oculares, auditivas, digestivas), algunas de éstas graves¹².
- trastornos del neurodesarrollo (estructurales y funcionales): se describen microcefalia (muy frecuente), defectos de cierre del tubo neural, alteraciones del desarrollo del cuerpo caloso, displasias corticales y alteraciones cerebelosas^{13,14}. También se reportan cambios sutiles, secundarios a cambios bioquímicos y funcionales, que pueden ser de más difícil diagnóstico o bien aparecer en la evolución (infancia y adolescencia). Se describen en el período neonatal: trastornos del sueño, alteraciones electroencefalográficas, succión débil, temblores, convulsiones y susceptibilidad a infecciones¹⁵. La exposición prenatal a alcohol constituye la tercera causa de retardo mental en el mundo⁴. Además puede

ocasionar otros trastornos cognitivos, afectando el lenguaje y la memoria, las habilidades matemáticas y lingüísticas, así como las funciones ejecutivas. En la infancia aparecen alteraciones del desarrollo psicomotor, trastornos conductuales, trastorno por déficit atencional con o sin hiperactividad¹²⁻¹⁴.

La prevalencia mundial de SAF se ha estimado en 1-2 por cada 1000 nacidos vivos, mientras que la de los FASD es de 1 %¹¹⁻¹⁴.

Los efectos tóxicos del alcohol están determinados por el momento y duración de la exposición, así como también por la dosis de alcohol ingerida por la madre.

Ninguna dosis ha sido estimada como segura, por lo tanto la abstinencia a la ingesta de bebidas alcohólicas durante el embarazo (y de planificarlo, antes de la concepción) es la única conducta que asegura la ausencia de riesgo y daño para el feto y recién nacido^{11,14,16}.

2.2 TABACO

El tabaco es la segunda droga más consumida en nuestro país. Para la mujer la edad de mayor consumo es entre los 18 y 25 años⁷. El tabaquismo durante el embarazo se ha asociado a mayor riesgo de aborto espontáneo, embarazo ectópico, RCIU, rotura prematura de membranas, parto de pretérmino, placenta previa, estados de hipercoagulabilidad con mayor riesgo de trombosis, desprendimiento prematuro de placenta normoinsera y muerte fetal intrauterina. El recién nacido presenta una mayor prevalencia de bajo peso al nacer, enfermedades respiratorias, síndrome de muerte súbita del lactante (S.M.S.L.), trastornos del comportamiento y del aprendizaje. De acuerdo al nivel de exposición, se han reportado algunas de estas complicaciones en

SUSTANCIA PSICOACTIVA	CONSUMO DURANTE EL EMBARAZO
BENZODIACEPINAS	Dismorfismo facial. Síndrome del recién nacido flácido (letargia, hipotonía) Síndrome de abstinencia neonatal.
OPIÁCEOS	Sobredosis, bajo peso al nacer, PEG. Síndrome de abstinencia neonatal.
SOLVENTES	Síndrome fetal por solventes (dismorfias faciales). Mayor riesgo de RCIU, bajo peso al nacer y trastornos del neurodesarrollo.
ANFETAMINAS	Aborto espontáneo, parto prematuro, hipertensión arterial, DPPNI. Anomalías cardiovasculares y músculo-esqueléticas (MDMA o éxtasis).

Tabla 2: Patología relacionada al consumo de drogas durante el embarazo (extraído de Pascale A. *Consumo de drogas durante el embarazo. Revisión bibliográfica para el Trabajo "Hacia la construcción de un protocolo de protección y atención para madres consumidoras, sus hijos/as y familias". PNUD 2010*)

mujeres fumadoras pasivas^{5,17,18}.

2.3 CLORHIDRATO DE COCAÍNA Y COCAÍNAS FUMABLES (PASTA BASE DE COCAÍNA, CRACK):

En embarazadas consumidoras de clorhidrato de cocaína y cocaínas fumables se reporta mayor riesgo de aborto espontáneo, desprendimiento prematuro de placenta

normoinsera (DPPNI) y restricción del crecimiento intrauterino (RCIU)^{19,20}. La estimulación del Sistema Nervioso Simpático y las alteraciones vasculares placentarias (vasoespasmio, lesión endotelial, trombosis *in situ*) determinan mayor riesgo de estados hipertensivos del embarazo, como el síndrome preeclampsia-eclampsia^{5,20,21}. Existe una mayor incidencia de recién nacidos con bajo peso al nacer^{20,22}. Reportes internacionales revelan mayor incidencia de recién nacidos prematuros, pequeños para la edad gestacional y bajo peso al nacer en hijos de madres consumidoras de pasta base²³. El incremento de la actividad simpática incrementa el tono uterino y la irritabilidad miometrial, determinando mayor riesgo de parto de pretérmino y de rotura prematura de membranas^{21,22}. La prematuridad también puede estar determinada por las otras complicaciones obstétricas ya mencionadas. Al atravesar la placenta la cocaína puede ejercer su efecto simpaticomimético en el feto, ocasionando aumento de la frecuencia cardíaca y presión arterial fetales, así como disminución de la variabilidad de la frecuencia cardíaca fetal¹⁹. Alcanza el SNC al atravesar la barrera hematoencefálica fetal, pudiendo por vasoespasmio determinar infartos cerebrales, así como isquemia en otros órganos^{21,22}.

La afectación del binomio materno-fetal por la acción de la cocaína puede ocasionar la muerte materna o la muerte fetal intrauterina, por sufrimiento fetal agudo.

Durante años numerosos autores, basados en estudios experimentales y series de casos clínicos han reportado una mayor incidencia de malformaciones congénitas en hijos de consumidoras de cocaína durante el primer trimestre de embarazo: microcefalia, reducción de la talla y perímetro craneano, alteraciones genitourinarias, esqueléticas y cardiovasculares²⁴⁻²⁷. En la actualidad algunos estudios prospectivos discuten esta asociación, ya que no han encontrado diferencias en la prevalencia de malformaciones congénitas entre recién nacidos expuestos a cocaína intraútero y un grupo control^{20,26,27}.

Existe una mayor frecuencia de inestabilidad autonómica, temblores y convulsiones en recién nacidos hijos de consumidoras de cocaína^{22,28}. También se ha descrito un síndrome de abstinencia neonatal a cocaína, poco frecuente, de aparición en las primeras 48 horas de vida, caracterizado por hipertensión, irritabilidad, dificultad en la succión y alimentación^{19,28,29}.

Autores han reportado alteraciones en el neurodesarrollo en niños expuestos a cocaína en el período prenatal, tales como déficits

cognitivos, trastornos del lenguaje y aprendizaje y trastornos del crecimiento³⁰⁻³³. Sin embargo existe evidencia reciente de que la cocaína constituye un factor de riesgo para las alteraciones del neurodesarrollo, pero no en forma exclusiva o aislada, sino en conjunto con otros factores de riesgo (comorbilidad materna, medio socioeconómico, exposición prenatal a otras drogas de abuso)^{34,35}.

2.4 MARIHUANA:

No está demostrada una teratogenicidad estructural (ocurrencia de malformaciones) por consumo materno de marihuana⁵. Otros posibles efectos de la exposición intrauterina a marihuana son discutidos. Si bien el policonsumo de marihuana y otras drogas como alcohol y tabaco es muy frecuente, existen algunos reportes que relacionan el uso de marihuana durante la gestación con restricción del crecimiento uterino y recién nacidos con bajo peso al nacer, como variable independiente del consumo de las otras sustancias³⁶. El uso de marihuana durante el embarazo se ha asociado con la aparición de trastornos neurocomportamentales en niños de madres consumidoras (trastornos del sueño, alteraciones visuales, déficit atencional, hiperactividad)^{5,36,37}.

2.5 BENZODIACEPINAS

Son los psicofármacos de mayor prescripción a nivel mundial. En nuestro país el consumo de sedantes predomina en mujeres. La edad más frecuente de inicio es a los 20 años, frecuentemente bajo forma de automedicación⁷.

El uso de benzodiazepinas en los primeros tres meses de la gestación se ha asociado con mayor riesgo de paladar hendido, asimetría craneofacial e hipertelorismo ocular por algunos autores. La posibilidad de causar otras malformaciones es controvertida^{6,38}.

El recién nacido puede presentar un cuadro de letargia, hipotonía, llanto monótono,

dificultad para alimentarse, denominado “**Síndrome del recién nacido flácido**” (en inglés “*Floppy Child Syndrome*”), de duración variable (varios días) por la inmadurez de los sistemas metabólicos y eliminación más lenta de las benzodiazepinas^{5,6,38}. Además existe riesgo de un **síndrome de abstinencia neonatal** de instalación progresiva y severidad variable caracterizado por irritabilidad, temblor, hipertensión, y en casos severos vómitos, diarrea, hipertermia, convulsiones y disfunción autonómica con alteración de la frecuencia cardíaca y de la presión arterial⁵.

1. CONSUMO DE DROGAS Y LACTANCIA

En la **tabla 3** se exponen efectos relacionados al consumo de drogas materno durante la lactancia. La Academia Americana de Pediatría considera compatible con lactancia la ingesta de alcohol (destacando que la ingesta abusiva puede ocasionar efectos sobre el recién nacido), tabaco (enfaticando sobre los riesgos de exposición al humo de tabaco) y algunos opiáceos. El riesgo por

exposición a benzodiazepinas no está claramente demostrado³⁹.

Las sustancias psicoactivas referidas se excretan por la leche materna en cantidades variables según sus características fisicoquímicas. Durante la lactancia pueden por esta vía ocasionar efectos sobre el recién nacido⁵. La importancia de conocer este riesgo radica luego en evaluar el mismo frente a los beneficios ampliamente conocidos de la lactancia materna para el crecimiento y desarrollo del recién nacido.

4. TRATAMIENTO.

4.1. CONCEPTOS GENERALES

El desarrollo de programas de tratamiento para mujeres embarazadas consumidoras de drogas surge a partir del incremento del consumo de clorhidrato de cocaína en la década de 1980 en EEUU y Europa. Dichos programas se han enfrentado con una barrera difícil de sortear: la mayoría de estos recursos terapéuticos no están implementados desde una perspectiva de género, se fundamentan en modelos de rehabilitación de usuarios de drogas y no desde la mujer embarazada y su contexto socio-familiar. Internacionalmente se plantean como dificultades propias de los sistemas de salud para el abordaje de esta problemática: falta de cobertura asistencial y/o ausencia de control del embarazo, limitaciones para la inclusión de la madre en un programa de tratamiento (v.g. cuidado de sus otros hijos, transporte),

restricciones de los centros de internación (duración, posibilidad de estar con sus hijos), y falta de formación del equipo sanitario para la atención de las mujeres consumidoras de drogas⁴⁰.

4.2. DETECCIÓN

El Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia recomienda la **detección o screening** del consumo habitual de alcohol en forma anual para toda mujer en edad reproductiva, y sistemáticamente durante el primer trimestre del embarazo⁴¹.

Nuevas revisiones recientemente publicadas siguen esta recomendación e incluyen el screening universal del consumo de sustancias psicoactivas a toda mujer que consulta en periodo preconcepcional o durante el embarazo^{42,43}.

Puede efectuarse:

- mediante preguntas dirigidas, en algunos casos utilizando cuestionarios de fácil aplicación.
- mediante la detección de biomarcadores de exposición en orina de la madre, o en orina, meconio o pelo del recién nacido.
- a través de un análisis paraclínico (v.g. hallazgo de funcional y enzimograma hepático y/o hemograma alterado en caso

SUSTANCIA PSICOACTIVA	CONSUMO DURANTE EL EMBARAZO
ALCOHOL ETÍLICO	Alteraciones del desarrollo motor, letargia, sudoración excesiva, trastornos del sueño, disminución de la ingesta de leche, episodios de hipoglicemia. Reducción de la excreción de leche y del período de lactancia.
TABACO	Disminución de la secreción láctea.
COCAÍNA (PASTA BASE, CLORHIDRATO, CRACK)	Temblor, vómitos e hipertensión arterial en RN hijos de madres con consumo reciente (últimas 48 a 72 hs).
MARIHUANA	Reducción de la secreción láctea. Letargia y retardo del desarrollo psicomotor.
BENZODIAZEPINAS	Sedación, letargia, hipotonía y dificultad para alimentarse, riesgo de trastornos neurocomportamentales a largo plazo. Síndrome de abstinencia en el lactante.
OPIÁCEOS	Sedación, temblores, vómitos, dificultad en la alimentación (heroína).
SOLVENTES	Trastornos neuroconductuales.
ANFETAMINAS	Riesgo de sobredosis en el lactante, disminución de la secreción láctea.

Tabla 3: Consumo de drogas durante la lactancia (extraído de Pascale A. *Consumo de drogas durante el embarazo. Revisión bibliográfica para el Trabajo “Hacia la construcción de un protocolo de protección y atención para madres consumidoras, sus hijos/as y familias”*. PNUD 2010)

consumo crónico de bebidas alcohólicas).

El cuestionario AUDIT (por sigla en inglés Alcohol Use Disorders Identification Test), denominado en español *Prueba de identificación de trastornos por el uso de alcohol* fue desarrollado, estandarizado y validado por la Organización Mundial de la Salud para detectar el consumo de riesgo o perjudicial de alcohol, e incluye diez preguntas que abordan el uso de riesgo (por frecuencia y dosis), uso perjudicial y dependencia del alcohol. Puede realizarse en forma de cuestionario o como autorreporte, en 3 minutos. Cada una de las preguntas es de opción múltiple y cada respuesta tiene una calificación que va de 0 a 4. Se suman todas las puntuaciones para obtener una puntuación total. Se ha mundialmente validado para adultos, tanto en hombres como en mujeres, y en la actualidad existen estudios que lo han adaptado a otros grupos de riesgo, como los adolescentes^{44,45}.

Algunos tests para screening de consumo de alcohol han sido validados en mujeres embarazadas, tales como el T-ACE y TWEAK^{46,47}.

El cuestionario ASSIST, desarrollado por la OMS en el año 2002, tiene como objetivo detectar problemas relacionados no solo con alcohol, sino también con el tabaco y otras drogas⁴⁸.

La entrevista y la detección de biomarcadores son métodos complementarios, con sus fortalezas y limitaciones. Un resultado negativo con alguna de las técnicas más frecuentemente utilizadas como *tests de screening* (técnicas rápidas de inmunoensayo en orina) en la madre o recién nacido, evidencia un período de abstinencia determinado, variable según la sustancia, pero no descarta consumo previo a dicho período. Una mujer pudo no haber consumido en el tercer trimestre o en los días cercanos al parto, pero sí hacerlo en la primera mitad del embarazo. Por tal motivo es que se han desarrollado técnicas con el fin de evaluar exposición en un tiempo más alejado del nacimiento del niño, mediante la detección de sustancias y/o metabolitos en meconio o pelo del recién nacido⁴⁹⁻⁵³.

4.3 INTERVENCION BREVE

La *intervención breve* es una intervención limitada en el tiempo de duración siempre inferior a la de un tratamiento específico, que incluye una evaluación global, un asesoramiento o consejo breve, y un cierto seguimiento. Tiene como objetivo promover un cambio en la conducta de un individuo que no busca tratamiento, activando sus propios recursos, motivándolo para dicho cambio. Constituye una estrategia de prevención secundaria⁵⁴. Consiste en un número de 1 a 4 sesiones breves llevadas a cabo por personal entrenado (médico, psicólogo, trabajador social), cuya duración oscila entre 15 a 60 minutos⁵⁵.

Los modelos de intervención breve han demostrado, mediante una evidencia amplia y consistente, reducir los daños relacionados con el uso nocivo de alcohol, tanto en hombres como en mujeres. Si

bien existen estudios que confirman el beneficio de las intervenciones breves durante el embarazo⁵⁶, aún resta por conocer el alcance y eficacia de estos modelos durante el período gestacional y puerperal.

4.4 TRATAMIENTO ESPECIALIZADO

Estudios confirman la importancia del abordaje del UPD durante el embarazo desde una perspectiva de género, teniendo en cuenta algunos aspectos⁵⁷⁻⁶⁰:

- Mayor efectividad si el tratamiento se inicia durante el embarazo.
- El tratamiento debe ser integral e interdisciplinario, incluyendo evaluación médica (ginecoobstétrica, toxicológica, psiquiátrica), psicológica, sociofamiliar, con seguimiento individual y grupal.
- Especificidad en la intervención, ya sea en el período preconcepcional, gestación, parto o puerperio.
- Captación: posibilidad de internación para evaluación e inicio de tratamiento
- Tratamiento ambulatorio considerando situación obstétrica, comorbilidad, diagnóstico sociofamiliar.
- Terapia grupal, compartiendo creencias, experiencias y necesidades.
- Abordaje farmacológico específico, minimizando riesgos por la aparición de un síndrome de abstinencia en caso de dependencia (v.g. alcohol, benzodiacepinas, opiáceos).
- Prevención de recaídas durante embarazo y lactancia.
- Educación, fortalecimiento de vínculo madre-hijo.
- Si bien la abstinencia durante el embarazo es condición *si ne qua non*, considerar estrategias de reducción de riesgos y daños.

Con respecto a la terapia farmacológica, siempre deberá evaluarse la relación riesgo beneficio de la administración de un fármaco en las diferentes etapas del embarazo, con particular precaución en el primer trimestre por el riesgo teratogénico, y durante la lactancia, por su excreción a través de la leche materna.

Entre las limitaciones de los estudios realizados para la evaluar la eficacia de programas de tratamiento del UPD durante el embarazo, se incluyen la inclusión de un número pequeño de mujeres embarazadas y la ausencia de seguimiento a largo plazo de las mismas⁴⁰.

Con respecto a la **lactancia materna** en caso de madres consumidoras de sustancias psicoactivas, existen diferentes

posiciones de acuerdo a distintos autores u organizaciones:

- contraindicar la lactancia frente al consumo materno de drogas tales como cocaína, anfetaminas, marihuana o heroína³⁹.
- promover la reducción de riesgos y daños (v.g. amamantar previo al consumo, no utilizar drogas inyectadas, aguardar el tiempo de espera para asegurarse que la sustancia ya no se haya concentrada en leche materna)⁶¹.
- Posturas intermedias considerando la lactancia en mujeres con un periodo de abstinencia previo, comprometidas con el tratamiento de deshabituación⁵⁷.

En nuestro país existe un Consenso realizado por un equipo interdisciplinario, aprobado por el Programa Nacional de Salud de la Niñez en abril 2011, en el cual se plantean posibles escenarios clínicos y conductas a seguir frente a consumo materno de pasta base de cocaína. Toma como variables: abstinencia en último trimestre, control de embarazo, deseos de abandonar el consumo, examen físico neonatal, factores de riesgo maternos (craving, síndrome de abstinencia), riesgos sociales-red de apoyo familiar, vínculo recién nacido-madre de origen. Incluye: decisión de alojamiento conjunto, lactancia, tipo de seguimiento (durante internación y al alta), de acuerdo a variables mencionadas⁶².

5. PREVENCIÓN

El asesoramiento preconcepcional es la estrategia más efectiva para prevenir el consumo y el UPD, disminuir riesgos y evitar daños⁵. Sin embargo, en un gran número de casos, la intervención se inicia durante el periodo gestacional. Las acciones preventivas deben ponerse en marcha al captar a la usuaria, previo a la gestación, en un control de su embarazo, o en algunos casos durante una internación por situación de urgencia, una vez superado el episodio agudo (complicación obstétrica, sobredosis o síndrome de abstinencia, parto en un embarazo no controlado)⁵⁷.

14. Buenas Prácticas nacionales sobre el Tratamiento de drogas y género

14.1 Implementación del espacio de género en el Centro de Referencia Nacional de la Red Drogas “Portal Amarillo”

Dra. Susana Grunbaum()
Psiquiatra de Niños y Adolescentes*

Mayo de 2006, en pleno proceso de apertura del Portal Amarillo, Centro de Referencia de la Red Drogas. Se inaugura primero el servicio ambulatorio y el residencial un mes más tarde.

Es un período fermental para el grupo de trabajo que comienza a conocerse en la tarea. Se realizan reuniones de equipo, el trabajo se divide en subgrupos, y la tarea de planificación es vertiginosa para afrontar la demanda que sin duda esperaba la apertura, sobre todo de la modalidad de internación.

Uno de esos días de reunión de equipo, ya cerca de las 6 de la tarde de un viernes lluvioso y oscuro llega una joven de apariencia muy demacrada pidiendo ser atendida; ella empuja un cochecito en el que duerme un recién nacido.

Nos cuenta que ha estado consumiendo pasta base pero quiere dejar de hacerlo. Se ha quedado sin hogar y está sola.

Vivía con sus suegros quienes le pidieron que se fuera para no tener más problemas...

Su pareja, padre del bebé, cayó preso hace unos días. Ella no tiene otro lugar ya que su familia es del interior y no tiene dinero para el ómnibus. No la recibirían y no saben que tuvo este bebé. Sus otros hijos no viven con ella.

Esta situación conmueve al equipo por la indefensión y desamparo de la muchacha y de su bebé; porque no esperábamos que una de las primeras consultas fuera de una mujer y sobre todo porque en ese momento no teníamos qué ofrecerle.

Con el transcurrir del tiempo éstas y otras consultas similares se fueron repitiendo. Algunas llegaban en forma solitaria, acompaña-

das por un familiar, o por educadores de ONG´s. Muchas jóvenes concurrían no necesariamente embarazadas o con hijos, pero en situación de riesgo de embarazos no planificados.

El mayor impacto fue comprobar que muchas mujeres hablaban de su consumo en el momento de ir a tener su parto.

La dirección del Centro Hospitalario Pereira Rossell, hospital de referencia para los nacimientos del sector público, tuvo la iniciativa de contactarnos para solicitar apoyo en esta problemática que veían aumentar progresivamente y resultaba nueva y desconocida para casi todos los profesionales de salud.

Para el equipo multidisciplinario del Portal también fue un desafío encontrar las mejores estrategias para el tratamiento de estas usuarias.

No fue difícil reconocer, como lo señala la bibliografía internacional, la especificidad de la problemática de las adicciones en las mujeres y en particular durante el embarazo, parto y puerperio.

Esta condición configura a veces una situación tan compleja que oculta todo lo demás: la historia infantil, los frecuentes abusos sexuales sufridos, la ausencia de vínculos estables, la situación familiar y de pareja, la violencia en las relaciones cercanas, los posibles trastornos psiquiátricos asociados, la baja autoestima, infecciones de transmisión sexual, problemas de salud en la esfera ginecológica o somática, situación de calle, explotación sexual, falta de trabajo y vivienda...

Y precisamente es ese “todo lo demás” lo que no se debe olvidar para que el tratamiento tenga posibilidades de ser exitoso.

Muchos tratamientos no toman en cuenta el alto índice de abuso físico y sexual sufrido en el pasado ni la violencia contra ellas durante el embarazo. Es difícil para la mayoría de las mujeres contar espontáneamente estas dolorosas experiencias, entonces, al no ser tenidas en cuenta por el equipo, dejan el tratamiento porque

* Ex - directora del Centro de Información y Referencia de la Red Drogas Portal Amarillo – Salud Mental - ASSE
Responsable del Programa Nacional de Salud de la Adolescencia y Juventud. Área Ciclo de Vida / DIGESA - MSP

sienten que los profesionales no están enfocados a enfrentar y lidiar con estos temas.

Hay otras barreras que no permiten que las mujeres embarazadas que abusan de sustancias accedan con facilidad al tratamiento y son diferentes a los obstáculos observados en los hombres: el estigma que rodea a las mujeres embarazadas que abusan de sustancias es muy negativo ya que son vistas como mujeres promiscuas, negligentes e irresponsables. A causa de este estigma, la sociedad (y a menudo también el sistema de salud) tiene actitudes punitivas contra ellas. Esto provoca vergüenza y culpa que incluso contribuye a incentivar el problema de consumo.

Algunos de los aspectos que hemos visto con mayor impacto en la continuidad y adherencia al tratamiento son: la inclusión de los niños o la oferta de lugares seguros para su cuidado, el apoyo individual con psicólogos comprensivos, los grupos para mujeres solas (ya que en grupos con ambos sexos, las mujeres no suelen participar) y la ayuda para el transporte a los centros (especialmente si concurren con bebés).

El Portal definió entre sus prioridades fortalecer la acogida de las mujeres que en el momento del parto planteaban su decisión de abandonar el consumo y comenzar un tratamiento.

Se logró concretar una buena alianza con el equipo de salud mental del Hospital que realizaba el primer contacto con la usuaria. Se ofrecía a todas las mujeres que estuvieran en condiciones de trasladarse conocer el Portal Amarillo y las propuestas allí existentes. El transporte del Portal las iba a buscar en la mañana, se las recibía para tener una o más actividades y luego de compartir el almuerzo volvían al Hospital. Esta breve jornada permitía participar de actividad de grupo, charlar sobre puericultura, tener entrevista individual y sobre todo tener un primer contacto con el Centro, conocerlo para tomar decisiones con mayor información y menos temor.

Y sentirse además respetadas.

Para lidiar con problemas anteriores a las adicciones como pueden ser el abuso físico, emocional y sexual se debe ofrecer un ambiente seguro y de apoyo, creando grupos especializados que puedan responder a los traumas y sus causas y desarrollen estrategias para su sobrevivencia. Para ayudar a incrementar la auto-estima el tratamiento puede ofrecer entrenamiento vocacional que incluya el vivir independiente, cómo saber enfrentar el mercado laboral, etc. Para responder a los temas familiares e interpersonales, los servicios también tienen que incluir el cuidado de los niños de las mujeres adictas y el entrenamiento en maternidad y paternidad. Para los componentes de sexualidad y cuidado somático los servicios deben incorporar talleres sobre derechos a la sexualidad y la salud reproductiva, educación sobre VIH/SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual, cuidado prenatal y orientación para la anticoncepción.

Es de destacar la importante presencia del Hogar Tarará (ASSE-MIDES) en esta alianza interinstitucional. El rol fundamental como

espacio de acogida durante el proceso de recuperación y planificación de un proyecto de vida diferente, debe contar con un apoyo cálido y tolerante que permita renovar la esperanza de vivir de un modo diferente. Esto requiere no sólo el compromiso de la paciente sino de quienes formamos parte de su entorno cercano y de la sociedad en general.

Debemos tener en cuenta que estas muchachas, sus hijos e hijas, son sujetos de derecho y como tales son personas necesarias para el crecimiento y desarrollo del país. Son poseedoras de talentos y capacidades a menudo invisibles, esperando ser revelados.

14.2 Programa de Género: Centro de Referencia Nacional de la Red Drogas “Portal Amarillo”

*Dra. Verónica Cardeillac
Psic. Adriana Pitetta
Dra. Cecilia Idiarte Borda*

El Centro de Información y Referencia Nacional de la red Drogas "Portal Amarillo" abre sus puertas en mayo del año 2006, y en sus primeros 2 meses de funcionamiento de los 150 usuarios que consultaron, 21 eran mujeres.

Tanto la experiencia clínica, como la literatura destacan las peculiaridades del consumo de sustancias en la mujer, las cuales incluyen una diferente presentación clínica, en relación entre otras a: patrones de consumo, forma de obtención de la sustancia, gravedad del consumo, comorbilidad médico psiquiátrica, contexto sociofamiliar, la pareja muchas veces también consumidora de sustancias, la presencia de violencia doméstica, historias de vida marcadas por diferentes formas de abuso desde temprano edad y el peso de un estigma aún mayor que en el caso de los hombres.

En las instancias grupales, participaba 1 mujer cada 14 varones, cuya presentación clínica era diferente por la presencia de comorbilidad psiquiátrica, crianza de los hijos, temor a perder el vínculo con ellos, presencia de violencia, parejas consumidoras, problemas legales.

Se observó que las mujeres abandonaban rápidamente el tratamiento y que permanecían las que tenían abordaje individual.

Es dentro de este marco de especificidades, que el Portal Amarillo desarrolla un programa de Género, integrado por un equipo interdisciplinario con formación en consumo de sustancias, constituido por: Asistente Social, Psicólogos, Médicos Toxicólogos y Médicos Psiquiatras, atendiendo diferentes aspectos como ser violencia doméstica, abuso y/o maltrato, diagnósticos duales, desarrollo de diversas habilidades socio familiares y utilización de recursos.

Son también objetivos de dicho Programa la capacitación de efectores de la red drogas para detección precoz de consumo en mujeres y siempre que sea posible tratamiento en su centro de salud de referencia y el desarrollo proyectos de investigación.

Inicialmente se desarrollaron 2 tipos de actividades dentro del Programa de Género: un grupo extramuros y un grupo intramuros.

El Grupo Extramuros fue una experiencia piloto que se desarrolló durante un período de 5 meses, con frecuencia semanal en CHPR,

coordinado por una psiquiatra y un psicólogo, dirigido a embarazadas y puerperas, planteándose como un grupo de duración breve con cumplimiento de objetivos específicos, realizándose un diagnóstico de situación, con evaluación de conducta a seguir.

Sus objetivos específicos eran cesación del consumo y sostener la abstinencia, reducción del mismo, favoreciendo el vínculo con la red asistencial y fortaleciendo el vínculo madre-hijo.

El Grupo Intramuros se trata de un espacio semanal de escucha y orientación, coordinado por una psiquiatra y una psicóloga, para mujeres usuarias de sustancias, en donde se realiza un diagnóstico de situación y toma de conciencia de su problemática como primer paso en el inicio de un proceso de cambio.

Sus objetivos generales son:

- Brindar un espacio de escucha y orientación
- Definir una conducta inicial, necesidad de ser evaluada por psiquiatra, médico toxicólogo, asistente social en el día o a la brevedad posible.
- Asesoramiento y orientación en relación al funcionamiento del Portal Amarillo
- Derivación a hospital general, psiquiátrico, CHPR, refugios, ONG

En cuanto a sus Objetivos Específicos, se jerarquizan:

- Afianzar el vínculo
- Lograr adherencia al tratamiento
- Orientar sobre el UPS
- Diagnóstico socio familiar
- Brindar herramientas primarias para la RRD y estrategias primarias para prevención de recaídas
- Evaluar factores de riesgo y protección
- Embarazadas: priorizar evaluación, orientar y motivar para lograr un cambio a la brevedad, centralizando en una rápida supresión o reducción del consumo.

En nuestra experiencia, hay algunas características a destacar de cómo llegan las usuarias:

- Temor a que se desvele su problemática, estigmatización, vergüenza
- Problemas asociados que resulta difícil plantear en los grupos mixtos
- Problemas sociales, familiares, legales, asociados a su consumo
- Mayor vulnerabilidad
- Comorbilidad psiquiátrica
- Percepción desvalorizada de si mismas
- Relaciones socio afectivas muy deterioradas
- Situaciones de abuso y maltrato

Destacamos la alta frecuencia de la presencia de trastorno psiquiátrico concomitante, lo cual complejiza y agrava la clínica, con implicancia en el tratamiento y pronóstico, y en la planificación de recursos asistenciales necesarios, siendo más frecuente en el sexo femenino.

Es frecuente observar Trastornos de Ansiedad y Depresivos, Trastornos de la Conducta Alimentaria (subdiagnóstico), Trastorno por Estrés post traumático, Trastornos psiquiátricos puerperales (más frecuentes en primíparas), Trastornos de Personalidad del Grupo B, sobre todo Borderline y Antisocial

El tratamiento grupal es fundamental, en donde las pacientes tienden a participar en tiempos equitativos y socializan a través del soporte de unas con otras, en donde se promueve la identificación positiva dentro del grupo y se busca que elaboren conflictos en ese espacio, para luego lograr en el proceso, que puedan insertarse en la sociedad a otros grupos.

Son también fundamentales las intervenciones familiares y de pareja.

Integra también el Programa de Género, el abordaje individual en Policlínica de Psiquiatría, Psicología y Servicio Social, cuando se presentan situaciones conflictivas como abuso, abandono, duelos, violencia que requieran un espacio terapéutico de mayor intimidad y contención, con estrategias específicas para cada temática, que permita elaborar la conflictiva, y en donde ciertas características de personalidad de las usuarias dificulten el abordaje grupal.

Es importante integrar paralelamente al espacio exclusivo de mujeres, otras instancias grupales mixtas, con temáticas específicas como ser: inserción laboral, prevención de recaídas, espacio psicofísico, grupos socioeducativos, talleres.

15. Bibliografías

CAPÍTULO 5

- Barrán, José (1990) Historia de la Sensibilidad en el Uruguay. Tomo II - El disciplinamiento (1860-1920) Ediciones Banda Oriental, Montevideo.
- Barrán, J. Nahum, B. (1978) Batlle, los estancieros y el imperio británico. El Uruguay del novecientos. Tomo 1 EBO, Montevideo
- Bourgois, Philippe (2010) "En busca del respeto. Vendiendo crack en Harlem". Siglo XXI. Argentina.
- Butler, Judith (2001) "El género en disputa". Paidós, Buenos Aires
- Butler, Judith (2004) "Cuerpos que importan" Paidós, Buenos Aires
- Cabella, Wanda "La demografía de las uniones consensuales en Uruguay en la última década", en El Proyecto de ley de unión concubinaria. Ediciones Trilce. Red Género y Familia. Serie Políticas Públicas. Montevideo. 2006.
- Cabella, Wanda "La evolución del divorcio en Uruguay (1950-1995)". Notas de Población, v.: 67/68, 1998, p.: 209 – 245 España Chile
- Center for Substance Abuse Treatment. Substance Abuse Treatment: Addressing the Specific Needs of Women. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 51. HHS Publication No. (SMA) 09-4426. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2009.
- Ehrenreich B, English D. (1990) "Por su propio bien. 150 años de consejos de expertos a las mujeres". Alfaguara, Madrid.
- Fausto-Sterling, Anne (2000) Sexing the Body: Gender Politics and the Construction of Sexuality. Basic Book, USA
- Filgueira, Carlos (1998) Sobre revoluciones ocultas: la familia en Uruguay. CEPAL. Montevideo.
- Foucault, Michel (1977) Historia de la sexualidad. La voluntad de Saber. Vol. 1. Crítica Madrid
- Fraser, Nancy (1997) Iustitia Interrupta. Reflexiones críticas desde la posición postsocialista. Siglo del Hombre Editores. Colombia
- Genolet, Alicia (2000) "Aproximación a la problemática de identidad de mujeres de sectores populares" en "Género y Salud", Zaldúa, G. (coord.) Ed. Eudeba, Facultad de Psicología, UBA. Buenos Aires
- Giddens, A. (2000) La Transformación de la intimidad: sexualidad, amor y erotismo en las sociedades modernas. Cátedra, Madrid
- Laqueur, Thomas (1990) "Making sex" Harvard University Press, Londres
- Maccoby, E (1988) "Gender as Social Category" en Developmental Psychology, 24, Págs. 755-765
- Mead, Margaret (1935) Sex and Temperament in Three Primitive Societies, New York, Morrow
- ONU (2006) "Incorporación de una perspectiva de género en todas las políticas y los programas del sistema de las Naciones Unidas". Nueva York, Resolución N° 2006/36 del Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas.
- OPS. "Gender, Diversity and Human Rights Office" Bajado octubre 2011 de <http://new.paho.org>
- Parsons, T. Bayles, R. (1955) Family, Socialization, and Interaction Process. Glencoe. Free Press

- Pellegrino, Adela (2003) Caracterización demográfica del Uruguay. Programa de Población. FCS, Montevideo.
- Platas Ferreiro, María (2008) Guía Informativa: Drogas y Género. Plan de Atención Integral a la Salud de la Mujer de Galicia..
- Porzecanski, Teresa “La nueva intimidad” en Historias de la vida privada en el Uruguay. Tomo 3. Barrán, J. Caetano, G, Porzecanski, T. (dir.). Taurus Montevideo. 1997
- Prece G., Di Liscia M., Piñero L. (1996) “Mujeres Populares. El mandato de cuidar y curar” Ed. Biblos Buenos Aires
- Rubin, Gayle (1986) “El tráfico de mujeres. Notas sobre una economía política del sexo” (Nueva Antropología, Vol. VIII. Nº 30. México
- Sánchez Pardo, Lorenzo y otros “Intervenciones Preventivas sensibles a la Perspectiva de Género. Plan de Atención Integral a la Salud de la Mujer de Galicia.” Bajado mayo 2011 de http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/GyD_GuiaInformativa.pdf
- Scott, Joan (1995) “El género: una categoría útil para el análisis histórico” en De mujer a Género. Teoría, interpretación y práctica feminista en las Ciencias Sociales. Cangiano, M, DuBois, L. (comp.) Centro Editor de América Latina. Buenos Aires.
- Stiegler, Bárbara (2009) Ponencia presentada en el seminario internacional: “¿Género en el poder? Cuatro años de gobierno de Michelle Bachelet”, panel “Género en el poder: Chile, Argentina, Alemania y España”. Mayo

CAPÍTULO 6

- Alcohol, Género, Cultura y Daños en las Américas – OPS
Washington D.C. 2007
- Drogas y embarazo – Aguilera y Ribas, Fundació Institut Català de Farmacologia, Barcelona
- Rev. Latino-Am. Enfermagem vol.12 no.spe Ribeirão Preto Mar./Apr. 2004
La violencia intrafamiliar, el uso de drogas en la pareja, desde la perspectiva de la mujer maltratada
- Uso de Drogas y Violencia de Género en Mujeres Adictas en Europa. Claves para su Comprensión e Intervención. Salud y drogas, Diciembre, año/vol. 5, número 002
Instituto de Investigación de Drogodependencias Alicante, España pp. 137-157
- Salud pública Méx. v.43 n.3 Cuernavaca mayo/jun. 2001 Artículo Original - Violencia sexual y problemas asociados en una muestra de usuarias de un centro de salud
- Rev. Méd. Urug. v.23 n.4 Montevideo dic. 2007 Intento de autoeliminación y consumo de sustancias psicoactivas, Dra. Ps. Cristina Larrobla*, Dr. Artigas Pouy
- Consumo de alcohol y otras drogas en embarazadas , Artículo original Dra. Raquel Magri y Colaboradores, Arch Pediatr Urug 2007; 78(2): 122-132
- Género y Drogas, Guía informativa, Plan de Acción Integral a la salud de la mujer de Galicia, Xunta de Galicia
- Salud Sexual para el Milenio, Declaración y documento técnico. Washington, D.C.: OPS, 2009
- Intervenciones para la prevención del VIH e ITS en América Latina y Caribe: una revisión de la experiencia regional, Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20(6):1468-1485, nov-diez, 2004
- Ministerio de Salud Pública, Dirección General de Salud, Programa Nacional Prioritario Salud de la Mujer y Género - Abordaje de Situaciones de Violencia Doméstica hacia la Mujer, 2006 Uruguay
- Ministerio de Salud Pública, Dirección General de la Salud, Programa Nacional de Salud Adolescente - Guías para el abordaje integral de la salud de Adolescentes en el Primer Nivel de Atención, 2009 Uruguay

- Ministerio de Salud Pública, Dirección General de la Salud, Programa Nacional Prioritario de Salud de la Mujer y Género - Guías en salud sexual y reproductiva
Capítulo: Normas de Atención a la Mujer Embarazada, 2007 Uruguay
- Informe epidemiológico VIH/SIDA, Dirección General de la Salud
DEVISA- PPITS/SIDA , Uruguay Diciembre 2010.
- Mujeres y tratamiento de drogas, CONACE , Gobierno de Chile
- DSM-IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales
Versión española de la cuarta edición de la obra original en lengua inglesa
Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV, publicada por la American Psychiatric Association de Washington.
- Women ´s mental Health, Department of Health y Human Services , USA
- Jóvenes, Sexualidad Y VIH/SIDA en el Uruguay ,Conocer para prevenir
Mónica Guchin Mieres, Juan José Meré Rouco, Programa Sexualidad y Género
Iniciativa Latinoamericana 2004.
- Sexualidad de riesgo y consumo de drogas en el contexto recreativo. Una perspectiva de género. Psicothema 2009 Vol. 21 nº 2, pp 227-233
- Causas de los accidentes de tránsito desde una visión de la medicina social. El binomio alcohol-tránsito, Dr. Rodolfo Antonio Vázquez Pedrouzo, Rev. Méd. Urug. v.20 n.3 Montevideo dic. 2004
- Orientaciones generales para la detección precoz del consumo de drogas, Area Técnica en Prevención- Area Tratamiento y Rehabilitación - CONACE. Gobierno de Chile

CAPÍTULO 7

- Sobre ruidos y nueces. Consumo de drogas legales e ilegales en la adolescencia. Julio 2011. Observatorio Uruguayo de Drogas
- Arostegui Santamaría E, Urbano Aljama A. – “La mujer drogodependiente especificidad de género y factores asociados. Informe realizado en el marco del convenio realizado de colaboración que el Instituto Deusto de Drogodependencias mantiene con la Dirección de Drogodependencias del Gobierno Vasco.
- Martínez Higuera, I. Salvador Livina, T. Jacobs M.B. “Bases Teóricas para el desarrollo de intervenciones de prevención del abuso de drogas específicas para chicas adolescentes”. Comentario al artículo: “Developing Theory-Based Substance Abuse Prevention Programs For Young Girls”. Amaro H; Blake S.M; Schwartz, P.M; Finchbaugh, L.J. En Journal of Early Adolscence 21 (3) 256-293 – 2001. En publicación “AL DIA”.
- Recalde A, - Vilches C. – “Drogas de ocio y perspectiva de género en la CAV – Dirección de Drogodependencias del Gobierno Vasco y otros. Donosita, 2003
- Romo Aviles, N. Gil García, E. “Género y uso de drogas. De la ilegalidad a la legalidad para enfrentar el malestar. Trastornos Adictivos. Volumen 08 No. 4, Octubre 2006.
- Wilkinson Sue, Kitzinger Celia. “Mujer y Salud” Una perspectiva feminista. Ed. Paidós Ibérica, S.A. 1996
- Women and the Tobacco Epidemic – Challenges for the 21st Century – Edited by: Jonathan M. Samet and Soon – Young Yoon - The World Health Organization, in collaboration with the Institute for the Global Tobacco Control – Johns Hopkins School of Public Health

CAPÍTULO 8

- *Anthony García, C. Las Mujeres Confinadas.* Estudio Criminológico sobre el rol genérico en la ejecución de la pena en Chile y

América Latina. Santiago de Chile, Editorial Jurídica de Chile. 1ª edición 2001.

- Del Olmo, R. *Reclusión de mujeres por delitos de drogas: Reflexiones iniciales*. Fundación Félix Rivas Venezuela.
- Mesa de Trabajo Interinstitucional sobre Mujeres Privadas de Libertad y UNIFEM. *Mujeres privadas de libertad: ¿una realidad invisible?* Montevideo-Uruguay. 2008.
- Mesa de Trabajo Interinstitucional sobre Mujeres Privadas de Libertad y Ministerio del Interior. *Mujeres Privadas de Libertad en el Uruguay: Informe sobre las condiciones de reclusión*. Montevideo-Uruguay. Setiembre 2006
- Informe Final y Ponencias, Tomo II. *El Impacto del Abuso de Drogas en la Mujer y la Familia*. Organización de los Estados Americanos (OEA). Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD). Instituto Interamericano del Niño (IIN). Montevideo-Uruguay. 1996
- Ovalle, L.P. y Giacomello, C. *La Mujer en el "Narcomundo" Construcciones Tradicionales y Alternativas del Sujeto Femenino*. Guadalajara – México. 2006.

CAPÍTULO 12

- "Abordaje del uso problemático de drogas en mujeres privadas de libertad. Un modelo posible". Área de Tratamiento, Secretaría Nacional de Drogas en coordinación con ONU Mujeres. (En Edición)
- SAMHSA TIP 51: Substance Abuse Treatment: Addressing the Specific Needs of Women, Series: Treatment Improvement Protocols (TIPs). U.S. Department Of Health And Human Services Public Health Service Substance Abuse and Mental Health Services Administration Center for Substance Abuse Treatment. Rockville, USA, 2009.
- Women & Addiction. A Gender – Responsive Approach, Clinician´s Manual. Stephanie S. Covington. Hazelden, Center City, Minnesota, USA, 2007.
- World Health Organization, UNODC, "Women´s health in prison. Correcting gender inequity in prison health" WHO 2009.
- Women & Addiction. A Gender – Responsive Approach, Clinician´s Manual. Stephanie S. Covington. Hazelden, Center City, Minnesota, USA, 2007.
- Estudio sobre Consumo de Drogas y Factores asociados en población Privada de Libertad en Centro Penitenciario Femenino "Cabildo" Junta Nacional de Drogas- OUD. Facultad de Psicología (UdelaR). Diciembre 2009.
- Finkelstein, N. Using the relational model as a context for treating pregnant and parenting chemically dependent women. In: Underhill, B.L., and Finnegan, D.G., eds. *Chemical Dependency: Women at Risk*. New York: Harrington Park Press/Haworth Press, 1996. pp. 23–44.
- Naciones Unidas, Oficina contra la Droga y el Delito. "Tratamiento del abuso de sustancias y atención para la mujer: Estudios monográficos y experiencia adquirida" Naciones Unidas, Nueva York, 2005.
- 4ta. Encuesta Nacional en Hogares sobre Consumo de Drogas. Uruguay 2007 - Observatorio Uruguayo de Drogas – OUD –
- Arostegui Santamaría E, Urbano Aljama A. – "La mujer drogodependiente especificidad de género y factores asociados. Informe en colaboración con el Instituto Deusto de Drogodependencias / Dirección de Drogodependencias del Gobierno Vasco.
- Handbook for Prison Managers and Policymakers on Women and Imprisonment. Criminal Justice Handbook Series. United Nations Office on Drugs and Crime. New York, 2008.
- VIH/SIDA: Prevención, Atención, Tratamiento y Apoyo en el Medio Carcelario. Marco de acción para una respuesta nacional eficaz. Coeditado con la Organización Mundial de la Salud y el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. ONUDC, ONUSIDA, Nueva Cork, 2007
- Moncada Sonia – Ponencia para el III Symposium Nacional de Adicción en la mujer – 2007 – Delegación del Gobierno para el Plan

Nacional sobre Drogas. Ministerio de Sanidad y Consumo – España.

- Observatorio Uruguayo de Drogas, 1) Informe Cuarta Encuesta Nacional en Hogares sobre Consumo de Drogas. 2007, / 2) II ENCUESTA MUNDIAL DE TABAQUISMO EN JÓVENES (EMTJ) URUGUAY 2006. 3) IV ENCUESTA NACIONAL SOBRE CONSUMO DE DROGAS EN ESTUDIANTES DE ENSEÑANZA MEDIA, INFORME DE INVESTIGACION, 2009.
- El Género y el VIH/SIDA – ONUSIDA – Actualización Técnica – Agosto 2000 – Colección Prácticas Óptimas del ONUSIDA.
- Recalde A, - Vilches C. – “Drogas de ocio y perspectiva de género en la CAV – Dirección de Drogodependencias del Gobierno Vasco y otros. Donosita, 2003

CAPÍTULO 13

- 1. García-Algar O, Vall-Combelles O, Puig-Sola C, Mur-Sierra A, Scaravell G, Pacifici R et al. Exposición prenatal a drogas de abuso a través del análisis de meconio en una población de bajo nivel socioeconómico en Barcelona. *An Pediatr(Barc)*.2009;70(2):151–158.
- 2. Bessa MA, Mitsuhiro S, Chalem E, Carvalho de Moraes Barros M, Guinsburg R, Ronaldo Laranjeira R. Correlates of substance use during adolescent pregnancy in São Paulo, Brazil. *Rev Bras Psiquiatr*. 2010; 32: 66-69.
- 3. Magri R, Míguez H, Parodi V, Hutson J, Suárez H, Menéndez A. Consumo de alcohol y otras drogas en embarazadas. *Arch Pediatr Urug* 2007; 78(2): 122-132.
- 4. Costa MTZ, Quintal VS, Haro FMB et al. Drogas de abuso na gestação: As orientações no pré-natal são suficientes? *Pediatria (São Paulo)* 1998; 20: 317-322.
- 5. De Ben S, Pascale A. “Embarazo y Drogas”. Capítulo 7: 161-170. En libro “Curso de actualización – Drogas de abuso: aspectos clínicos y terapéuticos”, Departamento de Toxicología, Facultad de Medicina, año 2005.
- 6. Fine JS. Reproductive and perinatal principles. In: Flomenbaum N, Goldfrank L, eds.
- Goldfrank's Toxicologic Emergencies, 8th Ed Mc Graw Hill 2006: 466-486.
- 7. Junta Nacional de Drogas. Cuarta Encuesta Nacional en Hogares sobre Consumo de Drogas. Noviembre 2006. http://www.infodrogas.gub.uy/html/informesdocumentos/docs/Presentacion_4a_Encuesta_Hogares_Drogas.pdf
- 8. Lemoine, P., Harousseau, H., Borteyru, J. P. and Menoet, J. C. (1968) Children of alcoholic parents: Anomalies observed in 127 cases. *Quest Medicale* 1968; 21: 476-482.
- 9. Jones, K. L., Smith, D. W., Ulleland, C. N. and Steissguth, A. P. Pattern of malformation in offspring of chronic alcoholic mothers. *Lancet* 1973; 1: 1267-1271.
- 10. O'Leary C. Fetal Alcohol Síndrome: A Literature Review. National Expert Advisory Committee on Alcohol. Commonwealth of Australia 2002. Disponible en: <http://www.health.gov.au/internet/alcohol/publishing.nsf/.../fetalcsyn.pdf> (9/7/2010).
- 11. British Columbia Reproductive Care Program. Guidelines for alcohol use in the perinatal period and fetal alcohol spectrum disorder 2005. Disponible en: <http://www.hcipbc.org/resources-for-practice/documents/Alcoholguideline.pdf> (9/7/2010).
- 12. Chudley A, Conry J, Cook J, Loock C, Rosales T, LeBlanc N. Ensemble des troubles causés par l'alcoolisation foetale : lignes directrices canadiennes concernant le diagnostic. *CMAJ* 2005;172: SF 21-22.
- 13. Evrard SG. Criterios diagnósticos del síndrome alcohólico fetal y los trastornos del espectro del alcoholismo fetal. *Arch Argent Pediatr* 2010;108(1):61-67.
- 14. Wattendorf DJ, Muenke M. Fetal alcohol spectrum disorders. *Am Fam Physician*. 2005;72:279-282. Disponible en: <http://www.aafp.org/afp/2005/0715/p279.pdf> (17/07/10)

Desvelando velos... sobre Género y Drogas

Aspectos Teórico-Metodológicos y Buenas Prácticas de Abordaje del
Uso Problemático de Drogas desde distintas Perspectivas de Género

- 15. Kvigne VL, Leonardson GR, Neff-Smith M, Brock E, Borzelleca J, Welty TK. Characteristics of children who have full or incomplete fetal alcohol syndrome. *J Pediatr* 2004;145:635-40.
- 16. Bertrand J, Floyd RL, Weber MK, O'Connor M, Riley EP, Johnson KA et al. National Task force on FAS/FAE. Fetal alcohol syndrome: guidelines for referral and diagnosis. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention; 2004.
- 17. Woods J. Clínicas de Ginecología y Obstetricia. Temas Actuales. Abuso de sustancias durante el embarazo. Consumo de marihuana y tabaco durante el embarazo. Pág. 59-75. Ed. McGraw- Hill Interamericana. 1998.
- 18. British Columbia Reproductive Care Program. Tobacco use in the perinatal period. Disponible en: <http://www.hcipbc.org/resourcesforpractice/documents/TobaccoGuidelines.pdf> (9/7/2010).
- 19. García Valle S, Lopez Marcos J, Morales M, Valladares B, García A. Actualización sobre efectos del consumo de cocaína durante el embarazo. *Revista de Toxicología en Línea* 2003; 52- 61. Disponible en: <http://www.sertox.com.ar/retel/default.htm>
- 20. Moraes M, Scorza C, Abin-Carriquiry JA, Pascale A, Gonzalez G, Umpierrez E. Consumo de pasta base de cocaína en el embarazo, su incidencia, características y repercusiones. *Arch Pediatr Urug* 2010; 81(2): 100-104.
- 21. Ursitti F, Klein J, Koren G. Confirmation of cocaine use during pregnancy: a critical review. *Ther Drug Monit* 2001; 21 (4): 347-53.
- 22. Gomez MS. Embriopatía por cocaína. *Conductas adic* 2004; 4(1): 78-80.
- 23. Mena María, Navarrete Patricia y cols. Drogadicción embriofetal por abuso de pasta base de cocaína durante el embarazo. *Rev Méd Chile* 2000; 128(10): 1093-1100.
- 24. Chasnoff I, Griffith D, MacGregor S, Dirkes K, Burns K. Temporal Patterns of Cocaine Use in Pregnancy: Perinatal Outcome. *JAMA* 1989;261:1741-1744.
- 25. Reynolds B, Penman D, Howatson A, Jackson L, Skeoch C. Multifocal multi-organ ischaemia and infarction in a preterm baby due to maternal intravenous cocaine use: a case report. *Journal of Medical Case Reports* 2009, 3:9259. Disponible en: <http://jmedicalcasereports.com/jmedicalcasereports/article/view/9259>
- 26. Rizk B, Atterbury J, Groome L. Reproductive risks of cocaine. *Human Reproduction Update* 1996; 2 (1): 43–55.
- 27. Behnke M, Eyler F, Garvan C, Wobie K. The Search for Congenital Malformations in Newborns With Fetal Cocaine Exposure. *Pediatrics* 2001;107(5).
- 28. Burgos A, Burke B. Neonatal Abstinence Syndrome. *NeoReviews* 2009;10:e222-e229.
- 29. Manotas R, Caicedo J, Gomez L. Comportamiento neurológico del recién nacido de madre consumidora de basuco durante su gestación. *Iatreia* 1997; 10: 30-34.
- 30. Singer L, Arendt R, Minnes S, Farkas K, Salvator A, Kirshner H et al. Cognitive and motor outcomes of cocaine-exposed infants. *JAMA* 2002; 257:1952-60.
- 31. Morrow C, Bandstra E, Anthony J, Ofir A, Xue L, Reyes M. Influence of prenatal cocaine exposure on early language development: longitudinal findings from four months to three years of age. *J Dev Behav Pediatr* 2003; 24: 39-50.
- 32. Eiden R, McAuliffe S, Kachadourian L, Coles C, Colder C, Schuetze P. Effects of prenatal cocaine exposure on infant reactivity and Regulation. *Neurotoxicol Teratol.* 2009 ; 31(1): 60–68.
- 33. Jacobs R, Waber D, Beeghly M, Cabral H, Appugliese D, Heeren T et al. Intrauterine Cocaine Exposure and Executive Functioning in Middle Childhood. *Neurotoxicol Teratol.* 2009 ; 31(3): 159–168.
- 34. Richardson G, Goldschmidt L, Larkby C. Effects of Prenatal Cocaine Exposure on Growth: A Longitudinal Analysis. *Pediatrics* 2007; 120: 1017-27.

- 35. Ackerman JP, Riggins T, Black MM. A review of the effects of prenatal cocaine exposure among school-aged children. *Pediatrics*. 2010 Mar;125(3):554-65.
- 36. Fried PA. Marihuana use by pregnant women and effects on offspring: an update. *Neurobehav Toxicol Teratol*. 1982; 4:451-4.
- 37. Kuczkowsky KM. Marijuana in pregnancy. *Ann Acad Med Singapore* 2004; 33: 336-9.
- 38. Cruz A, Bouzas CA, Cocheiro M, de Castro A, Quintela O, Bermejo AM et al. Drogas y teratogenia. *Adicciones* 2006; 18 (supl 1): 245-262.
- 39. American Academy of Pediatrics, Committee on drugs. The transfer of drugs and other chemicals into human milk. *Pediatrics* 2001; 108: 776-89.
- 40. Lester BM, Twomey JE. Treatment of Substance Abuse During Pregnancy: Barriers to Treatment. *Women's Health* 2008;4:67-77.
- 41. ACOG Committee Opinion. At-Risk Drinking and Alcohol Dependence: Obstetric and Gynecologic Implications. *Obstet Gynecol* 2011;118:383-8.
- 42. Madgula RM, Groshkova T, Mayet S. Illicit drug use in pregnancy: effects and management. *Expert Rev. Obstet. Gynecol.* 2011; 6(2):179-192.
- 43. SOGC Clinical Practice Guideline. Substance Use in Pregnancy. *J Obstet Gynaecol Can* 2011;33(4):367-384.
- 44. Babor T, Higgins J. Intervención breve para el consumo de riesgo y perjudicial de alcohol. Un manual para la utilización en atención primaria. Generalitat Valenciana. Conselleria de Benestar Social. OMS 2001.
- 45. Babor TF, Higgins-Biddle J, Saunders J, Monteiro MG. AUDIT: The Alcohol Use Disorders Identification Test. Guidelines for Use in Primary Care. 2nd ed. World Health Organization, 2001.
- 46. Russell M, Martier SS, Sokol RJ, Jacobson S, Bottoms S. Screening for pregnancy risk drinking: TWEAKING the tests. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 1991; 15: 638.
- 47. Russell M. New assessment tools for risk drinking during pregnancy: T-ACE, TWEAK and others. *Alcohol and Research World* 1994;18:55-61
- 48. WHO ASSIST Working Group (2002). The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): development, reliability and feasibility. *Addiction* 2002; 97: 1183-1194
- 49. Ostrea EM Jr, Knapp DK, Tannenbaum L, Ostrea AR, Romero A, Salari V et al. Estimates of illicit drug use during pregnancy by maternal interview, hair analysis, and meconium analysis. *J Pediatr*. 2001;138:344-8.
- 50. Manrique López S, Puentes García S, Orjuela Velasco M. Meconio: vehiculo de biomarcadores de exposición a sustancias psicoactivas en gestantes. *NOVA* 2007; 5: 76-83.
- 51. Williamson S, Jackson L, Skeoch C, Azzim G, Anderson R. Determination of the prevalence of drug misuse by meconium analysis. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 2006; 91:F291-F292.
- 52. Gareri J, Chan D, Klein J, Koren G. Screening for fetal alcohol spectrum disorder. *Canadian Family Physician* 2005; 51: 33-34.
- 53. Bearer C, Stoler J, Cook J, Carpenter S. Biomarkers of alcohol use in pregnancy. *Alcohol Research & Health* 2004/2005; 28: 38-43.
- 54. Kaner E, Bland M, Cassidy P, Coulton S, Deluca P, Drummond C et al. Screening and brief interventions for hazardous and harmful alcohol use in primary care: a cluster randomised controlled trial protocol. *BMC Public Health* 2009; 9:287-300.
- 55. Rodríguez-Martos A. Efectividad de las técnicas de consejo breve. *Adicciones* 2002; 14: 337-351.

Desvelando velos... sobre Género y Drogas

Aspectos Teórico-Metodológicos y Buenas Prácticas de Abordaje del
Uso Problemático de Drogas desde distintas Perspectivas de Género

- 56. Chang G. Screening and brief intervention in prenatal care settings. *Alcohol Research & Health* 2004/2005; 28: 80-84.
- 57. Centre for Addiction and Mental Health. Exposure to psychotropic medications and other substances during pregnancy and lactation: a handbook for health care providers. Canada 2007. Disponible en: http://www.camh.net/Publications/Resources_for_Professionals/Pregnancy_Lactation/psychmed_preg_lact.pdf (20/07/10)
- 58. Lester BM, Twomey JE. Treatment of Substance Abuse During Pregnancy: Barriers to Treatment. *Women's Health* 2008;4:67-77
- 59. Velez ML, Jansson LM, Montoya ID, Schweitzer W, Golden A, Svikis D. Parenting knowledge among substance abusing women in treatment. *J Subst Abuse Treat.* 2004;27:215-22.
- 60. Kumpfer KL, Fowler MA. Parenting skills and family support programs for drug-abusing mothers. *Semin Fetal Neonatal Med.* 2007;12:134-42.
- 61. Western Australian Centre for Evidence Based Nursing & Midwifery. Breastfeeding guidelines for substance using mothers. January 2007. Disponible en: http://speciosum.curtin.edu.au/breastfeeding/Infant%20Feeding_Guideline.pdf
- 62. Moraes M, Boccarato A, Bazan G, Grunbaum S, Canavessi M, Hoppe A, Pascale A, González G, Cerutti B, Borbonet D. Consenso para la atención integral de recién nacidos expuestos a sustancias psicoactivas durante la gestación. *Arch Pediatr Urug* 2010; 81(4): 251-7.



 **problema drogas: compromiso de todos**



Presidencia de la República
U R U G U A Y

 problema drogas: compromiso de todos

Secretaría Nacional de Drogas

 www.infodrogas.gub.uy