

## Monografía

# La patología adictiva de la mujer y su comorbilidad

Mario Souza y Machorro,<sup>1</sup> Domingo Lenin Cruz Moreno<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Especialista en Psiquiatría y Psicoanálisis. Maestro en Psicoterapia Psicoanalítica y Psicoterapia Médica. Subdirección de Hospitalización y Proyectos Clínicos. Centros de Integración Juvenil, A.C. Coordinador de la Maestría en Psicoterapia de las Adicciones CIES/SEP. Asesor del Consejo Nacional Contra las Adicciones, SSA.

<sup>2</sup> Maestro en Salud Pública y en Medicina Social. Profesor de la Carrera de Medicina Social de la Universidad Autónoma de México, UAM-Xochimilco.

## Introducción

El problema de las adicciones, definido como un asunto de salud pública, ha rebasado ampliamente en la actualidad los recursos y controles establecidos por los distintos países, por lo que algunos organismos internacionales se han pronunciado a favor de emitir aquellas recomendaciones que habrán de seguir las naciones participantes, en el marco de las mejores prácticas de la especialidad.<sup>1,2</sup> En el caso de los trastornos por consumo de sustancias que coexisten con embarazo, se ha documentado que en Estados Unidos alrededor de 3% de las gestantes consume drogas ilícitas (marijuana, cocaína, éxtasis y otras anfetaminas, y heroína) lo cual conlleva diferentes riesgos y consecuencias para el feto y la mujer embarazada. Algunas de tales mujeres por su consumo favorecen el que el producto nazca demasiado pequeño y/o presente síndrome de abstinencia a las sustancias consumidas, presencia de defectos congénitos o problemas de aprendizaje o conducta; no obstante, dado que la mayoría de las mujeres embarazadas que consume drogas ilícitas, a la vez consume también sustancias lícitas como el alcohol y el tabaco, aumenta el riesgo para el feto.<sup>3</sup> En México, los esfuerzos realizados en tratamiento antiadictivo han enfrentado desde hace cuatro decenios un manejo multidisciplinario, el cual se ha ido actualizando y participa cada vez más en la rehabilitación integral de los pacientes, aunque reclaman una mayor participación y una más firme acción continua, a todos sus niveles de actuación. Podría decirse incluso, que como el consumo femenino se ha considerado un fenómeno menos prevalente que el masculino, las prácticas de intervención tienden a homogeneizar tratamientos para unos y otras, que afectan en ambos grupos un modo distinto.<sup>4</sup> La utilización de drogas ilícitas en la mujer gestante conlleva una situación de alto riesgo para ella, el feto y en su momento, el recién nacido; si bien los daños que pueden observarse incluso años después con la evolución psicoorgánica del individuo, tienden a no asociarse a su verdadera etiopatogenia tóxica, negándose o escondiéndose. De hecho, la droga consumida puede repercutir en el normal crecimiento fetal, en la adaptación del recién nacido a la vida extrauterina como manifestación de síndrome de abstinencia e incluso, en su desarrollo posterior.<sup>5</sup>

En la práctica se observan otras variables asociadas al consumo de drogas durante la gestación, que contribuyen a una mayor morbilidad fetal o perinatal. Y como es común que utiliza varias lamentablemente a menudo recurre al consumo de varias, en especial tabaco y/o alcohol, puede coexistir esta patología con algún tipo de padecimiento infeccioso (enfermedades de transmisión sexual y demás enfermedades virales, entre las que destacan por su virulencia el VIH/SIDA, la hepatitis B y C). Las investigaciones realizadas sobre el tema,<sup>6</sup> a menudo dejan de considerar ciertas especificidades de la mujer: los casos que más frecuentemente ocurren son los estudios que enfocan los efectos de las drogas durante la gestación y el parto. Por ejemplo, distintos autores señalan que si bien la mayoría de los consumidores de drogas ilícitas son hombres, cada vez más mujeres participan del abuso de psicofármacos, en algunos casos indicados por médicos (drogas de potencial adictivo elevado) y en otros –posiblemente la mayoría–, por la automedicación que es tan frecuente en México. Y dado que el consumo femenino de sustancias (legales e ilegales) es socialmente reprobado, suele estigmatizarse a quien las consume, se le generan además sentimientos de culpa y vergüenza, incluso si se trata de psicofármacos asociados a problemas de salud, pues a menudo se adquieren de forma ilegal. La mujer suele recurrir a los psicofármacos para calmar entre otras condiciones, la tensión producida por la situación psicosocial en que vive y a su estado de discriminación, en el más amplio sentido del término.

Otros factores relacionados con aspectos individuales, como en el caso del consumo de alcohol, principal problema de abuso y adicción en México, aunque éste sea mayor en hombres, en las últimas décadas su uso se ha incrementado en la mujer. A finales de los años ochenta por ejemplo, México tenía el segundo lugar mundial de cirrosis hepática, en las tasas globales estandarizadas por edad para hombres y el tercer lugar más alto para mujeres, aunque en esos años

ocupaba el primer lugar en las mujeres. En 1993 hubo 20,490 muertes de cirrosis hepática con una tasa de 23.2 por 100,000 habitantes.<sup>7</sup> Los hombres mostraron un aumento en las cirrosis relacionadas al consumo de alcohol y una disminución en las cirrosis derivadas de otras causas. En forma contraria, la cirrosis relacionada al consumo de alcohol en mujeres, ha permanecido estable mientras que la cirrosis por otras causas ha disminuido en el citado periodo.<sup>8</sup> Al respecto, diversos estudios afirman que el consumo de alcohol en gestantes ha sido estudiado a nivel poblacional en encuestas de hogares y analizado en forma retrospectiva, pero que aún no ha sido investigado el consumo de sustancias como tal, durante el embarazo, mucho menos su atención especializada.<sup>9</sup> Una comparación entre estudios de población mexicana y estadounidense señala que 80% de las mujeres en Estados Unidos informan consumo de alcohol en los últimos 12 meses vs 48% de las mexicanas; las primeras entre los 18 y 49 años tienen consumo más elevado que el observado después de los 50 años, mientras que las segundas tienen un consumo constante, independientemente de la edad; el 54% de las mujeres estadounidenses refieren consumo por lo menos una vez a la semana vs 7% de las mexicanas que informan consumo de intoxicación (es decir, más de 200 ml de alcohol en la ocasión de mayor consumo en el último mes), en tanto aquéllas no refieren episodios de este tipo.

La Encuesta Nacional de Adicciones 2002, última medición disponible de este tipo, afirma que de un total de 7,710 mujeres, 16.8% informó haber consumido bebidas alcohólicas durante su último embarazo. La preferencia por el consumo de la cerveza y la creencia de que el pulque tiene propiedades de fortalecimiento de la leche materna y la costumbre de beber en exceso en ciertas ocasiones especiales estando embarazadas, justifican ampliamente la investigación de este grupo poblacional.<sup>10</sup> Además, al estudiar el aborto espontáneo, las anormalidades congénitas y los mortinatos, el consumo de alcohol durante la gestación se encuentra asociado con la prevalencia de anormalidades congénitas, aunque existen pocos trabajos realizados en nuestro país, vinculados a otro tipo de sustancias como los medicamentos y las sustancias ilegales, a pesar de haberse documentado el uso de psicofármacos durante el embarazo y la lactancia.<sup>11</sup> Las instituciones participantes de la Red Nacional de Tratamiento Integral a las Adicciones, habrán de producir y mantener la preparación y actualización correspondiente, de modo que ésta se realice con la mayor eficacia posible, a través de diversas acciones de tamizaje, diagnósticas o terapéuticas, diseñando y construyendo en consecuencia, una rehabilitación psicosocial de mayor calidad para las usuarias y sus familiares. El compromiso de una visión tal, ha de posibilitar una actuación certera frente a los problemas o bien, brindar la reorientación de la urgencia a la unidad de atención que corresponda.<sup>12</sup>

## Descripción

Aunque en la actualidad toda sociedad está expuesta a las drogas, existen grupos más vulnerables que otros a sufrir los daños derivados del consumo. En el caso de las mujeres, el consumo de sustancias en México se ha incrementado de manera significativa en los últimos años, en particular el consumo de medicamentos por autoprescripción y otros psicotrópicos legales como el tabaco y el alcohol, los cuales conforman un grupo de alta vulnerabilidad.<sup>13</sup> Además, presentan una serie de problemas agregados que abarcan la adicción, las enfermedades de transmisión sexual, los embarazos no deseados, entre muchos otros.<sup>14</sup> Cabe señalar que las sustancias psicoactivas consideradas como drogas ilícitas en las encuestas nacionales (mariguana, cocaína y sus derivados, heroína y opio, y alucinógenos), incluyen en su grupo de drogas ilícitas a los disolventes volátiles, de uso legal pero proscrito a menores.

## Discusión

Una alta proporción de los embarazos que cursan con trastornos por consumo de sustancias, presentan algún tipo de comorbilidad (depresiva, ansiosa, por violencia, etc.), edad aosa o temprana, entre otros, lo que define *per se* un problema de salud que debe ser adecuadamente captado clínicamente. Por otro lado debe tenerse en cuenta que el trastorno por consumo de sustancias, el trastorno depresivo y la comorbilidad asociada a la violencia, a menudo se presentan vinculados en la población femenina.<sup>15</sup> Las pacientes con trastornos depresivos son muy proclives a desarrollar trastornos por consumo de sustancias y viceversa, y como ambos trastornos son sinérgicos y coexisten con alta frecuencia en la mujer, suscitan importantes implicaciones a considerar para su manejo y especialmente en su prevención. En adición, los factores de riesgo para ambos trastornos son convergentes como el divorcio o la separación, los antecedentes depresivos familiares o personales y/o de consumo de psicotrópicos, ciertos eventos adversos significativos para la persona, los trastornos físicos moderados y severos de cualquier índole y la carencia de apoyo social e incluso comparten obstáculos para su reconocimiento (como el estigma, la depresión encubierta, las alteraciones médicas por patologías concomitantes, la complicidad tácita entre médico y paciente, la restricción de tiempo para la atención clínica, una educación médica inadecuada, etc.), todo lo cual produce complicaciones sociales, legales, económicas, etc.<sup>15</sup> Las diferencias entre un sexo y otro respecto de estos trastornos, indica que si bien la mayor parte de los pacientes con trastornos por consumo de sustancias son varones, la proporción hombre-mujer es inversamente proporcional a lo ocurrido entre el trastorno depresivo y el trastorno por

ansiedad. Por su parte, la dependencia a nicotina, mantiene porcentajes similares entre hombres y mujeres, pero el consumo de psicofármacos sin prescripción es mayor en mujeres.<sup>9</sup> Se sabe que las mujeres con trastornos por consumo de sustancias a menudo reúnen los criterios diagnósticos para los trastornos depresivos, trastornos por ansiedad y trastornos de personalidad fronteriza. En tanto que los varones con trastornos por consumo de sustancias reúnen los criterios diagnósticos para los trastornos personalidad antisocial y usan drogas más fuertes como la heroína y la cocaína y se involucran en problemas ilegales asociados a trastornos por consumo de sustancias.<sup>16</sup> Otra diferencia conocida de tiempo atrás entre los géneros hombre-mujer respecto de las tasas por trastornos por consumo de sustancias, incluye mayor edad de inicio de consumo en ellas. Sin embargo, tienen éstas una progresión de la enfermedad más rápida y consecuencias físicas y sociales mayores a los varones. En ellas más frecuentemente se presentan trastornos depresivos previos a los trastornos por consumo de sustancias; cuando son adolescentes muestran más altas frecuencias de trastorno depresivo que los varones y mayores efectos negativos asociados a cambios hormonales y eventos estresantes a lo largo de la vida. A diferencia de los adultos, los adolescentes de uno y otro sexo, presentan un tipo consumo de sustancias semejante en alcohol, nicotina, marihuana y cocaína. Pero ellas muestran mayor riesgo de dependencia en esta edad, comparadas con los varones e incluso cualquier otro grupo de edad femenino.<sup>10</sup>

Datos epidemiológicos interesantes respecto de las condiciones de comorbilidad, sugieren que 60% de los pacientes psiquiátricos la presentan; ésta asociada a los trastornos por consumo de sustancias, en comparación con un pequeño 6% de la población general, que impacta incluso al ámbito de profesión médica de la especialidad, en la que existe además, deficiencia de preparación formal en la materia.<sup>17</sup> En consecuencia, es meta prioritaria y elemental discriminar qué paciente requiere de tratamiento y cuál habrá de ser éste. Por ejemplo, en relación con la comorbilidad por violencia contra la mujer, asociada con los trastornos por consumo de sustancias, vale decir que a pesar de la gran cantidad de estudios publicados en el mundo sobre el tema, la potencial relación de causa-efecto entre violencia y trastornos por consumo de sustancias no ha sido dilucidada aún. Sin embargo, se ha documentado que las mujeres sometidas a conductas violentas físicas, sexuales o ambas, muestran altas tendencias de consumo de sustancias, posiblemente para enfrentar la condición actual que viven, el estrés y el dolor resultante. Lamentablemente, muchas mujeres en México y otros países subdesarrollados o no, son víctimas de violencia, incluso durante el embarazo, cuando precisamente deberían estar más protegidas.<sup>18</sup> Distintos estudios realizados en los últimos años señalan que de 4 a 26% de las

gestantes son víctimas de violencia previa al embarazo y de 1 a 17% lo son durante éste. Ambas condiciones, en especial si ocurren simultáneas, amenazan la salud de las mujeres gestantes y sus productos y marcan su psiquismo negativamente para el resto de sus días. Quienes han vivido la violencia grave –en cualquiera de sus manifestaciones–, no pueden asumir «que no les ha pasado» y que «será fácil lidiar con ello». Pero la violencia durante la preñez, asunto más delicado, se relaciona además con malos pronósticos respecto a los nacimientos a ocurrir.<sup>19</sup>

Asimismo, se ha documentado ampliamente que: a) el consumo de nicotina vía cigarrillo, se relaciona con productos de bajo peso al nacer, aborto espontáneo y síndrome de muerte súbita infantil, mientras que, b) el uso de alcohol durante la gestación puede producir diversas alteraciones (mentales, cardiovasculares, síndrome alcohólico-fetal, etc.), c) la cocaína se vincula a trastornos en el retraso del crecimiento intrauterino del producto y ciertos defectos congénitos,<sup>20</sup> d) la marihuana se vincula a la producción de partos prematuros y el nacimiento de niños de talla breve y bajo peso al nacer; e) los traumatismos ocasionados por la violencia recibida por las mujeres en distintos momentos de su vida –y los traumas psíquicos correspondientes–, pueden afectar la habilidad de la madre en el proceso de atención a los infantes. Se sabe que las mujeres con alto consumo de sustancias tras el parto, pueden incrementar los riesgos de consumo de alcohol y drogas existente, al punto de llegar a interferir con las habilidades parentales y la crianza de sus productos; independientemente de que la exposición pasiva al humo del cigarrillo, puede producir una serie de problemas respiratorios a los neonatos.\* Por tanto, es lógico esperar hasta cierto punto, la existencia de distintas repercusiones de salud y crianza. Cabe destacar que las mujeres abusadas sexualmente durante la preñez, consumen más tabaco y alcohol durante este periodo que las que no cursan este periodo; así como las mujeres abusadas físicamente durante la preñez consumen más tabaco, alcohol y drogas ilegales y de modo regular, que las que no han sido abusadas y que la violencia durante la preñez puede causar un consumo fuerte de alcohol, más que en las no victimadas.\*\* Frente al panorama mostrado se hace evidente la conveniencia de desarrollar un programa,\*\*\* cuyos objetivos incluyan: a) Proveer a las gestantes con trastornos por consumo de sus-

\* Kelly JJ, Davis PG, Henschke PN. The drug epidemic: Effects on newborn infants and health resource consumption at a tertiary perinatal centre. *J Paediatr Child Health* 2000; 36: 262-4.

\*\* Woods JR. Clinical Management of drug dependency in pregnancy. In: Medications development for the treatment of pregnant addicts and their infants. Editors: Chiang N, Finnegan L. NIDA Research Monograph 1995; 149, Rockville: 246.

\*\*\* Souza y MM, Cruz ML. Programa de Tratamiento a Mujeres Gestantes Consumidoras de Sustancias. Subdirección de Hospitalización y Proyectos Clínicos. Centros de Integración Juvenil, A.C. México, 2007.

tancias los beneficios biopsicosociales requeridos para un desarrollo saludable; b) Ofrecer atención terapéutica y educativo-preventiva destinada a eliminar o reducir al máximo posible, sus trastornos por consumo de sustancias; c) Favorecer el social y canalización adecuada de casos, destinada tanto al manejo obstétrico como al tratamiento a largo plazo de la condición adictiva; d) Identificar el consumo femenino perigestacional de acceso a planes de desintoxicación y manejo del síndrome de abstinencia; actividades de apoyo psicotrópicos para lograr la limitación de sus riesgos contra la salud a corto, mediano y largo plazo, en la madre y su producto; e) Ofrecer tratamiento médico y psiquiátrico a las gestantes y sus productos; f) Ofrecer tratamiento psicoterapéutico básico (10 sesiones o más), según sea requerido y factible para la gestante con trastornos por consumo de sustancias, acorde a un temario educativo-preventivo seleccionado *ad hoc*; g) Estructurar un sistema de referencia/Contrarreferencia destinado al apoyo y control evolutivo postparto de la madre y su producto; h) Discriminar y contrarrestar los factores personales y sociales asociados a los trastornos por consumo de sustancias de las gestantes, incluidos los psicofármacos fuera de prescripción; i) Prevenir el embarazo no deseado y las enfermedades de transmisión sexual en la población femenina en edad reproductiva; j) Identificar con fines preventivos las condiciones comórbidas a los trastornos por consumo de sustancias de las gestantes; k) Estudiar la prevalencia de los trastornos por consumo de sustancias y tipo de drogas de mayor uso/abuso durante el embarazo; l) Proporcionar información detallada a la población usuaria con especial énfasis en los aspectos nocivos de las sustancias en el embarazo y m) Capacitar y/o actualizar al personal de salud en el tema, en especial a los miembros del primero y segundo nivel de atención.

Ello puede complementarse con otras acciones del Programa, se presentan otras actividades a considerar: a) En *Prevención*, desarrollar programas informativo-educativos dirigidos a gestantes, a efecto de fortalecer los factores protectores que hasta el momento hayan contribuido al mantenimiento de la resiliencia o a un menor grado de consumo de psicotrópicos que el mostrado por el género complementario de edad análoga; b) En *Tratamiento y rehabilitación*, generar dentro del mismo servicio especializado de la unidad una opción para mujeres, que responda a las necesidades específicas de atención de los problemas derivados de los trastornos por consumo de sustancias y su comorbilidad; c) En *Normatividad*, difundir entre los centros de tratamiento las recomendaciones técnicas sobre la situación de género emitidas por organismos internacionales y reforzar las medidas de control de disponibilidad de medicamentos que requieren control médico y d) En *Enseñanza*, desarrollar acciones específicas (cursos y talleres, producción de materiales educativos, protocolos de manejo, etc.) dirigidas a formar recursos humanos especializados en el tratamiento

de los problemas de adicción y su comorbilidad entre las gestantes con trastornos por consumo de sustancias. Cabe señalar que las estrategias y acciones específicas para el abordaje destinado a evitar o disminuir este fenómeno, no requiere una especial tecnología instrumental o de equipamiento. En cambio, resultan indispensables, la adecuada capacitación y desempeño del personal de salud, del personal de las escuelas y otras instituciones o grupos de servicio, familias, organizaciones no gubernamentales y de la comunidad en general, pero sobre todo de las propias mujeres. En la atención de las gestantes, pueden participar la totalidad de los servicios del sector salud, si se requiere, cualquiera que sea su nivel de complejidad, brindando diferentes niveles de cuidado, a los cuales deben agregarse otros sectores como el educativo, sin menoscabo de las organizaciones juveniles, asociaciones comunitarias de diversa índole, religiosas, etc.

Por tanto, la estrategia se orienta a la mayor racionalidad en el uso de los recursos, como a la accesibilidad integral y equitativa entre los distintos servicios y las respectivas organizaciones. De ello derivan los criterios relativos a la cobertura, cuyos rasgos distintivos son: I) cualquiera que sea el tipo de servicio o el nivel de complejidad que asista a la gestante, dicha atención habrá de reunir las condiciones fundamentales deseables para las personas de edad reproductiva: a) Interdisciplinarias, centradas en la necesidad que motiva la solicitud asistencial, requiere del concurso de diversos profesionales que abarquen los diferentes ángulos del problema; b) Intersectoriales, participan del trabajo conjunto de instituciones de diversos sectores (salud, educación, trabajo, justicia, deportes, etc.); c) Multifactoriales, reclaman el involucramiento de actores diversos (familiares, vecinos, líderes comunitarios, miembros de organizaciones comunitarias, etc.). Al efecto se utilizan dinámicas participativas tales como talleres o reuniones de grupo, con participación de los protagonistas, padres, maestros y otros adultos significativos. Se espera que los servicios de salud, cualquiera que sea su nivel resolutivo, aseguren un trato personalizado y la confidencialidad requerida para lograr la adherencia a eventuales tratamientos y la participación de los jóvenes en el cuidado de su salud. II) Dependiendo de la edad y la legislación existente en los diferentes estados del país, el personal de salud debe obtener el consentimiento informado, para realizar ciertos procedimientos médicos, como los estudios de laboratorio o antidoping de sustancias o pruebas para la detección de VIH/SIDA, etc. III) Las características de personalización, confidencialidad y el uso de técnicas participativas requieren de ciertas condiciones de infraestructura física (espacios adecuados y equipamiento o materiales) que deben tenerse en cuenta en la organización de los servicios. Otro ángulo a considerar son los resultados de los servicios institucionales, pues el cambio debe tener presente que se trata de una actividad bipartita, que requiere

de trabajo simultáneo que orienta la disposición a la acción comprometida de las gestantes y promueve la apertura institucional necesaria para su realización. De ahí que el papel del recurso humano de las instituciones deviene crucial; su adecuado número y capacitación determina en gran medida el acceso, cobertura y calidad de la atención. La definición del personal a formar y los contenidos de la actualización varía en los diferentes niveles institucionales y localizaciones, de acuerdo con la naturaleza de los problemas, disponibilidad y características de los recursos. Pero aun así, en todos los casos, se dispone de dos vertientes estratégicas: El entrenamiento para conformar equipos de atención y la capacitación multiprofesional para asegurar el trabajo interdisciplinario. La preparación de éste, destinado al segundo y tercer nivel de atención o postgrado, requiere el desarrollo de centros especializados en las áreas de servicio y docencia, donde se brinde una capacitación multiprofesional que asegure la idónea preparación del personal necesario para esos niveles de referencia. En tanto que para el personal de salud que ya se encuentra en servicio, es preciso dar a conocer los principios de la atención integral y estimular el trabajo en equipo y entre los niveles de atención; dicha atención puede iniciar el proceso con la preparación de material didáctico y realización de cursos cortos de tipo regional, que preparen una masa crítica de multiplicadores que puedan luego repetir esos conocimientos en los espacios locales. En todos los casos, junto a los esfuerzos de preparación de personal de todos los niveles, deberá preverse la capacitación continua del personal; dado que la cantidad de personas a capacitar es alta, es recomendable desarrollar metodologías a distancia, para alcanzar mayor cobertura y eficiencia. Cabe considerar ahora, que las políticas públicas en general y en particular las de salud, están dirigidas a evitar el riesgo de favorecer o profundizar la fragmentación poblacional, según sea la pertenencia a estratos sociales que se reproducen a sí mismos con cada generación.

La atención del embarazo en México dispone de una norma (NOM) que contemplan los lineamientos necesarios para su manejo en el marco legal e institucional; sin embargo no existe reglamentación. En consecuencia, deben idearse nuevas formas para mejorar la integración social, vía legislación y así favorecer la interacción entre los grupos etáreos, en especial los de diferente estrato social, orientando las acciones a rescatar los derechos humanos disminuyendo la inequidad. En consecuencia, la metodología a emplear toma acciones preventivas y terapéuticas de los diversos sectores de apoyo y coordinación para garantizar una mayor cobertura y utilización cualitativa de los recursos, por lo que debe implementarse una serie de acciones específicas para la realización de cada estrategia. Por su parte, la investigación e información educativa deben desarrollar, actualizar y difundir la base de datos de los recursos existentes y

los servicios ofrecidos. Asimismo, la prevención ha de procurar mantener y fortalecer los programas preventivos del Sector y desarrollar conjuntamente con otros (educativo, procuración de justicia, comunicación, desarrollo social, trabajo y gobierno, privado y social), la promoción de la integración, congruencia, y complementariedad de las actividades. De modo paralelo, la normatividad ha de generar los mecanismos para difundir las normas y regulaciones vigentes. Todo lo anterior, se complementa con la enseñanza y actualización, al promover mayor aprovechamiento de los recursos humanos y técnicos de alto nivel, para la capacitación en investigación, prevención y tratamiento a través del uso de nuevas tecnologías de difusión e intercambio de información: especializaciones y cursos a distancia; videoconferencias; cursos vía satélite y otros mecanismos que agilicen la divulgación del conocimiento y la formación de personal. Al desarrollar la actividad se debe cuidar que la usuaria se sienta satisfecha de la atención otorgada, lo cual influirá en su adherencia al programa. La presente propuesta, como cabe esperar, debe ser adaptada a cada unidad, de acuerdo con las necesidades y alcance de metas propuesto, ya que cada una cuenta de un equipo cuya meta se somete a las características de cada área, región, escuela o centro de salud, colonia o barrio de su zona. Las siguientes, son acciones recomendadas para realizarse simultáneamente en varios niveles: 1. *Ámbito de la salud*. Con el objeto de que todos los servicios de la región tengan conocimiento del Programa, la difusión se encamina a que conozcan el programa, sus objetivos, metal y servicios que prestan las unidades. Su difusión y conocimiento podrá establecerse a través de ciertas medidas: a) Establecer un convenio de colaboración con las autoridades de cada unidad de salud de la zona; b) Difundir el programa y colocación de carteles, trípticos, mantas, periódicos murales, etc., en áreas útiles; c) Realizar difusión en cápsulas informativas por medio de perifoneo, radio y TV Local; d) Elaborar papelería específica para la captación de usuarias y articulación de servicios de referencia/contrarreferencia de pacientes; e) Visitar periódicamente las instituciones participantes (cronograma de actividades, evaluación continua, etc.); f) Ofrecer cursos y sesiones académicas para personal de salud de las instituciones participantes, centros de salud, centros comunitarios, consultorios y hospitales generales de segundo y tercer nivel de atención; consultorios, guarderías, estancias y comedores comunitarios, hospitales, etc.; servicios de salud privados y públicos; servicios judiciales en juzgados y áreas de rehabilitación social en reclusorios. 2. *Ámbito educativo*: a) Instaurar convenios de colaboración con autoridades educativas locales; b) Elaborar material informativo y de orientación del programa, donde se expongan los alcances del mismo, los servicios que se otorgan y las instituciones participantes; c) Los materiales deben ser claros y sencillos para

cada nivel escolar que se difundan y deben desarrollarse con profesores, alumnos, personal de apoyo y padres de familia de las instituciones participantes (niveles escolares: Preescolar, primaria, secundaria, bachillerato, técnicos y profesional; universidades locales en niveles medio superior y profesional y escuelas privadas a todo nivel. 3. *Ámbito comunitario*. Se trata de la parte estratégica más importante del programa, su propósito es: a) Formar redes o clubes de ayuda y voluntarios e involucrar y comprometer a la comunidad del lugar; b) Dar apoyo social a grupos más vulnerables de la misma comunidad; c) Ofrecer visitas con el personal de salud de la unidad a diferentes zonas de la comunidad para difundir el Programa (lecherías, parques, ferias y demás lugares de reunión); d) Realizar pláticas acerca del contenido y propósitos del programa, y otros temas relacionados al mismo en la unidad, destinadas tanto al personal que participa en las redes como para los promotores y toda persona interesada en recibir los beneficios del programa.<sup>32</sup> e) Encaminar las acciones a la elaboración de carteles, mantas, cartulinas, etc. para ser colocadas en lugares específicos y vigilados de la comunidad, colonia o barrio con la información del programa en el cual se invita a formar parte de él como voluntario y si conocen a alguien que tenga el problema, lo inviten a asistir.

La evaluación y seguimiento del programa requiere de la participación de mecanismos y acciones en las siguientes áreas: 1) *Investigación e información*: a) Definir indicadores y medidas de la efectividad de las acciones; b) Difundir los resultados derivados de las evaluaciones, a fin de que las unidades operativas puedan plantear y adecuar sus acciones. 2) *Tratamiento y rehabilitación*: a) Desarrollar acciones eficaces a través de mecanismos de detección y derivación de casos a programas de tratamiento; b) Analizar mediante estudios, las actitudes del personal de salud hacia pacientes con trastornos por consumo de sustancias en gestantes, que impacten sobre la calidad de los servicios; c) Desarrollar y evaluar nuevos modelos de tratamiento; d) Elaborar programas alternativos a implantarse en la institución, de acuerdo con la experiencia institucional y académica de la unidad de que se trate. 3) *Normatividad*: a) Difundir entre los servicios de prevención y tratamiento los criterios mínimos propuestos en la NOM sobre Prevención y Control de Adicciones, sobre las características y calidad de la atención; b) Analizar su aplicación, así como los distintos ordenamientos federales y estatales en vigor; y desarrollar propuestas de reformas y adecuaciones cuando sea pertinente. 4. *Enseñanza*: a) Ampliar la difusión de los programas educativos validados tanto por el alto nivel de los expositores y de las instituciones que los organizan, como el de sus contenidos y materiales; b) Capacitar a los agentes terapéuticos y a quienes desarrollan labores de rehabilitación, para la inclusión sistemática de la evaluación en el diseño y ejecu-

ción de sus proyectos; c) Hacer de la participación institucional en el tema el elemento clave para el desarrollo social saludable y aprovechar oportunidades para fortalecer el tejido social. En esa dirección, es conveniente partir de un enfoque igualitario de la atención asistencial que dignifique los grupos femeninos sin menoscabo del beneficio a la pareja y a la familia; d) Recomendar que los estudios utilicen información desagregada por sexos para conocer con más detalle la situación de uno y otro; incorporar el enfoque de género en la enseñanza y actualización del personal de salud; e) Estructurar los servicios de modo sensible a las diferencias de género; promover la equidad y considerar el desarrollo pleno de los seres humanos sin sesgos; promover la articulación interinstitucional de modo funcional en las escalas comunitaria, regional y nacional, con la más adecuada distribución de funciones y papeles posible.

## Conclusión

A la luz de lo planteado se visualiza la importancia de contar con un programa de tratamiento a gestantes usuarias de ciertas unidades ambulatorias y de internamiento a nivel nacional, en el que se consideran las características clínicas generales de los trastornos por consumo de sustancias en ellas y su relación comórbida con distintos trastornos, la violencia física y sexual, entre otros problemas, a efecto de asignar su debida importancia, desde una óptica clínica y práctica preocupada por su amplia repercusión social, como vía para establecer un proyecto de manejo terapéutico integral. Es asunto de capital importancia la pronta detección y adecuado tratamiento y control socio-legal de esta patología, que siendo tan importante para la sociedad ha sido no obstante, ampliamente descuidada e incluso a nivel del sistema de salud, que aún no cuentan con la disponibilidad de ofrecer atención a este tipo de particular demanda asistencial. Por ello, es deseable que la articulación interinstitucional promueva de modo estructurado y armónico a escala comunitaria, regional y nacional, la más adecuada distribución de funciones y papeles posible. Es necesario aunar esfuerzos para ofrecer dichos servicios a las pacientes madres y a sus hijos, proporcionando a éstos, los ambientes óptimos para su normal desarrollo. De los resultados obtenidos y su traducción en sus alcances a nivel de la política social y sectorial, dependerá la colaboración efectiva y eficiente en beneficio de la sociedad, así como de realizarse los anhelos de todos quienes laboramos a favor del manejo adecuado de estos problemas.

## Referencias

1. Ian RH, Putnam SL, Jia H, Smith GS. Assessing substance abuse treatment need: A statewide hospital emergency department study. Annals of Emergency Medicine 2003; 41(6): 802-813.

2. NIH. Principios de tratamientos para la drogadicción: Una guía basada en la investigación. Publicación No. 01-4180(S), Impresa julio 2001; última revisión Martes 8 de Febrero de 2005.
3. Centers for Disease Control, CDC. Statewide prevalence of illicit drug use by pregnant women: Rhode Island. MMWR 1990; 39(14): 225-7.
4. Briggs GG, Freeman RK, Yaffe SK. (Eds). Drugs in pregnancy and lactation. Baltimore, Md: Williams & Wilkins; 1998: 647-57.
5. Chander E, McCaul ME. Co-occurring psychiatric disorders in women with addictions. *Obstet Gynecol Clin N Am* 2003; 1(30): 469-481.
6. SAMHSA. Substance abuse and mental health services administration. New national study on substance use among women in the U.S. released. Available at: [www.hhs.gov/news/press/1997pres/970922.html](http://www.hhs.gov/news/press/1997pres/970922.html). Accessed June 25, 2003.
7. Bogenschutz MP, Geppert CMA. Pharmacologic treatments for women with addictions. *Obstetrics and Gynecology Clinics* 2003; 30(3): 37-58.
8. Narro-Robles J, Gutiérrez-Ávila JH. Correlación ecológica entre consumo de bebidas alcohólicas y mortalidad por cirrosis hepática en México. *Salud Pública Méx* 1997; 39(3): 217-220.
9. Secretaría de Salud. Informe Anual Salud 2001-2005. Índice de desempeño para 2005 del Programa de Prevención y Control de las Adicciones. México, 2006.
10. SSA, CONADIC, INPRFM, DGE, INEGI. Encuesta Nacional de Adicciones: Tabaco, alcohol y otras drogas. 2002. México 2003.
11. Eyler FD, Behnke M, Garvan CW, Woods NS, Wobie K, Colon M. Newborn evaluations of toxicity and withdrawal related to prenatal cocaine exposure. *Neurotoxicology Teratology* 2001; 23: 399-411.
12. Souza y MM, Guisa CVM, Díaz BSL. Hacia una integración nacional de la terapéutica antiadictiva. *Rev Mex Neuroci* 2005; 6(5): 411-425.
13. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD). Abuso de drogas: tratamiento y rehabilitación. Guía de planificación y aplicación. Capítulo VI. Integración efectiva de los servicios de tratamiento. Naciones Unidas. Viena, 2003.
14. Souza y MM. Adicciones: Clínica y Terapéutica. Editorial Alfil. México, 2007.
15. Addiction Research Foundation. Co-occurring Mental Disorders and Addictions: Scientific Evidence on Epidemiology and Treatment Outcome: Implications for Services in Ontario. Toronto: Addiction Research Foundation; 1997.
16. Brems C, Johnson ME, Bowers L, Lauver B, Mongeau VA. Comorbidity training needs at a state psychiatric hospital. *Adm Policy Ment Health* 2002; 30: 109-120.
17. Sacks S, Ries RK. Substance abuse treatment for persons with co-occurring disorders treatment improvement protocol (TIP) Series 42. US Department of Health and Human Services. Public Health Service. Substance Abuse & Mental Health Services Administration, SAHMSA, 2005.
18. Substance Abuse and Mental Health Services Administration, SAMHSA. New national study on substance use among women in the United States released. Available at: [www.hhs.gov/news/press/1997pres/970922.html](http://www.hhs.gov/news/press/1997pres/970922.html). Accessed June 25, 2003.
19. Grover S, Avasthi A, Sharma Y. Psychotropics in pregnancy: weighing the risks. *Indian J Med Res* 123 2006: 497-512.
20. Polifka J, Friedman JM. Medical genetics. Clinical teratology in the age of genomics. *CMAJ* 2002; 167: 265-273.