

Abordaje del uso problemático de drogas en mujeres privadas de libertad

Un modelo posible

Noviembre de 2011



Abordaje del uso problemático de drogas en mujeres privadas de libertad

Un modelo posible

Noviembre de 2011

Secretaría Nacional de Drogas:

Dr. Diego Cánepa, prosecretario de la Presidencia y presidente de la Junta Nacional de Drogas
Soc. Julio Calzada, secretario general de la Secretaría Nacional de Drogas (SND)
A/M María Herrera, responsable del Área de Cooperación Internacional de la SND
Lic. Milton Romani, embajador itinerante de la República

Punto Focal ONUSIDA

Soc. Juan José Meré

Equipo técnico de elaboración del documento

Dr. Gabriel Rossi
Lic. en Psic. Luis González Kelis
Lic. en Psic. Aloha González Almaraz
Lic. en Soc. Florencia Failache
Psic. Gabriela Olivera
Dr. Antonio Pascale

Equipo técnico de campo

Lic. en Psic. Luis González Kelis
Lic. en Psic. Aloha González Almaraz
Lic. en Enfermería José Luis Priore
Lic. en Ed. Física Victoria González
Lic. en Trabajo Social Fernando Leguizamón
Lic. en Psic. Natalia Fernández
Lic. en Psic. Diego Grau
Lic. en Psic. Karina Moreira
Médico Psiquiatra Gustavo Giaudrone
Dr. Marcelo Callo
Dra. Florencia del Cioppo
Dra. Soledad Ríos
Operador Terapéutico Leonardo Vicente
Ed. Social Betina Salas

Edición: Natalia Uval

Corrección: Rosanna Peveroni

Diseño: Sergráficos

Foto de tapa: Luis González

ISBN:

Este proyecto contribuye a:

Fortalecer las políticas públicas de drogas de Uruguay; fortalecer las estrategias del tratamiento de drogas dirigido a personas privadas de libertad, con perspectiva de género; afianzar los Programas de Prevención y Promoción de Salud, con un enfoque integral en el abordaje del consumo problemático de drogas y los riesgos asociados a este.

Este documento es para distribución general. Se reservan los derechos de autoría y se autorizan las reproducciones y traducciones siempre que se cite la fuente. Queda prohibido todo uso de esta obra, de sus reproducciones o de sus traducciones con fines comerciales. Los textos incluidos en esta publicación no reflejan necesariamente las opiniones de las Naciones Unidas.

Sumario

Prólogo	5
Introducción	7
Antecedentes	9
Marco conceptual	11
Importancia de la introducción de una perspectiva de género	11
Concepto de género	12
Especificidades de género	13
La mujer consumidora problemática de drogas	14
Género y privación de libertad	15
Consecuencias directas del encierro para las mujeres madres y los hijos e hijas	16
Mujeres embarazadas y mujeres madres en prisión con sus hijos ..	17
La mujer embarazada en prisión	17
Efectos del consumo sobre la mujer madre, el recién nacido y la primera infancia	18
¿Por qué un tratamiento del uso problemático de drogas que contenga componentes específicos y diferenciales para las mujeres? ..	21
Modelos teóricos explicativos	24
Modelo transteórico de cambio de Prochaska y Di Clemente	25
Redes sociales	26
Revisión de experiencias y buenas prácticas	27
El consumo de drogas en mujeres privadas de libertad. Principales características desde la perspectiva internacional	27
Epidemiología en relación al consumo de drogas en establecimientos penitenciarios	30
Programas de tratamiento para usuarias problemáticas de drogas en privación de libertad	32

Modelo de intervención	35
Ejes orientadores	35
Descripción general del modelo	39
Dispositivos	42
Dispositivo diagnóstico	43
Dispositivo de trabajo en módulos	44
Contenidos y objetivos de los módulos	47
Evaluación del trabajo en módulos temáticos	57
Dispositivo de atención en crisis	59
Dispositivo de tratamiento para mujeres privadas de libertad con patología dual	60
Dispositivo de atención en embarazo	61
Dispositivos de postratamiento	62
Mantenimiento de objetivos y prevención de recaídas	63
Dispositivo de transición	64
Orientación a la mujer frente a la situación de libertad	65
 Perfil del equipo técnico de intervención. Formación profesional, técnica y perfil de competencias	65
Características de personalidad requeridas para los técnicos	65
Rol del coordinador de equipos	66
Rol del coordinador del espacio de trabajo grupal en el dispositivo de trabajo en módulos	67
Rol del referente-facilitador en el tratamiento del uso problemático	69
 Bibliografía	75
 Anexos	79

Prólogo

El hecho de que la población penitenciaria del mundo –y nuestro país no es la excepción– presente una mayor proporción de hombres que de mujeres, no se tendría que traducir en la ausencia de abordajes desde una perspectiva de género sobre las necesidades específicas de las mujeres. El déficit en la implementación de servicios específicos de salud con un enfoque de género en los centros de reclusión para mujeres de alguna manera ha negado a las mujeres privadas de libertad el goce de oportunidades de acceso a una atención integral de su salud. Algunos factores que tienen que ver con la historia de vida de muchas de las mujeres que se encuentran privadas de su libertad y que a veces anteceden a la entrada en la prisión –como pueden ser el abuso de drogas, la violencia de género o la patología dual– pueden y deben ser atendidos en su especificidad.

En ese sentido, para la Secretaría Nacional de Drogas y la Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de las Mujeres, ONU Mujeres, es de gran relevancia la presentación de esta publicación que da cuenta de los antecedentes del trabajo de esta Secretaría y de ONU Mujeres con mujeres privadas de libertad. A partir de este proceso se implementó un dispositivo Piloto, que a través de la metodología de investigación–acción intentó contemplar las necesidades específicas de las mujeres reclusas en tres centros penitenciarios de nuestro país, con un enfoque de género.

Es con sumo agrado que se presenta este trabajo, el cual contempla principios que rigen la Estrategia Nacional sobre drogas de Uruguay, como son los derechos humanos, la equidad, la integralidad, la transversalidad, los abordajes basados en la evidencia científica y la evaluación de las buenas prácticas.

Irene Rodríguez
Asesora Técnica
ONU MUJERES

Julio Calzada Mazzei
Secretario General
Secretaría Nacional de Drogas
Junta Nacional de Drogas

Introducción

El texto que se presenta busca constituirse en una herramienta de intervención útil en el abordaje del uso problemático de drogas en mujeres privadas de libertad. Como se establece en el mismo título, se trata de un modelo posible, lo que pretende resaltar la importancia de comprender el fenómeno del consumo de drogas como un concepto dinámico y cambiante, que requiere necesariamente de una mirada multidimensional y de un abordaje multidisciplinario al momento de la intervención.

Se trata de una propuesta concebida desde una perspectiva de cuidado y respeto de los derechos humanos y desde una perspectiva de género, considerando las recomendaciones internacionales¹. Ambas perspectivas se consideran imprescindibles en tanto que aportan claves en lo que tiene que ver con el diseño y la puesta en marcha de políticas sociales que intenten impactar directamente en la mejora y la reforma del sistema penitenciario. En particular para el caso de las mujeres, la perspectiva androcéntrica ha definido las condiciones de reclusión de las mujeres y por tanto las insuficiencias que se derivan de esta.

En el abordaje de las drogodependencias se observa la carencia de dispositivos que incluyan la perspectiva de género. Habitualmente se considera la población destinataria como homogénea y se toma como punto de partida la perspectiva masculina, desestimando los componentes de la predisposición de las mujeres a consumir. Conceptualizar e introducir la perspectiva de género habilita la comprensión de las relaciones específicas que varones y mujeres establecen con las drogas, sus semejanzas y diferencias.

Este texto ha sido elaborado tomando en cuenta una revisión de experiencias desarrolladas en el área por varias instituciones y expertos del ámbito nacional e internacional. En particular, en su contenido se recogen los principales resultados emergentes de dos experiencias piloto llevadas adelante entre 2009 y 2011 en cuatro establecimientos carcelarios de Uruguay –COMCAR, Cárcel de Cabildo, Centro Casa Molino y Centro Nacional de Rehabilitación (CNR)–. Estas experiencias estuvieron orientadas desde una metodología de investigación-acción, lo que supuso contar con información específica y basada en evidencia empírica. Este último aspecto resulta central al momento de la correcta toma de decisiones al pensar y diseñar estrategias de intervención, contemplando aquellas alternativas que resulten más viables y sostenibles de acuerdo a los recursos tanto técnicos como económicos con que se cuenta.

1 En la Declaración de San José de Costa Rica, de abril de 2010, relativa al acceso a derechos de las personas penalmente privadas de libertad en Iberoamérica, en particular se expresa como recomendación: "Deben fomentarse prácticas destinadas a mejorar las condiciones de las mujeres penalmente privadas de libertad, mediante programas con visión de género y transversalidad".

Antecedentes

Entre los antecedentes más recientes en Uruguay en términos de programas de intervención con personas privadas de libertad (PPL) con consumo problemático de drogas se encuentra el desarrollado entre 2009 y 2010 desde la Secretaría Nacional de Drogas. En esa instancia se llevó adelante un proyecto de trabajo en el complejo carcelario Santiago Vázquez, enmarcado en el proyecto piloto "Promoción y prevención de salud en personas privadas de libertad del establecimiento carcelario de Santiago Vázquez (COMCAR) con enfoque acerca del tratamiento del consumo problemático de drogas".

Este proyecto de intervención tuvo como población objetivo a todas aquellas PPL que, mediante ciertos criterios de selección e inclusión, se incorporaran voluntariamente a los programas de tratamiento, rehabilitación y reinserción social propuestos por el proyecto. La fundamentación de esta intervención, así como el marco de referencia conceptual y metodológico de este proyecto, configuran antecedentes claves en la planificación y el diseño del proyecto piloto implementado en el caso de las mujeres privadas de libertad.

Las particularidades generales de esta intervención fueron:

- Se trabajó con un número reducido de usuarios
- Se separó a los usuarios del resto de la población del centro
- Se aseguró la satisfacción de las necesidades básicas previo a la implementación del dispositivo (alimentación, salud, higiene, condiciones de habitabilidad)
- Se desarrolló el trabajo multidisciplinario mediante la implementación de módulos temáticos comunes.

Como antecedente inmediato se cuenta con la intervención "Abordaje de la problemática de drogas en Mujeres Privadas de Libertad" que se realizó en tres de los centros de detención para mujeres del Área Metropolitana:

- Centro de Detención para Mujeres Cabildo
- Centro Casa Molino
- Centro Nacional de Rehabilitación (CNR)

Este proyecto fue llevado adelante desde la Secretaría Nacional de Drogas (SND), en coordinación con ONU Mujeres, en el marco del Proyecto L "Apoyo a la reforma de las instituciones para personas privadas de libertad". Se desarrolló en el marco del apoyo de esta secretaría a los centros de reclusión de mujeres privadas de libertad (MPL) desde el proyecto "Promoción de salud en personas privadas de libertad en los establecimientos de reclusión de mujeres, prevención y tratamiento del consumo problemático de drogas con un enfoque sensible a las cuestiones de género". Este se compone de diferentes líneas de acción vinculadas a la mejora de las condiciones generales de reclusión mediante el apoyo al desarrollo de proyectos piloto en áreas de salud, drogas y trabajo, con acciones de prevención, atención, formación e inserción social y laboral de las consumidoras problemáticas de drogas del sistema penitenciario.

Esta intervención siguió la línea de su antecesora en el COMCAR, pero tomando en cuenta algunas diferencias:

- Las especificidades de género
- Las particularidades de los tres centros
- Las diferencias con los centros para varones
- La diferencia en los tiempos y el período de la intervención

De estas intervenciones surge una concepción común que se considera una forma posible de trabajar esta temática de manera efectiva y eficiente dentro de los centros penitenciarios con la población usuaria de drogas, que desarrollaremos en el presente texto.

Marco conceptual

Importancia de la introducción de una perspectiva de género

Al comenzar la década de 1970 irrumpen los primeros aportes científicos que plantean la necesidad de examinar las diferencias de género en los distintos campos de estudios biopsicosociales. Jean B. Miller (1976) habla de una nueva perspectiva sobre la psicología de la mujer. Carol Gilligan (1982) se encarga por primera vez de reunir datos empíricos sobre las diferencias de género fundamentales en el desarrollo temprano de varones y mujeres.^{2 3}

A partir de sus estudios se abre un espacio diferente de análisis sobre la vida de los varones 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". Este da mayor importancia al contexto, a los modelos de socialización temprana y al estudio de cómo se desarrollan los seres humanos en "varón" y "mujer".

Asimismo, desde el modelo de Enfoque Relacional (que 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 los demás.
- Rutas y caminos hacia el crecimiento. Reconoce especiales cualidades de las mujeres para la generación de redes y actividades que potencian sus fortalezas

2 Fuente: 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 Los primeros estudios sobre las diferencias de género en campo de la psicología de mujeres son recogidos en el Protocolo de Mejoramiento de Tratamiento de Drogas.

y les pueden servir como vehículo para su desarrollo saludable, así como para generar estrategias de afrontamiento⁴ frente a las adversidades que les puedan ocurrir en sus historias de vida.

En el Protocolo mencionado se analiza el "potencial y poder" que tienen las mujeres para 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 sobre la salud mental.⁵ De esta manera, el foco ya no estará puesto solo en el "yo", sino que será extendido a la atención y el 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 varones, las mujeres encuentran una actividad más gratificante y placentera cuando otras personas están involucradas. Más aun, el estado de "las relaciones" afecta directamente a sus sentimientos de empoderamiento, de sentirse digna de ser valorada, y a sus niveles de autoestima.

Concepto de género

Se comienza a 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, genera 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, que se transmite de forma inconsciente y se despliega en la intersubjetividad, ya que las representaciones socioculturales son constructoras de subjetividad. Desde lo cultural se definen comportamientos y conductas apropiados para los sexos, a modo de funciones y funcionamiento del ser mujer o varón, asignándose culturalmente un rol de género.

4 "Los *estilos de afrontamiento* se refieren a predisposiciones personales para hacer frente a las situaciones y son los responsables de las preferencias individuales en el uso de unos u otros tipos de estrategia de afrontamiento, así como de su estabilidad temporal y situacional. Mientras que las *estrategias de afrontamiento* son los procesos concretos que se utilizan en cada contexto y pueden ser altamente cambiantes dependiendo de las condiciones desencadenantes" (Fernández-Abascal, 1997, p.190). <http://reme.uji.es/articulos/agarce4960806100/texto.html>

5 COVINGTON, Stephanie S. *Women & Addiction. A Gender-Responsive Approach. Clinician's Manual*. Hazelden, Center City, Minnesota, Estados Unidos, 2007.

El concepto de género permite visualizar y analizar las relaciones de poder, en tanto lógicas de jerarquías que evidencian 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 qué 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 lo masculino, funcionan como organizadores intrapsíquicos.

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

Especificidades de género

Las mujeres tienden a organizar la narración de su historia en torno a la trayectoria de pareja y, en función de ella, dan cuenta de otros ámbitos de su vida. En cambio, los varones organizan su historia en torno a sus recorridos profesionales, laborales o políticos.

Los temas recurrentes de identificación femenina siguen siendo:

- La responsabilidad y cuidado de los hijos
- La armonía de la pareja
- La reproducción de la vida cotidiana a través de la asunción de las responsabilidades domésticas
- El cuidado afectivo de la pareja⁶

El progreso social enmarca a la identidad femenina en un lugar de exigencia en tanto se ratifican los roles tradicionales y se abren y exigen nuevos roles a asumir. De esta manera aparece una identidad femenina exigente y cargada de presiones, lo cual genera una situación de vulnerabilidad propia de estos tiempos.

Actualmente existen múltiples referentes de género, lo cual habilita la confusión y el conflicto, experimentándose como un riesgo de perder la identidad propia y los elementos que la definen⁷. Se percibe esta nueva expresión de la feminidad como

6 LARA, Marcela. "Recomendaciones sobre el tratamiento de patología dual en mujeres". 2011, inédito.

7 LARA, Marcela. *Intervención en personas con consumo problemático de sustancias psicoactivas recluidas en los establecimientos penitenciarios chilenos*. CONACE, Chile, enero 2008.

una ampliación de los roles tradicionales asignados a la mujer y lo que se pone en juego es el esfuerzo.

“Actualmente existen múltiples referentes de género, lo cual habilita a la confusión y al conflicto, experimentándose como un riesgo de perder la identidad propia y los elementos que la definen. Se percibe esta nueva expresión de la feminidad como una ampliación de los roles tradicionales asignados a la mujer y lo que se pone en juego es el esfuerzo. Se espera de la mujeres que respondan a nuevos roles y modelos.”⁸

La mujer consumidora problemática de drogas

Las mujeres que consumen drogas no suelen figurar en las estadísticas oficiales de algunos países, debido a su número reducido y a que ocupan un lugar secundario en la cultura de las drogas. Ello es congruente con la orientación tradicional hacia el varón en el ámbito del uso indebido de drogas. La falta de recursos, la insensibilidad y las actitudes negativas hacia el consumo de drogas por parte de la mujer pueden contribuir a la escasez de datos epidemiológicos desglosados por sexo, así como de otras investigaciones sobre los problemas relativos a dicho consumo.⁹

Cabe destacar la falta de información certera sobre la temática; no obstante, la evidencia empírica y la experiencia clínica de los prestadores de salud revelan que las mujeres presentan un número elevado de problemas asociados al consumo de drogas.

Es importante distinguir dentro de la categoría “mujer” varios subgrupos: la niña, la adolescente, la mujer embarazada, la mujer casada, la mujer lesbiana, la mujer anciana. A cada una de ellas les corresponde un estilo de vida diferente, un contexto social de referencia, una filiación de clase, un tipo de trabajo o de actividad vital.

La visión del mundo y de sus problemas con las drogas cambia en relación con su adscripción familiar, es decir, en relación a su maternidad, conyugalidad y filialidad.

Las experiencias de las mujeres, referentes a situaciones de estrés personal y subordinación social, no son los únicos factores que deben resaltarse en relación a la mujer y el consumo de drogas. Otros elementos, como el racismo, la clase social, los privilegios de ser joven, el heterosexismo y cualquier otro sistema de inequidad que erosione el poder de la mujer y su autoestima, sirven para contribuir a sus problemas de adicciones, a perpetuarlos y a intensificar sus efectos dolorosos.

8 OLIVERA, Gabriela. “Breve aproximación a la perspectiva de género y drogas. Particularidades de los consumos de las mujeres en Uruguay”. Material para curso *online* sobre la prevención del usuario problemático de drogas (UPD). Observatorio Uruguayo de Drogas, Secretaría Nacional de Drogas, 2008.

9 LARA, M. *Intervención en personas con consumo problemático de sustancias psicoactivas recluidas en los establecimientos penitenciarios chilenos*. CONACE, Chile, enero 2008.

Lograr el diseño y la implementación de programas de tratamiento para mujeres consumidoras de drogas desde una perspectiva de género promoverá mayores niveles de adhesión y éxito del tratamiento.

Género y privación de libertad

La superpoblación, el hacinamiento, el deterioro de los establecimientos, la vulneración de derechos y la imposibilidad de satisfacer las necesidades básicas –higiene, alimentación, atención médica, entre otras– no es un problema exclusivo de las cárceles de varones. En el caso de las mujeres se destaca y se agudiza desde los padecimientos propios de la condición de género.

Las cárceles y su funcionamiento están diagramadas desde una lógica androcéntrica, en la que normas, roles y prácticas se asumen para varones y por varones, sin considerar la especificidad del encarcelamiento de las mujeres, con sus necesidades y requerimientos diferentes y especiales.

A nivel nacional las mujeres privadas de libertad se encuentran en condiciones diferentes. En Montevideo, al 30 de junio de 2011, existen cuatro centros de reclusión: Cabildo, único establecimiento exclusivo para mujeres, construido a fines del siglo XIX; Centro Nacional de Rehabilitación, centro de reclusión mixto¹⁰; Casa Molino, centro de reclusión para mujeres con niñas/os de hasta cuatro años; y casa Medio Camino, centro de mínima seguridad para mujeres con salidas laborales o estudiantiles.

Los demás centros penitenciarios para mujeres del país son anexos de las cárceles de varones o lugares destinados a la reclusión de mujeres, en ocasiones con permanencia de sus hijos.

La perspectiva de género procura y permite la consideración de conductas, actitudes, acciones, modos de ser y estar en situaciones y circunstancias de manera diferente, lo cual no se considera en las decisiones judiciales y en la administración carcelaria nacional.

Entrando ya en el terreno de la salud de las MPL, tanto las Naciones Unidas (Oficina contra la Droga y el Delito) como la Organización Mundial de la Salud¹¹ señalan que las mujeres que viven en contextos penitenciarios tienen más problemas de salud que los varones que viven en iguales contextos. Las mujeres presentan más cronicidad y complejidad en sus problemas de salud, muchas veces como resultado de las condiciones de desigualdad socioeconómica y cultural. Otras veces, como

10 La condición de mixto de este centro es situacional y temporal, ya que se enmarca en un proceso de reforma del sistema penitenciario, en el que el centro pasará a ser exclusivo para mujeres en el correr de 2011.

11 World Health Organization, UNODC, "Women's health in prison. Correcting gender inequity in prison health". WHO 2009.

consecuencia del consumo de drogas, del maltrato y la violencia intrafamiliar, 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 Estados Unidos.¹²

Con respecto a las enfermedades mentales, las mujeres también presentan mayor frecuencia de comorbilidad psiquiátrica, que la mayor parte de las veces se relaciona con eventos traumáticos en sus historias de vida (abuso psicológico, físico, sexual).

Consecuencias directas del encierro para las mujeres madres y los hijos e hijas

La normativa uruguaya permite a las mujeres tener consigo los hijos e hijas menores de cuatro años, para preservar el vínculo materno-filial. Puede extenderse su permanencia en casos especiales, previo dictamen del Instituto del Niño y el Adolescente del Uruguay (INAU) o del Instituto Nacional de Criminología (INACRI), con informe fundado de la autoridad carcelaria y sin perjuicio del interés superior del niño o la niña. Los casos considerados especiales pueden ser de diversa índole, como el ambiente familiar en que crecería el niño, que a juicio de los expertos responsables sería más perjudicial que permanecer junto a su madre, aunque esto signifique crecer en la cárcel.¹³

El deterioro de los centros de reclusión y los efectos del encierro generan consecuencias directas en la salud física y psicológica de las mujeres privadas de libertad, complejizándose la situación cuando estas se encuentran en condición de púerperas. También tiene efectos sobre el entorno familiar y sobre los hijos e hijas que viven en los centros con ellas, así como de los que no conviven.

En 2005, seis de los siete órganos de los tratados de derechos humanos de las Naciones Unidas plantearon o consideraron la cuestión de los derechos humanos de las mujeres en prisión o de los niños de mujeres madres encarceladas. Con respecto a los niños y niñas que viven en la cárcel con sus madres, en sus observaciones finales el Comité de los Derechos del Niño ha expresado preocupación por el hecho de que los niños vivan en la cárcel y por las condiciones en las que se encuentran. El Comité recomienda que el Estado Parte examine la práctica vigente de que los niños vivan con sus padres en la cárcel, con miras a que esas estadías se limiten a los casos en que se atiende al interés superior del niño, y que vele por que las condiciones de vida sean propicias al desarrollo armonioso de su personalidad. El Comité recomienda que el Estado Parte garantice unas condiciones de vida en la prisión que sean adecuadas para el pronto desarrollo del niño, de conformidad con el artículo 27 de la Convención.

12 COVINGTON, Stephanie S.; op. cit.

13 CLADEM; Violencia contra Mujeres privadas de libertad. Octubre, 2008. Disponible en: www.cladem.org/index.php

El Comité alienta al Estado Parte a que pida asistencia a este respecto, entre otros a UNICEF y a otros órganos de las Naciones Unidas.¹⁴

Las distintas etapas que hacen a la maternidad están presentes en el trabajo con MPL. Una situación de embarazo en reclusión, parto, puerperio y el comienzo del vínculo madre-hijo, así como la situación de todas las mujeres madres con sus hijos “afuera”, constituyen elementos de vulnerabilidad frente a la maternidad, por lo que se generan situaciones específicas a abordar. Las derivaciones afectivas, emocionales y también del orden de lo inmediato concreto –preocupación por el cuidado, alimentación, educación– hacen el tema de la maternidad por demás complejo para su abordaje, sobre todo si estas mujeres madres han sido o aún son usuarias problemáticas de drogas.

Mujeres embarazadas y mujeres madres en prisión con sus hijos

La mujer embarazada en prisión

El embarazo en el contexto de prisión conlleva para la mujer una serie de dificultades especiales, ya que a las depositaciones y procesos de discriminación que habitualmente ocurren en esta etapa de la vida de la mujer, se les suman los juicios sociales referidos al crimen, la encarcelación y la marginación social.

En las cárceles para mujeres es notoria la valoración y la idealización que se realiza sobre la maternidad en sentido amplio y especialmente en lo referido al binomio mujer madre-hijo/a. Este fenómeno se puede visualizar en la valoración social que se le da a la “buena madre” y el repudio que puede llegar fácilmente a la agresión que pesa sobre la “mala madre”.

Este proceso de idealización juega directamente en contra de la mujer embarazada usuaria problemática de drogas (UPD), que se estima que pone en riesgo a su hijo en aras de su placer personal.

Estos fenómenos de exclusión, repudio y violencia hacen que sea más difícil de lo habitual la detección de las situaciones de UPD en las primeras etapas del embarazo, cuando se depende principalmente de la voluntad de la mujer para pedir ayuda en relación a su consumo de drogas.

El parto implica además una situación particular desde el punto de vista de la situación de reclusión en las mujeres, ya que según el ordenamiento actual del sistema penitenciario uruguayo, ante la ocurrencia del nacimiento, la mujer –si quiere permanecer con su hijo– debe ser alojada en el Establecimiento Casa Molino, especializado para alojar a mujeres con hijos. Esto hace que en los casos en que las mujeres estén participando en algún programa de rehabilitación particular, deban optar entre continuar en dicho

¹⁴ Quaker United Nations Office; *Mujeres en la cárcel e hijos de madres encarceladas: Desarrollos recientes en el sistema de derechos humanos de las Naciones Unidas*. Disponible en: www.quno.org.

programa o quedarse con su hijo, y esto es excluyente. En este contexto la captación y el diagnóstico de las adicciones o las situaciones de consumo problemático de drogas en mujeres embarazadas se hace doblemente complejo.

Efectos del consumo sobre la mujer madre, el recién nacido y la primera infancia¹⁵

El consumo de drogas durante el embarazo constituye siempre un uso problemático, ya sea bajo la forma de abuso o dependencia, y se relaciona con consecuencias negativas para la salud tanto de la mujer como del feto. Se ha asociado con trastornos neurológicos y neuroconductuales en el recién nacido y en el niño en su primera infancia, muchos de estos catalogados como irreversibles, a punto de partida de una situación que, en efecto, es 100% prevenible. Ninguna dosis ha sido estimada como segura, por lo tanto la abstinencia al consumo de drogas durante el embarazo (y, de planificarlo, antes de la concepción) parece ser la única conducta que asegura la ausencia de riesgo y daño para el feto y el recién nacido.

La información sobre prevalencia de consumo de drogas en mujeres durante el embarazo es limitada, tanto a nivel nacional como internacional. Sin embargo, estudios internacionales evidencian que las drogas más consumidas son el alcohol y el tabaco, mientras que en un porcentaje significativamente inferior aparecen la marihuana y la cocaína como las drogas ilícitas de mayor consumo.

La prevalencia de consumo es mayor cuando el estudio se realiza mediante la detección de biomarcadores en orina o meconio, comparado a aquel que se realiza únicamente empleando la encuesta materna.

El policonsumo es muy frecuente en usuarios de drogas y habitualmente genera dificultades para establecer una clara relación entre la exposición a una sustancia y una complicación existente, la cual podría deberse a una o más sustancias. La existencia de otros factores de riesgo obstétrico (embarazo adolescente, gestante añosa, malnutrición materna, anemia, enfermedades infecciosas transmisibles, ausencia de controles obstétricos, exposición a contaminantes ambientales), algunos de estos asociados desde el punto de vista epidemiológico con mayor frecuencia al consumo de drogas, dificultan aun más el diagnóstico etiológico e incrementan el riesgo de complicaciones.

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 teratogénico no se limita a la capacidad de

15 Adaptación del material "Hacia la construcción de un protocolo de protección y atención para mujeres madres consumidoras, sus hijos/as y familias". Grupo de Trabajo NNUU. Montevideo, diciembre 2010.

inducir malformaciones morfológicas o estructurales de un órgano en desarrollo, sino también de producir alteraciones bioquímicas o funcionales (concepto de teratogénesis funcional).

Las complicaciones maternas y feto-neonatales pueden sistematizarse en:

Complicaciones maternas:

- Sobredosis - intoxicación aguda.
- Obstétricas relacionadas con el consumo: aborto espontáneo, desprendimiento placentario, estado hipertensivo del embarazo.
- Cuadros psiquiátricos agudos.
- Síndrome de abstinencia.
- Por la vía utilizada (infección por VIH, hepatitis B y C, enfermedades respiratorias).
- Repercusión por consumo crónico.

Complicaciones feto-neonatales:

Vinculadas a la exposición embriofetal: malformaciones congénitas, restricción del crecimiento intrauterino, 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).

En la siguiente tabla se detallan las sustancias psicoactivas de mayor importancia toxicológica y relevancia epidemiológica en nuestro medio, con la repercusión orgánica derivada de su consumo en el embarazo.

Sustancia psicoactiva	Consumo durante el embarazo
Alcohol etílico	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).
Tabaco	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.
Cocaína (pasta base, clorhidrato, crack)	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.
Marihuana	Mayor riesgo de RCIU, bajo peso al nacer. RN con temblores y alteraciones en reflejos oculares (transitorias). Trastornos neurocomportamentales.
Benzodiazepinas	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).

En la siguiente tabla se destacan los efectos relacionados al consumo de drogas materno durante la lactancia. La Academia Americana de Pediatría considera con la 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 demostrado.

Sustancia psicoactiva	Consumo durante la lactancia
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 mujeres madres con consumo reciente (últimas 48 a 72 hs).
Marihuana	Reducción de la secreción láctea. Letargia y retardo del desarrollo psicomotor.
Benzodiacepinas	Sedación, letargia, hipotonía y dificultad para alimentarse, riesgo de trastornos neuroconductamentales 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.

Para más información de este punto ver Anexo 1 "Sobre la atención de la mujer embarazada".

¿Por qué un tratamiento del uso problemático de drogas que contenga componentes específicos y diferenciales para las mujeres?

Los usos problemáticos de drogas revisten características diferentes entre mujeres y varones, realidad que no escapa a las PPL; no sólo por sus motivaciones y sus expectativas de los efectos buscados, sino también en las modalidades y patrones de uso. Una de las respuestas posibles tiene que ver con los distintos énfasis en sus procesos de socialización temprana, en los que se van observando e incorporando "modelos" de ser varón y mujer que tienen en su entorno.

Si bien culturalmente la condición social de "mujer adicta" la define como representante de un grupo que carga con estereotipos y estigmas sociales, cada una de estas mujeres consumidoras problemáticas de drogas puede tener una particular capacidad de sobrevivir, de asumir cierta subjetividad personal y de crear una identidad propia.¹⁶

Diversas investigaciones internacionales y nacionales¹⁷ sobre los tratamientos de abuso de sustancias muestran que a menudo tener una posibilidad de acceder a ellos

16 LARA, Marcela; *Documento de patología dual*. CICAD-OEA, 2010.

17 Junta Nacional de Drogas-OD. Facultad de Psicología (Udelar). *Estudio sobre consumo de drogas y factores asociados en población privada de libertad en centro penitenciario femenino "Cabildo"*. Diciembre 2009.

otorga a la mujer su primera oportunidad de establecer relaciones nuevas y sanas con otras personas. Es de vital importancia que los equipos técnicos que trabajan en tratamientos 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 reaprender sus habilidades relacionales, así como para reexaminar sus necesidades. Otro de los ejes de las intervenciones específicas se centra en el trabajo de la toma de conciencia 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".¹⁸

En los estudios sobre experiencias adquiridas para el tratamiento del abuso de sustancias y atención para la mujer, publicados por las Naciones Unidas¹⁹, se establecen claramente algunas de las razones por las que es urgente y necesario implementar dispositivos de atención "sensibles a las cuestiones de género". El siguiente cuadro detalla una breve síntesis de esa fundamentación:

- 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);
- 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;

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

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

- 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 (por ejemplo, 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 (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 mismo Manual 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 y 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 estos 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 varones y mujeres en conjunto, sería deseable que existieran algunos componentes diferenciales y destinados exclusivamente a las mujeres.

Modelos teóricos explicativos

Paulatinamente las teorías explicativas acerca de la etiología del consumo problemático de drogas han ido evolucionando desde la consideración de un único factor interviniente en su etiología y desarrollo hacia la consideración del carácter multifactorial.

Existen diversos modelos teóricos multidimensionales entre los cuales se destaca el biopsicosocial, que implica reconocer la naturaleza biológica, psicológica y social de las drogodependencias, confluyendo variables propias de la sustancia, del consumidor y del contexto social de la persona y la interacción entre los diferentes factores: droga-persona-medio.

Es en la consideración de estas tres dimensiones básicas que se logra acercarse a una visión más objetiva de la realidad o de la situación en su singularidad.

Asociado al carácter multifactorial del consumo de drogas se considera relevante en la planificación y desarrollo de la intervención considerar los factores favorecedores del consumo de drogas –factores de riesgo– y los que minimizan esta posibilidad –factores de protección–.

Los factores se clasifican en:

Dinámicos: operan interactivamente en el transcurso de la vida; una intervención eficaz puede actuar sobre ellos potenciando los factores protectores y minimizando los de riesgo.

Complementarios: la presencia de un factor de riesgo o de protección no determina la implicación o no en la conducta problema: es la conjunción de estos factores lo que se considera determinante.

En concordancia con el modelo biopsicosocial, se considera el consumo problemático de drogas como fenómeno complejo, multicausal y en el que la interdisciplina se hace imprescindible como marco privilegiado de intervención. Se evita de esta manera reduccionismos epistemológicos que parcialicen el fenómeno y que obturen la complejidad inherente a los fenómenos humanos.

Desde un punto de vista dinámico se entiende que el consumo problemático de drogas se inscribe como síntoma emergente de una determinada configuración social, familiar e individual y evidencia un conflicto vincular que adopta características alienantes, de compleja resolución.

Es en el análisis del contexto donde se obtiene información de los factores que intervienen en la constitución de la subjetividad del sujeto –en un sentido amplio, sus formas de ser, pensar y estar–. Estos factores constitutivos de subjetividad en general no han sido problematizados y han sido actuados, configurando un determinado estado de situación, una determinada subjetividad. El tratamiento inaugura una nueva dimensión, habilita una resignificación de la historia vivida y promueve la emergencia de un sujeto capaz de construir una realidad alternativa.

Modelo transteórico de cambio de Prochaska y Di Clemente

Estos autores estudiaron en 1983 a pacientes que realizaron con éxito un tratamiento y dejaron de usar sustancias psicoactivas. Plantean que el cambio de consumidor a abstinentes se produce en una sucesión de etapas, que describieron de la siguiente manera:

- a) Etapa precontemplativa.** Los pacientes no consideran necesario el cambio, pues no ven un problema que lo haga necesario.
- b) Etapa contemplativa.** Si bien los pacientes contemplan la necesidad del cambio, aún no han hecho nada objetivo al respecto. Estos pacientes pueden ser ayudados a modificar o aumentar su motivación por el cambio intentando lograr una colaboración o alianza terapéutica.
- c) Etapa de decisión y acción.** En esta etapa nos encontramos con personas que se proponen con firmeza el cambio y toman acciones específicas que lo indican; por ejemplo, consultan para solicitar ayuda. Las intervenciones terapéuticas surten mayor efecto cuando se realizan en esta etapa.
- d) Etapa de mantención.** El cambio inicial ya se produjo y se encuentran manteniendo la conducta de abstinencia y evitando las recaídas.
- e) Etapa de recaída.** Esta etapa fue considerada durante muchos años el fracaso del tratamiento, lo que hizo objeto a la terapia de las adicciones de un estigma que no poseen otras enfermedades crónicas que presentan recaídas en su evolución, como hipertensión arterial y diabetes, entre otras. El resultado del tratamiento depende de qué se haga con las recaídas, por lo que resulta de gran importancia considerarlas una etapa más del proceso. Si bien se intenta evitarlas al máximo, cuando ellas suceden debe aprovecharse la ocasión para reevaluar y aprender en qué falló la estrategia.

Algunos autores han propuesto incluir “fases para el cambio de la mujer”, las cuales abarcan cuatro aspectos de la vida, que las usuarias en tratamiento pueden estar dispuestas a cambiar:

- la violencia doméstica
- los comportamientos sexuales de riesgo
- el uso indebido de sustancias
- los problemas emocionales.

Redes sociales

Otro concepto central en el trabajo que nos proponemos es el de redes sociales, entendidas, al decir de Carlos Sluzki²⁰, como un proceso de construcción permanente tanto individual como colectivo; considerándolo como un sistema abierto y que a través de un intercambio dinámico entre sus integrantes, y con integrantes de otros grupos sociales, posibilita la potencialización de los recursos que poseen. Cada miembro de una familia, de un grupo o de una institución se enriquece a través de las múltiples relaciones que cada uno de los otros desarrolla. La red social representa entonces la sumatoria de todas las relaciones que la persona considera significativas o lo son en la realidad. Esto define el nicho social del individuo que contribuye a su reconocimiento.

En este sentido podemos pensar la gran importancia que la red social cobra en una situación de crisis. En el caso concreto de la reclusión, la red se va deteriorando a medida que pasa el tiempo. Esto se ve con gran claridad en las PPL que llevan más tiempo en la institución; en esos casos podemos notar cómo los recursos sociales con los que contaban al momento de su encarcelamiento se hacen casi invisibles, reforzándose los vínculos intracarcelarios como una nueva red. Esta situación refuerza los temores relacionados con el fin de la condena y las posibilidades de ser liberadas.

En la mayoría de las intervenciones, estos aspectos relacionados con el deterioro de las redes sociales extracarcelarias se hacen figura en la demanda. Comenzar a pensar en red nos ayuda a reconstruir la trama social dañada y nos permite elaborar nuestros miedos y ayudar a los demás a hacerlo.

Sluzki y Ross Speck²¹ plantean una serie de características que hacen al pensamiento tecnológico de las redes sociales y sobre las cuales haremos a continuación una síntesis a fin de explicar más finamente sobre qué concepción vamos a trabajar:

- **Tamaño.** Se refiere al número de miembros. Aparentemente, las redes de mediana dimensión son más eficaces que las pequeñas o muy grandes. Las

20 Sluzki, Carlos E.; *La red social, frontera de la práctica sistémica*, Gedisa, Barcelona, 1996.

21 Ross Speck, Carolyn Attneave; *Redes familiares*, Amorrortu, Buenos Aires, 1974.

pequeñas son menos eficaces en las situaciones de larga duración, en las que los miembros tienden a eludir el contacto para evitar una sobrecarga. Los factores que modifican la dimensión de la red comprenden las migraciones o las emigraciones (que la reducen dramáticamente, cuando no se incapacitan) y el paso del tiempo (las redes sociales de las personas de edad se reducen por la incapacidad de renovarlas y por causa de los duelos).

- **Densidad.** Es la conexión entre los miembros de la red (mis amigos son también los amigos de mis amigos, mis parientes próximos con ellos también son íntimos entre ellos). Una densidad mediana o moderada aumenta la eficacia del grupo, puesto que permite el intercambio de impresiones. Una red de mayor densidad favorece entre los miembros un deseo de conformidad –se ejerce presión sobre el individuo para que se adapte a las reglas del grupo– y si las desviaciones del individuo persisten, es amenazado con la expulsión, por lo tanto se produce una gran inercia y una menor eficacia. Por último, una red de baja densidad presenta una eficacia reducida debido a la ausencia de potencial de cambio.
- **Composición o distribución.** Es la proporción de miembros de la red distribuidos dentro de cada cuadrante y dentro de cada círculo. Las redes con una distribución muy localizada son menos flexibles, menos eficaces y permiten menos opciones que las redes con una distribución difusa.
- **Dispersión.** Es la distancia geográfica entre los miembros, que refleja evidentemente la red más sensible durante los cambios del individuo y afecta la rapidez y la eficacia de la respuesta durante las situaciones de crisis.
- **La homogeneidad o heterogeneidad.** Según la edad, el sexo, la cultura y el nivel socioeconómico, con las ventajas y los inconvenientes que ellos representan en términos de identidad, reconocimiento de signos estresantes, activación y utilización.

Revisión de experiencias y buenas prácticas

El consumo de drogas en mujeres privadas de libertad. Principales características desde la perspectiva internacional

Hasta hace unos años, poco se conocía sobre las formas de consumo de drogas en las mujeres. Los primeros estudios sobre consumo de drogas desde una perspectiva de género comienzan entre 1970 y 1980 en Estados Unidos. A partir de entonces surgen dispositivos y programas sensibles a las cuestiones de género para la mujer.

A excepción de los sedantes como las benzodiacepinas, a nivel mundial el consumo de sustancias psicoactivas predomina en el sexo masculino. No obstante, el consumo de drogas en mujeres ha ido paulatinamente en aumento, y del mismo modo su

uso problemático (UPD). El consumo de drogas de las mujeres posee características distintas al de los varones; esto obedece a diversos factores: mayor susceptibilidad biológica estudiada para algunas sustancias (tales como el alcohol), estudios que revelan mayor riesgo de adquirir dependencia para algunas sustancias, diferencias en la comorbilidad médico-psiquiátrica (con mayor frecuencia de algunas entidades como el trastorno por estrés postraumático y los trastornos de ansiedad y del humor), así como diferencias en aspectos sociofamiliares y culturales ya señaladas.

Reportes internacionales revelan, en virtud de todo lo anteriormente mencionado, que el consumo de drogas en la mujer se asocia con un mayor riesgo y mayor gravedad que en el varón.^{22 23}

La información sobre prevalencia de consumo de drogas en mujeres durante el embarazo es limitada tanto a nivel nacional como internacional. Para el caso de drogas socialmente aceptadas como el alcohol, el subregistro se debe, entre otras causas, al desconocimiento de los riesgos que implica beber alcohol durante la gestación, a la minimización del consumo, sentimientos de culpa, ausencia de controles obstétricos. En el caso de las drogas ilegales se suma a las causas mencionadas la falta de pesquisa por parte del personal de salud y el miedo de las mujeres a perder la tenencia de sus hijos.²⁴

El consumo de sustancias durante la gestación se ha relacionado con consecuencias negativas para la salud del binomio materno-fetal, poniendo en riesgo la vida de la mujer y la de su hijo. También se ha asociado con trastornos neurológicos y neuroconductuales en el recién nacido y el niño en su primera infancia, catalogados muchos de estos como irreversibles, a punto de partida de una situación que, en efecto, es 100% prevenible.

Existen varios estudios que revelan una mayor adherencia al tratamiento del UPD en mujeres cuando la estrategia terapéutica se enmarca en programas específicos para la mujer, preparados para atender sus necesidades, sobre la base de un tratamiento integral e interdisciplinario.^{25 26}

22 Olivera G. "Breve aproximación a la perspectiva de género y drogas. Particularidades de los consumos de las mujeres en Uruguay". Curso *on line*. "Abordaje multidisciplinario sobre la problemática del consumo de drogas". Junta Nacional de Drogas, Presidencia de la República Oriental del Uruguay, Montevideo, 2008.

23 Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. *Tratamiento del abuso de sustancias y atención para la mujer: estudios monográficos y experiencia adquirida*. Nueva York, 2005.

24 Finkelstein N.; *Treatment programming for alcohol and drug-dependent women*, International Journal of the Addictions, 1993; 28: 1275-1309.

25 Best Start; Ontario's Maternal, New Born, and Early Child Development Resource Centre. *Supporting change: Preventing and Addressing Alcohol Use in Pregnancy*. Disponible en: http://www.beststart.org/resources/alc_reduction/pdf/participant_hndbk_june05.pdf

26 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.

Entre los factores de vulnerabilidad reportados en las mujeres que ingresan al sistema penitenciario^{27 28} se destacan:

- En algunos países, la desigualdad en comparación con los varones al enfrentar el sistema judicial.
- Antecedente de haber vivido situaciones de maltrato, violencia o abuso previo a su reclusión.
- La necesidad de cuidados en lo que respecta a comorbilidad psiquiátrica, en ocasiones relacionada a las situaciones de violencia previamente mencionadas.
- La elevada prevalencia de consumo de drogas al ingresar al establecimiento penitenciario, y la urgente necesidad de un tratamiento en caso de dependencia.
- Las situaciones de violencia y abuso en los establecimientos penitenciarios.
- La constante preocupación por la familia o hijos a cargo, sumada a sentimiento de culpa por estar reclusas.
- Las situaciones de estigmatización, victimización y abandono al recuperar la libertad.

El tratamiento del UPD se incluye en el plan o estrategia sanitaria a llevar a cabo con MPL, que abarca diversos aspectos biológicos y psicosociales.

La *Declaración de Kiev sobre la salud de la mujer en prisión* (2009) hace referencia a deficiencias en los establecimientos penitenciarios europeos, aplicables a otras regiones:

- las cárceles no disponen de los recursos mínimos necesarios para necesidades específicas de las mujeres (alimentación, ejercicio y controles en embarazadas, condiciones de higiene adecuadas).
- ausencia de intervenciones terapéuticas intramuros en caso de consumo de sustancias o comorbilidad psiquiátrica.
- falta de entrenamiento y capacitación al personal que trabaja en la cárcel, en relación a cuestiones específicas de género.

27 United Nations Office on Drugs and Crime. *Handbook for Prison Managers and Policymakers on Women and Imprisonment*. Naciones Unidas, Nueva York, 2008.

28 United Nations Office on Drugs and Crime. *Women's health in prison. Correcting gender inequity in prison health*. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, Dinamarca, 2009.

- ausencia de programas e intervenciones previo a la salida de prisión, particularmente para evitar el riesgo de muerte asociado a consumo de drogas en las semanas posteriores a dicha salida.

Esta Declaración considera esencial para la atención sanitaria en la cárcel el tratamiento del UPD y del trastorno por estrés postraumático. Recomienda como pasos a seguir: *screening* y diagnóstico, abordaje individualizado, atención primaria (reforzando el derecho a acceder a una asistencia en condiciones de privacidad y confidencialidad), atención especializada (para enfermedades crónicas, comorbilidad psiquiátrica, UPD, diagnóstico y tratamiento de enfermedades infecciosas como la infección por VIH, hepatitis y tuberculosis, así como orientación y seguimiento en salud sexual y reproductiva).

Epidemiología en relación al consumo de drogas en establecimientos penitenciarios

Es frecuente encontrar un porcentaje elevado de consumidores de sustancias ilícitas en las poblaciones recluidas en sistemas penitenciarios, comparada con la de consumidores en la población general.²⁹

En EEUU, países europeos y latinoamericanos, numerosos estudios epidemiológicos descriptivos en cárceles han revelado una elevada prevalencia de delitos cometidos bajo efectos de consumo de drogas o para obtener dinero con el fin de consumir, así como un alto porcentaje de individuos dependientes de una o más sustancias.^{30 31} El alcohol, el tabaco, la marihuana y la cocaína (incluyendo el clorhidrato de cocaína y cocaínas fumables) son las drogas más consumidas.^{32 33} En otros países el consumo de opiáceos tales como heroína es relevante, y este hecho se ve reflejado en los establecimientos penitenciarios en un elevado porcentaje de dependencia y complicaciones derivadas

29 Área Técnica de Tratamiento y Rehabilitación. *Consumo problemático de drogas. Tratamiento en personas que han cometido delitos*. Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (CONACE). Ministerio del Interior. Santiago de Chile, 2009.

30 Área Técnica de Tratamiento y Rehabilitación. *Consumo problemático de drogas. Tratamiento en personas que han cometido delitos*. Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (CONACE). Ministerio del Interior. Santiago de Chile, 2009.

31 Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. *Tratamiento contemporáneo del abuso de drogas: Análisis de las pruebas científicas*. Naciones Unidas, Nueva York, 2003.

32 Dolan K., Merghati E., Brentari C., Stevens A.; *Prisons and Drugs: A global review of incarceration, drug use and drug services*. The Beckley Foundation, Drug Policy Programme, 2007.

33 Onorboñe J. y Silvosa G.; *Encuesta sobre salud y consumo de drogas a los internados en instituciones penitenciarias (ESDIP)*, 2006. Ministerio de Salud y Consumo, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, España.

de la forma de consumo intravenosa (enfermedades infecciosas transmisibles como el VIH y las hepatitis B y C).^{34 35}

Reportes nacionales revelan que el patrón de consumo de drogas en las cárceles se mantiene, con menor frecuencia y con un incremento del consumo de algunas sustancias como la marihuana, por los efectos buscados y los denominados factores de utilidad relacionados con la propia situación de encierro, evasión de la realidad, la adaptación al medio, el no contar con opciones, la alta disponibilidad de tiempo libre, entre otros.³⁶ En lo que respecta específicamente a consumo de drogas en mujeres privadas de libertad en nuestro país, un estudio realizado en 2009 por el Observatorio Uruguayo de Drogas (Junta Nacional de Drogas) y la Facultad de Psicología de la Universidad de la República, en el cual se encuestó a un grupo de reclusas del Establecimiento Penitenciario Cabildo, reveló que el fenómeno de la delincuencia femenina ha variado en el transcurso de los últimos años y que presenta una creciente vinculación con el mercado ilegal de drogas. El UPD en esta población se limita fundamentalmente al consumo de marihuana, pasta base de cocaína (PBC) y clorhidrato de cocaína. Las mujeres encuestadas presentaron una edad de inicio de consumo precoz, bajo forma de policonsumo, con un porcentaje significativo de antecedente de abuso de solventes. Asimismo, se constató que la edad de inicio de las conductas delictivas es precoz (en cuatro de cada diez mujeres, antes de los 18 años) y que el delito se relaciona con el comercio de drogas y con la necesidad de obtener dinero para consumir en 25% y 20% de los casos, respectivamente. Estos porcentajes son significativamente más elevados que los registrados en la población carcelaria masculina.³⁷

Más del 60% de las mujeres que participaron en este estudio manifestaron su interés en acceder a mayor información sobre los efectos de las sustancias y en participar en algún programa intramuros de prevención relacionado con esta problemática.

34 United Nations Office on Drugs and Crime. Module for Prison Intervention: South Asia. *Preventing Drug Use and HIV Among Incarcerated Substance Users*, Regional Office for South Asia, 2007.

35 UNODC/UNAIDS/WHO. *Advocacy Strategy. Removing barriers to scale-up of HIV/AIDS. Prevention and care programmes for injecting drug users and oral opioid users in South Asia*. Regional Office for South Asia, 2011.

36 Junta Nacional de Drogas-Observatorio Uruguayo de Drogas. *Estudio sobre consumo de drogas y factores asociados en población privada de libertad en centros carcelarios de Uruguay*, 2009.

37 Junta Nacional de Drogas-Observatorio Uruguayo de Drogas. Facultad de Psicología (Udelar). *Estudio sobre consumo de drogas y factores asociados en población privada de libertad en centro penitenciario femenino "Cabildo"*.

Programas de tratamiento para usuarias problemáticas de drogas en privación de libertad

Williamson describió las características que debían tener los programas de tratamiento penitenciarios para reducir efectivamente la tasa de reincidencia, incluyendo las siguientes afirmaciones:

- los programas deben adecuarse a las necesidades de los reclusos y ser sensibles a los estilos de aprendizaje individual;
- el personal que está a cargo del tratamiento debe estar adecuadamente formado para ello;
- los programas deben estar estructurados y focalizados, centrándose en el desarrollo de habilidades (sociales, académicas o laborales).^{38 39}

Respecto a la elegibilidad de PPL con consumo problemático para el ingreso a tratamiento, las investigaciones indican que puede fomentarse la motivación para el cambio (entrevista motivacional). En Europa se describen programas de consejería, evaluación, derivación y tratamiento, programas basados en el modelo de los 12 pasos, comunidades terapéuticas, intervenciones cognitivo-conductuales de baja intensidad fomentando habilidades sociales, programas de corta duración para deshabitación (complementarios a una desintoxicación previa).

De acuerdo a la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (2008), la estrategia terapéutica para reducción de la demanda en Centros Penitenciarios debe incluir entre sus componentes³⁸:

- Información y consejería
- Educación
- Farmacoterapia: desintoxicación (tratamiento de síndrome de abstinencia), terapias de sustitución y mantenimiento
- Reducción de riesgos y daños
- Apoyo psicoterapéutico
- Prevención de recaídas, con instancias grupales
- Deshabitación en modalidad residencial
- Promoción de actividad física y deporte

38 Área Técnica de Tratamiento y Rehabilitación. Consumo problemático de drogas. Tratamiento en personas que han cometido delitos. Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (CONACE). Ministerio del Interior. Santiago de Chile, 2009.

39 Williamson, B.; *Políticas y programas de rehabilitación y reinserción de reclusos: Experiencia comparada y propuestas para Chile*. Fundación Paz Ciudadana, Santiago de Chile, 2004.

40 International Network of Drug Dependence and Rehabilitation Resource Centres. *Drug Dependence Treatment: Interventions for Drugs Users in Prison*. United Nations Office on Drugs and Crime, 2008.

La detección y diagnóstico del consumo problemático de drogas en PPL supone una evaluación clínica inicial, considerando la historia de consumo, comorbilidad médico-psiquiátrica, situación judicial (con el fin de poder planificar un tratamiento), situación familiar y redes sociales.^{41 42 43}

Existen estudios en los cuales se aplicaron cuestionarios en establecimientos penitenciarios, fundamentalmente aquellos que evalúan los trastornos por consumo de alcohol. Vegue y cols. (España, 2004) estudiaron a 50 individuos reclusos en un establecimiento penitenciario aplicando el cuestionario AUDIT y reportaron que 42% superaba el punto de corte para diagnóstico de abuso o dependencia al alcohol con una sensibilidad y especificidad de 80% y 90%, respectivamente. La mayoría de los autores coinciden en que, si bien el consumo de alcohol actúa como factor favorecedor de conductas violentas, no se ha demostrado una correlación entre el trastorno por dependencia y la comisión de delitos violentos.^{44 45}

Caviness y cols. (Estados Unidos, 2009) aplicaron el AUDIT-C (variante corta del AUDIT) como *screening* a 2.079 MPL; a partir de dicho estudio se lo ha considerado un cuestionario útil para la detección de uso nocivo de alcohol. Los autores sugieren la implementación de un *screening* universal basado en este cuestionario en las MPL.^{46 47}

Algunos autores se han planteado cuál sería la oportunidad o momento adecuado para la realización de los cuestionarios seleccionados para *screening*. Si bien en algunos reportes se ha mencionado una elevada puntuación del cuestionario AUDIT al momento de la detención, interpretándose como una demanda de algunas PPL para recibir tranquilizantes, un estudio realizado en París en 2003 reveló que los puntajes del AUDIT aplicado a individuos que ingresaban a prisión eran significativamente más altos a los quince días de la detención en comparación con los obtenidos al ingreso

41 Área Técnica de Tratamiento y Rehabilitación. *Consumo problemático de drogas. Tratamiento en personas que han cometido delitos*. Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (CONACE). Ministerio del Interior. Santiago de Chile, 2009.

42 United Nations Office on Drugs and Crime. *Women's health in prison. Correcting gender inequality in prison health*. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, Dinamarca, 2009.

43 International Network of Drug Dependence and Rehabilitation Resource Centres. *Drug Dependence Treatment: Interventions for Drugs Users in Prison*. United Nations Office on Drugs and Crime, 2008.

44 Vegue M., Álvaro E., Sternberg F.; *Evaluación de los problemas relacionados con el uso de alcohol en un grupo de reclusos de Madrid*. Revista Española de Sanidad Penitenciaria, 2004; 6: 40-46.

45 Delgado S.; *Delincuencia y drogas*. En: Delgado S., Torrecilla J. M.; *Medicina legal en drogodependencias*. Harcourt, Madrid, 2001: 415-464.

46 Center for Substance Abuse Treatment. *Screening and Assessment for Alcohol and Other Drug Abuse Among Adults in the Criminal Justice System*. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 7. DHHS Publication Nº (SMA) 94B2076. Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 1994.

47 Caviness C., Hatgis C., Anderson B. J., Rosengard C., Kiene S., Friedmann P. et al.; *Three Brief Alcohol Screens for Detecting Hazardous Drinking in Incarcerated Women*. J. Stud. Alcohol Drugs 2009; 70: 50-54.

en el establecimiento, lo cual podría explicarse por la minimización del consumo en el momento de la detención, en algunos casos por considerar el alcohol un factor agravante en determinados delitos.⁴⁸

Existen test o cuestionarios que son aplicados con el fin de evaluar la severidad de la dependencia a algunas sustancias, como el Addiction Severity Index (ASI), y con ello predecir la aparición y/o severidad del síndrome de abstinencia.⁴⁹

La determinación analítica de drogas o metabolitos en orina ha sido utilizado en algunos centros penitenciarios, si bien su implementación ha sido motivo de controversia.⁵⁰

Para el caso específico de las MPL, el diagnóstico y tratamiento del UPD también debe basarse en una estrategia interdisciplinaria desde una perspectiva de género, con los componentes anteriormente mencionados. Deben abordarse en forma específica el embarazo y la lactancia, con los controles gineco-obstétricos y pediátricos correspondientes.⁵¹

48 Maggia B., Martin S., Crouzet C., Richard P., Wagner P., Balmès J. L. et al.; Variation in AUDIT (Alcohol Used Disorder Identification Test) scores within the first weeks of imprisonment. *Alcohol & Alcoholism* 2004; 39: 247-250.

49 Meras D., Winterfield L., Hunsaker J., Moore G., White R.; *Drug Treatment in the Criminal Justice System: The Current State of Knowledge*. Urban Institute, Justice Police Center, Washington DC, 2002.

50 International Network of Drug Dependence and Rehabilitation Resource Centres. *Drug Dependence Treatment: Interventions for Drugs Users in Prison*. United Nations Office on Drugs and Crime, 2008.

51 United Nations Office on Drugs and Crime. *Handbook for Prison Managers and Policymakers on Women and Imprisonment*. United Nations. Nueva York, 2008.

Modelo de intervención

La propuesta procura la sistematización y organización de la asistencia para usuarias problemáticas de drogas (UPD) dentro del sistema penitenciario, en el marco y en concordancia con el Plan Nacional de Drogas que define políticas nacionales en la materia. Está orientada a mejorar la calidad de la atención, con parámetros de intervención definidos, con base en las buenas prácticas clínicas y en la satisfacción de las UPD privadas de libertad (UPD-PL), incorporando la evaluación sistemática como un factor indispensable.

Se entiende la atención de todas las UPD-PL como un *continuum* en el cual tienen cabida acciones de mínima complejidad dirigidas a usuarias con la menor gravedad de problemas derivados del consumo, hasta estrategias complejas a cargo de equipos de alta especialización para situaciones graves. Se procura adecuar la oferta sanitaria a las necesidades y particularidades que las UPD-PL presentan a fin de lograr su inclusión en los sistemas de atención en esta temática.

Ejes orientadores

Considerando las recomendaciones internacionales⁵² y los 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 que antecede a esta guía, se sugieren los siguientes ejes orientadores de acción:

- **Atención de las necesidades específicas de las mujeres privadas de libertad desde un enfoque de género**

Se buscará la implementación de un dispositivo que atienda los requerimientos y singularidades propios de ser mujer en situación de privación de libertad.

Premisas básicas:

- Escucha abierta y atenta de sus historias de vida, familia, redes de apoyo perdidas o inexistentes, conflicto familiar, abuso de drogas y enfermedades.

⁵² United Nations Office on Drugs and Crime; Handbook for Prison Managers and Policymakers on Women and Imprisonment; Criminal Justice Handbook Series, Nueva York, 2008.

- Atención de las posibles problemáticas vividas en sus procesos de socialización tempranos, maltrato, abuso psicológico, físico y sexual.
 - Diagnóstico y atención del estado de salud integral.
 - Indagar en sus motivaciones para el inicio y actual mantenimiento del abuso de drogas.
 - Investigar y atender los factores de riesgo asociados al abuso de drogas.
 - 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.
 - 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.
 - Tender a la generación de entornos seguros donde se eliminen 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 que toda persona tiene derecho a gozar (dentro y fuera de los muros carcelarios).
 - Disponer de espacios necesarios para el contacto con la familia y la pareja.
- **Atención de sus necesidades específicas a partir de un enfoque que integre aspectos biopsicosociales**
 - Ante el conocimiento de su vulnerabilidad socioeconómica y cultural –inequidad de oportunidades–, brindar especial atención a la creación de nuevas redes de apoyo o al fortalecimiento de las ya existentes. Tener en cuenta la evidente discriminación e invisibilidad ante la problemática de violencia contra la mujer, la cual se está atendiendo recientemente en nuestro país mediante la elaboración de una Guía para el Fortalecimiento de las Comisarías para el manejo de este tema y la capacitación del personal policial.
 - Necesidad de atención de la comorbilidad psiquiátrica y su etiología (desórdenes de estrés postraumático –DSPR–, entre otros).
 - Necesidad de atención específica de controles o de problemas inherentes a su sexo.

- Contar con dispositivos preparados para atender la mayor vulnerabilidad de la mujer ante el contagio de ITS y VIH.⁵³
- 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 para afrontar los DSPT), sino también como forma de automedicación para sobrellevar la vida en prisión. El riesgo de intentos de autoeliminación e incluso de sobredosis está presente y puede ser prevenible con un adecuado dispositivo de tratamiento del UPD que atienda estas especificidades de las historias de vida de las MPL.
- Preparación para la integración social. Capacitación y entrenamiento en competencias psicosociales 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.

- **Necesidad de capacitación permanente**

Capacitar a una persona es prepararla para desempeñarse con éxito en su puesto. La capacitación debe ser planificada, organizada y evaluable, debiendo realizarse en dos cortes:

1. Capacitación inicial, previa a la intervención.
2. Capacitación y formación continua.

- 1. La capacitación inicial previa a la intervención deberá incluir:**

- Desarrollo y unificación de criterios conceptuales.
- Entrenamiento en las técnicas propuestas.
- Puesta a punto del estado de situación de la población objetivo y del sistema penitenciario.
- Capacitación en leyes, reglamentos y ordenanzas relacionadas a la materia de la intervención.
- Aplicación de las herramientas de monitoreo y evaluación.

⁵³ 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.

2. Capacitación y formación continua

Es esencial tanto para el desarrollo de la intervención como para su evaluación contar con un sistema de capacitación continua en el que se desarrollen los conceptos y fundamentos necesarios para llevarla adelante, pero también que integre la capacitación y entrenamiento necesarios para comprender profundamente el sistema de trabajo y el método de evaluación propuesto.

La dinámica de este tipo de intervenciones hace que la demanda de capacitación por parte de los técnicos sea permanente, en función de la naturaleza compleja del campo de trabajo en el que actúan. Relevar, entender, organizar y ejecutar esta demanda es la clave del éxito de la intervención y de la calidad de la producción de conocimiento de los equipos de trabajo.

● Espacio de higiene del rol

Los equipos de trabajo y las personas que realizan intervenciones en contextos tan complejos como la cárcel están expuestos a un alto nivel de afectación negativa tanto profesional como personal, lo que repercute notablemente en la capacidad de producción del equipo y en la calidad de las relaciones que en él se establecen.

El carácter masivo de la demanda en este tipo de intervenciones hace que los técnicos tiendan a correrse de sus roles, llevados por el deseo legítimo de ayudar, y que asuman responsabilidades imposibles de cumplir en el largo plazo, lo que lleva inevitablemente a la frustración y el agotamiento.

Es frecuente que se generen depositaciones en algún miembro del equipo y en función de ello proliferen desencuentros y disputas que están más relacionadas con el impacto que el contexto tiene sobre los técnicos que con las pautas de relacionamiento entre las personas que integran el equipo.

La primera protección y la más efectiva con la que cuentan los técnicos para minimizar el impacto de esta afectación negativa es la definición y el mantenimiento del rol profesional, que posibilita la disociación instrumental y la toma de distancia óptima y necesaria para que el trabajo sea efectivo.

Es necesario dedicar un espacio de trabajo para que el equipo pueda poner en palabras las dificultades, las anécdotas y los sentimientos que recogen en su trabajo cotidiano, con el fin de compartir, organizar y entender la experiencia, generando una mirada más integral.

También será un espacio en el que el coordinador deberá leer la dinámica grupal y gestionar la comunicación y el relacionamiento del equipo.

- **Sistema de registro: ¿qué registrar, dónde y para qué?**

Se propone generar una base de datos al inicio de la intervención, donde se registre:

- a. Variables sobre perfiles sociodemográficos (edad, sexo, estado civil, nivel educativo, convivencia previa al momento de la detención, situación ocupacional al momento de la detención);
- b. patrón de consumo de drogas actual y previo al tratamiento;
- c. antecedentes familiares de consumo problemático de sustancias (alcohol y otras drogas);
- d. información del tipo de tratamiento recibido previo a esta instancia (en caso de que lo hubiere);
- e. la condición de egreso del programa, en el caso de haber tenido un tratamiento previo.

Para el relevamiento de estos datos se propone la Ficha de Relevamiento del Observatorio Uruguayo de Drogas adaptada a PPL. En ella se encuentran todas las variables a relevar y una batería de preguntas relacionadas con expectativas de las PPL sobre la intervención terapéutica y sobre expectativas al momento del egreso.

Aspectos a considerar referentes al registro de datos:

Se debe prestar especial cuidado en la unificación de criterios por parte del equipo técnico en referencia al registro de los datos. En la instancia de capacitación previa al inicio de los dispositivos se deberá hacer una lectura conjunta de cada una de las herramientas a utilizar durante la intervención, de forma de despejar cualquier duda sobre criterios en su aplicación. Debe tenerse presente que estas herramientas tienen como objetivo el acceso a información de forma constante, por lo que deben comprenderse como una herramienta al servicio de los propios técnicos y no solamente a los efectos estadísticos.

Descripción general del modelo

Se trata de un modelo de atención a las UPD-PL que cuenta con dispositivos organizados según la especificidad de cada usuaria.

La población general accede de manera voluntaria al sistema de atención y en todos los casos por intermedio del Dispositivo de Diagnóstico, configurándose en la puerta de entrada a la intervención.

En este dispositivo se realiza un diagnóstico inicial que resultará en cuatro posibles situaciones clínicas, con su correspondiente dispositivo de intervención:

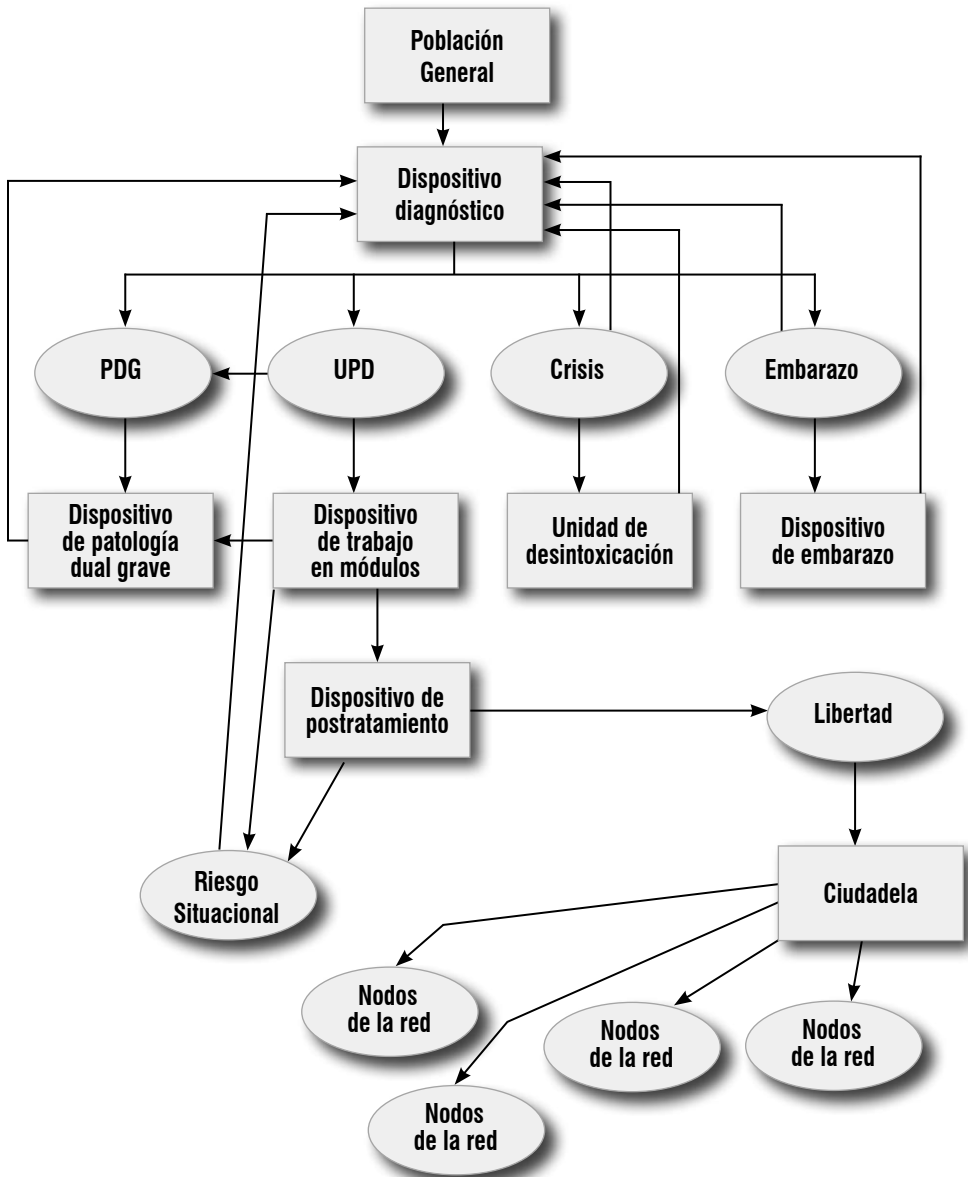
- a. Usuaris Problemáticas de Drogas (UPD)⁵⁴. En esta categoría se incluirá a las usuarias cuya consulta gire principalmente en torno a los problemas asociados al consumo de drogas. La usuaria será derivada entonces al Dispositivo de Trabajo en Módulos.
- b. Usuaris con Patología Dual Grave (PDG). En esta categoría se incluirá a las usuarias que además de presentar un consumo problemático de drogas, tengan comorbilidad con patologías psiquiátricas crónicas o con trastornos graves de la personalidad. La patología dual es la asociación cruzada de dos manifestaciones clínicas: un trastorno mental asociado a la existencia de un problema con el consumo de drogas. La usuaria será derivada al Dispositivo de Atención de MPL con Patología Dual.
- c. Usuaris en Crisis Aguda (CRISIS). En esta categoría se incluyen las usuarias que al momento de la consulta estén transitando una crisis y necesiten ser derivadas al Dispositivo de Atención en Crisis.
- d. Usuaris Embarazadas (EMBARAZO). En esta categoría se consigna a las usuarias que respondan a cualquiera de las categorías anteriores y además estén embarazadas. Las usuarias serán derivadas al Dispositivo de Atención y Control del Embarazo.

La posibilidad de concurrir a los dispositivos de postratamiento implica haber culminado el dispositivo de trabajo en módulos.

La inserción social será un parámetro transversal que atravesará toda la intervención, reforzando o generando herramientas desde los ámbitos educativos y laborales. La estrategia a utilizar se enmarca en el nuevo modelo de atención a la salud que posibilita mayores niveles de accesibilidad y pone el énfasis en lo promocional y preventivo, privilegiando los derechos y la participación ciudadana, donde lo comunitario, lo educativo y lo familiar, así como las redes sociales, son espacios claves a fortalecer.

A continuación se muestra en el gráfico 1 el flujograma del modelo. En él los rectángulos corresponden a los dispositivos y los círculos corresponden a situaciones clínicas.

⁵⁴ Lo que está entre paréntesis en estos cuatro puntos corresponde a su denominación en el esquema siguiente.



Dispositivos

La preocupación desde el punto de vista de la salud colectiva vinculada al uso de sustancias psicoactivas refiere a los consumos problemáticos y a su prevención. Se entiende por *consumo problemático*⁵⁵ aquel uso de drogas que afecta la salud del individuo (biopsicosocial), con alteración de áreas vitales propias y/o del entorno.

La prevención de los consumos problemáticos de drogas, entendida en su forma más amplia, debe potenciar los factores protectores, minimizar los factores de riesgo y, en general, modificar las condiciones del entorno sociocultural promoviendo alternativas de vida saludable.

En lo concreto, asumir un enfoque sociosanitario requiere trascender las fronteras disciplinarias e institucionales, como única forma de dar respuestas eficaces y eficientes a los ciudadanos/as.

El abordaje del consumo problemático de drogas desde esta perspectiva permite singularizar los recorridos que cada UPD-PL elige, y admite en su proceso un camino no lineal, realizado en parte por los dispositivos existentes y los que habrán de crearse.

Se procura como parte de los objetivos de este plan de organización y sistematización analizar situaciones, identificar obstáculos y fortalezas que propicien, refuercen y contribuyan a:

- diseñar modalidades de atención y tratamiento a UPD-PL, con criterios claros de asignación, estableciendo condiciones de funcionamiento y recursos requeridos de los servicios asistenciales (Administración de los Servicios de Salud del Estado, ASSE).
- facilitar el control por parte del organismo rector (Ministerio de Salud Pública, MSP) y el análisis de la información relacionada con el uso de drogas de manera de realizar una evaluación adecuada de cada nivel de atención que mejore la calidad del servicio.
- analizar los programas de capacitación continua destinados a los equipos técnicos que permitan mediante la actualización de conocimientos mejorar la calidad de las intervenciones terapéuticas.

La asistencia de UPD-PL en el marco del sistema penitenciario y en situación de privación de libertad requiere una estrategia flexible y adaptada a las condiciones propias del sistema y de cada establecimiento, así como a las particularidades de los usuarios.

La consideración del impacto de las políticas de drogas es una premisa ineludible en el marco del trabajo con PPL. Se entiende como base la crítica de los impactos perversos

⁵⁵ Ver anexo 1: definiciones básicas.

de las políticas de droga y la evidencia científica en cuanto a la reducción del consumo basada en la criminalización o en el privilegio de aspectos punitivos.

El reconocimiento de la falta de estrategias técnicas sistematizadas y validadas ubica a las UPD-PL en situación de vulnerabilidad, lo cual se agudiza en el caso de mujeres privadas de libertad en tanto no se reconoce una intervención en pro de la rehabilitación desde una perspectiva de género, donde no se responde a las necesidades específicas y se las condiciona a un sistema pensado y diseñado para varones.

En este marco es que se diseña un dispositivo de abordaje que intenta responder a los lineamientos explicitados con anterioridad.

El sistema de intervención consta de dispositivos específicos que funcionan como un sistema abierto entre sí. Las UPD serán evaluadas y comenzarán un proceso diagnóstico que definirá su tránsito por los diferentes dispositivos propuestos.

A continuación desarrollaremos la descripción y el contenido de los siguientes Dispositivos:

- Dispositivo diagnóstico
- Dispositivo de trabajo en módulos
- Dispositivo de desintoxicación
- Dispositivo de patología dual
- Dispositivo de abordaje en embarazo
- Dispositivo de postratamiento

Dispositivo diagnóstico

Entrevista inicial de aproximación diagnóstica

Debe ser realizada por un técnico integrante del equipo de salud mental –psicólogo o psiquiatra–. Esta entrevista busca identificar motivación para el tratamiento y descartar criterios de exclusión –patología psiquiátrica severa (psicosis crónicas, trastornos graves de la personalidad y retardo mental)– y criterios excluyentes referidos a la seguridad del establecimiento.

Se buscará una aproximación a:

- Diagnóstico clínico asociado al consumo de sustancias
- Diagnóstico de los trastornos psiquiátricos asociados
- Posibilidad y pertinencia de su inclusión en dispositivos grupales

Esta primera aproximación diagnóstica se toma como insumo para la formulación de un plan de tratamiento individualizado y estructurado en función de las necesidades de las MPL a partir de un diagnóstico biopsicosocial.

Dispositivo de trabajo en módulos

Se parte de la premisa, con apoyo en las experiencias antecedentes del trabajo en COMCAR y en los centros para mujeres, de que el trabajo en módulos presentado es pertinente en este tipo de intervención, en tanto aporta un criterio ordenador y sistemático para el abordaje del consumo problemático en PPL.

El dispositivo de trabajo en módulos tiene una doble función, ya que:

- Es un dispositivo de trabajo para las UPD-PL en el que se desarrollan habilidades y competencias necesarias para un cambio de estilo de vida en relación con su consumo de sustancias.
- Es una instancia de complementación y profundización del diagnóstico inicial, ya que permite la evaluación y el monitoreo de las usuarias a lo largo de un período más extenso y con una mayor profundidad.

Además se entiende que esta metodología propicia un trabajo de planificación previa, monitoreo y evaluación de resultados, imprescindibles en este tipo de intervenciones.

Por otra parte, numerosas investigaciones demuestran que un segmento importante tanto de las PPL como de los UPD presenta dificultades en habilidades, cogniciones y emociones. Así, la finalidad de la propuesta es ejercitar estas competencias, que son imprescindibles para la vida social⁵⁶. Se entiende que esta apreciación acerca de las PPL se aplica para las MPL con consumo problemático de drogas, y de hecho se amplía a las especificidades que desde una perspectiva de género se encuentran presentes en esta población.

Desde esta perspectiva se apunta a la adquisición de habilidades y hábitos de comunicación no violenta, de responsabilidad social, vincular y laboral, de motivación de logro personal, para lo cual se trabaja desde el condicionamiento operante para el aprendizaje de nuevos comportamientos y para el reforzamiento de las competencias sociales que ya existan en el repertorio conductual de la UPD-PL. Se propone desde el reforzamiento positivo y moldeamiento dividir un comportamiento social complejo en pequeños pasos y reforzar a las UPD-PL por sus aproximaciones sucesivas a la mejora de su calidad de vida. Se divide la intervención en módulos temáticos que se abordan desde las diferentes disciplinas según planificación específica. Se trabaja con

⁵⁶ Redondo, S.; *Manual para el tratamiento psicológico de los delincuentes*, Pirámide, Madrid, 2007.

planificación estableciendo la temática a trabajar en cada encuentro, considerando los emergentes propios del contexto singular.

El análisis de los resultados obtenidos a partir de la aplicación de esta propuesta en un contexto marcado por las diferencias y características particulares de los diferentes establecimientos y la población objetivo evidencia que los módulos pueden ser desarrollados en su totalidad en los diferentes escenarios.

Del trabajo de campo se desprende que en aquellos casos en los cuales el marco institucional y de base presenta condiciones de apertura hacia las intervenciones técnicas en las MPL y una suerte de "cultura" aprendida de funcionamiento grupal, la participación y predisposición de las mujeres para el trabajo es mayor en comparación con los centros donde la propia dinámica institucional opera como un obstáculo.

El trabajo en módulos temáticos supone una lógica secuencial, en tanto fueron diseñados, planificados y evaluados en este sentido, posibilitando el trabajo a partir de emergentes, habilitando su resignificación. El escenario "real" y de "urgencia" en muchas ocasiones requiere una adecuación por parte de los técnicos de la forma en que se desarrollan los contenidos planificados dentro de los módulos. Se destaca en este sentido la capacidad de los técnicos de "adaptar" esa planificación y generar de la situación dada el disparador hacia la reflexión y el trabajo con los contenidos que hacen a cada módulo, pero bajo circunstancias y contextos diferentes a los proyectados inicialmente. Esto significa que el concepto de "emergente" y el trabajo desde esta perspectiva son en este tipo de intervenciones una "variable casi constante" a tener en cuenta en el trabajo diario.

Cabe diferenciar la conceptualización de emergente que se propone en el marco de esta forma de trabajo, de otra que pudiera comprenderse como "llegar y trabajar sobre lo que aconteció o acontece". Esta última no supone planificación ni requiere necesariamente un encuadre; el concepto de emergente válido en el marco de intervención propuesto sí supone una planificación previa de contenidos, sí supone un marco desde el cual encuadrar la intervención, y de hecho implica en los equipos técnicos un ejercicio teórico y práctico por hacer del emergente un disparador de trabajo para lograr elaborar los contenidos previstos.

Se destaca por tanto la potencialidad de trabajo en módulos como "sistemas abiertos", tomando en cuenta la secuencialidad lógica de los contenidos, pero con la apertura necesaria en su implementación de acuerdo a las necesidades y especificidades de los espacios de aplicación, considerando también la competencia técnica en cuanto a la adaptabilidad requerida para el buen desempeño en este tipo de intervenciones.

La posibilidad de nivelación en habilidades sociales desde abordajes grupales; la consideración de la situación de estrés propio del desarrollo de la cotidianidad de la vida en la cárcel y su tramitación en el grupo, y, por último, la situación propia de ser usuarias problemáticas de drogas son variables que dificultan el diagnóstico, fundamentalmente los aspectos psiquiátricos de comorbilidad. Incluso se encuentran

dificultades claras en cuanto a los parámetros temporales requeridos por las clasificaciones internacionales DSM IV e ICD10; el desarrollo de la instancia de trabajo en módulos está pensado para un período de seis meses.

Se constata desde la experiencia que una vez transitada la instancia de trabajo modular, la situación inicial de presunción diagnóstica permite ser reevaluada y considerada a partir de los datos clínicos obtenidos de la conceptualización de los módulos. El conjunto de estos indicadores lleva a proponer la incorporación de los módulos desde una mirada integral, como componentes del diagnóstico situacional de la MPL.

Se define entonces partir de una primera aproximación diagnóstica, la cual estará en una revisión constante tomando como insumo los resultados del proceso de cada MPL y la consideración de la situación contextual en pro de la generación de las mejores propuestas terapéuticas de acuerdo a la singularidad que cada caso reviste, con el objetivo siempre presente de encontrar las mejores estrategias para el desarrollo de opciones que contribuyan al mejoramiento de la calidad de vida de las MPL.

Si bien el punto de partida de la intervención se encuentra en el diagnóstico situacional de cada una de las MPL, resulta central comprender el concepto de transversalidad en la implementación de los contenidos de los módulos en las distintas etapas de la intervención. Debe pensarse desde lo transversal un abordaje de los contenidos y la potencialidad de los módulos operando como "ordenadores", como cortes analíticos necesarios a la hora de definir las acciones y conceptos a trabajar, no como etapas acabadas en sí mismas en tiempo y aplicación. En tanto los resultados esperados y los objetivos propuestos sean cumplidos, el trabajo en módulos asume la suficiente flexibilidad operativa que cualquier tipo de intervención en campo requiere, bajo las condiciones planteadas y con la población específica.

En síntesis, se considera la opción de trabajo en módulos temáticos apropiada en esta población, pertinente su introducción como parte de la estrategia de diagnóstico y evaluación desde el diseño mismo de un modelo de intervención en forma integral y, por tanto, válida para replicar en otros centros penitenciarios.

Se deja planteada la hipótesis de que las personas que transitan por este trabajo en módulos pueden tener una mayor probabilidad de adhesión a los tratamientos propuestos. Se asume que en la medida en que se logre una participación activa, sostenida y sistemática en las diferentes instancias modulares, las MPL generarían una base de "motivación para el cambio" donde no la hubiera y/o una ampliación de esta motivación en los casos en que se detectara en una primera aproximación diagnóstica.

Contenidos y objetivos de los módulos

Los módulos temáticos comprenden:

1. Conocimiento y reconocimiento
2. Hábitos saludables
3. Resolución de conflictos
4. Manejo de emociones y su relación con el consumo de drogas
5. Entorno y redes
6. Sexualidad, violencia y construcción del ser mujer

En cada módulo se describe una serie de conceptos mínimos a trabajar, ordenados por semana con el fin de organizar mínimamente el orden de la intervención. En Anexo 2 se detallan algunas técnicas específicas para el trabajo de estos conceptos.

1. Conocimiento, reconocimiento y confianza

Se trabajará en la capacidad de reconocer al otro, el desarrollo de la empatía, el concepto de grupo, la habilidad para determinar las situaciones en las que se puede y se debe confiar en el otro, así como en la capacidad de cuidado de sí. Además se deberá construir la confianza grupal necesaria para cimentar el trabajo de los demás módulos.

También se trabajará como temática central el reconocimiento intersubjetivo, que consideramos esencial en el proceso de diferenciación y separación, pero también en el de integración de las diferencias y particularidades entre las personas.

Es necesario comprender, explicitar y trabajar la paradoja existente en la necesidad de reconocimiento en relación con la independencia. Mientras que el proceso de discriminación fomentado por el reconocimiento interpersonal es condición para la independencia, la necesidad de dicho reconocimiento me "ata" a los otros significativos. La verdadera independencia supone mantener esa tensión esencial de estos impulsos contradictorios: tanto afirmarse a sí mismo como reconocer al otro (sin que uno predomine sobre el otro).

Es un módulo esencial en la dinámica posterior del grupo, ya que permite el desarrollo de la capacidad de confiar, necesaria para el trabajo de las temáticas posteriores.

En este primer módulo se plantea el trabajo a partir de dinámicas de presentación, conocimiento, reconocimiento y confianza entre las mujeres y el equipo técnico.

A continuación se detallan los contenidos mínimos que deberán desarrollarse en cada una de las cuatro semanas determinadas para trabajar este módulo:

Primera semana

Presentación del dispositivo y de la metodología.

Presentación personal y de los motivos que traen a la MPL al dispositivo (cada técnico trabajará con dinámicas y metodologías adecuadas a sus objetivos).

Presentación y acuerdo de compromiso de las normas básicas del encuadre.

Segunda semana

Reconstrucción de la historia de vida.

Introducción a la historia de consumo.

Tercera semana

Concepto de grupo.

Confianza y autoconfianza.

Relación entre la confianza y el cuidado personal.

Identificación y conocimiento de los exámenes médicos que se van a realizar como parte de la intervención.

Cuarta semana

El nombre propio y el apodo en relación a la identidad.

Necesidad de reconocimiento.

Construcción y definición del acuerdo de encuadre final (construcción colectiva).

2. Hábitos saludables

El hacinamiento, la falta de higiene, la violencia y destructividad presentes en el ámbito carcelario caracterizan las condiciones de existencia de las MPL, generando

grados de subjetivación –formas de ser, pensar, estar y actuar– que se alejan notablemente de condiciones mínimas de salubridad y de dignidad humana.

Se considera que generar conductas de cuidado del ambiente físico asignado a la intervención impacta en la subjetividad de las MPL generando prospectivamente conductas de autocuidado novedosas o alternativas a las condiciones de existencia dadas.

Se plantea como objetivos específicos:

- a. Promover en las MPL acciones dirigidas al cuidado del espacio físico: limpiezas y mejoras que garanticen condiciones de higiene y un ambiente adecuado para la implementación de la intervención.
- b. Promover en las MPL acciones dirigidas al cuidado del espacio interpersonal mediante normativas que explicitan responsabilidades y promueven el diálogo y la comunicación de aspectos estrechamente vinculados a la cotidianidad compartida.

Desde este módulo se buscará la identificación, esclarecimiento y aprendizaje de hábitos saludables y estrategias de promoción en salud trabajando conceptualizaciones de factores de riesgo.

Se buscará proporcionar a las MPL los conocimientos acerca de su salud personal, que contribuyan al desarrollo de la salud y seguridad de su entorno. Se enfatizará en identificar y utilizar los recursos existentes en el ámbito penitenciario para desarrollar acciones a favor de la promoción de la salud.

Se apuntará al concepto y práctica del autocuidado vinculando este al cuidado de la pareja, hijos, familia y pares.

Se trabajará sobre diferentes tópicos: *alimentación, higiene, seguridad* (factores de riesgo y de protección), *actividad y ocio*.

Alimentación: Concepto de nutrición, alimentos adecuados para un correcto soporte nutricional.

Higiene: Hábitos higiénicos (vinculados estrechamente con factores de riesgo o de protección).

Seguridad: Distinguir entre factores predisponentes para padecer enfermedades (riesgo de) y factores de protección (aquellos que evitan el riesgo). Infecciones de transmisión sexual (ITS); "*Mitos y realidades*".

Actividad y ocio: Conocimiento acerca de actividades recreativas, laborales, educativas. Énfasis en la importancia del conocimiento como herramienta de independencia personal versus ocio, distinguiendo este de la (necesaria) esfera lúdico-recreativa.

A continuación se detallan los contenidos mínimos que deberán desarrollarse en cada una de las cuatro semanas determinadas para trabajar este módulo:

Primera semana

Higiene del espacio en relación con la salud.

Detección de necesidades para mantener el espacio de trabajo y de vivienda limpio (artículos de limpieza, sistema de implementación de las actividades de limpieza, organización, etcétera).

Segunda semana

Alimentación.

Seguridad y factores predisponentes para padecer una enfermedad.

Identificación y conocimiento de la medicación que consumen habitualmente y sus efectos.

Tercera semana

Enfermedades transmisibles.

Manejo del estrés.

Cuarta semana

Desarrollo de la actividad laboral y educativa.

Actividades de recreación y tiempo libre.

3. Resolución de conflictos

Muchas MPL presentan dificultades en la solución de sus problemas interpersonales, por lo que una estrategia de tratamiento especialmente aplicada ha sido la de "solución cognitiva de problemas interpersonales".

Este módulo incluye reconocimiento y definición de un problema, identificación de los propios sentimientos asociados a este, separación de hechos y opiniones, recolección de información sobre el problema y análisis de todas sus posibles soluciones, toma en consideración de las consecuencias de las distintas soluciones y, finalmente, adopción de la mejor solución y puesta en práctica de esta.

A continuación se detallan los contenidos mínimos que deberán desarrollarse en cada una de las cuatro semanas determinadas para trabajar este módulo:

Primera semana

Concepto de conflicto.

Definición, reconocimiento e identificación de un problema. Conceptualización del problema.

Segunda semana

Comunicación verbal y no verbal.

Pensamiento alternativo.

Tercera semana

Pensamiento consecuente y toma de decisiones.

Asertividad. Empatía.

Cuarta semana

Identificación y resolución de conflictos reales y cotidianos.

4. Manejo de emociones y su relación con el consumo de drogas

Se parte de la premisa de la conexión entre las vivencias de tensión y la propensión a cometer ciertos delitos y consumir drogas. Se propone trabajar durante cuatro semanas, en espacios y encuadres planificados por cada área, los cuales tendrán una planificación específica y estarán pautados desde el concepto de que los desbordes emocionales pueden jugar un papel destacado en la génesis del comportamiento violento y delictivo y en el consumo de drogas.

Se buscará en este módulo presentar a las MPL las habilidades necesarias para manejar las emociones, lo que incluye autorregistro de emociones y construcción de una jerarquía de situaciones en las que las emociones se precipitan, reestructuración cognitiva, relajación, entrenamiento en el afrontamiento y la comunicación en el grupo; y práctica en la vida diaria.

Se asentará el trabajo desde el reforzamiento positivo y el moldeamiento, con clarificaciones y orientación, procurando la elaboración de estrategias personales para controlar los impulsos.

El mantenimiento de la conducta prosocial a largo plazo se promoverá mediante contratos conductuales que se explicitan con la MPL y son parte de su plan de tratamiento, así como las consecuencias de sus esfuerzos y logros.

A continuación se detallan los contenidos mínimos que deberán desarrollarse en cada una de las cuatro semanas determinadas para trabajar este módulo:

Primera semana

Retomar la historia de consumo y su relación con la historia de transgresión y conflictos con la ley.

Segunda semana

Control de los impulsos.

Reconocimiento de señales corporales y psicológicas para el manejo de las emociones.

Anticipación de situaciones de desborde emocional.

Estrategias concretas de control de impulsos.

Tercera semana

Manejo de dificultades relacionadas con el cambio de estilo de vida. Desarrollo de nuevos roles, identificación de vulnerabilidad y factores de riesgo.

Planificación versus inmediatez. Identificación de la mediatización como contracara de la impulsividad.

Cuarta semana

Identificación y resolución de situaciones reales y cotidianas relacionadas con la temática del módulo.

5. Entorno y redes

La propuesta de este módulo es trabajar el reconocimiento e identificación del consumo como vínculo adictivo del sujeto, su impacto en el entorno y redes.

Se apuntará a la identificación de fortalezas y debilidades del entorno y redes que favorecieron el consumo, para la posterior crítica, análisis y búsqueda de alternativas para la prevención de recaídas y la no repetición. Se trabajan conceptos

de factores de riesgo y de protección, procurando la identificación y reforzamiento de los factores de protección.

A continuación se detallan los contenidos mínimos que deberán desarrollarse en cada una de las cuatro semanas determinadas para trabajar este módulo:

Primera semana

Concepto de redes sociales.

Distintas partes de la red (familiar, referente socioafectivo, social, trabajo con instituciones, entre otros).

Cómo utilizar el apoyo de la red en la vida cotidiana.

Segunda semana

Elaboración de un mapa de redes.

Lectura de fortalezas y debilidades de ese mapa.

Tercera semana

Opciones de cambio para el mapa de cada usuaria.

El grupo como parte de la red.

Cuarta semana

Estrategias de corto, mediano y largo plazo para mejorar las redes.

6. Sexualidad, violencia y construcción del ser mujer

En el sexto módulo se trabajan los aspectos de la sexualidad desde la condición de "ser mujer". Se trata de propiciar un encuentro en el que se aborde el conocimiento y cuidado del propio cuerpo, así como de ofrecer un ámbito para la discusión y el trabajo de temáticas que muchas veces son consideradas "privadas" y que por esa misma condición son de difícil abordaje.

Se desarrollará la construcción del "ser mujer" tanto desde la perspectiva de la historia personal y familiar de la usuaria como desde el punto de vista histórico, en el sentido de la evolución de la subjetividad social de lo femenino y de las depositaciones fruto de dicho proceso.

Otro punto a desarrollar en este módulo es la sexualidad. En este punto se incluirán las diferencias entre varones y mujeres, los aspectos sociales y culturales que hacen a lo que se espera del ser mujer y el ser varón. Asimismo, se trabajarán contenidos que favorezcan la comprensión de factores que tienen que ver con la elección sexual, el desarrollo físico y emocional, la violencia y el abuso.

También se considerarán las vivencias sobre el proceso de socialización. Todas las sociedades tienen distintas formas de transmitir y aprender las normas y conductas sociales, a través de sus instituciones o sistemas; uno de los más importantes es la familia. Asimismo, estas familias son parte y se desarrollan en comunidades de mayor o menor grado de vulnerabilidad a la oferta y consumo de drogas, e incluso algunas de ellas se encuentran expuestas a niveles de privación social y económica que profundizan aun más la aparición de situaciones de riesgo.

Los procesos de socialización son atravesados por dos vectores: *la socialización explícita* o manifiesta (cuando existe una clara intención de transmitir determinados valores, normas, límites, hábitos, etcétera) y *la socialización implícita* o latente (formada por el conjunto de pautas o modelos familiares y el estilo de vida de la familia).

A continuación se detallan los contenidos mínimos que deberán desarrollarse en cada una de las cuatro semanas determinadas para trabajar este módulo:

Primera semana

Historia de vida desde la mirada específica del módulo.

En qué edad o desde cuándo se es mujer. Vivencias y recuerdos.

Recuerdos. Cosas preferidas y rechazadas. Diferencias entre varones y mujeres, elección sexual, crecimiento, caracteres secundarios, emociones. Desarrollo físico y emocional.

Realizar psicoeducación acerca de posibles síntomas del trastorno de estrés posttraumático (PTSD por su sigla en inglés) (Herman, J, 1997). Esta sintomatología está relacionada con eventos traumáticos que tuvo la persona hace meses o años y la situación de estrés en el contexto carcelario puede incidir en su aparición.

Segunda semana

Sexualidad.

Mitos.

Diferencias entre varones y mujeres.

Capacidad de elegir. Derecho a decir "no".

Elección sexual.

Sexualidad –ideas que tienen de lo que es sexo–. Diferencias entre los conceptos de sexo y género.

Diferencias de sexo y género en:

- la posibilidad de negociar el uso del preservativo.
- la detección temprana en las ITS.
- la mayor exposición al abuso, violación y explotación de niñas y adolescentes.
- el acceso a información sobre la prevención de ITS y transmisión del VIH.
- mayor vulnerabilidad de las jóvenes y mujeres a contraer VIH y otras ITS, particularmente al mantener algún tipo de actividad sexual con una pareja infectada.

Tercera semana

Violencia.

Modelos identificatorios.

La violencia en la familia de origen.

Trabajar contenidos relativos a las dos funciones básicas:

- Pertenencia. Poder sentir que se pertenece a una familia determinada posibilita una orientación concreta y ofrece un referente a los sujetos. Asimismo, incide directamente en el sentimiento de identidad social.
- Individuación. Se refiere a la diferenciación, la capacidad de sentirse único frente al resto de los demás (familia-contexto). El sentimiento de individuación influye en el logro del sentimiento de identidad individual.

Contenidos relacionados a los procesos de aprendizaje de hábitos, autoimagen y autoconcepto (reflexionar acerca de cómo se construye a partir de lo que se “recibe” de los otros); es decir, si se siente seguro, si tiene sus necesidades básicas satisfechas, si recibe afecto y respeto, tendrá las condiciones para desarrollarse saludablemente.

Trabajar conceptos como mimetismo y la interiorización de hábitos y actitudes del entorno de los niños y niñas. Patrones de comportamientos relacionados a la alimentación, el descanso, el uso de medicamentos, el consumo de tabaco y alcohol, el uso del tiempo libre, las interrelaciones personales, y cómo todo puede ser observado, imitado y aprendido por los niños y niñas.

En el proceso de crecimiento, la obtención de una progresiva autonomía será de gran importancia, no sólo para sus relaciones familiares, sino para cuando interactúa en otros grupos. Los grupos son de suma importancia a lo largo de la

vida del sujeto; desde muy temprano son un elemento socializador que permite disminuir paulatinamente el egocentrismo y aprender a resignar y negociar intereses; en ellos se aprende a respetar y a hacerse respetar.⁵⁷

Además, se reflexionará sobre:

- Exposición diferencial a accidentes domésticos considerando los diferentes roles de género.
- Mayor vulnerabilidad de las niñas ante situaciones de abuso sexual.
- Diferencias de género en las actitudes violentas de los padres y madres.
- Falta de atención a los niños como posibles víctimas de negligencia y abuso.
- Diferencias en las consecuencias del abuso sobre la sexualidad futura y la salud reproductiva de niños y niñas.
- Diferencias de género en la vulnerabilidad a la negligencia.
- Desarrollo de estereotipos de género asociados a pautas de crianza y procesos de socialización.
- Situaciones de discriminación de género y negligencia en etapas tempranas de la vida.
- Diferencias de género en las conductas suicidas y de intento de suicidio entre adolescentes.
- Prejuicio y estigmatización hacia comportamientos de niños y niñas que no responden a los estereotipos de género.
- Diferencias de género en las respuestas a contextos con carencias, de peligro y violencia, y eventos desafortunados de la vida.
- Grado por el cual los estereotipos de género condicionan la falta de búsqueda de servicios asistenciales por parte de los niños con depresión.
- Sesgos de género por parte de los servicios sanitarios en el abordaje de los problemas de salud mental de adolescentes.

Cuarta semana

La mujer en la historia.

La mujer en la actualidad.

Otros modelos posibles.

57 OMS. *Herramienta de género, Estrategia europea para la salud y el desarrollo de la infancia y la adolescencia*. Documento de trabajo, 2007.

Evaluación del trabajo en módulos temáticos

Uno de los aspectos que debe considerarse como una etapa del proceso de trabajo en módulos refiere a la evaluación de estos. El objetivo reside en evaluar desde la práctica la pertinencia de cada uno de los contenidos propuestos, o en caso contrario, a partir de la evidencia, lograr implementar las modificaciones y ajustes necesarios.

Se plantea una primera instancia de evaluación desde un enfoque cualitativo en las UPD-MPL y en los integrantes del equipo técnico, que aporte información acerca de los contenidos que se pretendió transmitir en cada uno de los seis módulos y los que fueron “efectivamente” transmitidos a las MPL.

Para esto se sugiere que el coordinador responsable realice:

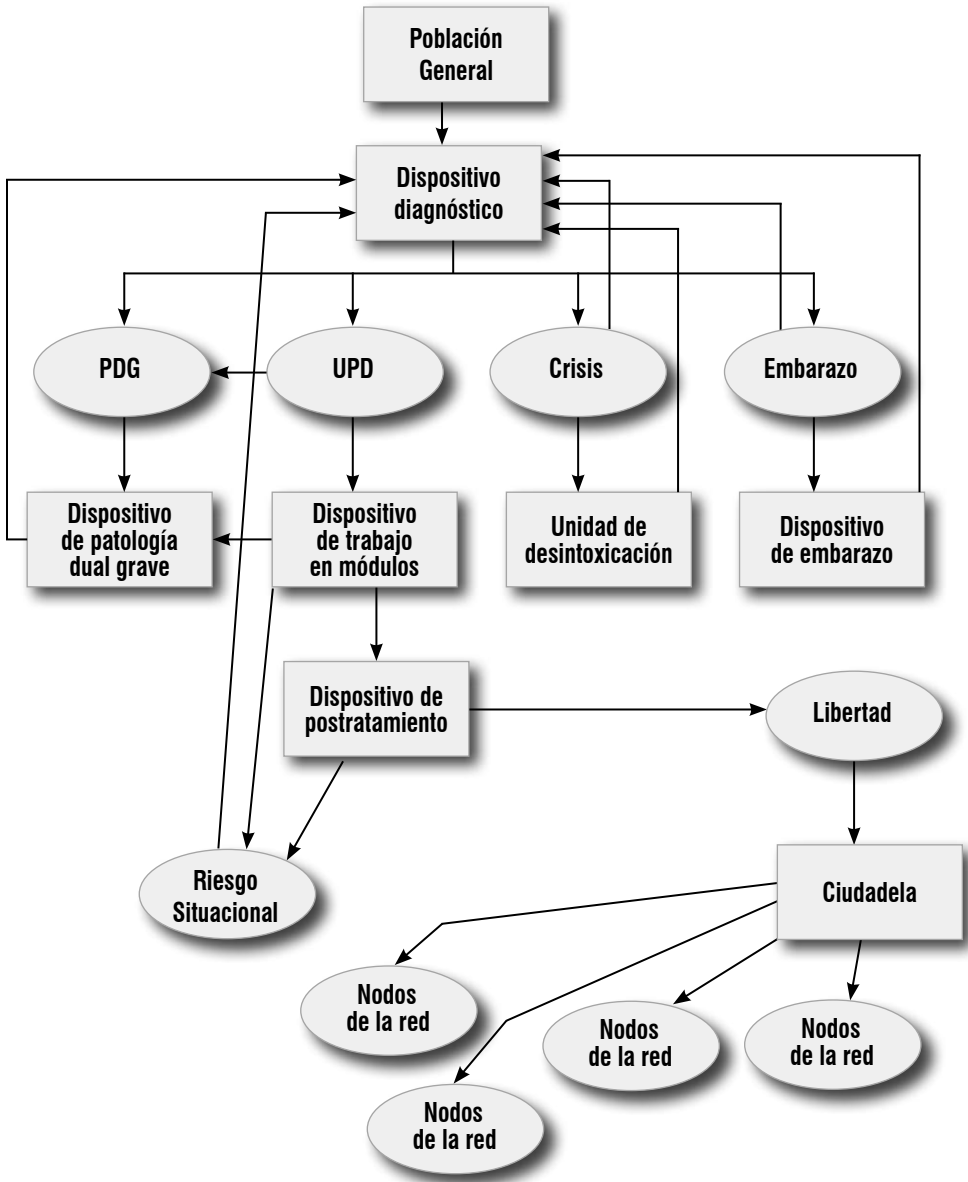
- 1) Entrevistas semidirigidas a las usuarias al finalizar cada uno de los módulos.

En esta instancia se debe relevar datos relativos a las principales dimensiones que hacen al contenido del módulo trabajado, de forma de evaluar, desde la percepción de las usuarias, la integración de los conceptos y el cumplimiento de los objetivos pautados.

- 2) Entrevistas semidirigidas individuales a los técnicos del equipo.

En esta instancia se deberá relevar datos relativos a la puesta en práctica de los contenidos planificados, identificando dificultades encontradas y facilitadores de la intervención que pudieran ser incorporados en la planificación de la siguiente etapa.

Otra instancia de monitoreo refiere al nivel de participación de las mujeres en cada una de las instancias modulares. Esto remite al necesario registro que el equipo técnico deberá realizar tanto en lo referente al número de mujeres que participan en cada una de las instancias de trabajo, como en el registro de la continuidad que cada una de ellas logre en cada uno de los módulos (ver anexo 2). Es importante señalar que este registro debe realizarse desde la primera actividad, ya sea en instancias grupales o individuales, por los técnicos que la lleven adelante.



Dispositivo de atención en crisis

La atención de los UPD es un proceso duradero en el tiempo, en el que es posible identificar diversos modelos de intervención que se ajustan a las necesidades terapéuticas de las usuarias.

Existen situaciones en las que la intervención en crisis constituye la respuesta oportuna y necesaria.

Intervención en crisis es aquella que se realiza en una situación que requiere respuesta inmediata de un equipo técnico. Esta necesidad de respuesta inmediata puede estar condicionada por la agudeza de manifestaciones psíquicas, físicas y/o sociales. Dentro de la afectación psicofísica se incluyen los cuadros médicos (urgencias y emergencias) y psiquiátricos agudos derivados del consumo. Las situaciones de crisis familiar o del entorno en ocasiones tienen características tales que sólo la intervención de un equipo capacitado en el tema logra generar condiciones para intervenciones efectivas.

Internación en crisis es una internación breve para usuarios que presentan cuadros graves, con potencial o inminente peligro para sí mismos o para los demás o que presentan complicaciones médicas o psiquiátricas que requieren de los recursos disponibles en un hospital general o especializado, así como las internaciones cuyo mayor aporte sea el alejamiento transitorio de un entorno muy conflictivo.

Los cuadros de intoxicación aguda y los síndromes de abstinencia graves requieren atención médica en forma inmediata. Dada la gravedad eventual del cuadro y lo específico de las intervenciones indicadas, se requiere que el personal de salud que trabaja en servicios penitenciarios esté capacitado para su atención. Cuando el componente predominante esté vinculado a un entorno conflictivo, la intervención debe realizarse por un equipo interdisciplinario entrenado.

El término **desintoxicación** se define como el conjunto de medidas terapéuticas destinadas a prevenir y/o contrarrestar la aparición del síndrome de abstinencia frente al abandono del consumo de una determinada sustancia. Constituye la primera fase del tratamiento del trastorno por dependencia a una o más sustancias.

Se destacan algunas características relevantes de la desintoxicación:

- **desintoxicación** cuando existe **dependencia física** y riesgo de síndrome de abstinencia.
- las medidas terapéuticas **siempre** incluyen medidas farmacológicas tendientes a evitar o suprimir manifestaciones clínicas del síndrome de abstinencia.
- debe estar dirigida y supervisada por un **equipo médico** a cargo del tratamiento farmacológico y del control clínico de la UPD.

La Unidad de Desintoxicación es un espacio cerrado integrado en el centro de salud del establecimiento, que cuenta con las instalaciones y recursos tanto humanos como materiales necesarios que permitan la desintoxicación de cualquier dependencia a drogas.

Objetivos específicos del dispositivo de intervención en crisis

1. Evaluación médica y psiquiátrica diagnóstica.
2. Tratamiento en la Unidad de Desintoxicación en el establecimiento.
3. Coordinación de los dispositivos terapéuticos planteados una vez que culmine la desintoxicación.

Dispositivo de tratamiento para mujeres privadas de libertad con patología dual

La red de atención a UPD debe presentar una especialización para los UPD con patología dual (coexistencia de un trastorno mental y un trastorno por uso de drogas), la cual también es necesaria para las PPL, especialmente las que presentan patología grave.

Estas pacientes tienen un incremento en la utilización de los servicios de emergencia hospitalarios, conductas violentas, comisión de actos que entran en conflicto con la ley, por lo que presentan mayor dificultad para tener acceso a la red asistencial, lo que se ha llamado "el síndrome de la puerta equivocada", según el cual los pacientes ven dificultado su ingreso a tratamiento al "chocar" con requisitos que los excluyen tanto de la red de salud mental como de los servicios especializados en el tratamiento de la dependencia de drogas.

En este sentido, y en concordancia con la necesidad de dar respuesta a la demanda y el tipo de pacientes con las características propias de las patologías duales, se propone el diseño de un dispositivo específico. El abordaje de esta patología en un dispositivo específico asume el tratamiento concomitante de ambos trastornos por el mismo equipo técnico; de esta manera se favorece la optimización de los recursos disponibles promoviendo la integración social del UPD.

El abordaje de la patología dual posiciona al sujeto en un lugar privilegiado desde donde se define y promueve una estrategia de tratamiento e inserción social que contempla y asume las características propias de la patología. En este sentido y desde el posicionamiento técnico, el tratamiento se define con objetivos claros, planificados, pautados y secuenciados, lo cual brinda un encuadre contenedor para los técnicos y los usuarios en lo referente al manejo de las expectativas y las frustraciones que se generan en el tratamiento.

Un abordaje de estas características, en el que usuarios y técnicos responden bajo un modelo claro y con sustento teórico, permite una continuidad del tratamiento.

Al ser un dispositivo específico las UPD-PL solo pueden ingresar previa derivación de los dispositivos diagnósticos.

En lo referente al modelo de las intervenciones a desarrollar, los aspectos diferenciales más destacables del abordaje residencial en función de las distintas áreas de intervención son los siguientes:

- **Psicológica**

Elaboración de un programa terapéutico individualizado que asegure la necesaria flexibilidad terapéutica para ajustarse a las necesidades del paciente dual, evitando confrontaciones con los demás enfermos.

- **Sanitaria**

- a) elaboración de planes de cuidados de enfermería individualizados y protocolizados según tipología de patologías mentales.
- b) tratamientos psicofarmacológicos directamente supervisados y ajustados a las necesidades del curso evolutivo de la enfermedad, asegurando el cumplimiento y la evaluación de interacciones y efectos secundarios.

- **Social**

- a) elaboración de un programa de incorporación personalizado, con especial énfasis en la coordinación con la red de atención para asegurar un adecuado grado de soporte social.
- b) elaboración de planes educativos personalizados que aseguren la cobertura de las necesidades del paciente dual, evitando situaciones conflictivas con el resto de las MPL.

Dispositivo de atención en embarazo

Se accede desde el Dispositivo de Diagnóstico y ante la confirmación de que la usuaria está embarazada, en cualquier momento de la intervención.

La misión del dispositivo es diagnosticar la situación global de la usuaria, asesorar, derivar a los servicios especializados correspondientes y realizar el seguimiento durante su tránsito en los demás dispositivos de tratamiento.

Se trata de brindar una mirada transversal a lo largo del tratamiento, que aporte la especificidad de los facilitadores y las dificultades propias de la situación de una mujer embarazada, consumidora y encarcelada.

Pasos a seguir:

Realizar una evaluación del riesgo siguiendo el instrumento propuesto⁵⁸, el que incluye dos grandes situaciones diagnósticas:

- Riesgo moderado
- Riesgo grave

Si se trata de una situación de riesgo moderado, se derivará al Dispositivo Diagnóstico con informe para que sea incluida en el dispositivo correspondiente a su situación general.

Si se trata de una situación de alto riesgo, se deberá realizar un informe a la autoridad penitenciaria para recomendar las acciones sanitarias correspondientes que incluirán la articulación interinstitucional pertinente.

El dispositivo se encargará además de propender a la activación de las redes personales e institucionales que favorezcan la inclusión, adhesión y permanencia de la usuaria en el tratamiento.

Dispositivos de postratamiento

La posibilidad de acceder a los dispositivos de postratamiento deriva de haber culminado el dispositivo de trabajo en módulos. En la situación de privación de libertad los factores de riesgo y variables asociadas a ellos son una constante por esto es que se hace imprescindible la implementación de instancias de trabajo que permitan la continuación de la estrategia terapéutica.

Al egreso del trabajo en módulos, el objetivo principal y el mayor desafío es mantener los parámetros alcanzados trabajando aspectos relacionados con la prevención de recaídas. Cabe consignar que es posible que la persona no presente una evolución favorable luego de su pasaje por el Dispositivo de Trabajo en Módulos, por lo cual no estaría en condiciones de ingresar a los dispositivos postratamiento. Frente a esta eventualidad, denominada "Riesgo Situacional" en el flujograma presentado, la MPL debería ser reevaluada en el dispositivo diagnóstico.

Se considera la implementación de dos dispositivos de postratamiento diferentes, dependiendo de las condiciones en que los usuarios egresen del Dispositivo de Trabajo en Módulos.

- a) Dispositivo de Mantenimiento de Objetivos y Prevención de Recaídas
- b) Dispositivo de Transición

⁵⁸ Ver Anexo 1.

Dispositivo de Mantenimiento de Objetivos y Prevención de Recaídas

Se trata de un dispositivo que está diseñado para las usuarias que egresen del trabajo en módulos y que pueden continuar allí su tratamiento dentro del sistema penitenciario tradicional. Se trata de un espacio de trabajo individual y grupal, elaborando la aplicación de estas nuevas herramientas en la vida cotidiana de la prisión, con el objetivo de mediatizar los sentimientos de frustración que generan dichas dificultades y que son los que en general conspiran contra el mantenimiento de un estilo de vida saludable en el largo plazo.

Además tendrá como objetivo la preparación para el egreso y la planificación de opciones posibles para la reinserción social, laboral, curricular, entre otras, una vez que egrese de la institución.

Para ello se propone tomar como referencia los siguientes puntos a trabajar:

- **Integración familiar:** fortalecimiento de los vínculos familiares.
- **Integración laboral:** desarrollo de hábitos laborales y de competencias específicas para poder acceder al trabajo formal remunerado.

Se trabajará en las siguientes vertientes fundamentales:

- Desarrollo de habilidades lingüísticas tradicionales.
- Desarrollo de las competencias básicas para conseguir un trabajo y para el desempeño laboral posterior.
- Autoempleo, el teletrabajo y otras formas alternativas de conseguir un trabajo formal remunerado.
- Relacionamiento jerárquico en el trabajo.
- **Relaciones interpersonales más allá de la familia y el trabajo:** énfasis en las capacidades relacionales con sus iguales.
- **Redes de apoyo social:** acompañamiento en las diferentes organizaciones sociales que apoyan el proceso de inserción laboral.
- **Ocupación del tiempo de ocio:** Trabajar sobre el derecho de las personas a participar de actividades placenteras, aun cuando se encuentran privadas de libertad.
- **Afectividad y estados emocionales:** Desarrollar espacios terapéuticos especializados dirigidos al trabajo de las emociones, estrategias de prevención del pasaje al acto para el manejo de la frustración.
- **Estrategias de afrontamiento y autoeficacia:** entender y analizar el deseo de consumo como un hecho habitual dentro del proceso de deshabitación. Proporcionar estrategias de afrontamiento ante el deseo de consumo.

Dispositivo de transición

Para las usuarias que egresen del trabajo en módulos pero que presenten dificultades visibles que pongan en riesgo sus posibilidades para reinserirse en el sistema penitenciario tradicional y continuar desde allí con su tratamiento, se establecerá un dispositivo de trabajo personalizado que funcione como una transición entre la seguridad del tratamiento grupal y la independencia de la vuelta al sistema.

Funcionará en un período no mayor a los tres meses posteriores al egreso y se trabajará fundamentalmente mediante intervenciones individuales del área de Salud Mental del Dispositivo, en una intervención altamente reglada y tendiente a reforzar la independencia del usuario, con el objetivo de habilitar su vuelta al sistema e inserción en el Dispositivo de Postratamiento.

Durante el tránsito de cada usuaria por este dispositivo se evaluará la pertinencia de su participación en las actividades del Dispositivo de Mantenimiento de Objetivos y Prevención de Recaídas, de forma racional, progresiva y estratégica.

Orientación frente a la situación de libertad

El otorgamiento de la libertad implica la posibilidad de reconexión con sus redes sociales. El egreso del sistema penitenciario puede encontrar a la persona en distintos momentos de su proceso terapéutico. En relación al abordaje acerca de su consumo de drogas actual o pasado se considera necesario que la misma acceda a un servicio de orientación y derivación que permita dar continuidad al proceso iniciado en privación de libertad.

En este sentido se recomienda al equipo técnico asesorar al usuario para que, una vez en libertad, concurra en un lapso breve al Centro de Asesoramiento y Diagnóstico extramuros -ej: Proyecto Ciudadela-. En el mismo se brindará la orientación y derivación pertinente según la situación clínica.

Perfil del equipo técnico de intervención. Formación profesional, técnica y perfil de competencias

Competencias requeridas para el trabajo con poblaciones privadas de libertad y abordaje del consumo problemático de drogas

Se identifica como un elemento central al momento de planificar y gestionar este tipo de intervenciones la conformación de los equipos técnicos, en particular lo referente a las competencias personales necesarias para llevar adelante intervenciones con estas poblaciones específicas.

Se sugiere que, concomitantemente a la consideración y valoración del conocimiento, experiencia formal y experticia que posea cada técnico, las competencias personales deban ser consideradas especialmente al momento de la selección.

Todos los técnicos que participen en un proyecto de estas características deberán contar, independientemente de su especificidad profesional, con una serie de características que llamaremos "competencias genéricas" y que son excluyentes.

Además de estas competencias genéricas, es necesario analizar las necesidades específicas que cada cargo plantea y que llamaremos "competencias específicas".

Las competencias serán relevadas y definidas previamente y serán parte central del llamado, la selección y la gestión de los equipos de trabajo.

Características de personalidad requeridas para los técnicos

Ante todo el técnico deberá ser emocionalmente estable y ejercer sobre sus impulsos un efectivo pero flexible control.

Tendrán un nivel medio de afabilidad, entendida como la capacidad para establecer vínculos de empatía reconociendo correctamente las necesidades de los demás

actores, pero sin perder de vista la globalidad de la situación y las necesidades institucionales.

Deberán lograr seguir las directivas impartidas por sus coordinadores o establecidas en la letra del proyecto, pero sin perder por ello la habilidad para criticar constructivamente la realidad sobre la que deben intervenir y proponer opciones novedosas y efectivas. En este sentido, deberán presentar además un equilibrio entre su capacidad para ajustarse a las normas establecidas y su habilidad para actuar con autonomía cuando las situaciones de campo lo ameriten.

Se deberá evaluar además su capacidad para soportar la presión externa y su tolerancia a la frustración, siendo de vital importancia que el caudal de estos dos indicadores sea elevado.

Se espera que posea una adhesión firme a los valores compartidos socialmente y que logre actuar en consecuencia, pero sin llegar al extremo de la rigidez psicológica en este sentido, ya que deberá integrar y tolerar las diferencias interpersonales, adaptándose a pensar en relación a sistemas de vida diferentes al propio.

Se valorará que posea un nivel de inteligencia académica medio alto o alto y que se maneje con un tipo de pensamiento tendiente a abstracto, ya que deberá resolver problemas complejos en los que deberá tomar en cuenta variables múltiples y muchas veces contradictorias. También se espera que tenga un caudal superior de inteligencia social y que sea relacionalmente astuto.

Es requisito fundamental que logre realizar un manejo creativo y adecuado de sus aspectos internos angustiantes y que pueda disociarse instrumentalmente de sus sentimientos. En este sentido deberá ser capaz de lograr no solo que sus valores, experiencias personales y conocimientos no sean un obstáculo para entender realidades diferentes a la propias, sino que estas se conviertan en una herramienta apropiada para tal fin.

Del mismo modo, la capacidad para construir confianza en el devenir de la intervención tanto con las UPD-PL como al interior de los equipos de trabajo se considera –en tanto capacidad para brindarla y generarla– un elemento central del perfil propuesto.

Rol del coordinador de equipos

Es necesario definir la figura de un coordinador que tenga un lugar diferencial de los técnicos de campo y que sea responsable de gestionar el funcionamiento, la comunicación, el relacionamiento y la producción del equipo.

Será el responsable de desarrollar sistemas de motivación adecuados para cada uno de los miembros del equipo y para los diferentes momentos de la intervención.

Coordinará los esfuerzos de cada uno para alcanzar objetivos comunes, aunque no necesariamente ocupará el lugar de líder. Debe ser ante todo capaz de delegar, movilizar al equipo en el sentido propuesto y propiciar la toma de decisiones.

Permitirá que el equipo se concentre en la tarea, a la vez que dejará aflorar la creatividad individual y grupal.

Es necesario que gestione la información, institucional e interinstitucional, para evitar malentendidos en la comunicación entre el equipo y las organizaciones con las que interactúa.

El coordinador será un guía en el proceso grupal y su función es la de organizar desde un lugar más racional el acontecer afectivo que la intervención deja en cada uno de los integrantes del equipo y en el equipo en sí.

Rol del coordinador del espacio de trabajo grupal en el dispositivo de trabajo en módulos

Los espacios de trabajo y los dispositivos en los que cada técnico desarrolla y trabaja los contenidos propuestos para cada módulo son móviles y deberán planificarse y ponerse en práctica en relación con las necesidades relevadas en el Diagnóstico Situacional previo a la intervención.

Sin embargo, deberá funcionar un dispositivo de trabajo grupal que sea estable y de frecuencia semanal, que funcione como un espacio de referencia, que integre los contenidos trabajados en otros dispositivos y les dé continuidad y coherencia.

Este dispositivo estará coordinado por un integrante del área de Salud Mental del equipo y será cecoordinado por otro integrante que deberá ser elegido estratégicamente, tomando en cuenta la necesidad específica del grupo de UPD en particular y las características del coordinador. La elección del cecoordinador se hará tomando en cuenta como variable fundamental la afinidad y la compatibilidad personal y profesional con el coordinador.

El rol del coordinador de este espacio grupal será fundamentalmente el de recibir los emergentes que se imponen desde la experiencia cotidiana de situación de privación de libertad y poder leerlos, interpretarlos y devolverlos al grupo, tamizados por las temáticas programadas en la planificación temática del módulo.

Además deberá recibir y trabajar grupalmente los contenidos, conceptos y vivencias que las usuarias trabajaron en los demás dispositivos. De esta forma el espacio grupal funcionará como un integrador de la experiencia de la semana, potenciando el efecto terapéutico de los demás dispositivos.

El coordinador tendrá una actitud abierta y enfocada a la lectura de la realidad desde la perspectiva de la temática propuesta para cada etapa del proceso. Realizará sus intervenciones sin juicios ni prejuicios, priorizando una lectura clínica de las situaciones propuestas.

Será un director en el proceso grupal, encargándose de guiar al grupo en las distintas etapas propuestas. Se encargará de detectar las necesidades individuales, para que cada integrante sea capaz de seguir el proceso propuesto en los tiempos estimados.

Por último, evaluará de manera continua, al final de cada módulo y al concluir la intervención, el cumplimiento de los objetivos establecidos.

Algunos de los principios que facilitan el trabajo en grupo han sido descritos por Vinogradov y Yalom⁵⁹:

- 1) **Mantenimiento de un ambiente seguro.** El coordinador dará a los usuarios seguridad de que no sólo se respetará su integridad física, sino que el grupo será un entorno emocionalmente seguro para que ellos muestren sus emociones y pensamientos. El coordinador debe acordar con los integrantes del grupo un acuerdo de confidencialidad de las sesiones.
- 2) **El coordinador actúa como un historiador del grupo.** Esto significa que el terapeuta facilitará que los usuarios integren la sesión actual con las anteriores y que se relacionen comentarios anteriores de los usuarios con descubrimientos actuales.
- 3) **El coordinador ayuda a los usuarios a permanecer en el "aquí y ahora".** Dado que la experiencia muestra que muchos usuarios consumidores problemáticos de drogas suelen centrarse en comentarios acerca de su pasado o en fantasías acerca del futuro, el coordinador los ayudará a centrar sus comentarios en su situación actual.

Se definen a continuación algunas herramientas que facilitarán esta tarea:

Preguntas abiertas. Apuntan a la reflexión de las usuarias y promueven respuestas diferentes y desarrolladas, generando discusión y debate.

Devolver la respuesta al grupo. El coordinador no centralizará la respuesta de los temas protagonistas en cada etapa, sino que devolverá permanentemente al grupo la responsabilidad de desarrollar la temática. De esta forma las miradas de las usuarias, que al principio del proceso serán dirigidas al coordinador, a medida que se desarrolla el proceso deberán dirigirse cada vez más al grupo.

59 Vinogradov, S. y Yalom, I.; *Guía breve de psicoterapia de grupo*, Paidós, Barcelona, 1996, citado en GENCHI-CONACE, *Manual para la implementación del tratamiento de bajo umbral grupal*.

Escucha clínica. Escuchar sin prejuicios nacidos de la experiencia propia del coordinador y sin realizar en ningún caso juicios de valor que cierren el campo.

Técnicas corporales. Ante la dificultad de elaborar algunos contenidos desde la palabra, las técnicas corporales son una opción válida. La dramatización, el *rol playing*, el juego reglado, el cambio de rol y otras técnicas de trabajo corporal podrán integrarse al trabajo en este dispositivo.

Rol del referente-facilitador en el tratamiento del uso problemático

Se ha observado que en el trabajo en dispositivos grupales con UPD-PL, muchas veces se corre el riesgo de perder de vista las necesidades y particularidades individuales de los usuarios. Es por ello que proponemos que a lo largo del tratamiento cada técnico del equipo tenga referencia individual sobre algunas de las usuarias, de manera de seguir individualmente el recorrido de ellas por los dispositivos. Por lo tanto, todos los técnicos integrantes del equipo tendrán usuarias referidas, de las que se realizará seguimiento individual.

La figura del referente-facilitador (Rf), además de aportar al equipo de trabajo centralizando la información de sus referidas y aportando eficiencia en los procesos que lo involucran, funciona también facilitando la comunicación entre las usuarias y el equipo técnico.

Se parte de la premisa de que un plan de tratamiento debe incluir las estrategias terapéuticas necesarias para el logro de una vida saludable e integrada a la sociedad.

Se propone una metodología y encuadre de trabajo que habilite y busque la coordinación entre los técnicos clínicos y los técnicos del proceso de rehabilitación, y que acompañe a la usuaria problemática de drogas en esta etapa del tratamiento.

Se incluye la figura del Rf desde un encuadre de atención móvil, formando parte de un abordaje integral imprescindible vinculado a la inserción socioeducativa y/o laboral de usuarias en tratamiento por consumo problemático de sustancias.

Integración funcional

El Rf formará parte del equipo técnico de tratamiento, pero asume para una o unas UPD un rol singular y especializado. El Rf no puede existir por sí solo, tiene razón de ser en cuanto parte de un equipo. Debe estar integrado a un entramado de vínculos terapéuticos "como el hilo de una red que se sostiene y sostiene en la relación con

los otros"⁶⁰. De esta manera el Rf cumple varias de sus funciones al actuar como intermediario entre el UPD y su equipo tratante y también al informar sobre aspectos relevantes de la cotidianidad, cambios, vínculos y entorno de la UPD.

La práctica misma y los acontecimientos que se vayan sucediendo harán necesaria una revisión de este plan de trabajo en su desarrollo continuo.

Las funciones del referente facilitador: aspectos conceptuales

El objetivo es aumentar la autonomía de la mujer respecto a su ambiente familiar, social y cultural. El Rf proporciona herramientas en el "aquí y ahora" que permiten un adecuado afrontamiento de las situaciones difíciles, mediante un análisis de cuáles son las necesidades y cuáles son los recursos personales y sociales del entorno que se pueden movilizar.

El logro de los objetivos propuestos pasa por la adquisición y/o mejora de una serie de conocimientos, actitudes y habilidades, en especial en aquellas situaciones en las que se desea promover cambios en las conductas del sujeto.

Es fundamental, y así se debe plantear para la estrategia, que quien será "objeto" de la intervención se constituya en sujeto de esta.

De esta manera, y siguiendo la misma lógica de pensamiento, el campo de intervención se considera campo de problemas. Debe ser pensado como una red de composición, por tanto, para ser comprendido se deberán tener en cuenta los actores, las relaciones que le dan sentido y la forma en que se organiza. Es decir, el campo de intervención debe ser pensando como algo a construir y no como algo ya dado o establecido; se construirá, pues, en el encuentro con otro.

Se hace necesario en el proceso de construcción de la demanda, que es permanente, hacer alianza con esa parte del sujeto que apuesta al cambio, que es de sentido progrediente. No obstante, es necesario reconocer que hay otra parte que se aferra al pasado y funciona como resistencia al cambio, muchas veces camuflada y otras, explicitada. Se considera que el hecho de explicitar ese pasado, problematizarlo y cuestionarlo permite despejar fantasmas y promueve un mayor acercamiento en el vínculo, ya que el UPD confía una parte significativa de su historia en el técnico.

El hecho de reconocer y respetar las fortalezas y potencialidades del UPD, devolverle una imagen de sí no estigmatizada y evidenciar que no resulta indiferente permite que se afiance el vínculo y se operativice la tarea en tanto se lo habilita a la creación desde el desarrollo de sus propias capacidades.

60 Altomano, Guillermo y Aspillada, Silvia; *Acompañamiento y psicosis. Nuestra concepción de su clínica. A-compañar, asistencia y formación en acompañamiento psicoterapéutico*, doc. mimeografiado, Buenos Aires, 1994.

En la práctica

La elección del Rf debe realizarse sobre la base de las necesidades específicas de la UPD que será su referida y no será asignado por un criterio azaroso. Es así que se prestará especial atención para la elección a la especificidad técnica, a las características de personalidad, a la compatibilidad y a la empatía natural que se ha establecido entre el técnico y la futura referida.

Es preciso que el Rf realice aportes específicos al vínculo, para lo cual es conveniente mantener un contacto empático manifiesto. El Rf debe presentarse y actuar como persona real, estimulando las capacidades de la UPD.

Se considera importante para el trabajo incentivar y propiciar la espontaneidad, creando un clima de libertad, creatividad y permisividad que permita que en el proceso de intervención se vayan activando los recursos necesarios para el aprendizaje, para motivar y avanzar en la tarea. Se utilizan los recursos, teorías y técnicas no como algo rígido sino como instrumentos al servicio de la intervención.

Se consideran recursos técnicos⁶¹:

1. Contener a la UPD

La contención es la primera y fundamental función del Rf; acompañar a las MPL en su ansiedad, su angustia, sus miedos, su desesperanza e incluso en los momentos de mayor equilibrio. El objetivo del Rf no es "convencer" sino "vencer con" la UPD y el equipo en una lucha hacia la recuperación.

2. Ofrecerse como modelo referente

Es un posible modelo de identificación, que le brinda a la UPD la posibilidad de generar un vínculo distinto de aquellos que sostiene con regularidad y repite en su sufrimiento, generando una ruptura en sus modelos estereotipados de vinculación. Al trabajar en un nivel dramático-vivencial, no interpretativo, muestra a la MPL, *in-situ*, modos diferentes de actuar y reaccionar frente a las vicisitudes de la vida cotidiana. Ayuda también a la UPD a aprender a esperar y a postergar. El Rf ensaya con la usuaria otras posibilidades, siempre "hace con ella", nunca "hace por ella".

3. Registrar y ayudar a desplegar la capacidad creativa

Tratará de percibir las capacidades manifiestas y latentes de la UPD para poder realizar una selección y jerarquización de estas. A lo largo de la intervención, alentará el desarrollo de las áreas más organizadas de su personalidad en desmedro de sus aspectos más desajustados.

61 Esta lista está modificada a partir de los contenidos del texto: Kuras, Susana y Resniky, Silvia; *Acompañantes terapéuticos y pacientes psicóticos. Manual introductorio a una estrategia clínica*, Ed. Trieb, Buenos Aires, 1985, pp. 27-30.

Se busca canalizar las inquietudes de las usuarias para liberar la capacidad creativa inhibida.

La *confirmación* como herramienta permite mostrar el acuerdo con las interpretaciones propias de la UPD, lo cual aporta a fortalecer en ella la confianza en sus propios recursos, aumentando la autoestima y tendiendo a favorecer conductas.

El *informar*, en tanto propiciar información general sobre algo que se desconoce o de lo que se tiene un concepto erróneo permite aumentar el nivel de registro de la UPD, acercarla a la idea de que queda por aprender y que ella puede.

La *clarificación* consiste en resumir de forma sintetizada y comprensible aquello que uno cree necesario de lo que la UPD verbaliza. Se intenta que adquiera un mayor conocimiento de sí misma, en tanto se diferencia lo principal de lo accesorio y se reduce la confusión.

El *esclarecimiento* consiste en poner en claro lo que la UPD ha dicho; lo que se busca es habilitarla para que visualice algo que sabe de sí misma pero que no percibe.

4. Ampliar la mirada del mundo "objetivo" de la UPD

Al establecer contacto con la UPD (en tiempo y espacio) se participa en su cotidianidad, disponiendo de una gama de información sobre su diario vivir, sus actividades, sus vínculos familiares y extrafamiliares, sus reacciones y emociones. El Rf está en una posición privilegiada para brindar aportes a los equipos técnicos a la hora de realizar diagnósticos o de definir estratégicamente las futuras intervenciones a realizar.

Metodología

Se propone la creación de un espacio articulador funcionando con una frecuencia semanal de trabajo individual con la UPD.

- **Perfil del referente facilitador.**

Se considera necesario que el Rf cuente con habilidades sociales que habiliten el desarrollo de la tarea, destacándose:

- Empatía
- Asertividad

- Sentido de la oportunidad para asistir en situaciones que requieren decisiones rápidas, precisas y a veces inesperadas
- Manejo del estrés
- Autonomía en la práctica
- Compromiso con la tarea
- Capacidad para trabajar en equipo interdisciplinario
- Experiencia en trabajo comunitario
- Formación en aspectos relacionados con tratamiento de uso problemático de drogas

Bibliografía

- Allegue, R.; Carril et al. "El género en la construcción de la subjetividad. Un enfoque psicoanalítico". En: De Souza, L., Guerrero, L., Muniz, A. (comp.); *Femenino-masculino. Perspectivas teórico-clínicas*. Psicolibros/Facultad de Psicología de la Universidad de la República, Montevideo, 2000.
- Área Técnica de Tratamiento y Rehabilitación. *Consumo problemático de drogas. Tratamiento en personas que han cometido delitos*. Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (CONACE). Ministerio del Interior. Santiago de Chile, 2009.
- Best Start; Ontario's Maternal, New Born, and Early Child Development Resource Centre. *Supporting change: Preventing and Addressing Alcohol Use in Pregnancy*. Disponible en: http://www.beststart.org/resources/alc_reduction/pdf/participant_hndbk_june05.pdf
- Bleichmar, E.Dio; *El feminismo espontáneo de la histeria*. Adotraf, Madrid, 1997.
- Carril, E.; "De cuando las mujeres se quejan, los varones se enferman y ¡@s terapeutas no escuchamos". Revista de psicoterapia psicoanalítica *Masculinidades*, T. VI. Nº 3. Trilce, Montevideo, 2003.
- Caviness, C., Hatgis, C., Anderson, B.J., Rosengard, C., Kiene, S., Friedmann, P. et al.; *Three Brief Alcohol Screens for Detecting Hazardous Drinking in Incarcerated Women*. J. Stud. Alcohol Drugs. 2009; 70: 50-54.
- Center for Substance Abuse Treatment. *Screening and Assessment for Alcohol and Other Drug Abuse Among Adults in the Criminal Justice System*. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 7. DHHS Publication Nº (SMA) 94B2076. Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 1994.
- 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.
- Delgado, S.; *Delincuencia y drogas*. En: Delgado, S., Torrecilla, J.M.; *Medicina legal en drogodependencias*, Harcourt, Madrid, 2001: 415-464.
- Dolan, K., Merghati, E., Brentari, C., Stevens, A.; *Prisons and Drugs: A global review of incarceration, drug use and drug services*. The Beckley Foundation Drug Policy Programme, 2007.

- Finkelstein, N.; *Treatment programming for alcohol and drug-dependent women*. International Journal of the Addictions, 1993; 28: 1275-1309.
- International Network of Drug Dependence and Rehabilitation Resource Centres. *Drug Dependence Treatment: Interventions for Drugs Users in Prison*. United Nations Office on Drugs and Crime, 2008.
- Junta Nacional de Drogas-Observatorio Uruguayo de Drogas. *Estudio sobre consumo de drogas y factores asociados en población privada de libertad en centros carcelarios de Uruguay*. 2009.
- Junta Nacional de Drogas-Observatorio Uruguayo de Drogas. Facultad de Psicología (Udelar). *Estudio sobre consumo de drogas y factores asociados en población privada de libertad en centro penitenciario femenino "Cabildo"*.
- Laplanche, J.; *Nuevos fundamentos para el psicoanálisis. La seducción originaria*. A.E., Buenos Aires, 1989.
- Maggia, B., Martin, S., Crouzet, C., Richard, P., Wagner, P., Balmès, J.L. et al.; Variation in AUDIT (Alcohol Used Disorder Identification Test) scores within the first weeks of imprisonment. *Alcohol & Alcoholism* 2004; 39: 247-250.
- Meras, D., Winterfield, L., Hunsaker, J., Moore, G., White, R.; *Drug Treatment in the Criminal Justice System: The Current State of Knowledge*. Urban Institute. Justice Police Center. Washington DC, 2002.
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito; *Tratamiento contemporáneo del abuso de drogas: Análisis de las pruebas científicas*. Naciones Unidas, Nueva York, 2003.
- Oficina de las Naciones Unidas 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.
- Olivera, G.; *Breve aproximación a la perspectiva de género y drogas. Particularidades de los consumos de las mujeres en Uruguay*. Curso on line 2008 "Abordaje multidisciplinario sobre la problemática del consumo de drogas". Junta Nacional de Drogas, Presidencia de la República Oriental del Uruguay.
- Onorboñe, J. y Silvoa, G.; *Encuesta sobre salud y consumo de drogas a los internados en instituciones penitenciarias (ESDIP), 2006*. Ministerio de Salud y Consumo, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, España.
- Ross Speck, Carolyn Attneave; *Redes familiares*. Amorrortu, Buenos Aires, 1974.
- Sluzki, Carlos E.; *La red social. Frontera de la práctica sistémica*. Gedisa, Barcelona, 1996.
- United Nations Office on Drugs and Crime; *Handbook for Prison Managers and Policymakers on Women and Imprisonment*. Naciones Unidas, Nueva York, 2008.
- United Nations Office on Drugs and Crime; *Module for Prison Intervention: South Asia. Preventing Drug Use and HIV Among Incarcerated Substance Users*. Regional Office for South Asia, 2007.

- United Nations Office on Drugs and Crime. *Women's health in prison. Correcting gender inequity in prison health*. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, Dinamarca, 2009.
- UNODC/UNAIDS/WHO; *Advocacy Strategy. Removing barriers to scale-up of HIV/AIDS. Prevention and care programmes for injecting drug users and oral opioid users in South Asia*. Regional Office for South Asia, 2011.
- Vegue, M., Álvaro, E., Sternberg, F. *Evaluación de los problemas relacionados con el uso de alcohol en un grupo de reclusos de Madrid*, Revista Española de Sanidad Penitenciaria, 2004; 6: 40-46.
- Williamson, B.; *Políticas y programas de rehabilitación y reinserción de reclusos: Experiencia comparada y propuestas para Chile*. Fundación Paz Ciudadana, Santiago de Chile, 2004.

Webgrafía

- Burin, M. "Género y Psicoanálisis: Subjetividades femeninas vulnerables". 2008. www.quno.org
<http://www.mujeresnet.info/2008/06/gnero-y-psicoanlisis-subjetividades.html>.
- Luengo, A. ; Romero, E. ; Gómez-Fraguela, J.A. y Villar, P. "Análisis de factores de prevención de recaídas y evaluación de los tratamientos de drogodependencias"; Departamento de Psicología Clínica y Psicobiología. Universidad de Santiago de Compostela. <http://www.proyctohombre.es/archivos/29.pdf>

Anexo 1

Sobre la atención de la mujer embarazada⁶²

Para el diseño de las estrategias de intervención con mujeres madres, sus hijos/as y familias, de acuerdo a los conceptos resumidos anteriormente, y atendiendo a la experiencia relevada, las líneas de trabajo para la construcción de un protocolo de atención deberían regirse por los siguientes criterios metodológicos:

- Un **abordaje integral** de las situaciones. Tomando como foco de la intervención el consumo, deberán atenderse los factores asociados a esta problemática tanto en la mujer madre como en el niño/a (acceso a servicios de salud, nivel socioeconómico y cultural, inclusión social, disponibilidad de redes de apoyo social, cuidados del niño, acceso a educación y ofertas de trabajo, ambientes saludables evitando contaminantes ambientales, entre otros). Se basa en el principio de que el consumo de sustancias es un factor de riesgo más dentro de la situación biopsicosocial de esa mujer y su entorno.
- Para dar respuesta desde un abordaje integral es necesario que esté a cargo de **equipos interdisciplinarios**. La intervención de los distintos técnicos y profesionales será acorde a las características de la situación y al momento de la intervención. Los equipos podrán ser parte de una misma institución o equipos interinstitucionales, integrados por técnicos de diversas instituciones que tienen competencia en estas situaciones.
- Considerar un **diagnóstico situacional** que permitan mapear tanto los problemas como las potencialidades de la mujer y su entorno inmediato.
- Es necesario considerar especialmente los **vínculos de cuidado y sostén más próximo** y en especial, en el caso de la mujer, la situación con su familia y pareja, despidando situaciones de consumo, violencia doméstica y otras que estén afectando la vida de ella y de su hijo/a. Es clave la existencia de personas de referencia que tengan un vínculo de protección y sostén que les permita

⁶² Grupo de Trabajo Diciembre 2010, *Hacia la construcción de un protocolo de protección y atención para mujeres madres consumidoras, sus hijos/as y familias.*

mantener el tratamiento y que fortalezca el vínculo madre-hijo/a, tanto fuera como dentro del establecimiento.

- Considerando las características de la problemática, el trabajo a realizarse con las mujeres que la viven debe estar basado en un **vínculo** de apoyo, contención y cercanía que permita la adhesión al tratamiento y la posibilidad de desarrollar habilidades sociales que le posibiliten integrarse y sostener los procesos.
- Es necesario que a partir de la evaluación de riesgo se logre **diferenciar las estrategias de tratamiento**.
- Programas **focalizados en la mujer**: un estudio en puérperas evidenció mayor adherencia al tratamiento ambulatorio en aquellas pacientes incluidas en programas específicos para la mujer (en régimen hospital de día), que contemplan el cuidado de sus hijos y el transporte al centro asistencial, en comparación con programas intensivos tradicionales.
- Estudios demuestran también que el **aprendizaje de habilidades** para la crianza de los hijos, mediante programas específicos asociados al apoyo en el área sociofamiliar, mejora la adherencia al tratamiento.

A continuación se presenta un instrumento para medir el riesgo en las situaciones antes desarrolladas:

Evaluación de riesgo en mujeres madres consumidoras de sustancias psicoactivas					
	Marihuana	Cocaína	Pasta Base	Alcohol	Otro
Escenario	Riesgo alto		Riesgo moderado		
Trastorno por dependencia (adicción)	Consumiendo en los últimos 12 meses (embarazo y puerperio) Consumiendo en los últimos 6 meses de la etapa preconcepcional		Sin consumo en los últimos 12 meses (embarazo y puerperio) Sin consumo en los últimos 6 meses (preconcepcional)		
Trastorno por abuso (por dosis o frecuencia, sobredosis, repercusión crónica, problemas legales)	En etapa de embarazo En preconcepcional y puerperio: cuando es grave o en caso de ausencia de factores protectores		En etapa preconcepcional y puerperio, valorando la tenencia de factores protectores		
Patología obstétrica	Antecedentes de repercusión obstétrica por consumo de drogas				
Estado emocional	Comorbilidad psiquiátrica como depresión, trastorno bipolar, esquizofrenia, trastorno de personalidad grave				

Factores protectores	No presencia	Presencia
Motivación para el cambio	No presenta motivación para el cambio	Clara motivación para el cambio
Redes de apoyo	No cuenta con redes de apoyo	Cuenta con redes de apoyo y habita en un barrio con ofertas recreativas, formativas u otras a las que puede integrarse
Convivencia con personas que consumen	Convive con personas que consumen	No convive con personas que consumen
Pareja que apoya proceso de cambio	Su pareja obstaculiza (consume, violencia, otros) el cambio	Tiene pareja que apoya el proceso de cambio
Vínculo con otros hijos	No bueno	Bueno

De acuerdo a la existencia y combinación de estos factores, se definieron dos escenarios: a) riesgo alto y b) riesgo moderado.

a) Alto riesgo

Mujeres con diagnóstico de trastorno por dependencia a sustancias psicoactivas (pasta base, clorhidrato de cocaína, alcohol):

1. con consumo en los últimos 12 meses para el caso de embarazadas y puérperas.
2. con consumo en los últimos 6 meses para mujeres previo a la concepción.

Incluye también aquellas mujeres con consumo habitual (diario o casi diario) que son captadas en la comunidad y referidas por no poder parar de consumir (en cuyo caso es altamente probable el diagnóstico de dependencia), independientemente del momento de la captación.

- Mujeres cursando embarazo con diagnóstico de trastorno por abuso a sustancias psicoactivas (por dosis o frecuencia, antecedentes de sobredosis, repercusión obstétrica, problemas legales).
- Mujeres previo a la concepción o durante el puerperio con diagnóstico de trastorno por abuso grave de sustancias psicoactivas (gravedad determinada por dosis y frecuencia de consumo, antecedentes de sobredosis y/o cuadros psiquiátricos agudos por consumo de sustancias, repercusión materna o de su hijo/a, problemas legales, entre otros). Independiente de la existencia de factores protectores.

- Mujeres previo a la concepción (en edad reproductiva) o durante el puerperio con diagnóstico de trastorno por abuso de sustancias psicoactivas sin evidencia de factores reconocidos como protectores.
- Mujeres usuarias de drogas previo a la concepción o durante embarazo con antecedentes de embarazo mal tolerado por patología obstétrica relacionada con el consumo materno.
- Mujeres usuarias de drogas con embarazo sin control o mal controlado (definir según etapa de la gestación) al momento de la captación. De acuerdo a la etapa de la gestación, valoración obstétrica y tipo de consumo, podrá reestratificarse su riesgo.
- Mujeres con comorbilidad psiquiátrica conocida (depresión, esquizofrenia, trastorno de la personalidad grave, IAE).
- Dificultades para la crianza. Trastornos en el vínculo, los cuidados, la crianza. Hay algunos indicadores de riesgos en niños/as: trastornos del sueño, alimentación, llanto excesivo, cuando más pequeño más se expresa todo en el cuerpo, en su crecimiento y desarrollo.
- Mujeres usuarias de drogas con indicadores tales como ausencia de motivación para el cambio, falta de redes personales de apoyo, convivir con referente familiar y/o pareja consumidora de drogas.
- Mujeres adolescentes con UPD y en situación de calle, por la alta posibilidad de ITS, embarazos, violencia.

b) Riesgo moderado

Mujeres con diagnóstico de trastorno por dependencia a sustancias psicoactivas (pasta base, clorhidrato de cocaína, alcohol):

1. sin consumo en los últimos 12 meses para el caso de embarazadas y puérperas.
 2. sin consumo en los últimos 6 meses para mujeres previo a la concepción.
- Mujeres previo a la concepción o durante el puerperio con diagnóstico de trastorno por abuso a sustancias psicoactivas con evidencia de factores reconocidos como protectores.
 - Uso de drogas no problemático previo a la concepción.

Ejemplos:

- a) consumo ocasional de alcohol sin episodios de intoxicación etílica aguda y sin conductas de riesgo asociadas, tales como accidentes, RRSS sin métodos de barrera.

- b) consumo ocasional de marihuana sin evidencia de repercusión aguda (accidentes, cuadros psiquiátricos agudos) o crónica por consumo (síndrome amotivacional, mal rendimiento académico-laboral).
- c) consumo experimental de alucinógenos (LSD) u otras sustancias en ausencia de sobredosis o conducta de riesgo asociada.

Esta categorización, si bien contribuye a organizar la intervención, no debe considerarse definitiva, sino dinámica y que requiere un permanente monitoreo del equipo actuante. Algunas situaciones consideradas de alto riesgo pueden luego reestratificarse a riesgo moderado si se comprueba para cada caso la existencia de factores reconocidos como protectores. Esto debe evaluarse en cada caso en particular.

La evaluación del riesgo es una forma de calificar la situación que nos permite determinar las acciones a seguir. Si bien se toman en cuenta los factores de riesgo también se incluyen otros aspectos que dan cuenta del grado de exposición al riesgo vital que tienen tanto la mujer madre como el niño/a.

Anexo 2

Técnicas de trabajo para las temáticas de los módulos

Se considera pertinente el uso de técnicas aplicadas al trabajo con grupos, aludiendo a herramientas que habiliten y faciliten desde la participación grupal el trabajo de los contenidos contemplados y planificados para cada módulo.

Se debe diferenciar entre técnicas para el trabajo con grupos y técnicas participativas o de dinámicas de grupo. Las dinámicas de grupo se utilizan como técnicas cuando se define claramente el objetivo, es decir, se utilizan para hacer visibles los procesos que se viven en el grupo. Las técnicas de dinámicas buscan que el grupo se conozca mejor y que aumente su capacidad de resolver, analizar y aprender, facilitando la consolidación hacia un grupo maduro y productivo.

No hay una técnica que pueda aplicarse siempre y en cualquier circunstancia. Debe ser pensada y definida en torno a las necesidades y características del grupo y coordinador. Es importante a la hora de definir una técnica considerar:

- Los objetivos que se quiera conseguir
- La cantidad de participantes
- Ambiente físico
- Características de los participantes
- Características y competencias del coordinador del grupo

Las dinámicas grupales pueden dividirse en:

- Técnicas de presentación
- Técnicas divisorias
- Juegos de desinhibición "rompehielos"
- Técnicas para el conocimiento
- Técnicas para fomentar la participación
- Técnicas de planificación
- Técnicas de organización

Un concepto fundamental a tener en cuenta al aplicar técnicas corporales o participativas es el de caldeamiento. Es un conjunto de procedimientos que intervienen

en la preparación de la persona para que se encuentre en condiciones óptimas para la acción.

Distinguimos dos tipos de caldeoamiento: inespecífico y específico.

A) Caldeoamiento inespecífico:

Es un conjunto de procedimientos destinados a centralizar la atención de los participantes, disminuir los estados de tensión y facilitar la interacción. Corresponde al primer período del taller, encuentro o sesión y es previo a toda acción.

Se inicia con la presentación de la actividad y de las personas participantes (si no se conocen) y se continúa con los comentarios que surgen en este primer momento.

El caldeoamiento inespecífico puede ser verbal y/o corporal y las temáticas no necesariamente son las centrales del taller ya que su función es meramente preparatoria.

B) Caldeoamiento específico:

Es el que se realiza con la o las emergentes del grupo con quienes se llevará adelante la técnica corporal (puede ser todo el grupo o una parte de él).

Es un conjunto de procedimientos destinados a la preparación del grupo para que se encuentre en las mejores condiciones para desarrollar la acción y está relacionado con la temática central del taller, sesión o encuentro.

Se realiza un caldeoamiento específico por cada rol que se desarrollará en la acción. En algunas dramatizaciones puede ser necesario invertir los roles y será necesario un nuevo caldeoamiento para ese nuevo rol.

Las técnicas concretas son múltiples y de fácil acceso bibliográfico. Cabe resaltar una vez más que se deben elegir de acuerdo a las características y principios antes mencionados.

Anexo 3

Historia de vida

Se propone para el registro y el mejor manejo de la información la implementación del formulario de Historia de Vida que se adjunta a continuación.

Es importante consignar el carácter confidencial de la información que en él se vierte, por lo que se recomienda que para compartir el formulario por medios de baja seguridad como internet, se utilicen métodos de identificación seguros de las usuarias, como por ejemplo mediante un autogenerado que incluya la primera letra del segundo nombre, la primera letra del primer nombre, la primera letra del segundo apellido y la primera letra del primer apellido.

Apellidos	Nombres	Apodo (en caso de tenerlo)						
	Fecha de nacimiento	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>						
Cédula de identidad	Sí <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> NO <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	N° <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>						
Departamento								
Situación procesal	Procesado <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> Penado <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	Fecha de procesamiento <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>						
Tiempo de reclusión /causa.								
En caso de tener salidas:	Sí <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> NO <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	Motivo: <table style="margin-left: 20px;"> <tr> <td style="padding-right: 10px;">Laborales</td> <td style="width: 30px; height: 20px;"><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Domiciliarias</td> <td style="width: 30px; height: 20px;"><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Especiales</td> <td style="width: 30px; height: 20px;"><input type="text"/></td> </tr> </table>	Laborales	<input type="text"/>	Domiciliarias	<input type="text"/>	Especiales	<input type="text"/>
Laborales	<input type="text"/>							
Domiciliarias	<input type="text"/>							
Especiales	<input type="text"/>							

Datos sobre acceso a beneficios sociales :
Trayectorias institucionales (vinculación con organizaciones/instituciones):

HISTORIA FAMILIAR	
Composición de la familia de origen	
Padre:	Madre:
Número de hermanos:	
Padre o adulto sustituto del rol. (Señale la causa de sustitución del rol. Si tiene padre no contestar).	
Enfermedades y/o consumo:	
Breve descripción de su relacionamiento actual:	
Madre o adulto sustituto del rol. (Señale la causa de sustitución del rol. Si tiene madre no contestar).	
Edad actual:	
Ocupación:	
Enfermedades y/o consumo:	
Breve descripción de su relacionamiento actual:	
Hermano	
Edad actual:	
Ocupación:	
Enfermedades y/o consumo:	
Breve descripción de su relacionamiento actual:	

NÚCLEO FAMILIAR ACTUAL		
Pareja :	Edad:	Ocupación:
Hijo:	Edad:	Ocupación:
Hijo:	Edad:	Ocupación:
Hijo:	Edad:	Ocupación:
Otros:		

EDUCACIÓN
¿Cuál fue su último año de educación aprobado?
¿Cuál fue el motivo de abandono de sus estudios?
Otros cursos
OCUPACIONAL
¿Trabajó alguna vez?
HISTORIA DE CONSUMO
APROXIMACIÓN DIAGNÓSTICA POR ÁREAS:
Área médica
Incluye paraclínicas y enfermedades prevalentes. Eje 3 de DSM IV / CIE 10.
Área psicológica
Incluye: - aprox a estructura de personalidad
Área psiquiátrica
Incluye: eje 1, 2 y 4 por DSM IV Molinos: diagnósticos de situación vincular. Diagnóstico de tipo de apego
Área social
Incluye: - mapa de red - genograma - eje 4 por DSM IV
DATOS SOBRE INTERESES PERSONALES Y POTENCIALIDADES (grupos de referencia, religión, etcétera)

Anexo 4

Formato de informe, Ficha para registro de actividades de cada módulo, Ficha de registro de diagnóstico, Ficha de plan terapéutico por módulo.

Se establece para organizar el registro de actividades que se desarrollan dentro del contexto de cada módulo y para facilitar su evaluación, una serie de criterios de registro que se detallan a continuación.

FORMATO DE INFORME FINAL DE ACTIVIDADES POR CADA MÓDULO

- 1) OBJETIVO DE LA INTERVENCIÓN
- 2) FUNDAMENTACIÓN DEL OBJETIVO
- 3) DETALLE DE ACTIVIDADES
 - Planificación
 - Actividades realizadas
 - Planilla con detalle de participación de cada MPL en cada una de las actividades realizadas
- 4) PRINCIPALES EMERGENTES
- 5) EVALUACIÓN DEL EQUIPO TÉCNICO DEL MÓDULO
- 8) RECOMENDACIONES

Módulo: _____							
ACTIVIDAD	FECHA	OBJETIVOS	CONTENIDOS	DURACIÓN	ACTIVIDADES TRABAJADAS	NÚMERO DE PARTICIPANTES	COORDINADOR

El Programa Conjunto **Apoyo a la reforma de las instituciones para personas privadas de libertad** se llevó a cabo entre julio de 2010 y noviembre de 2011 dentro de la iniciativa piloto Unidos en la Acción, que articula el gobierno nacional a través de la Agencia Uruguaya de Cooperación Internacional (AUCI) con el Sistema de Naciones Unidas en Uruguay, en el marco de su proceso de reforma del cual Uruguay forma parte como uno de los ocho países piloto en el mundo.

Los organismos nacionales y las agencias, comisiones, fondos y programas de las Naciones Unidas que implementaron el proyecto trabajaron en forma conjunta para colaborar con los procesos de reforma de las instituciones para personas privadas de libertad, brindando asistencia técnica de calidad y coordinada de manera de aumentar las posibilidades de plena reinserción de la población.

El programa conjunto trabajó en tres grandes líneas de acción: apoyar el fortalecimiento institucional para sostener procesos de reforma de medio y largo plazo; colaborar con los programas de ejecución de medidas sustitutivas a la privación de libertad y desarrollar proyectos piloto en salud, drogas, educación y trabajo.

La ejecución de este proyecto dio lugar a la generación de diferentes documentos y estudios de los cuales se ponen a disposición del público aquellos con más relevancia para aportar al debate público informado.

Publicaciones realizadas en el marco del proyecto Apoyo a la reforma de las instituciones para personas privadas de libertad:

- Aportes a la reforma del Código Penal y del Código Procesal Penal
- El trabajo en privación de libertad, situación legal y reglamentaria
- Educación formal en cárceles, diálogos en construcción
- Buenas prácticas penitenciarias en el ámbito laboral
- Formación de formadores, un aporte al fortalecimiento de los operadores penitenciarios en el espacio laboral
- Abordaje del uso problemático de drogas en mujeres privadas de libertad

