



**CUESTIONES ÉTICAS EN LA CURA
DE LAS MUJERES DROGODEPENDIENTES
EMBARAZADAS O CON HIJOS**

INTRODUCCIÓN

A lo largo del último siglo el papel de la mujer ha experimentado importantes cambios en el ámbito de la sociedad, de la familia y, en general, de las relaciones interpersonales.

Estos cambios han sido acompañados por una difusión de la cultura de las iguales oportunidades, de la identidad de género y por un cambio en las costumbres, el estilo de vida y las oportunidades a disposición de las mujeres y, especialmente, de las generaciones jóvenes.

No obstante, todas estas conquistas civiles también se han visto acompañadas por el surgir de fenómenos nocivos. Por ejemplo, el uso de sustancias estupefacientes a fines no sólo hedonísticos, el fenómeno de la experimentación de drogas se ha ido extendiendo mucho entre los jóvenes varones, así como entre las mujeres, con las graves consecuencias sociales, sanitarias y económicas que todo el mundo conoce.

Sin embargo, el proceso de homologación de los modelos culturales recreativos que tienden a no diferenciar entre sexos y a proponer estilos, actitudes y hábitos cada vez más parecidos entre varones y mujeres ha comportado la adquisición, por parte de las jóvenes, de comportamientos de riesgo típicos de sus coetáneos varones.

A este propósito, las estadísticas del European Monitoring Centre on Drug and Drug Addiction señalan que la predominancia del uso de sustancias psicotropas depende de un conjunto de factores como el género, la edad, la tipología de droga, el nivel de escolaridad y la localización geográfica.

Antes de los dieciocho años, las chicas tienden a experimentar el uso de hashish en la misma medida que sus coetáneos varones, mientras a una edad mayor la diferencia se hace más acusada y destaca una predominancia de uso / abuso de alcohol en los varones.

En cambio, el consumo de tabaco está más difundido entre las mujeres jóvenes menores de dieciocho años respecto a sus coetáneos varones (1).

Debido a esta peculiaridad este fenómeno ha sido analizado en una óptica principalmente masculina.

Los primeros artículos que trataron de analizar las especificidades de la toxicodependencia femenina aparecieron hacia finales de los años setenta y se ocupaban de los temas de la epidemiología, sociología, prostitución y criminalidad femenina. En los años ochenta la toxicodependencia femenina continuó siendo considerada como una sencilla extensión de la toxicodependencia masculina (2).

Sólo a partir de los años noventa aparecieron aportaciones culturales sobre los problemas de la identidad de género ligados al uso de sustancias estupefacientes, aportaciones que empezaron a despertar un debate en la comunidad científica y entre algunas instituciones europeas como el Grupo Pompidou del Consejo de Europa e IREFREA.

CUESTIONES DE GÉNERO

Desde 1996 hasta 2003, IREFREA llevó a cabo una serie de estudios sobre las especificidades de la drogodependencia femenina como son los factores de riesgo, de protección, las resistencias al tratamiento y la maternidad.

Estas investigaciones destacaron que las mujeres drogodependientes perciben y sufren mayores estigmatizaciones respecto a los varones y esto puede ser motivo de dificultades, situaciones incómodas y resistencia a dirigirse a los centros de cura.

La mujer drogodependiente no sólo percibe el peso de gestionar su propia toxicoddependencia sino también la incomodidad de no corresponder a la representación y a las expectativas sociales concernientes a la adecuación social.

Estas expectativas consolidadas en modelos culturales, tradiciones familiares y códigos sociales pueden generar sentimientos de indiferencia y crítica por parte del entorno familiar, sentimientos que a su vez repercuten en la identidad femenina y en las experiencias de fracaso de la mujer.

Incluso las reacciones emotivas del personal sanitario ante una mujer gestante drogodependiente pueden dar lugar a actitudes de culpabilización, reproche o “enojo.” Es el caso de una joven madre que tuvo que dar a luz en un hospital público donde el personal sanitario conocía su caso de toxicoddependencia de modo que estuvieran preparados a intervenir adecuadamente ante posibles crisis de abstinencia del recién nacido.

La sala de monitorización pre-parto era adyacente a la sala parto y la paciente había podido observar cómo se habían desarrollado dos partos precedentes: inmediatamente después de la expulsión, las enfermeras apoyaban al recién nacido en el vientre y pecho de la madre para que advirtiera su calor, el latido, el olor y la recíproca sensación táctil.

En este caso, en el momento del nacimiento las enfermeras no querían apoyar al bebé en el vientre de la madre y, sólo tras muchas insistencias de ésta, accedieron a hacerlo pero sólo tras extender una sábana para impedir el contacto directo con el vientre materno.

Al cabo de varios años a esa madre aún le dolía mucho el recuerdo de ese episodio porque hizo que se sintiera distinta e “impura”.

Los operadores sociales y sanitarios deberían darse cuenta de que tales acciones discriminatorias, por muy banales o imperceptibles que puedan parecer, de hecho pueden influir dramáticamente en la evolución de un camino terapéutico, aumentando la desconfianza para con los operadores de cura.

El segundo estudio de I.R.E.F.R.E.A. demostró que limitarse a curar el síntoma de la toxicoddependencia puede obstaculizar la comprensión de la historias individuales y perjudicar la posibilidad de identificar caminos y modos de cura apropiados.

Esta especie de miopía operativa constituye una barrera para el tratamiento que puede desmotivar a las mujeres drogodependientes a la hora de utilizar los servicios de cura. De hecho, de las respuestas de muchas mujeres entrevistadas destaca una actitud de desinterés por los servicios de cura, hasta el punto que el empleo de recursos para mejorar la calidad de dichos servicios no conllevaría un mayor interés por los mismos.

Estas mujeres parecen destinadas a cierta impermeabilidad cultural y a una fuerte desconfianza para con las instituciones. De esto se deriva la cuestión ética que, a fin de aumentar la accesibilidad a los servicios de cura, es necesario planear un cuadro de intervenciones globales, dentro del cual las estrategias de prevención, reducción del daño y tratamiento estén planeadas de una manera complementaria e inteligente.

Otra especificidad de género es la de la violencia respecto a la cual la literatura señala que las mujeres drogodependientes sufren violencias por parte de su pareja en una medida de hasta tres veces mayor que la población en general.

Señaladamente, un porcentaje de mujeres comprendido entre el 50% y el 80% sufrieron abusos sexuales o malos tratos durante su infancia o adolescencia.

También debido a la vida callejera, las agresiones físicas y sexuales para estas mujeres son algo habitual tanto por parte de su pareja, fija u ocasional, como por parte de camellos o delincuentes.

A menudo los servicios de cura no tienen en la debida cuenta estos aspectos de violencia de género precisamente a causa de la predominancia del síntoma de la toxicoddependencia y porque la mayoría de los usuarios son varones, lo que determina la orientación de la cultura y de los modelos de intervención (2).

EMBARAZO Y TOXICODPENDENCIA

Un tema especialmente sensible a los aspectos éticos y deontológicos de los operadores sanitarios es el del embarazo y la maternidad en el ámbito de la toxicoddependencia

Un primer aspecto que cabe destacar es que pocos servicios de cura proponen periódicamente el test de embarazo y a menudo ocurre que se empiecen unas terapias farmacológicas sin tener en cuenta esta condición.

A este propósito, el conocimiento tardío de un estado de embarazo aumenta la posibilidad de que la madre y el feto se expongan a riesgos graves para su salud en el caso en que se empiece un tratamiento terapéutico-farmacológico de interrupción de la dependencia o de mantenimiento sin el previo conocimiento de las condiciones físicas de la persona afectada; así como puede influir, si bien en un porcentaje limitado de los casos, en la elección de la interrupción voluntaria del embarazo.

La propia mujer drogodependiente “descubre” el embarazo en una fase avanzada del mismo y, en la mayoría de los casos, por casualidad.

Este retraso en la percepción de la gestación se debe al hecho de que a menudo las mujeres drogodependientes padecen amenorrea debido al uso de opiáceos y, pensando no ser fértiles, no se preocupan por tener relaciones sexuales protegidas.

Por consiguiente, muchos de los embarazos de mujeres drogodependientes son detectados tarde, inesperados y, sobre todo en las primeras fases de la gestación, indeseados.

A este propósito, una cuestión ética es la necesidad de proporcionar información sobre contracepción, riesgos de embarazos indeseados y enfermedades transmisibles sexualmente.

En segundo lugar, el embarazo y la maternidad plantean una serie de cuestiones éticas y deontológicas porque hacen que el operador de los servicios sanitarios entre en contacto con el sistema judicial por razones ligadas a la tutela de la salud y el bienestar de los dos sujetos: la mujer y el nascituro.

Desde el punto de vista del tratamiento médico, la cuestión fundamental es actuar de manera tal que sea posible conciliar la salud de dos personas, donde la conducta del adulto puede conllevar riesgos graves para la salud del nascituro (3).

A este propósito, G. Nicoletti sostiene que “lograr conciliar las exigencias de tratamiento farmacológico de la madre con la salud del feto siempre es un problema difícil de afrontar.

En primer lugar habría que hacer una esmerada evaluación toxicológica y psico-social para obtener datos reales sobre los riesgos de recaída.

Frecuentemente tales evaluaciones no se llevan a cabo porque el médico considera más seguro basarse en un tratamiento estandarizado y determinado antes que crear márgenes de incertidumbre, basando su elecciones en las declaraciones de intención de la futura madre que afirma estar en condiciones de abstenerse del uso de sustancias” (4).

Puesto que los autores no somos médicos, no es posible profundizar el tema de la adecuación de los tratamientos de sustitución durante el período de gestación y de las posibles consecuencias biológicas para el embrión.

Lo que es seguro es que algunos protocolos médicos están rígidamente orientados a proponer únicamente la suministración de metadona con la intención de proteger a la gestante contra el riesgo de recaída en el uso de la heroína y los problemas derivados, por ejemplo el riesgo de contraer infecciones graves como consecuencia del consumo por vía endovenosa.

Todo esto no impide que la mujer se exponga al consumo de sustancias legales, como el alcohol o los psicofármacos: la experiencia clínica ha demostrado que la mayoría de los consumidores y consumidoras consumen varias clases de sustancias.

Entre las sustancias de abuso, el alcohol resulta ser la más teratógena. De hecho puede causar el síndrome alcohólico fetal (S.A.F.), cuyo cuadro comprende: déficit de crecimiento pre y postnatal; alteraciones del sistema nervioso central (bajo cociente de inteligencia, retraso mental, hiperactividad y dificultad de integración social); anomalías craneofaciales (microcefalia, hendiduras palpebrales estrechas) y anomalías del corazón y de brazos y piernas (5).

Por consiguiente, el cumplimiento estricto de los protocolos de sustitución por un lado protege al médico contra posibles responsabilidades médico-legales de impericia e imprudencia pero, por otro lado, no garantiza que la paciente no adopte conductas de abuso de otras sustancias.

LA MATERNIDAD COMO OCASIÓN DE ACERCAMIENTO A LOS SERVICIOS DE TRATAMIENTO DE LA TOXICODEPENDENCIA

Desde un punto de vista psicológico, el embarazo en el ámbito de la toxicoddependencia puede representar una situación que conlleva sufrimiento y miedo, debido a las condiciones de vida precarias, así como a las relaciones afectivas y la situación laboral inestable.

La depresión, la sensación de desánimo y la falta de ilusión por el futuro pueden convertir a la mujer drogodependiente en una madre no suficientemente atenta, ausente si bien presente, que delega a otros el cuidado de su propio hijo.

Es durante esta fase que la mujer drogodependiente puede decidir acudir a los servicios de tratamiento de la toxicoddependencia. A este propósito, el tercer estudio realizado por el Gender Identity Project de I.R.E.F.R.E.A. ha confirmado que la mujer drogodependiente embarazada es más favorable a empezar un tratamien-

to; aumenta su compliance y, por consiguiente, mejoran las posibilidades de llevar a cabo un proyecto terapéutico.

Llopis ha subrayado que en una muestra de 284 madres, el embarazo influyó positivamente reduciendo el consumo de droga en el 31% de los casos y en el 10% las mujeres declararon haber dejado por completo de consumir drogas.

Desgraciadamente en el 22% de los casos el embarazo no influyó en absoluto en el consumo de droga y en el 7 % de los casos este abuso hasta empeoró.

Llopis también ha destacado que el monitoreo toxicológico por sí solo resulta insuficiente, hace falta el soporte emotivo, relacional y a veces “práctico” de la mujer drogodependiente en las últimas fases del embarazo, durante y después del parto.

Estas exigencias pueden depender del hecho que la pareja y el entorno familiar a menudo conflictivos no consiguen satisfacer el conjunto de estas exigencias, por tanto la labor ética de los profesionales sanitarios es la de proporcionar respuestas tranquilizadoras y una asistencia psicológica adecuada (6).

LA EVALUACIÓN DE LAS COMPETENCIAS MATERNAS

Los profesionales de las drogodependencias conocen muy bien las tendencias manipuladoras y las ambivalencias de las pacientes. Estas actitudes, frecuentes y habituales en la práctica clínica con sujetos drogodependientes, se exasperan cuando el operador social desempeña el doble papel del que ofrece asistencia y una relación de ayuda y ejerce una función de control del comportamiento

Una cuestión ética básica es: ¿el operador es capaz de controlar sus propias reacciones emotivas ante los intentos de manipulación, desconfianza y agresividad? ¿Consigue mantener un juicio “despejado” y objetivo a la hora de formular evaluaciones que puedan influir en la evolución de un proyecto terapéutico y en las respuestas del sistema judicial, encargado de expresar una opinión sobre la capacidad de ejercer la tutoría del menor?

En resumen estas preguntas desembocan en la cuestión: ¿quién evalúa a los evaluadores?

A este propósito es útil subrayar la fuerte influencia ejercida que, en algunos contextos históricos y sociales, puede determinar unas elecciones drásticas orientadas hacia una ideología represiva antes que ética.

Es este el caso de Estados Unidos donde en los años noventa, en plena época de guerra a la droga, se había difundido una corriente de pensamiento orientada a incriminar a la mujer que utilizara sustancias estupefacientes durante el embarazo por posibles daños biológicos al feto. En caso de aborto espontáneo los intentos de incriminación podían llegar a la acusación infanticidio. L. M. Paltrow escribía "at least 200 women in more than 30 States have been arrested and criminally charged for they alleged drug use or other actions during pregnancy" (7).

Al margen de estas situaciones de políticas sociales marcadas por un fuerte carácter represivo, que es de esperar que ya no existan, permanece pendiente la cuestión de cómo conseguir efectuar una evaluación adecuada de las competencias maternas y cómo es posible realizar dispositivos de cura que puedan aumentar las competencias maternas.

Una respuesta no exhaustiva pero importante nos la da la labor interdisciplinaria de equipo y la supervisión. Cuando los puntos de vista del profesional que tiene importantes responsabilidades evaluativas se discuten en el ámbito de un equipo y de una supervisión es posible confrontarse con muchos pareceres distintos que nos permiten consolidar nuestras observaciones.

La supervisión, considerada en el sentido más amplio de evaluación externa respecto a la labor profesional de un equipo, representa un requisito ético sumamente importante para proporcionar instrumentos de buena práctica a los operadores y asegurar una mayor transparencia y corrección de las evaluaciones a los pacientes.

A este propósito, cabe destacar que la atención prestada a la relación madre-hijo debe ser tal que los dos polos de la díada madre-hijo estén amparados y ten-

gan ocasiones de crecimiento y desarrollo recíproco. Es importante recordar que, bajo el perfil ético, el niño no debe ser considerado un auxilio terapéutico para solucionar los problemas de dependencia de la madre, sino un sujeto con necesidades propias e irrenunciables para las cuales el servicio debe hacerse garante e identificar respuestas adecuadas (8, 9, 10).

COMPETENCIAS MATERNAS Y TOXICODPENDENCIA.

334

El operador puede verse envuelto en conflictos éticos y evaluaciones divergentes provenientes de compañeros de otros servicios.

Es el caso de un magistrado que quiera obtener una opinión sobre las competencias maternas de su paciente. La evaluación deberá considerar las capacidades maternas pero también la tutela del menor que estará a cargo de servicios específicos, distintos a los que evalúan a la mujer.

Por consiguiente, las distintas posiciones podrán no concordar fácilmente o a veces ser incluso muy divergentes. Las organizaciones judiciales y los códigos deontológicos de varios órdenes profesionales imponen el respeto del secreto profesional a las personas no implicadas en el camino terapéutico.

Estas evaluaciones técnicas influenciarán no sólo el camino terapéutico de la madre sino también la futura relación madre-hijo. En estos casos, ¿cuáles pueden ser las prioridades que hay que garantizar? Es fundamental garantizar el interés del menor, pero ¿cómo se puede evaluar en el tiempo este interés? Además, en la jurisprudencia, el caso de comprobados malos tratos o descuido, no fáciles de determinar, puede favorecer interpretaciones arbitrarias de los judicantes.

Una pregunta entre todas: ¿el operador de los servicios de tratamiento de las dependencias posee los instrumentos evaluativos adecuados y lo más objetivos posible como para considerar la calidad de las relaciones familiares madre-hijo? ¿En qué medida dichas evaluaciones pueden ser influenciadas por los criterios subjetivos del evaluador?

Además, otro aspecto que no cabe olvidar es la oscilación de las orientaciones jurisprudenciales a veces afectadas por consideraciones de carácter general y por la orientación de la opinión pública.

Algunos casos de crónica muy llamativos, ocurridos en Italia, de envenenamiento por metadona tanto accidental (en el caso que el niño bebiera la metadona del frasco, tal vez imitando lo que hacían los padres), como intencionado (en el caso que los propios padres suministraran la metadona al recién nacido para calmar sus crisis de llanto), pueden influenciar negativamente al magistrado encargado de evaluar las capacidades de cuidado de una madre y llevarle a emanar disposiciones de justicia de alejamiento temporal o definitivo del menor. En estos casos, las evaluaciones del operador socio-sanitario pasan en segundo término respecto a la orientación de la opinión pública.

En los casos de comprobada incapacidad de cuidado, malos tratos o descuido, o en los casos en los que la madre con sus conductas pueda no estar en condiciones de asegurar al menor un entorno suficientemente protegido para su crecimiento y bienestar físico, psicológico y relacional, la organización judicial italiana para la tutela de la familia y del menor prevé, en primer lugar, un alejamiento temporal (colocación familiar del menor), identificando en la familia de origen, de ser posible, los tutores del menor.

A menudo las evaluaciones de la capacidad de cuidado de los tutores, que frecuentemente son los abuelos, analizan una serie de parámetros: condición socio-económica, condición ambiental del lugar donde viven, disponibilidad de tiempo de al menos uno de los abuelos para dedicarse al cuidado del nieto, ausencia de patologías físicas perjudicantes o psiquiátricas reconocidas, ausencia de comportamientos de abuso de sustancias etc. Desafortunadamente estas evaluaciones no profundizan en las dinámicas familiares disfuncionales e intergeneracionales que a menudo se instauran en los casos de toxicodependencia.

No cabe duda que, por lo general, es positivo que el niño esté cerca de sus propios familiares, sin embargo la experiencia clínica demuestra que en los casos de colocación del menor con abuelos desprovistos del adecuado soporte psicológico, el niño puede encontrarse en un entorno caracterizado por conflictos y ten-

siones entre los abuelos y la madre, con la consiguiente y continua negación de la confirmación de la figura materna.

En estos casos muy frecuentes, el menor puede crecer en un entorno marcado por deseos compensadores y de rescate por parte de los abuelos para demostrar a sí mismos y a la sociedad sus propias capacidades educativas, en antagonismo respecto a la hija.

336

Estas condiciones de competitividad y conflicto repercuten en la pareja hijo-madre: en el niño generan confusión entre las figuras de identificación y sentimientos de inseguridad. Mientras para la madre la separación de su propio hijo puede conllevar la pérdida de la confianza en sí, falta de perspectivas, menor adhesión a los programas terapéuticos, incremento de conductas antisociales, recurso a la prostitución, empeoramiento y/o recaída en el abuso de sustancias (11, 12, 13).

CONCLUSIONES

Para terminar, es de esperar que los profesionales de los servicios de cura presten mayor atención a los problemas éticos y deontológicos que guían su labor y, señaladamente, para con las mujeres embarazadas o ya madres.

La aceptación como paciente de una mujer drogodependiente debería tener un enfoque metodológico multi e interdisciplinario, que comporte la implicación de varias instituciones, servicios y competencias que trabajen para identificar formas de tratamiento personalizadas. Por otra parte la aceptación como paciente de una madre drogodependiente es algo delicado y complejo que requiere la tutela de dos sujetos distintos: la mujer adicta, en primer lugar, y el nascituro.

A partir de estas consideraciones, en la Región de Véneto (Italia) ha surgido la exigencia de realizar un proyecto para incrementar la cultura de la colaboración entre los servicios y activar un protocolo de intervención integrado para las mujeres drogodependientes embarazadas o con hijos.

Este proyecto, denominado Provoid, Proyecto Véneto de Asistencia Integrada a las Mujeres Drogodependientes con Hijos, empezó en 2003 y concluirá a finales de 2005 (14).

Según las indicaciones del Proyecto Provoid, alrededor de cada caso de mujer drogodependiente embarazada o con hijos es oportuno activar una red de operadores, pertenecientes a distintas estructuras, que constituya un mini-equipo estable que siga el caso hasta el final del camino, reuniéndose por lo menos una vez cada dos meses para hacer el punto de la situación.

Sería oportuno asegurar la continuidad de las figuras de referencia y la claridad de los objetivos que se tratará de alcanzar colegialmente para facilitar la comunicación entre las figuras profesionales y la persona tratada, evitando la dispersión de informaciones y la incoherencia del mensaje destinado a los usuarios.

Lo ideal es identificar un operador que pueda garantizar la gestión de la red de servicios implicados, con una función de conexión entre las varias estructuras. Esta figura podría ser análoga a la del Case Manager, y desempeñaría funciones de gestión del caso, dentro del equipo y en las relaciones con las instituciones.

En las fases iniciales del contacto de una mujer drogodependiente con un servicio territorial, es fundamental lograr entablar una relación significativa que para la mujer pueda convertirse en un recurso al cual hacer referencia. En los casos en los que ya exista una relación precedente entre la mujer y el servicio contactado, se supone un comienzo menos complejo de la relación de confianza, así como una intervención más tempestiva en la situación de abuso de sustancias.

Desde el primer contacto con el usuario es necesario informar sobre el derecho a la privacidad, al anonimato, a la libertad de elección y la gratuidad del tratamiento ofrecido. También es útil facilitar información sobre contracepción, embarazo y enfermedades transmisibles sexualmente.

Para la formulación de hipótesis de prognosis y la identificación del tipo de tratamiento más adecuado es oportuno recoger informaciones en muchas direccio-

nes y organizarlas alrededor del eje médico, psicológico, social y legal a fin de reunir los elementos fundamentales para obtener una visión global del caso.

Las informaciones obtenidas mediante la evaluación médica, psicológica y social deberían incluirse en la carpeta clínica que debería ser compartida por todos los operadores que siguen el caso.

BIBLIOGRAFIA

EMCCDA (2003) Annual Report. In: <http://www.emccdda.eu.int/>

Stocco P., Llopis J. J. et all. (2000) Women Drug Abuse in Europe: Gender Identity. IREFREA Publications. In: <http://www.irefrea.org>

Stocco P., Llopis J. J. et all. (2002) Women and Opiate Addiction: A European Perspective. IREFREA Publications. In: <http://www.irefrea.org>

Nicoletti G. (2002) Comunicazione Personale.

Edwards G. et all. (2000) Complicazioni Fisiche del Bere Eccessivo. In: Diagnosi e Trattamento Dell'alcolismo. Manuale per le Professioni di Aiuto. Raffaello Cortina Editore, Milano, Italy.

Llopis J. J. et all. (in press) Study into the Outlook for Improvements in Health-Care for Drug Addicted Women with Children at European Level Implication and Consequences.

Rosenbaum Marsha (1997) Research and Policy. In: Chapter 63, Section IX. Substance Abuse: a Comprehensive Textbook, 3rd. Baltimore, MD Williams & Wilkins.

Fava Vizziello G. et all. (1998) Qualità delle Rappresentazioni Materne e Trasmissione Intergenerazionale di Fattori di Rischio e Protezione in Bambini Figli di Madri Tossicodipendenti. In: <http://www.erit.org/>

SPIRAL (1995) La Mujer Drogodependiente: Características, Tratamiento y Estudio de Evaluación. Fundación Instituto Spiral, Madrid, Spain. In: <http://www.institutospiral.com/>

Facy F. et all. (2003) Addiction au Feminin. In: Embarazo y Tratamiento con Metadona, Addiciones, Vol. 15, N. 3, 2003.

Stocco P. et all. (2002) Etica e Deontologia degli Operatori delle Tossicodipendenze. In: Rivista Personalità e Dipendenze, fasc. 2, 2002.

ERIT Linee - Guida per il Comportamento Deontologicamente Fondato dei Professionisti delle Tossicodipendenze. In: <http://www.erit.org/>

Covri C. (in press) Etica e Deontologia degli Operatori per le Dipendenze Patologiche.

PROVAID (2003-2005) Progetto Veneto di Assistenza Integrata alle Donne Tossicodipendenti con Figli. Regione Veneto - Villa Renata.