



Tesis para acceder al grado de Magíster en Psicología Clínica

**MUJERES-MADRES USUARIAS DE PASTA BASE DE COCAÍNA:
LA MATERNIDAD EN CUESTIÓN**

**LIC. GIMENA ESTÉVEZ TORINO
C.I 4.003.302-5**

**DIRECTORA DE TESIS:
PROF. ADJ. MAG. CECILIA MAROTTA.**

**CO-TUTORA:
PROF. AGDA. DRA. ALEJANDRA LÓPEZ.**

Montevideo, Uruguay
SETIEMBRE 2015

Indice

AGRADECIMIENTOS.....	5
RESUMEN.....	6
ABSTRACT.....	7
INTRODUCCIÓN.....	8

CAPÍTULO I ANTECEDENTES Y FUNDAMENTACIÓN

1.1. Consumo de Pasta Base de Cocaína a nivel regional y nacional	13
1.2. Consumo de drogas en mujeres embarazadas y efectos de las sustancias sobre su salud y la de sus hijos.....	16
1.3. El doble estigma de las mujeres usuarias de drogas.	19

CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO

2.1. Mujeres y consumo problemático de drogas.	22
2.1.1. <i>Consumo problemático de drogas</i>	22
2.1.2. <i>El consumo problemático de PBC en contextos de pobreza y marginación social</i>	24
2.1.3. <i>La situación de las mujeres</i>	25
2.2. Maternidad y consumo problemático de PBC.....	27
2.2.1. <i>El papel de la maternidad en la vida de las mujeres</i>	27
2.2.2. <i>El proceso de convertirse en madre</i>	28
2.2.3. <i>Ser madre en situaciones de consumo de drogas</i>	29
2.2.4. <i>el lugar de la madre en el vínculo temprano</i>	30
2.2.5. <i>Redes de sostén social en el proceso de crianza</i>	31

CAPÍTULO III OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

3.1. Objetivo General.....	35
3.2. Objetivos Específicos.....	35
3.3. Fundamentación de la estrategia metodológica.....	36
3.4. Universo de estudio y criterios de inclusión de la muestra teórica por conveniencia ...	37
3.5. Técnica para la recolección de la información	39
3.6. Proceso de Análisis.....	40

3.7. Marco institucional y aspectos éticos.	42
CAPÍTULO IV RESULTADOS Y DISCUSIÓN	
4.1. Presentación de las mujeres del estudio	44
4.1.1. <i>Historias personales</i>	44
4.2. Discusión de resultados	58
4.2.1. <i>Condiciones materiales y subjetivas de las mujeres</i>	59
4.2.1.1 Los inicios del consumo y los significados asociados en el relato de las mujeres	59
4.2.1.2 Los inicios del consumo de PBC y los caminos transitados.....	67
4.2.2. <i>Ser madres en el contexto del consumo problemático de PBC</i>	72
4.2.2.1 Dificultades en el proceso de convertirse en madres.....	72
4.2.2.2 El lugar del hijo en sus trayectorias de vida.....	77
4.2.3 <i>Complejidades en la construcción del vínculo madre-hijo</i>	82
4.2.3.1 Prácticas institucionales de vigilancia y control sobre la maternidad.....	84
4.2.3.2 Soportes y obstáculos en el proceso de crianza.....	88
CAPÍTULO V CONCLUSIONES.....	96
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	100

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer la realización de este trabajo a las mujeres que aceptaron participar del estudio, abriéndose a compartir sus experiencias y sentimientos en relación a la maternidad y otras vivencias de sus vidas que implicaban una fuerte movilización afectiva.

A las instituciones que me abrieron las puertas y me recibieron con calidez e interés durante el trabajo de campo, entre ellas al Hospital de la Mujer del CHPR, específicamente a Reina y Elidema coordinadoras del grupo de usuarias; al Portal Amarillo, a Cecilia, Haydé, Adriana y Verónica, coordinadoras del grupo de género y a Gabriela de la Junta Nacional de Drogas.

Quiero agradecer a Cecilia y Alejandra que han sido mis referentes y guías en el aprendizaje de la investigación, por sus lecturas meticulosas y comentarios que enriquecieron mi producción; por el aliento en momentos difíciles, por la confianza y el afecto cultivados a lo largo de estos años.

A Juan, Ema, Micaela, Guzmán y Pedro, por brindarme la posibilidad de integrarme a su equipo de trabajo y ampliar mis conocimientos en este campo.

Quiero seguir agradeciendo a mi pareja por su paciencia y apoyo incondicional. A mis padres por el empuje y por su frase habitual: “tanto trabajo tendrá sus frutos”, a mi hermana por sus abrazos y palabras justas. A mis amigas y compañeras de estudio por su energía y charlas que lograban distraerme y motivarme, recordándome lo gratificante del camino transitado. A mis compañeros de trabajo por la buena energía.

Y quiero agradecer a todas aquellas personas que me acompañaron en este proceso y que han sido interlocutores de este trabajo, y a la Agencia Nacional de Investigación e Innovación por apoyar a estudiantes de posgrados interesados en la investigación científica.

RESUMEN

Este estudio cualitativo busca conocer las experiencias de maternidad de las mujeres-madres usuarias de pasta base de cocaína (PBC) que se encuentran en tratamiento de rehabilitación en el Hospital de la Mujer del Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR) y en el Centro de Referencia Nacional de la Red Drogas- Portal Amarillo.

El enfoque teórico-metodológico está basado en la Teoría Fundamentada, con un enfoque constructivista. Se realizaron entrevistas en profundidad a mujeres que han sido madres recientemente o con hijos de hasta dos años y que presentaran un consumo problemático de PBC. A través de las mismas se buscó conocer las perspectivas subjetivas de las mujeres en cuestión, en relación a una parte de sus vidas –la maternidad y la construcción del vínculo con sus hijos-. El material recogido en las entrevistas fue complementado con las notas de campo donde se registraron las participaciones en los grupos terapéuticos a los que concurrían las mujeres entrevistadas en el CHPR y Portal Amarillo, los encuentros con los equipos de salud de dichos servicios, y las observaciones de las diferentes situaciones de interacción de las mujeres y sus hijos/as. Las notas de campo también recogieron el análisis de la implicación de la investigadora, considerado un componente metodológico fundamental.

Las principales conclusiones del estudio muestran que el inicio del consumo de drogas se produce en la adolescencia, fuera del ámbito familiar y en relación al grupo de pares. En sus comienzos no es visualizado como un problema por las mujeres del estudio, no obstante, se constata la presencia de factores que predisponen al desarrollo de un consumo problemático en el futuro. El mismo se produce con la experimentación con PBC, generando un progresivo deterioro en diversos planos de la vida de las mujeres.

Los resultados del estudio muestran que la estigmatización social que sufren las mujeres por su condición de adictas produce procesos discriminatorios, afectando el desarrollo de la maternidad y la construcción del vínculo con sus hijos. Además señalan que las prácticas de control ejercidas por las instituciones jurídicas y sanitarias con el fin de proteger la salud de niños y niñas, acentúan la estigmatización de las mujeres y limitan sus posibilidades para desarrollar la maternidad. No obstante, observamos que las redes de sostén social (familiar y/o institucional) actúan como factores protectores ante posibles recaídas en el consumo y estimulan la función del maternaje, apoyando a las mujeres en el proceso de crianza de sus hijos.

Palabras Claves: maternidad; consumo problemático de PBC; vínculo madre-hijo.

ABSTRACT

This qualitative study aims to understand the experience of motherhood of women-mothers users of cocaine base paste (PBC) that are in rehabilitation treatment at the Hospital de la Mujer at the Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR) and at the Centro de Referencia Nacional de la Red Drogas- Portal Amarillo.

The theoretical and methodological approach is based on Grounded Theory, with a constructivist approach. In-depth interviews were conducted to women who have recently given birth or with children up to two years and that present a problematic use of PBC. Through them we sought to know the subjective perspectives of the women in question, in relation to a part of their lives -the maternity and building the link with their children. The material collected in the interviews was complemented with field notes where the participation in therapeutic groups who attended the women interviewed in the CHPR and Portal Amarillo, meetings with health teams of these services, and observations of different situations of interaction of women and their children. Field notes also collected analysis of the involvement of the researcher, considered a fundamental methodological component.

The main conclusions of the study show that the onset of drug use occurs in adolescence, outside the family and in relation to the peer group. In the beginning it is not viewed as a problem for women in the study, however, the presence of factors that influence the development of problem use in the future is found. This occurs with experimentation with PBC, generating a progressive deterioration in various spheres of life of women.

The study results show that the social stigma suffered by women for being addicted produces discriminatory processes, affecting the development of maternity and construction bond with their children. Also they note that control practices exercised by legal and health institutions in order to protect the health of children, accentuate the stigmatization of women and limit their ability to develop motherhood. However, we note that social support networks (family and / or institutional) act as protective factors against possible relapse in consumption and stimulate the function of mothering, supporting women in the process of raising their children.

Keywords: maternity; problematic use of PBC; mother-child bond.

Introducción

El presente estudio surge del interés de profundizar en las experiencias de maternidad de mujeres usuarias de PBC, a partir de la práctica profesional de la investigadora que posibilitó el acercamiento a las realidades cotidianas de las mujeres, las cuales están atravesadas por múltiples dificultades relacionadas a su situación de consumo problemático y al entorno económico y social en el que viven.

De acuerdo a un estudio reciente (Suárez & Ramírez, 2014) las mujeres que consumen PBC representan el 20% del total de los usuarios estimados para Montevideo y zona metropolitana. El hecho de que el porcentaje de usuarias mujeres sea significativamente menor que el de hombres genera la hipervisibilización de los usuarios varones y dificultades para la población femenina, entre ellas la invisibilización de problemáticas específicas que ellas deben afrontar, más aún en situaciones de embarazo y luego, al tener que hacerse cargo de sus hijos (Castelli, 2015b).

El consumo de drogas en la población femenina se asocia con mayor riesgo y gravedad que en el hombre por diferentes factores: biológicos, co-morbilidad médico-psiquiátrica, aspectos socio-familiares y culturales (PNUD-Proyecto Desarrolla, 2010); y cuando se trata de consumo durante el embarazo se considera siempre un uso problemático con consecuencias negativas para la salud de la mujer como de su hijo/a.

De acuerdo a los datos proporcionados por Moraes et al. (2014a), la prevalencia encontrada en muestras biológicas fue de 9,25%, lo que indica un incremento del consumo en los últimos 5 años, en comparación con los resultados del año 2005 (Magri et al., 2007) que informaron un 2,5% del total de la población.

Nos centramos en las mujeres usuarias de PBC embarazadas o puérperas no por la magnitud del consumo en esta población, que de hecho es relativamente bajo en comparación con otras drogas, sino por las características que adquiere dicho consumo, generando un alto grado de dependencia y un fuerte impacto a nivel social y sanitario. Asimismo, entendemos que se trata de un sector vulnerable dentro de la población usuaria de esta droga, ya que al tratarse de una población minoritaria, muchas veces resulta invisibilizada, desconociéndose los procesos discriminatorios y de estigmatización social que atraviesan, así como las dificultades que presentan en la accesibilidad a los servicios de salud durante sus embarazos por temor a la censura moral y/o a ser denunciadas por su condición de adictas.

A las vulnerabilidades planteadas acerca de su condición social y de consumo, se suman las dificultades del rechazo y/o sospecha que su condición genera en el personal de salud (Epele, 2007) cuando son internadas para tener a sus hijos.

La detección de consumo en mujeres embarazadas y puérperas constituye un fenómeno complejo dada la sub-declaración materna vinculada con el miedo que presentan las mujeres a recibir un trato especial por el personal de salud, miedo a que las separen de sus hijos y/o que les prohíban amamantar (Moraes et al. 2010a) y con las consecuencias judiciales que el consumo puede ocasionar sobre la mujer y la tenencia de su hijo (Moraes, et al. 2014a). Por lo que podría pensarse que hay situaciones con estas características que podrían no ser identificadas por el equipo de salud.

Los estudios de investigación relevados a nivel nacional, constituyen fundamentalmente evaluaciones biomédicas, que se han enfocado en profundizar en los efectos del consumo de sustancias –en particular de PBC- durante el embarazo y en el desarrollo infantil. Consideramos que para poder abordar el tema en su integralidad, debemos continuar avanzando en la producción de conocimientos, ya que la información que tenemos específicamente de las mujeres consumidoras de PBC es escasa.

En este sentido, el presente estudio pretende aportar conocimientos sobre las perspectivas subjetivas de las mujeres en cuestión, en relación a una parte de sus vidas –la maternidad y la construcción del vínculo con sus hijos-.

A través de un diseño cualitativo, buscamos conocer las representaciones de las mujeres con respecto a sí mismas como madres y con respecto a sus hijos, identificar las interacciones que jerarquizan en el vínculo con ellos, comprender cómo se relaciona el uso problemático de PBC con la construcción del vínculo y sus características y por último, conocer las redes de sostén de las mujeres en el proceso de crianza.

Los resultados del estudio intentan ser una contribución al diseño de estrategias de prevención temprana que se adapten a los problemas específicos de las mujeres; y a la implementación de dispositivos de atención integral para usuarias de drogas que incluya a sus hijos(as) y propicie procesos de inclusión social. Además, pretenden aportar conocimientos en relación al vínculo temprano de las mujeres usuarias de PBC y sus hijos, atendiendo a la relevancia social y política de los cuidados en la primera infancia.

Este trabajo se estructura en cinco capítulos:

El primer capítulo *Antecedentes y Fundamentación*, se compone de tres secciones: en la primera se realiza una breve descripción de la situación del consumo de PBC a nivel regional y nacional, mostrando su impacto en la sociedad uruguaya. La segunda se centra en la situación de las mujeres embarazadas y puérperas usuarias de esta droga, analizando los efectos del consumo durante la gestación en la salud de ellas y de sus hijos. Por último, en la

tercera sección, se busca ampliar la comprensión del fenómeno incluyendo estudios que incorporan una perspectiva de género y aportan elementos que permiten profundizar en los procesos discriminatorios y estigmatizantes a los que están expuestas por su condición de adictas.

El segundo capítulo *Marco Teórico*, se corresponde con los fundamentos teóricos y conceptuales y se compone de dos secciones; en la primera se conceptualiza el fenómeno del consumo problemático de drogas y PBC –en particular- y las características que esta práctica adquiere en la población femenina; y la segunda se focaliza en la dimensión subjetiva del fenómeno de la maternidad en el contexto del consumo problemático de PBC, caracterizando el proceso de devenir madres en determinadas circunstancias materiales y subjetivas.

En el tercer capítulo *Objetivos y Metodología*, se presentan los objetivos del estudio así como la metodología utilizada para la consecución de los mismos. Se describe la población del estudio, el tipo de diseño metodológico, las técnicas utilizadas para la recolección de la información y los aspectos éticos contemplados por la investigadora.

En el cuarto capítulo *Resultados y Discusión*, se realiza una breve presentación de las historias personales de las mujeres del estudio, se analizan y discuten los resultados obtenidos, los cuales fueron organizados en tres dimensiones de análisis: las *condiciones materiales y subjetivas de las mujeres, ser madres en el contexto del consumo problemático PBC y complejidades en la construcción del vínculo madre-hijo*.

Finalizamos con el capítulo de *Conclusiones*, resaltando lo que consideramos ha supuesto esta investigación en el avance de la comprensión de las experiencias de maternidad de las mujeres usuarias de PBC y la construcción del vínculo con sus hijos.

Capítulo I

Antecedentes y Fundamentación

El uso problemático de drogas es un tema de relevancia en la agenda de las políticas públicas a nivel mundial y muestra múltiples cruzamientos con el campo de la salud, la educación, la economía, y la seguridad.

El presente estudio se enfoca en el consumo de una sustancia de alto impacto social y sanitario, la PBC y se propuso describir y comprender las experiencias de maternidad de las mujeres usuarias de esta droga.

En primer lugar, a partir de la lectura de producciones científicas sobre el tema, se realiza una breve descripción de la situación del consumo de PBC a nivel regional y nacional, mostrando su impacto en la sociedad uruguaya.

Luego se realiza un relevamiento de los estudios sobre mujeres embarazadas y puérperas usuarias de PBC, profundizando en las características de esta población y en las repercusiones en la salud de las mujeres y de sus hijos(as) a partir de la exposición de la sustancia durante la gestación.

Para finalizar y con el objetivo de ampliar la comprensión de la situación de las mujeres, se incluyen estudios que incorporan una perspectiva de género que atienden a las particularidades de las adicciones en mujeres, aportando elementos que permiten profundizar en los procesos discriminatorios y estigmatizantes a los que están expuestas por su condición de adictas.

1.1. CONSUMO DE PASTA BASE DE COCAÍNA A NIVEL REGIONAL Y NACIONAL

El consumo de PBC se hace presente en Uruguay desde el año 2002, aunque su presencia en la región es previa, siendo Chile y Perú los primeros en registrar la existencia de esta droga hace más de treinta años (Suárez et al., 2014). Su aparición estuvo favorecida por la crisis económica, la falta de otras sustancias (marihuana y cocaína) y su bajo costo, generando un gran impacto en la sociedad uruguaya, en el sistema sanitario y en la vida de aquellas personas que por diferentes razones se vincularon a ella.

La expansión del consumo de esta sustancia en nuestro país generó una alarma social caracterizada por la desinformación, tergiversación y creación de estereotipos, incidiendo negativamente en el abordaje de la problemática y perjudicando a los usuarios.

Desde el momento que se detectó la presencia de esta sustancia en nuestro país, la comunidad científica comenzó a estudiarla con el fin de explicar las acciones farmacológicas sobre el organismo, así como los efectos neurobiológicos y las alteraciones físicas y psíquicas producidas por el consumo crónico de PBC.

De acuerdo a un estudio realizado en el Instituto de Investigaciones Biológicas Clemente Estable (Prieto & Scorza, 2010) se sabe que la PBC constituye el producto intermedio en el proceso de extracción y purificación del clorhidrato de cocaína adulterada con diferentes sustancias. Es una sustancia que por su forma de administración (fumada), llega al cerebro en los primeros 5 a 8 segundos después de ser fumada haciendo que tenga un efecto muy rápido, muy intenso, y de corta duración (5-10 min). Su consumo produce una etapa inicial de euforia e hiperexcitabilidad, disminución de la fatiga, reducción del sueño y el apetito. A esto le sigue un momento de disforia, angustia, ansiedad e indiferencia sexual. La detención del consumo se caracteriza por un fuerte y profundo síndrome de abstinencia (sudoración, taquicardia, malestares estomacales, depresión severa, irritabilidad e ideación suicida) y un incontrolable deseo de volver a consumir. Justamente este factor es uno de los que le da mayor potencial adictivo.

En cuanto a la prevalencia del consumo, se infiere que el consumo de PBC en la población general de nuestro país permanece estable, ya que los datos proporcionados por la 4ta y 5ta Encuestas Nacionales en Hogares sobre consumo de drogas (OUD, 2007, 2012) fueron similares, no registrándose variaciones significativas.

De acuerdo a los datos aportados por el Observatorio Uruguayo de Drogas a partir de la 5ta Encuesta Nacional en Hogares realizada en 2011 la experimentación con PBC en Montevideo duplica la del interior del país (1,5 y 0,7 respectivamente). A su vez, evidencian la existencia de una marcada concentración geográfica y socio-económica en los barrios de menores recursos, donde la prevalencia alcanza un 4% de la población (OUD, 2012). Algunos años atrás, con la realización de la 4ta Encuesta Nacional en Hogares se estimaba una prevalencia de consumo de PBC en Montevideo de 1% y en las zonas socioeconómicamente más vulnerables la misma se ubicaba en torno al 8% (OUD, 2007).

Si bien la prevalencia del consumo de PBC en nuestro país es relativamente baja en comparación con otras drogas, es importante aclarar que se trata de modos y condiciones de consumo de gran impacto social y sanitario.

Como mencionábamos, el consumo de PBC se extiende en la población más vulnerable desde el punto de vista económico y social. Suárez y Ramírez (2014, p. 24) sostienen que “esto está dado por el bajo costo unitario y también por los efectos, que llevan a una alteración de la conciencia que provoca un distanciamiento de la realidad que en algún punto se quiere evitar”.

En cuanto a la edad de inicio de consumo de esta droga, un estudio reciente (JND/UNODC, 2014) señala que la edad promedio por primera vez es de 21.1 años,

observándose en las mujeres un consumo más tardío. Se mencionan otros datos significativos como la frecuencia del consumo, encontrándose un número importante de usuarios que la consumen diariamente (la mitad de la población estudiada); el 60% prefiere consumir PBC más frecuentemente solo; y en la mayoría de los casos (63%) el consumo suele darse en lugares abiertos como calle, baldíos, parques, callejones.

Un dato a destacar sobre el consumo de PBC observado en la 5ta Encuesta en Hogares con indicadores del CIE-10¹, es que más de la mitad de las personas que la consumen presentan uso problemático. Esto podría relacionarse con las características de la sustancia: su alto grado de dependencia, asociada a comportamientos de gran impulsividad y agresividad que rompen códigos sociales; lo cual trae consigo grandes consecuencias y preocupaciones a nivel social (Prieto & Scorza, 2010).

Un estudio desarrollado recientemente (JND/UNODC, 2014) aporta datos para comprender las afectaciones que sufren quienes mantienen un consumo problemático, y en particular, las dimensiones que alcanza en la población femenina. Según éste, la prevalencia de infecciones de transmisión sexual (ITS) es mayor en la población de usuarios de PBC en relación a la población general y se observan diferencias por sexo en el caso de un tipo de ITS en particular. En este sentido destacan: "...una muy alta proporción de mujeres diagnosticadas con sífilis: el 20% del total de mujeres fueron diagnosticadas mientras que entre los hombres esta proporción apenas alcanza al 0,6%" (JND/UNODC, 2014, p. 42). Esto se condice con la prevalencia de las prácticas sexuales a cambio de dinero, droga u otras mercancías, más frecuente en las mujeres (39%) que entre los hombres (12,6%).

Con respecto a la prevalencia de VIH sostienen que si bien se mantiene en el mismo rango para ambos sexos (6,3% en hombres y 6,2% en mujeres), es 11 veces mayor que en la población general (0,4%) (JND/UNODC, 2014).

Un aspecto significativo es que las mujeres que consumen PBC representan el 20% del total de los usuarios estimados para Montevideo y zona metropolitana (Suárez & Ramírez, 2014). El hecho de que el porcentaje de usuarias mujeres sea significativamente menor que el de hombres genera la hipervisibilización de los usuarios varones y dificultades para la población femenina (Castelli, 2015b). La autora hace referencia a

la minimización de problemáticas específicas que ellas deben afrontar, más en situaciones de embarazo y tener que hacerse cargo de sus hijos; su mayor desprotección en los contextos de consumo, mayoritariamente masculinos; la (a)problematización y

¹ Nos referimos a la Clasificación Internacional de enfermedades, décima versión.

reproducción de criterios androcéntricos y heteronormativos en la atención que reciben desde distintas instituciones (Castelli, 2015b, p. 7) .

Todavía ubicados en el ámbito nacional, relevamos algunas investigaciones cualitativas y etnográficas que se enfocan en las prácticas de consumo de PBC en diversos momentos desde su aparición y en distintos barrios de la ciudad de Montevideo (Folgar 2003 y 2006; Albano, Castelli, Martínez & Rossal, 2014). Estos trabajos constituyen aportes significativos en tanto profundizan en las condiciones de vida de las y los usuarios, en sus trayectorias de consumo, en las prácticas cotidianas asociadas a éste y ponen en evidencia la estigmatización social que sufre esta población.

No obstante, en cuanto a los estudios dirigidos específicamente a nuestra población objetivo, es decir, mujeres usuarias de PBC embarazadas y puérperas, la mayoría de los relevados se enfocan en los efectos del consumo de distintas sustancias –en particular PBC- durante el embarazo y en el recién nacido (Moraes et al., 2010a, 2010b; Moraes et al., 2014a, 2014b; Magri et al., 2007, 2008), sin profundizar en otros aspectos de la vida de estas mujeres.

A continuación desarrollaremos algunos aportes de los estudios mencionados que refieren a las características socio-demográficas de las usuarias del sistema de salud y a la identificación de sustancias psicoactivas en recién nacidos y derivados de la cocaína en meconio.

1.2. CONSUMO DE DROGAS EN MUJERES EMBARAZADAS Y EFECTOS DE LAS SUSTANCIAS SOBRE SU SALUD Y LA DE SUS HIJOS.

La información que se tiene sobre el uso de drogas en mujeres embarazadas es bastante limitada, tanto a nivel nacional como internacional. Coincidimos con Magri et al. (2008) en que esto puede estar relacionado con que éste no ha sido un tema de prioridad para la investigación, la prevención y/o la asistencia.

De acuerdo a un trabajo realizado por un equipo interdisciplinario de profesionales de Uruguay (PNUD-Proyecto Desarrolla, 2010) sabemos que el consumo de drogas en la población femenina se asocia con mayor riesgo y gravedad que en el hombre debido a diferentes factores: biológicos, co-morbilidad médico-psiquiátrica, aspectos socio-familiares y culturales.

Con respecto al consumo durante el embarazo, sostienen que siempre constituye un uso problemático, y se relaciona con consecuencias negativas para la salud tanto de la mujer como de su hijo/a. La única conducta que asegura la ausencia de riesgos en la salud de ambos

es la abstinencia total durante todo el embarazo, ya que no se ha podido estimar ninguna dosis como segura.

De acuerdo a los datos aportados por un estudio reciente (Moraes et al., 2014a) cuyo objetivo fue determinar la prevalencia del consumo de cocaína y PBC durante la gestación, la misma fue de 9,25%, lo que indica un incremento del consumo en los últimos 5 años, en comparación con los resultados del año 2005 (Magri et al., 2007) que informaron un 2,5% del total de la población.

Algunos de los estudios referidos (Magri et al. 2007, Moraes et al., 2010b, Moraes, et al. 2014a) señalan los problemas de confiabilidad de la información de consumo de sustancias durante el embarazo cuando la misma es obtenida por autodeclaración materna. Sostienen que esto puede estar relacionado con el miedo que presentan las mujeres a recibir un trato especial por el personal de salud, miedo a que las separen de sus hijos y/o que les prohíban amamantar (Moraes et al. 2010b) y con las consecuencias judiciales que el consumo puede ocasionar sobre la mujer y la tenencia de su hijo (Moraes, et al. 2014a).

En los primeros estudios realizados con esta población (Magri, 2008; Moraes et al., 2010b) y en el documento² creado en forma interdisciplinaria por profesionales de la salud (PNUD-Proyecto Desarrolla, 2010) se señala la existencia de diversos factores de riesgo que tienen sus efectos en la salud de la madre y del feto o recién nacido. Algunos están relacionados con el riesgo obstétrico como mayor incidencia de infecciones maternas bacterianas e infecciones de transmisión sexual (sífilis, VIH, hepatitis B y C), malnutrición materna, anemia, o exposición a contaminantes ambientales (Moraes et al., 2010b). Otros están asociados con el incremento en la probabilidad de tener partos prematuros, desprendimiento de placenta, abortos y óbitos fetales (Moraes et al., 2010b). Se mencionaron otras dificultades que pueden presentarse en los recién nacidos como el síndrome de abstinencia neonatal, intoxicaciones agudas durante la lactancia o trastornos del crecimiento y desarrollo (Moraes et al., 2010b, PNUD-Proyecto Desarrolla, 2010). Moraes et al. (2010b) sostienen que se podría afirmar que los hijos de madres que consumieron PBC presentan mayor riesgo de alteraciones del neurodesarrollo frente a los no expuestos. Agregan que no se puede atribuir estos riesgos al efecto exclusivo de la sustancia ya que existen factores

² Nos referimos al documento titulado “Hacia la construcción de un protocolo de protección y atención para madres consumidoras, sus hijos/as y familias” redactado por profesionales de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (A.S.S.E) y el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (P.N.U.D).

ambientales asociados como el policonsumo y variables bio-psico-sociales asociadas a estas madres que son más perjudiciales que la cocaína en sí misma (Moraes et al., 2010b).

La importante incidencia del ambiente en el desarrollo del niño/a es constatado por Moraes et al. (2014a, p. 159) quienes concluyen que:

Con la puesta en funcionamiento del Programa SERENAR del Ministerio de Salud Pública se pudo evaluar la evolución del desarrollo de niños en adopción que habían estado expuestos a PBC con una franca mejoría de su desarrollo al corregir los factores ambientales desfavorables.

Todas las investigaciones mencionadas hasta el momento constituyen fundamentalmente evaluaciones biomédicas y sociales del problema, surgiendo así la necesidad de relevar estudios que aportaran una perspectiva psicológica del fenómeno.

Se buscaron otras investigaciones que abordaran el consumo de drogas (en especial PBC o similar) en mujeres en el contexto de la maternidad, buscando describir no sólo las afectaciones físicas sino también emocionales que ellas atraviesan y cómo se desarrollan los primeros vínculos con sus hijos.

Encontramos algunos estudios de origen italiano (Quezada & Santelices, 2010; Fava Vizziello, Simonelli & Petenà, 2000) que estudiaron la incidencia de la psicopatología de la madre en situaciones de estrés o de riesgo social y su influencia sobre el desarrollo del niño. Los resultados refuerzan la importancia del ambiente y de agentes facilitadores en el proceso de construcción del vínculo madre-hijo.

De todas maneras se trata de estudios que no incorporan una perspectiva de género que atienda a las prácticas sociales que se construyen y reproducen en los primeros vínculos de la vida, aspecto sobre el que nos interesaba profundizar.

Al seguir avanzando en el relevamiento encontramos un conjunto de reportes de investigación sobre género y drogas (Llort, Ferrando, Borrás & Purroy, 2013; Ramírez, 2011; Romero & Gómez, 1997) que analizan las situaciones de las mujeres usuarias de drogas que son madres, la accesibilidad o barreras con las que se enfrentan al iniciar tratamiento y las experiencias transitadas con el personal de los servicios de salud durante la hospitalización posparto.

Asimismo hallamos antecedentes más específicos en relación al consumo de PBC en mujeres, a través de los aportes de investigadores/as argentinos/as (Castilla & Lorenzo, 2012; Camarotti & Touris, 2010) quienes buscan dar visibilidad a las características particulares que asume el consumo de PBC en mujeres y en mujeres-madres, privilegiando la perspectiva de las usuarias y sus afectaciones emocionales.

1.3. EL DOBLE ESTIGMA DE LAS MUJERES USUARIAS DE DROGAS.

Algunos de los estudios relevados coinciden en el doble estigma que conlleva el consumo de drogas en las mujeres (Llort et al., 2013) así como la importancia de incorporar una perspectiva de género que atienda a las particularidades que adquieren las adicciones en mujeres (Castilla & Lorenzo, 2012; Ramírez, 2011).

Analizan situaciones dadas en el parto y el puerperio que afectan el desarrollo del vínculo materno, como la preocupación materna de perder a su hijo/a por su condición de adicta y el trato prejuiciado del personal de salud (Ramírez, 2011; Romero & Gómez, 1997).

Los aportes de las investigaciones mencionadas muestran la estigmatización de las mujeres usuarias de drogas, consideradas como “malas madres”, no sólo por el personal de salud, sino por la población en general, ya que no cumplen con las expectativas del ideal socialmente aceptado (Palomar, 2004).

Castilla y Lorenzo (2012) en su estudio analizan la especificidad de las situaciones de las mujeres que consumen PBC y afirman que suelen ser vistas por sus entornos afectivos, sociales y comunitarios como desviaciones de las normativas maternas del cuidado, atención y contención, ya que dadas las características de la sustancia y la modalidad de consumo llamada “giras” abandonan el hogar por períodos prolongados de tiempo, o se encuentran en una situación de vida cuyas condiciones no permiten brindarle a sus hijos(as) el mejor entorno para un desarrollo saludable.

A las vulnerabilidades planteadas acerca de su condición social y de consumo, se suman las dificultades del rechazo y/o sospecha que su condición genera en el personal de salud, delimitándose una barrera entre los usuarios/as de drogas y las instituciones de salud (Epele, 2007).

Ramírez (2011) profundiza en la atención brindada por el personal de salud hacia las mujeres que han sido madres recientemente, concluyendo que existe un paradigma dominante que se caracteriza por ser totalizador y negar la existencia de otras formas de pensar y conocer, lo cual lleva a un trato prejuiciado del personal de salud que no atiende a las necesidades específicas de las mujeres usuarias de drogas ni contempla los derechos que ellas tienen como mujeres. El autor destaca como fundamental la sensibilización y capacitación del personal de salud que desconocen las problemáticas sociales y la multicausalidad del fenómeno del consumo de drogas. Además resalta la importancia de un abordaje interdisciplinario que favorezca una intervención acorde con las múltiples necesidades que presentan.

Para ir concluyendo, agregamos que en nuestro país, no existen organizaciones que brinden tratamiento específico para mujeres embarazadas o con hijos que contemplen el cuidado y protección de la díada mientras ellas reciben tratamiento.

Los dispositivos terapéuticos existentes abordan a las mujeres como usuarias de drogas, dificultándose la integración de su condición de madres. El Hospital de la Mujer del CHPR y el Portal Amarillo ofrecen tratamientos ambulatorios pero aquellas mujeres que requieren internación deben ser separadas de sus hijos/as para recibir el tratamiento. Esto produce una discontinuidad en la construcción del vínculo madre-hijo/a que podría generar consecuencias en la salud mental del niño/a.

También sucede, en muchas oportunidades, que las mujeres desconfían de los sistemas de cuidado de la salud o, cuando asisten, por el estilo de vida que llevan, no cuentan con las redes de apoyo suficiente para dejar a sus hijos/as al cuidado de otros (Romero & Gómez, 1997). Visualizamos cómo el control social ejercido sobre las mujeres opera como un obstáculo en la continuidad de sus tratamientos poniéndose en riesgo la crianza de su hijo/a.

En suma, dada la escasa producción científica a nivel nacional en Psicología en relación a la maternidad en el contexto del consumo problemático de PBC, y la relevancia social y política que adquiere el vínculo temprano, en tanto etapa crucial para el desarrollo del niño/a y para la mujer en su devenir madre, con la presente investigación nos propusimos generar insumos que aporten al desarrollo en esta área. Sus resultados podrán contribuir al diseño de estrategias de prevención temprana que se adapten a los problemas específicos de la población estudiada; y de dispositivos de tratamiento integral para usuarias de drogas que incluya a sus hijos/as.

Capítulo II

Marco Teórico

Mediante este estudio, inicialmente, nos propusimos abordar las características del vínculo temprano de las mujeres madres consumidoras de PBC, con sus hijos. Partimos de considerar cómo el objeto de estudio estaba compuesto por diferentes planos, a saber: el consumo problemático de drogas, las prácticas de maternidad y las características del vínculo que establecen con sus hijos, las redes de sostén con las que cuentan para el ejercicio de la maternidad, entre otros.

A medida que se fue avanzando en el trabajo de campo y a punto de partida del material obtenido en las entrevistas con las mujeres participantes, fueron emergiendo y cobrando fuerza, contenidos vinculados a los mandatos de género, a la estigmatización social que sufren las mujeres por ser usuarias de drogas y específicamente de PBC; incidiendo ambos aspectos en sus vivencias como madres, y en la construcción del vínculo con sus hijos. Esto llevó a la búsqueda de nuevas investigaciones que incorporaran una perspectiva de género y a su vez, a replantearnos el marco teórico del estudio propuesto en un comienzo.

A partir de las puntualizaciones realizadas, decidimos organizar este capítulo en dos secciones que más adelante se corresponderán con la forma de organizar las dimensiones de análisis planteadas para presentar los resultados y la discusión de los mismos.

En la primera sección *Mujeres y consumo problemático de drogas* se conceptualiza el fenómeno del consumo problemático de drogas y PBC –en particular- y las características que esta práctica adquiere en la población femenina.

La segunda sección, *Maternidad y consumo problemático de PBC* se focaliza en la dimensión subjetiva del fenómeno de la maternidad en el contexto del consumo problemático de PBC, caracterizando el proceso de devenir madres en determinadas circunstancias materiales y subjetivas, teniendo en cuenta el trasfondo social, económico y cultural en el cual surgió el consumo problemático.

2.1. MUJERES Y CONSUMO PROBLEMÁTICO DE DROGAS.

2.1.1. CONSUMO PROBLEMÁTICO DE DROGAS

Comenzaremos desarrollando el concepto de consumo problemático de drogas, para luego centrarnos en las experiencias subjetivas de maternidad de las usuarias que han sido madres.

En un plano microsociedad, siguiendo los lineamientos de la teoría psicoanalítica, el consumo problemático de drogas es concebido por McDougall (1998, p. 242) como una “solución a la intolerancia afectiva” que se convierte en un problema cuando “este es el sólo y único remedio con que contamos para soportar el sufrimiento”. La autora entiende a las

sustancias adictivas como “objetos transitorios” que resuelven momentáneamente la tensión afectiva, en reemplazo de la función materna faltante. Esta forma de entender la adicción remonta a los vínculos primarios, y se relaciona con la dificultad de desarrollar la “capacidad de estar solo” en presencia de la madre (Winnicott, 1993), ya que no se ha podido instalar en su interior una instancia materna cuidadora que le permita contener y manejar los estados de sufrimiento psíquico; de esta manera el niño acudirá a su madre exigiéndole una presencia constante para poder soportar cualquier experiencia afectiva.

Silva (2006) hace referencia a “matrices de vinculación tóxicas” que los adictos incorporaron en sus vínculos primarios, con su familia de origen y su entorno social, y que se recrean en el vínculo con las sustancias. Piensa a la adicción como una “psicosis de consumo”, que

...a diferencia del psicótico, que frente a una realidad intolerable construye su delirio como una realidad interna alternativa en la que se refugia, el adicto se mantiene precariamente vinculado a la realidad con la ayuda de su hiperobjeto protector que funciona como un objeto transicional que amortigua el impacto de una alteridad, también insoportable (Silva, 2006, p. 2).

El acto compulsivo se relaciona a nuestros patrones culturales respondiendo a la necesidad de consumir y colmar la falta a través de objetos de consumo (Silva, 2006,).

Esto nos lleva a considerar que para comprender la situación del consumo problemático de drogas, debemos tener en cuenta -no sólo al sujeto y a su entorno más inmediato- sino incorporar el análisis del fenómeno a escala macrosocial.

Como comenta Silva (2006) los comportamientos adictivos se relacionan con características culturales de la sociedad de consumo, concibiéndose al adicto como un sujeto que ha encontrado una “extraña forma de hiperadaptación a los dispositivos socio-institucionales de subjetivación rectores de nuestra cultura” (Silva, 2006, p. 2).

En este sentido, entendemos al consumo problemático como producto de un “complejo proceso que se va trenzando sobre una intrincada red de factores biológicos, psicológicos y socio-culturales” (Triaca, Silva, Diogo, Aprile, 2008, p. 1).

Lapetina (2002) citado por Folgar (2003, p. 27), agrega la noción de daño en alguna de las áreas vitales. Entiende a los usos problemáticos como

Aquellos tipos de uso que, tanto desde el punto de vista médico-toxicológico como desde el punto de vista sociocultural son capaces de provocar daños en al menos una de las siguientes áreas vitales: 1)- el área de las relaciones sociales primarias (familia, pareja, amigos), 2)- el área de las relaciones sociales secundarias (trabajo, estudio), 3)- el área de la salud física y psíquica, y 4)- el área de las relaciones con la ley.

2.1.2. EL CONSUMO PROBLEMÁTICO DE PBC EN CONTEXTOS DE POBREZA Y MARGINACIÓN SOCIAL

Para analizar los consumos de sustancias partimos del análisis que realizan Suárez y Ramírez (2014), quienes consideran que los usuarios problemáticos de drogas siguen una “ruta inversa” a la definición de estructura que realiza Kaztman (1999), en la que se entiende a ésta como un “encadenamiento de rutas de logros, donde el acceso a determinados bienes y servicios posibilita a su vez el progreso hacia nuevos recursos, bienes y servicios” (Suárez & Ramírez, 2014, p. 23). Los autores se refieren a “ruta inversa” en el sentido de que los usuarios problemáticos de los sectores más vulnerables se encuentran en una situación de vida caracterizada por la presencia de déficits sociales y económicos, que preceden al consumo y limitan su desarrollo social y humano. Incluso se podría pensar al consumo como una consecuencia de la situación de vulnerabilidad y marginación en la que se encuentran inmersos, determinada por la falta de vivienda o la precariedad habitacional, la baja escolarización, el trabajo inestable, la fragilidad de los vínculos sociales y familiares.

Como señalábamos en el capítulo anterior, la mayoría de los y las usuarias de PBC en nuestro país pertenecen a los estratos sociales pobres y marginados, sin activos sociales que puedan minimizar los efectos adversos del uso problemático de esta sustancia.

En este contexto el factor consumo actúa directamente en sus vidas, acentuando las condiciones desfavorables y limitando aún más el acceso a las oportunidades en la sociedad. Uno de los ítems más importantes de los que se habla anteriormente es el trabajo, ya que a través de éste se obtiene un lugar en la sociedad, y con ella la sensación de ser alguien, un ser productivo con capacidad de desarrollo. Refieren a que la imposibilidad de acceder a trabajos estables genera desaliento y desesperanza, porque sin esto carecerán de capacidad de posesión de objetos materiales, comenzando a utilizar medios no valorados socialmente (robo, “rastrillaje”, etc.) para obtenerlos. Los autores sostienen que se ha comprobado que las conductas delictivas y anómicas aumentan la probabilidad de consumo de drogas y a su vez el consumo de drogas en personas que presentan dificultades económicas lleva a cometer delitos para acceder a las sustancias. Esta recursividad termina generando un refuerzo entre delito y consumo y puede llevar a otras situaciones que pongan en riesgo aún más su integración social. Una de ellas es el debilitamiento o ruptura de vínculos sociales y familiares que se da a partir de problemas de relacionamiento causados, entre otras cosas, por sus conductas relacionadas con el consumo. Estos problemas pueden devenir en la expulsión por parte de la familia o el barrio, o a que sean los usuarios quienes decidan alejarse por la inseguridad del entorno que se ha vuelto hostil. A partir de la pérdida del lugar de pertenencia que ha oficiado

de sostén (material y afectivo) se pasa de la vulnerabilidad a la desafiliación social (Castel, 1997). El espacio público (plazas, paradas de ómnibus, parques, esquinas, etc.) o la calle misma pasa a ser “su lugar”, donde viven y obtienen los recursos, ya que “han quedado sin activos, sin patrimonio, sin vínculos primarios ni ningún tipo de apego dador de sentido” (Suárez & Ramírez, 2014, p. 33), reforzándose de esta forma la desafiliación social.

Los autores comentan que esta apropiación de los espacios públicos, donde transitan sus vidas y también sus consumos, profundiza la fragmentación y exclusión en sus propios barrios, transformándose en una población segregada dentro de los sectores más marginados de la sociedad. Al encontrarse en un lugar de profundo aislamiento social y sin vistas de un horizonte esperanzador en cuanto a metas que los ayuden a reinsertarse en la sociedad, los consumidores de drogas se van transformando en seres improductivos socialmente.

La noción de “nuda vida” desarrollada por Walter Benjamín, retomada por Agamben (2000) y que nosotras tomamos de Duschatzky y Corea (2002) ilustra lo que queremos expresar en relación a quienes quedan por fuera del orden social y que transitan por una sociedad que no espera nada de ellos; “...un ser de nuda vida es un ser al que se le han consumido sus potencias, sus posibilidades” (Duschatzky & Corea, 2002, p. 19).

El aislamiento se instala y se refuerza en la imposibilidad y desesperanza de encontrar opciones que lo vinculen nuevamente a la sociedad, encontrando “una excepción a tanta restricción: las drogas, la pasta base” (Suárez & Ramírez, 2014, p. 52).

El consumo, las actividades delictivas que se relacionan con éste, los vínculos de los usuarios con los nuevos entornos donde frecuentan (“bocas”, “narcos”) los convierte en una amenaza social y en un foco de alarma para su entorno.

Así se va construyendo socialmente un perfil de consumidor de PBC como un sujeto inadaptado social, un delincuente o potencial delincuente, promotor del peligro social y la inseguridad ciudadana (Silva, 2006).

2.1.3. LA SITUACIÓN DE LAS MUJERES

En este contexto de pobreza, exclusión social y consumo de PBC, nos interesa detenernos en particular, en la situación de las mujeres, quienes además de ser excluidas por ser pobres, son doblemente estigmatizadas por ser consumidoras de drogas y por contraponerse a los roles femeninos clásicos (Llort et al., 2013).

Las mujeres que usan drogas son consideradas “más desviadas” que sus pares hombres y esto está relacionado con los ideales sociales de género (Fernández, 2001).

Siguiendo a esta autora, la mujer que abusa de drogas además de transgredir los ideales sociales de género (ser elegante, pura, sumisa, comprensiva, flexible) se agrega el estar fuera de control, ser sexualmente permisiva y destructiva, y poner en peligro la estabilidad y bienestar de la familia. Esto se opone al mandato social de sostener el equilibrio emocional, por lo cual el consumo de drogas es visto como un fracaso más grave en las mujeres, ya que expone sus dificultades afectivas para hacer frente a las circunstancias de la vida.

Es por esto que cuando las drogas son consumidas por mujeres se les tiende a asignar etiquetas más negativas, y cuánto más baja esté la sustancia consumida en la jerarquía de las drogas³, más negativa será la etiqueta (Fernández, 2001).

Esto se complejiza aún más cuando se trata de mujeres embarazadas o que ya han sido madres. En ellas, el hecho de consumir drogas se considera un fracaso en su rol como mujer, en tanto no cumplieron con su papel de cuidadoras.

Las mujeres-madres consumidoras de drogas suelen ser estigmatizadas y penalizadas en función de que sus acciones se apartan de la imagen socialmente aceptada como “La Madre”. Aquellas mujeres-madres que no cumplen con las expectativas de ese papel social son catalogadas como “malas madres”. Se considera “malas madres” a aquellas mujeres que “contradicen la supuesta naturaleza de todas las mujeres, la de desear ser madres y, además, la de saber hacerlo bien, entendiéndose por esto el querer, poder y saber hacerse responsables de sus críos, amarlos y cuidarlos hasta que puedan valerse por sí mismos” (Palomar & Suárez, 2007, p. 314).

Si bien culturalmente la mujer adicta carga con determinados estereotipos y estigmas sociales, adherimos al planteo de Fernández (2001) de que es importante atender a las diferencias intra-género ya que las circunstancias de la vida de cada mujer son únicas, por lo cual la situación de cada una dependerá de su nivel de vida y el acceso a los bienes materiales (trabajo, educación, vivienda, servicios de salud) y simbólicos, la etnia, la religión, la edad, sus vínculos sociales, etc.

³ Ettore plantea la hipótesis de la “jerarquía de las drogas” en la que cada sociedad juzga a las sustancias de acuerdo a los valores sociales predominantes y a ideas tales como contaminación y pureza. Así los distintos tipos de drogas obtendrían cierto status donde las drogas legales (socialmente aceptadas) como el alcohol gozarían de mayor “prestigio” que las drogas ilegales (cocaína, heroína, etc.) las que son vistas como contaminantes y se encuentran en el escalón más bajo de la jerarquía.

Analizar el fenómeno del consumo de drogas desde una perspectiva de género, posibilita estudiar sus características específicas, así como los significados y valoraciones que las mujeres les otorgan.

2.2. MATERNIDAD Y CONSUMO PROBLEMÁTICO DE PBC

En esta sección se dejaron planteados los supuestos teóricos que luego nos permitirán analizar el proceso de devenir madre en determinadas circunstancias materiales y subjetivas, teniendo en cuenta el trasfondo social, económico y cultural en el cual surgió el consumo problemático de PBC.

2.2.1. EL PAPEL DE LA MATERNIDAD EN LA VIDA DE LAS MUJERES

La maternidad como construcción social, es una dimensión clave en el desarrollo de la subjetividad de las mujeres, siendo valorizada como emblema de la femineidad y como aspecto central del proyecto de vida de las mujeres. En la práctica de maternidad tradicional el deseo de ser madre se identifica como parte de la naturaleza del ser mujer, y como una forma de acceder a un lugar validado socialmente (Lozano, 2001). La autora afirma que en la mujer existe “un predominio de la voluntad de satisfacción narcisística sobre la decisión –o asunción en el caso de ser un acto no previsto- de ser madre (Lozano, 2001, p. 311) y que los hijos e hijas se convierten en “objetos de pasión narcisística”.

La decisión de ser madres es impulsada por emociones y deseos poco explicitados y está ligada a mandatos sociales vinculados a tradiciones, costumbres, normas y creencias implícitos en las prácticas discursivas de género (Palomar, 2004).

En los barrios más vulnerables, precarios y marginales de la sociedad “la maternidad se vincula con deseos de autorealización y/o afirmación de las propias subjetividades e identidades genéricas” (Castilla & Lorenzo, 2012, p. 71). Las autoras señalan que en estos sectores donde generalmente el inicio de la maternidad se produce en la adolescencia, el rol maternal brinda a las mujeres recompensas y gratificaciones que muchas veces no encuentran en otros ámbitos. El hecho de sentir a los hijos como “propios” reproduce y reafirma el lugar de madre como dadora de identidad a las mujeres.

Por otro lado, cobra especial importancia el sentido que la maternidad adquiere en la trayectoria vital de las mujeres (Imaz, 2010) y el lugar que ocupará el futuro hijo o hija en sus vidas, entendiendo el deseo de hijo como histórico, portador de significaciones inconscientes e investido de las vicisitudes libidinales de la historia de sus padres (Tubert, 1996).

2.2.2. EL PROCESO DE CONVERTIRSE EN MADRE

El proceso de “convertirse en madre” es complejo y extenso en el tiempo, pero además tiene que ver con “un proceso de decisión, una evolución emocional y afectiva e, incluso, una transformación en la identificación subjetiva (...) un proceso de aceptación derivado del reconocimiento de un niño o niña como hijo o hija propio” (Imaz, 2010, pp. 175-176).

La autora llama “proceso de decisión” al trayecto que va del “deseo de maternidad” al “deseo de hijo/a”, que implica la aceptación de una posición social que las sitúa como madres de alguien. La autora agrega la valoración de las circunstancias (económicas, laborales, sociales, entre otras) del momento vital en el que se encuentran las mujeres y lo adecuado o no de las circunstancias en que se elige ser madre. A través de los aportes de Beck-Gersheim (2003) reflexiona sobre el mandato social de concebir la vida como un plan y la censura que se produce sobre aquellas personas que no planifican adecuadamente, adjudicándosele las etiquetas de irracional, ingenuo o irresponsable. Expresa que desde esta perspectiva la maternidad sólo puede ser buena si es planificada atendiendo al hecho de poder garantizar bienestar y estabilidad para los hijos/as, tanto a corto como a largo plazo.

Dos autoras francesas, Nezelof y Dodane (2010) analizan que en el proceso de devenir padres, además de aspectos culturales que se ponen en juego, influyen componentes hereditarios y las experiencias de buenos y malos tratos que han tenido en su historia familiar. Las autoras expresan que la transmisión intergeneracional de los cuidados desempeña un papel importante en el ejercicio de la maternidad, no obstante, la madre no está necesariamente destinada a repetir los viejos patrones de maternidad que ella experimentó.

Parafraseando a Simone de Beauvoir, Imaz (2010) defiende la idea de que las madres no nacen, llegan a serlo y sostiene que considerar que el parto convierte a la mujer en madre es naturalizar la maternidad y pensar que un hecho biológico en sí puede dar cuenta de las categorías sociales. Menciona la importancia de detenerse en las complejas etapas que componen el tránsito a la maternidad y a la conversión de una mujer al nuevo estatus de madre. Sostiene que en este proceso los objetos y ropas que van recibiendo mediante regalos, préstamos o donaciones constituyen los primeros momentos de materialización y especialmente la ropa, que dibuja el contorno del niño/a que nacerá, tiene un poder de evocación de lo que va a llegar. Estas cosas van entrando en sus cotidianidades y de esta forma apremian a las mujeres a pensarse a sí mismas como madres. También las ecografías tienen la capacidad de promover el proceso de reconocimiento del hijo/a y junto a ello el autorreconocimiento de sí misma como madre.

La autora agrega que las clases de preparación para el parto constituyen espacios de iniciación donde las mujeres pasan a ser pertenecientes al nuevo grupo social de madres; las ayuda a salir de la rutina diaria, pensar en las transformaciones que están ocurriendo en sus vidas y a asumir la nueva identidad. Resalta el papel que desempeñan estas clases en el proceso de preparación para la maternidad:

...además de un espacio de aprendizaje el curso se convierte en un espacio de encuentro, un lugar en el que se expresan expectativas, dudas y preocupaciones, un espacio de intercambio de experiencias y la ocasión de comunicar emociones y sensaciones que normalmente no tienen oportunidad de compartir” (Imaz, 2010, pp. 208-209).

2.2.3. SER MADRE EN SITUACIONES DE CONSUMO DE DROGAS

Nos interesa detenernos en las características del proceso de preparación mental de la maternidad en el caso de mujeres que presentan una adicción. Nos resultan interesantes los aportes que realizan Nezelof y Dodane (2010) sobre las reacciones de las mujeres usuarias de drogas frente al embarazo. Expresan que las mismas son variables y oscilan entre la idealización y el rechazo, dependiendo de si la adicción es conocida y tratada y si el embarazo fue deseado o no. Agregan que por lo general el embarazo genera una vivencia de completud en las mujeres y que el bebé es idealizado y ubicado como posible reparador de situaciones traumáticas vividas en el pasado. Este reforzamiento narcisístico transitorio puede volver menos imperioso el recurrir a conductas adictivas, tratándose de un tiempo propicio a la investidura en los cuidados. Pero también puede suceder que el bebé sea vivenciado como potencialmente persecutorio pudiendo reactivar en la madre su propia vivencia de dependencia y el recuerdo doloroso de sus experiencias infantiles.

En el caso de las mujeres-madres consumidoras de PBC la modalidad de consumo que adoptan (“giras”) caracterizada por el alejamiento del hogar por tiempos prolongados para conseguir la sustancia, “se contraponen de forma categórica con el horizonte normativo que caracteriza a la *buena madre*, es decir, una madre presente en el hogar, que cuida a sus hijos y está pendiente de sus necesidades” (Castilla & Lorenzo, 2012, p. 76). Por este motivo las autoras hablan de una triple exclusión que sufren estas mujeres, ya que no sólo son pobres y adictas, sino que también, son madres que abandonaron a sus hijos.

La estigmatización social de las “madres adictas” se vincula con una forma de concebir a la maternidad, basada en el sistema patriarcal, definida como una tarea individual que se sitúa exclusivamente en el ámbito privado. Esto se relaciona con la *naturalización del vínculo materno-filial* y de *las labores de la crianza* que relata Imaz (2010) cuando analiza las naturalizaciones de la maternidad.

En relación al primer punto (“naturalización del vínculo materno-filial”) habla del vínculo entre madre e hijo/a como un vínculo estrecho, exclusivo ya que sólo está orientado hacia su bebé; y selectivo, porque no puede esperarse la actitud maternal más que de la mujer que ha parido al niño/a. Hace referencia al concepto de “maternidad individualista” de Stolcke (1984) en la que se considera las labores maternas como exclusivas de la madre biológica, lo que conlleva a que éstas se hagan en soledad y que no quepa ninguna posibilidad de socializarlas o delegarlas. De acuerdo a la segunda naturalización (“de las labores de la crianza”) “la atribución de estas labores a las mujeres en general y a las madres biológicas en particular proviene de considerar que las mujeres por sus características psíquicas y físicas están mejor preparadas que los varones para desarrollarlas” (Imaz, 2010, p. 114).

En este sentido, las tareas de crianza, educación y cuidado están centradas en la mujer, sin poder entenderse a la maternidad, siguiendo el planteo de Lozano (2001, p. 270), como “una interacción de sujetos implicados en un ámbito sociocultural concreto”.

En este contexto, las mujeres que consumen PBC y que por su consumo problemático se alejan del hogar por tiempos prolongados, o no pueden brindarle a sus hijos el mejor entorno para un desarrollo saludable por las condiciones en las que viven, son fuertemente penalizadas y juzgadas moralmente.

2.2.4. EL LUGAR DE LA MADRE EN EL VÍNCULO TEMPRANO

Chodorow (1978) refiriéndose al ejercicio de la maternidad señala

En nuestra sociedad como en la mayor parte de las sociedades, las mujeres no sólo llevan los hijos en el vientre y después los paren; también asumen la responsabilidad primordial de su cuidado, invierten en ellos mucho más tiempo que los hombres y mantienen los primeros lazos emocionales con los bebés (Chodorow, 1978, p. 13).

La autora agrega que a pesar de la inclusión de las mujeres en el mundo del trabajo (fuera de la casa), el ejercicio maternal sigue siendo una tarea fundamentalmente femenina. Sostiene que las mujeres tienen la responsabilidad primaria del cuidado de los niños en la familia y fuera de ella, y que esto se trasmite de generación en generación. Basándose en la teoría psicoanalítica analiza el desarrollo de la personalidad femenina y masculina para demostrar que el ejercicio de la maternidad produce cíclicamente. Las mujeres son preparadas para ejercer la maternidad y comprometerse mucho más en relaciones interpersonales y afectivas; en tanto los hombres son preparados para un rol menos afectivo y para su participación en el mundo impersonal y extrafamiliar del trabajo y la vida pública (Chodorow, 1978, p. 18).

Como señala Chodorow la figura materna se relaciona estrechamente con el plano afectivo, cobrando relevancia en el desarrollo del vínculo temprano. En términos psicoanalíticos el vínculo temprano refiere a las primeras interacciones de la madre y el bebé, determinantes en la estructura psíquica de éste (Freire de Garbarino, 1992). En este proceso la madre cumple un rol fundamental, promoviendo el desarrollo o maduración físico, cognitivo y emocional de su hijo. A través de sus cuidados (“holding”, “handling”, “presentación de objeto”) ayuda al bebé a satisfacer sus necesidades y a construir en su mente la imagen del mundo (Defey, 1995). Desde esta perspectiva, los cuidados deben ser continuos y permanentes, a los efectos de evitar discontinuidades en el proceso de crecimiento y maduración que podrían ocasionar problemas en la salud del niño o niña.

Desde la teoría del apego de John Bolwby, se visualiza a esta etapa (primeros tiempos luego del nacimiento) como fundamental para el desarrollo de la relación afectiva entre el niño/a y sus “cuidadores primarios” y “todo lo que se incorpore en esta etapa está afectado por una fuerte carga emocional” (Muñoz, Sánchez, Arcos, Vollrath & Bonatti, 2013, p. 2).

Como comentábamos, la responsabilidad de la crianza recae en las mujeres, concibiéndose a otras personas del medio ambiente familiar como una especie de “acompañantes” o “ayudantes” de la figura materna, importantes en el proceso de sostén y protección del niño o niña. Las mismas oficiarán de figuras facilitadoras en el proceso de dependencia absoluta a la independencia relativa de todo niño/a (Winnicott, 1979).

Stern (1978) menciona además como un hecho importante para las mujeres-madres, el poder contar con el apoyo de otra/s mujer/es con experiencia en el tema de la maternidad, entendiéndolo como una necesidad psicológica de la mujer, y destaca el lugar de influencia preponderante que cobran sus propias madres.

Consideramos que la perspectiva psicoanalítica, por una parte ha contribuido al desarrollo de un campo prolífero en relación al vínculo temprano, pero por otra parte, ha dejado de lado otros componentes importantes del entorno inmediato de la madre y el bebé.

Por este motivo, visualizamos la necesidad de complementarla con otras perspectivas que trascienden la exclusividad materna en el cuidado del niño/a, desempeñando un papel esencial las redes de sostén social en el proceso de crianza.

2.2.5. REDES DE SOSTÉN SOCIAL EN EL PROCESO DE CRIANZA

El contexto socio-económico y las redes de sostén social con las que cuentan las mujeres para el desarrollo de la maternidad son aspectos a tener en cuenta en la construcción del vínculo con sus hijos.

Sluzki (1996), considera a la red social como un conjunto de relaciones significativas incluyendo a la familia, amistades, relaciones laborales, comunitarias, de servicio o credo. Afirma que la presencia de una red social estable, sensible, activa y confiable protegería la salud de las mujeres y de sus hijos.

Asimismo hay evidencias que muestran que:

...la salud reproductiva, neonatal, mental y familiar se deteriora cuando las mujeres tienen: empleos precarios, embarazos sin seguridad social, habitabilidad informal e insegura de la vivienda, baja escolaridad, ausencia de la pareja en el hogar, riesgo psicosocial asociado a insuficiente apoyo familiar, síntomas depresivos, violencia de género, abuso de sustancias y conflictos con la maternidad... (Muñoz et al., 2013, p. 2)

Reforzando la importancia de la existencia de redes sociales en el proceso de maternidad, adherimos al planteo de Lozano (2001) quien propone romper con la exclusividad de la mujer en el proceso de crianza de sus hijos y “reestructurar y dotar de sentido la participación paterna tanto en el nivel simbólico como en la provisión de cuidados durante el proceso de socialización de niños y niñas” (Lozano, 2001, p. 306). La autora refiere a la existencia de una “crisis/ausencia de una función paterna” y a la inexistencia de un patrón cultural que dé cuenta del sentir-deber-actuar paterno, a diferencia de las mujeres quienes son juzgadas cuando no cumplen con los cuidados maternos.

En el proceso de crianza del niño/a, además de participar el padre y la madre y el entorno más inmediato (familia), se hace necesario incluir políticas integrales que atiendan los soportes sociales requeridos para el ejercicio de la maternidad. Fundamentalmente en aquellas situaciones donde se presentan dificultades en el proceso, como es el caso de mujeres adictas, haciéndose necesario mejorar la accesibilidad a todo tipo de recursos comunitarios (Llort et al., 2013).

Por otro lado, pensando en la particularidad de las situaciones de las mujeres del estudio, consideramos importante visualizar lo que Sluzki (1996) ha señalado como activación de nuevas redes –como servicios sociales y de salud- producida por la presencia de una enfermedad o problema de salud.

Además de las redes de sostén con las que cuentan las mujeres para el desarrollo de la maternidad, consideramos que la existencia de un medio ambiente facilitador es central para la configuración del psiquismo en el primer año de vida y para un desarrollo saludable (Campos, 2007). Con la idea de ambiente facilitador, hacemos referencia fundamentalmente a las características del entorno donde se produce el desarrollo del niño/a. Siguiendo a Stutman (2004) consideramos fundamental, la continuidad en el cuidado del bebé y las experiencias

vinculares positivas durante los primeros tiempos luego del nacimiento, constituyendo dos pilares determinantes en la estructuración psíquica del futuro niño/a.

A modo de cierre, atendiendo a las particularidades de las situaciones de las mujeres de nuestro estudio, dejamos planteada –para profundizar luego, en la discusión de los resultados- la complejidad del ejercicio de la maternidad en este contexto, para el cual se requiere un entorno alejado de aquel donde desarrollan sus vidas durante el consumo.

De esta forma, cobra especial importancia atender a la reorganización cotidiana de las mujeres luego de ser madres, y a los recursos (tanto afectivos como materiales) con los que cuentan para construir un ambiente propicio para el ejercicio de la maternidad y el desarrollo saludable de su hijo/a.

Capítulo III

Objetivos y Metodología

3.1. OBJETIVO GENERAL

Estudiar el vínculo madre-hijo en mujeres madres que se encuentran en tratamiento de rehabilitación por uso problemático de PBC.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Indagar cómo operan las representaciones que tienen las mujeres con respecto a sí mismas como madres y con respecto a sus hijos en la construcción del vínculo con ellos.
- Comprender cómo se relaciona el uso problemático de PBC con la construcción del vínculo con sus hijos y sus características.
- Identificar las interacciones que jerarquizan las mujeres madres en el vínculo con sus hijos.
- Explorar cuáles son las redes de sostén de las mujeres y qué papel juegan en la construcción del vínculo con sus hijos.

3.3. FUNDAMENTACIÓN DE LA ESTRATEGIA METODOLÓGICA

En función de los objetivos planteados se optó por realizar un estudio cualitativo. Siguiendo el planteo de Kornblit (2004) las metodologías cualitativas permiten describir la complejidad de las estructuras conceptuales en las que se basan las prácticas y las ideas y creencias de las personas para poder comprender las significaciones habituales con las que transitan en sus vidas.

El diseño cualitativo nos permite conocer las perspectivas subjetivas de las mujeres en cuestión, en relación a una parte de sus vidas –la maternidad y la construcción del vínculo con sus hijos-.

Este tipo de estudio posibilita “dar sentido o interpretar los fenómenos en los términos del significado que las personas les otorgan” (Vasilachis, 2007, p. 24) propiciando un nivel de análisis micro-social (Sautu, Boniolo, Dalle & Elbert, 2005).

Se comparte el planteo de Vasilachis (2007) con respecto a que este tipo de estudios privilegia la observación y el estudio de los sucesos o situaciones con la intención de captarlos en su complejidad, tal como ocurren sin controlarlos ni modificarlos. Pero se tiene en cuenta que la realidad se construye a partir de la interacción que se da entre las entrevistadas y la investigadora dentro del campo y de las preguntas que ésta se va haciendo de los datos. A partir de esta idea queda reflejado el enfoque constructivista desde el cual nos posicionamos.

El enfoque teórico-metodológico empleado está basado en la Teoría Fundamentada definida por Strauss y Corbin (1994), citados por Vasilachis (2007, p. 153) como “una metodología general para desarrollar teoría que está enraizada en información sistemáticamente recogida y analizada”.

Se utilizaron dos estrategias centrales de la Teoría Fundamentada: el muestreo teórico y el método de comparación constante. El muestreo teórico consiste en la recolección, análisis y categorización de datos empíricos dirigidos por la teoría que emerge.

Este tipo de muestreo orienta el proceso hacia la selección de aquellas unidades y dimensiones que permiten una mayor cantidad y calidad de información. El método de comparación constante es la comparación constante de la información de semejanzas y diferencias a través del análisis de los incidentes contenidos en los datos.

Por otro lado, a los efectos de cuidar la rigurosidad científica, se tuvo en cuenta la importancia del análisis de la implicación (Lourau, 1989) de la investigadora, abordando aspectos como la ubicación política y ética frente al problema, la relación humana y de poder que se establece con las mujeres entrevistadas y la movilización de afectos que se produjo

durante el trabajo de campo. En este sentido, el análisis de la implicación constituyó un componente metodológico fundamental, siendo sumamente trabajado en las instancias de tutoría, a lo largo del proceso de investigación y posteriormente en la redacción del presente trabajo.

3.4. UNIVERSO DE ESTUDIO Y CRITERIOS DE INCLUSIÓN DE LA MUESTRA TEÓRICA POR CONVENIENCIA

El universo de estudio refiere a mujeres con experiencias de embarazo y parto con uso problemático de PBC. Se definieron criterios de inclusión para el muestreo teórico, por conveniencia, tomando en consideración algunas variables fundamentales en función de los objetivos de la investigación.

Se buscó incluir a mujeres con hijos a cargo, así como aquellas cuyos hijos no se encontraban conviviendo con ellas, por estar bajo la tutela de algún familiar, en proceso de adopción o en dependencias del Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay (INAU).

Se estableció que el límite de edad de los hijos fuera de dos años, de modo de identificar las características del vínculo temprano madre-hijo, aunque este criterio no excluyó a mujeres que tuvieran otros hijos mayores de esta edad. Se buscó incluir una muestra heterogénea de mujeres desde el punto de vista de sus condiciones sociales y económicas.

Se entrevistó a 11 mujeres madres que cursaron la experiencia de embarazo y parto, que presentaban un uso problemático de PBC y contaban con algún sostén de contención, familiar o institucional (asistencia a un centro de tratamiento y rehabilitación, consulta psicológica o psiquiátrica, comunidad terapéutica, grupos de ayuda mutua, etc.).

Consistió en una muestra intencional, seleccionada de acuerdo a la relevancia teórica de la misma (Glasser y Strauss, 1967) y el número de entrevistas se fundamentó en la saturación teórica, definida como el momento del proceso de investigación en el cual ya no se obtiene información nueva.

Para la captación de las entrevistadas, se eligieron dos instituciones sanitarias: el Portal Amarillo por ser el centro de referencia nacional en el tema drogas, y el Hospital de la Mujer del CHPR, por ser la referencia nacional en maternidad en el ámbito público.

Dado que el perfil socioeconómico de las mujeres captadas en estas instituciones resultó ser homogéneo, se amplió la estrategia de captación a comunidades terapéuticas e instituciones sanitarias privadas. El acceso fue muy dificultoso, y en los casos donde se logró establecer un contacto con estas instituciones, expresaron no contar con usuarias que presentaran las características del estudio. También se recurrió a psicólogos y psiquiatras que

podiesen tener contacto con pacientes atendidas en el ámbito privado. La dificultad para acceder a usuarias consumidoras de PBC de sectores socioeconómicos medios y altos, podría estar relacionada con la estigmatización social de estas mujeres, y con la concentración geográfica y socioeconómica de la población usuaria de PBC en los barrios montevideanos de menores recursos.

El proceso de selección de las mujeres se realizó en base a las coordinaciones con el equipo técnico del Portal Amarillo y el Hospital de la Mujer del CHPR.

Como comentábamos anteriormente, fueron entrevistadas un total de 11 mujeres; 3 de ellas concurrían al Portal Amarillo (2 se encontraban realizando tratamiento ambulatorio, y 1 estaba internada en el residencial), y otras 7 concurrían al CHPR, al grupo que realiza el equipo de salud mental con una frecuencia semanal. Por otro lado, a través de la Junta Nacional de Drogas se contactó a otra de las mujeres entrevistadas que gestiona una red de usuarios de drogas, que si bien no presentaba un uso problemático de PBC en el momento de la entrevista, cursó uno de sus embarazos bajo esas condiciones. Se consideró la experiencia como aporte relevante para la investigación, ya que al encontrarse en abstinencia de PBC hace unos años, la re-significación de la experiencia posibilitó la problematización de su situación de consumo problemático durante el proceso de maternidad.

En la tabla N°1 se detallan los datos socio-demográficos de las mujeres entrevistadas, indicando sus edades y la de sus hijos, lugar de residencia y escolaridad.

En el capítulo de *Resultados y Discusión* se encontrará una descripción más detallada de cada una de las entrevistadas. Cabe aclarar que todos aquellos datos que pudieran identificar a las mujeres fueron modificados a los efectos de proteger la privacidad e identidad de las mismas.

Tabla N° 1: Características socio-demográficas de las mujeres del estudio.

NOMBRE	EDAD	EDAD HIJO/A	LUGAR DE RESIDENCIA	ESCOLARIDAD
Carla	25 años	2 años	San José	Secundaria incompleta
Daniela	26 años	10 días	Montevideo/Parque Posadas	Secundaria incompleta
Diana	28 años	2 meses y medio	Montevideo/Palermo	Secundaria incompleta
Analía	39 años	1 año y 4 meses	Montevideo	Secundaria incompleta
Jessica	27 años	8 meses	Montevideo/La Boyada	Primaria incompleta
Nadia	25 años	5 meses	Hogar MIDES	Secundaria incompleta
Adriana	18 años	15 días	Canelones/Las Piedras	Secundaria incompleta
Amanda	28 años	1 año	Montevideo/La Comercial	Primaria completa
Lorena	27 años	1 mes	Montevideo/Flor de Maroñas	CECAP
Melisa	28 años	2 años	Montevideo/Villa Española	UTU Incompleta
Gabriela	28 años	5 meses	Montevideo/Parque Posadas	Primaria incompleta

Fuente: elaboración propia.

3.5. TÉCNICA PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Para la recolección de la información se utilizó la técnica de entrevista semidirigida en profundidad.

Las entrevistas se realizaron en base a una pauta semi-estructurada diseñada previamente en base a los objetivos y las preguntas de investigación planteadas. Tuvieron una duración entre 45-120 minutos cada una y se desarrollaron en consultorios o espacios verdes de los servicios de salud mencionados y en dos casos en el hogar de las entrevistadas.

Las mismas fueron grabadas, previo consentimiento informado, y luego transcritas integrando los aspectos paraverbales registrados durante su realización a los efectos de ser analizadas.

La pauta de la entrevistada se utilizó de guía para la indagación pero se priorizó en todo momento la libertad de las entrevistadas de hablar y asociar espontáneamente. Se buscó generar una conversación continua y fluida teniendo como línea argumental el vínculo madre-hijo.

Las preguntas se organizaron en tópicos conceptuales que correspondían a cada uno de los objetivos:

- Representaciones de las mujeres de sí mismas como madres y con respecto a sus hijos.
- Uso problemático de PBC y su relación con la maternidad.
- Interacciones madre-hijo.
- Redes de sostén en la crianza de sus hijos.

Además de la técnica de la entrevista para la recolección de la información se tuvieron en cuenta las notas de campo de las reuniones mantenidas con los equipos de salud del CHPR y del Portal Amarillo. En el caso del CHPR la investigadora participó en algunas instancias del grupo terapéutico (donde participaban la mayoría de las mujeres entrevistadas). El registro se realizó en notas de campo, las cuales permitieron ampliar el conocimiento acerca de las situaciones de alguna de las entrevistadas, constituyendo un insumo importante para el análisis de datos.

3.6. PROCESO DE ANÁLISIS

Las entrevistas fueron grabadas y luego desgrabadas a través de un pedal electrónico que facilitó la conversión del audio en un registro escrito. En el momento de la transcripción se fue agregando el lenguaje paraverbal de las entrevistadas a través de las reglas de Jeffersonian⁴. Por este motivo las entrevistas solían desgrabarse en un tiempo inmediato luego de su realización, a los efectos de tener la memoria fresca y poder registrar todos los detalles, ya que generalmente era muy difícil hacerlo en el momento de la entrevista.

Los datos proporcionados por las mujeres en las entrevistas fueron complementados con los datos de las notas de campo, las cuales fueron organizadas en un documento único para ser integradas en el proceso de análisis. Se agruparon los registros realizados durante las entrevistas, y aquellos que se hicieron luego del retiro del campo en grabaciones de audio o a través de notas escritas.

4 Nos referimos a las convenciones para la transcripción de entrevista de Gail Jeffersonian (1984).

Toda la información fue sistematizada a través del programa Atlas. Ti versión 6.0.15, en el cual se creó una unidad hermenéutica con todas las entrevistas y notas de campo para luego ser analizadas.

El material fue leído más de una vez para ser codificado. El proceso de reducción de datos fue dinámico. Se realizó una combinación de estrategias inductiva y deductiva para elaborar las categorías analíticas. Este criterio inductivo-deductivo se inició con un marco teórico para plantear macrocategorías (mencionadas anteriormente). Se comenzó con una codificación abierta, la información del texto se clasificó en partes según estas macrocategorías y a partir del examen del discurso fueron emergiendo categorías más específicas. Las categorías se fueron revisando y reelaborando integrando aquellas emergentes del proceso de análisis, siguiendo las dos estrategias de la Teoría Fundamentada.

A medida que se avanzó en el proceso de análisis la codificación fue siendo más focalizada y selectiva; se fueron descartando incidentes poco relevantes, reduciendo el conjunto de categorías y propiedades y se establecieron relaciones entre las mismas.

Este proceso permitió definir las dimensiones de análisis presentadas en el siguiente capítulo a los efectos de ser discutidas teóricamente.

Por un lado, *Las condiciones materiales y subjetivas de las mujeres* donde se incluye:

- el entorno socio-familiar donde crecen y se desarrollan las mujeres, atendiendo particularmente a las experiencias vividas en su infancia y adolescencia.
- la iniciación en el consumo de drogas y específicamente de PBC y las prácticas cotidianas relacionadas a ésta.
- las redes de sostén social.

Por otro lado, *Ser madres en el contexto del consumo problemático de PBC*, donde se incluye:

- Las experiencias vividas durante el proceso de embarazo hasta el nacimiento de sus hijos y las redes de sostén con las que contaban las mujeres.
- Las prácticas de consumo de PBC durante el embarazo y sus afectaciones emocionales.
- Las representaciones de sí mismas como madres y las representaciones con respecto a sus hijos.

Por último, *Complejidades en la construcción del vínculo madre-hijo* donde se incluye:

- Las experiencias del parto y puerperio y las redes de sostén con las que contaban las mujeres.
- Las experiencias vinculares tempranas de las mujeres con sus hijos.
- El lugar del tratamiento de rehabilitación luego del nacimiento de sus hijos.

- El proceso de crianza y las redes de sostén para el ejercicio de la maternidad.

3.7. MARCO INSTITUCIONAL Y ASPECTOS ÉTICOS

Previo a la implementación del estudio se realizó el contacto con las organizaciones (Hospital de la Mujer del CHPR, Centro de Referencia Nacional de la Red Drogas –Portal Amarillo- y Junta Nacional de Drogas), con el objetivo de conocer la accesibilidad, receptividad e interés de las mismas.

Con la Junta Nacional de Drogas se realizó una reunión con una referente en el tema drogas y género, quien colaboró en la captación de mujeres para las entrevistas y en el aporte de materiales que sirvieron de insumos para la conceptualización del tema abordado.

En el caso de las organizaciones sanitarias se realizaron las coordinaciones formales para solicitar el aval institucional del Comité de Ética en Investigación para el desarrollo del proyecto de investigación. Luego de aprobada la implementación del mismo fueron efectuadas una serie de reuniones con los equipos de salud mental, específicamente con las coordinadoras de los grupos terapéuticos que participaban las mujeres entrevistadas. En estas instancias, se informaron los objetivos de la investigación, el cronograma de planificación, los criterios de inclusión de la población a estudiar y el marco ético del estudio.

Un aspecto contemplado y conversado con los equipos fue la movilización afectiva de las entrevistadas al hablar sobre estos temas y las resonancias de la investigadora, siendo necesario realizar encuentros con los equipos (fundamentalmente en el CHPR, donde se realizaron la mayoría de las entrevistas), durante el trabajo de campo, para pensar algunos aspectos de las historias personales de las entrevistadas y a los efectos de contribuir al análisis de la implicación mencionado anteriormente.

En relación a las mujeres que participaron, se les informó, en forma clara y comprensible, los propósitos, riesgos y beneficios con el objetivo de que pudieran decidir voluntaria y conscientemente si deseaban participar o no de la investigación. Se les presentó el documento de consentimiento, donde estaba registrada una síntesis del proyecto y las condiciones bajo las cuales se realizarían las entrevistas. Se expresaba que las mismas serían grabadas para luego ser transcritas, garantizando la privacidad, protección de la identidad y confidencialidad de los datos. Además se comunicó la posibilidad de una devolución de los resultados obtenidos, expresando que se haría solo en el caso que existan datos relevantes y justifiquen el intercambio de los mismos.

El proyecto obtuvo el aval del Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Psicología, Universidad de la República.

Capítulo IV

Resultados y Discusión

Este capítulo se divide en dos secciones, la primera sección consiste en la presentación de las mujeres del estudio a través de una breve reseña sobre sus historias personales; en la segunda sección se presenta la discusión de los resultados del estudio.

4.1. PRESENTACIÓN DE LAS MUJERES DEL ESTUDIO

Para plantear las rutas de análisis que arrojó el estudio, consideramos relevante realizar una breve presentación de las mujeres entrevistadas, retomando elementos de las entrevistas, de las notas de campo e información proporcionada por los equipos técnicos que trabajaban con ellas. Cabe aclarar que todos aquellos datos que pudieran identificar a las mujeres fueron modificados a los efectos de proteger su identidad y privacidad.

La presentación de cada una de ellas se realiza a modo de aproximar al lector a las experiencias de vida de las entrevistadas facilitando la contextualización de sus discursos.

4.1.1. HISTORIAS PERSONALES

CARLA

Tiene 25 años. Es soltera y vive en la ciudad de San José. Se dedica a hacer comidas para vender junto con una amiga quien pone su casa para realizar el trabajo. Vive con su hijo Guzmán de 2 años con quien concurre a la entrevista. Guzmán es un niño alegre y muy inquieto. Durante el grupo en el CHPR y la entrevista se mantuvo activo, buscando diferentes medios para captar la atención de los presentes. Carla lo observa con ternura y expresa sentirse feliz de poder tenerlo con ella. Relata la difícil situación que les tocó vivir después de su nacimiento, enfrentando el sufrimiento de estar separada de su hijo en dos oportunidades por su problema con el consumo de PBC.

Carla no conoció a sus padres biológicos, fue criada por una familia que según sus palabras *“no la quería mucho”*. Perdió a su padre de crianza a los 17 años y decidió marcharse de su casa ya que sufría las continuas amenazas de su madre de crianza quien le recordaba que cuando cumpliera 18 años tenía que irse.

Vino para Montevideo donde hizo un curso de Gastronomía a través de INAU y comenzó a trabajar. Hizo nuevos amigos, empezó a salir a bailar, y en el ambiente nocturno inició el consumo de cocaína. Luego conoció al papá de su hijo, con quien probó por primera vez PBC; *“Primero era una vez por semana, después dos, después tres, después todos los días, después todos los días y todo el tiempo”* y así fue como poco a poco se fue alejando de sus amistades hasta llegar a vivir en la calle con su pareja, momento en el que queda embarazada de Guzmán.

Cuando éste nació estuvo 2 meses internado en cuidados moderados por motivos que desconocemos. Durante ese tiempo ella continuó consumiendo con su pareja, hasta que decidió separarse porque la situación resultó insostenible.

El equipo de salud del hospital le facilitó el acceso a un centro de alojamiento para usuarios de ASSE (Tarará Prado) donde permaneció junto a su hijo hasta que éste cumplió seis meses y debieron irse a un refugio para luego vivir un tiempo en la casa de una tía paterna de su hijo.

De acuerdo a lo que plantea Carla, la familia de su pareja quería obtener la tenencia de Guzmán y boicoteaba todos sus intentos por salir adelante. Desconfiaban de su capacidad para hacerse cargo de su hijo, expresando que volvería a consumir y lo abandonaría.

Carla continuó trabajando y cuando pudo volver a San José junto con su hijo con la idea de alejarse del entorno y de sus vínculos de consumo. Allí tuvo una recaída y a partir de una denuncia realizada por una vecina fue separada de su hijo, quien pasó a vivir en un hogar de INAU durante 22 días. La jueza a cargo del caso estableció pautas que ella cumplió responsablemente, lo que le permitió recuperar a su hijo.

Carla comenta que el nacimiento de Guzmán cambió su vida: *“mi vida no tendría sentido ya sin él”*. Éste constituye un factor protector para Carla, ya que su miedo a perderlo es más importante que el consumo.

JESSICA

Tiene 27 años. Vive en un barrio cercano a los accesos de la ciudad de Montevideo. Fue madre por primera vez a los 17 años, de su hija Maite (10 años) y luego de Mercedes (7 años). Según Jessica ambas se encuentran con la familia paterna porque ella trabajaba todo el día y no podía hacerse cargo de sus hijas. Maite vive con su padre y su pareja y Mercedes con la tía del padre. Las ve los fines de semana que van a su casa, y expresa tener un vínculo de hermanas, más que de madre e hija.

Tuvo tres hijos más con otra pareja, Cristian (4 años), Javier (2 años) y Mía (8 meses). Jessica cuenta que con su segunda pareja se conocieron consumiendo. Si bien al principio fueron buenos compañeros, lograron dejar el consumo, estabilizarse y construir un hogar; con los años y las recaídas empezaron los problemas. Según sus palabras, cada vez estaba más encerrada en su casa, sin poder salir a ningún lado porque él pensaba que iba a prostituirse para consumir. Además de la violencia psicológica, Jessica comenzó a sufrir malos tratos físicos y abuso sexual. Intentó separarse cuando estaba embarazada de Javier, pero volvió a su casa “pensando en sus hijos”. Hasta que un día esperó que él se embarcara (pescaba en

altamar), vendió su casa y se fue embarazada de 5 meses de su hija Mía con sus 2 hijos (Cristian y Javier). Le construyeron una casa de “Un techo para mi país” en el terreno de su padre, donde vive hasta la actualidad.

Mía, su hija menor, es producto de una situación de abuso de su pareja. De acuerdo a sus palabras “nació sana pero a los tres meses sufrió una infección en la cabeza”, por lo que estuvo hospitalizada en el CHPR. A partir de este momento se judicializa la situación y el juez resuelve que Mía pase a un hogar de INAU ya que Jessica continuaba consumiendo PBC y su padre era consumidor problemático de alcohol.

Hace dos meses Jessica fue detenida tras una violenta pelea con su padre y la pareja de éste. El juez estableció que Cristian y Javier vivieran con su hermana Mía en un hogar de INAU: “El Retoño”. Desde ese momento Jessica comenzó tratamiento en el Portal Amarillo. Visita a sus hijos dos veces por semana. Cuenta con el sostén de Germán, su actual pareja, quien la apoya para que continúe el tratamiento y pueda recuperar a sus hijos. Nos cuenta que Germán es la única persona a la que puede recurrir, ya que si bien tiene otros familiares, prefiere no molestarlos o ha perdido el vínculo por diversos problemas (como con su mamá y su hermano).

Jessica manifiesta temor de que sus hijos se olviden de ella o piensen que los abandonó. Comenta que la trabajadora social del hogar donde están sus hijos le planteó la posibilidad de darlos en adopción, y que todavía no ha podido tomar una decisión al respecto: por un lado, manifiesta el deseo de tenerlos con ella pero piensa que es difícil hacerse cargo de sus 3 hijos en las condiciones en las que vive y por otro, que al darlos en adopción implicaría brindarles una mejor calidad de vida.

ADRIANA

Tiene 18 años. Vive en la ciudad de Las Piedras en el departamento de Canelones con su abuela, dos hermanas mayores (26 y 23 años) y 3 sobrinos. El día de la entrevista se encontraba sola en el hospital, su madre había ido el día del parto por un rato, “*esperó que yo tenga al bebé, me pasaran para sala y se fue*”. Se la veía muy angustiada, con necesidad de hablar con alguien.

Cuenta que la persona que la apoyó desde que está consumiendo fue su pareja Manuel, pero actualmente se encuentra privado de libertad. Manuel tiene 21 años, hace cinco meses está privado de libertad en un centro de reclusión por robar una moto, aunque Adriana no tiene claro qué fue lo que sucedió.

Dice que su familia ya no confía en ella, se ha distanciado de todos por el consumo y cuando habla con su madre o hermanas siente que sus palabras son hirientes, llena de reproches y humillaciones. Su abuela fue quien la apoyó y le abrió las puertas de su casa, brindándole comida y contención en uno de sus peores momentos. Su hermana más chica fue quien la acompañó al médico durante el embarazo y la estimuló para que “achicara” con el consumo.

Adriana tenía cuatro meses de gestación cuando se enteró que estaba embarazada y de acuerdo a su relato, durante esos primeros meses había consumido todos los días, sin dormir, comer e hidratarse. Desde un primer momento contó con el apoyo de Manuel y su madre, pero decidió no comunicarle a su familia por miedo a lo que podrían decir. Hasta que su embarazo se hizo evidente y tuvo que admitirlo. Recuerda con angustia las palabras de su madre: *“Tener un hijo es una responsabilidad muy grande. Me dijo que lo tenga y se lo de a ella. Que iba a hacer todo lo posible para sacármelo y yo no quiero que me lo saque”*.

Su hijo Junior se encontraba internado en cuidados moderados porque nació prematuro, y Adriana lo iba a visitar todos los días. Comenta que pasa todo el día con él para aprovechar el tiempo que tiene ya que en la noche no puede quedarse.

Nos cuenta que en el lapso de 10 días, desde que nació su hijo hasta el momento de la entrevista, tuvo dos recaídas y esto ha llevado a que el equipo de salud desconfíe de su capacidad para hacerse cargo de él. Siente miedo de que su madre pudiera quedarse con su hijo, ya que no tiene un buen vínculo con ella debido a discusiones familiares sucedidas en el pasado.

Adriana fue criada por sus padres, junto a sus 7 hermanos. Recuerda a su padre como una persona “dura y rígida”, según sus palabras: *“era derecho nada más. Ahora si vos te torcias un poquito el no te hablaba... te respondía con una paliza”*. Su madre se encargaba de las tareas de la casa y de que a ella y a sus hermanos no les faltara nada.

Cuando Adriana tenía 10 años su padre se fue de la casa luego de una fuerte discusión con su madre a causa de “un engaño” y a que esta estaba cansada de que golpear a sus hermanos varones. Adriana remarca que ese episodio generó un quiebre en su familia, ya que a su padre no lo volvió a ver y su madre empezó a tomar alcohol y *“a juntarse con gente que no se tenía que juntar”*; refiriéndose a su nuevo compañero el cual ejercía violencia sobre ella. Sus hermanos mayores en cierta medida habían encaminado sus vidas, pero ella y sus hermanos más chicos pasaron años difíciles, ya que tuvieron que salir a trabajar en una quinta para poder sobrevivir.

Cuenta que en este tiempo empezó a juntarse con los vecinos que “*paraban en la esquina*”, “*tomaban un vino y se distraían un rato*”. Recuerda que estar con ellos era una forma de olvidar lo que sucedía en su casa. Así fue que inició el consumo de drogas, primero alcohol, tabaco, “*tabazoco*”, y finalmente PBC. Perdió interés por el estudio, aunque le iba muy bien, y desde hace 4 años -hasta el momento de la entrevista- que consume PBC.

Manifiesta estar dispuesta a cambiar por su hijo, pero se siente sola como para poder lograrlo.

ANALÍA

Tiene 39 años; vive en Montevideo. Es madre de 3 hijos, Luna (15 años), Tomás (11 años) y Valeria (1 año y 4 meses) quien presenta un retraso en el desarrollo, encontrándose en tratamiento psicomotriz y fonoaudiológico.

Analía fue criada por su abuela materna ya que su madre la abandonó cuando era bebé. Según sus palabras “*se fue con una pareja y formó otra familia*”, y si bien mantuvo contacto con ella, fue a su abuela a quien siempre sintió como madre.

Su madre biológica la visitaba con regalos en sus cumpleaños o en las fiestas, y en su adolescencia logró “conquistarla” para que fuera a vivir con ella. Analía recuerda este momento como un episodio muy angustiante para su abuela, que desencadenó un ataque cardíaco. Comenta que su abuela tenía problemas cardíacos y después de unos años muere.

En ese momento, a sus 17 años, pasó a vivir con una amiga y su familia, quienes se hacen cargo de ella y la apoyan en los estudios. Termina 4° año de liceo y realiza un curso de auxiliar de Enfermería. Se recibe pero no llega a ejercer ya que queda embarazada de su primera hija y se dedica al hogar.

Si bien experimentó el consumo de drogas en su adolescencia, a esa edad el uso de sustancias no era una práctica frecuente en su vida cotidiana. Hace tres años comenzó a consumir PBC con el padre de su hija menor.

En uno de los momentos más críticos del consumo se entera que está embarazada y ve a este embarazo como la posibilidad para cambiar. No obstante, su consumo continuó durante todo el embarazo, logrando abandonarlo luego del nacimiento de su hija.

Analía sufría violencia doméstica por el padre de su hija quien continuó consumiendo PBC pese a su negativa. Por miedo a recaer en el consumo le plantea la separación, siendo amenazada que le quitaría a su hija. Este hecho se efectivizó al mes y medio de nacida Valeria, su papá la llevó a la casa de su madre contra la voluntad de Analía. La señora realiza la denuncia policial, aduciendo que la mamá de la bebé es consumidora y que la familia vivía

situaciones de violencia doméstica. Ahí comienza un proceso judicial en el cual la abuela pasa a ser la tutora legal de la bebé.

Analía estuvo tres meses sin poder ver a su hija, hasta que la jueza estableció un régimen de visitas y le ordenó iniciar tratamiento de rehabilitación. Al inicio, las visitas tenían una frecuencia semanal, y a medida que fue pasando el tiempo y Analía respondía a las exigencias de la jueza, las mismas fueron incrementándose.

Al comienzo de estos encuentros la madre percibía el “enojo de su hija” como efecto de la separación. La niña lloraba la mayor parte del tiempo, “yo creo que era porque no me conocía” expresa Analía. La continuidad de las visitas y el tiempo compartido permitió la construcción de un vínculo entre ambas.

Durante la entrevista reflexiona sobre lo vivido y las consecuencias del consumo: el deterioro físico y el abandono del rol de mamá con respecto a sus otros hijos: “Hoy en día lo veo... y estoy agradecida de todo lo que me pasó, porque inclusive si no me hubieran sacado a mi hija quizás nunca hubiera dejado eso”. Si bien expresa que no dejó que les faltara nada, es consciente del sufrimiento de sus hijos a causa de sus prolongadas ausencias (tiempo que duraban sus “giras”) y de su estado de intoxicación al regresar al hogar.

Analía expresa sentirse bien, se encuentra realizando tratamiento en el Portal Amarillo y manifiesta sentirse fortalecida. Su hija mayor reconoce su lucha expresándole que “volvió a ser la mamá que siempre fue”. Siente la esperanza de recuperar la tenencia de Valeria.

NADIA

Tiene 25 años. En el momento de la entrevista se encuentra internada en el Portal Amarillo. Previamente estaba viviendo en un hogar para madres del MIDES junto con su hijo Lauro de 5 meses.

Nadia es hija única, vivió con sus padres hasta los 21 años; se fue de su casa cuando el consumo de pasta base comenzó a agudizarse. Sus padres la impulsaron a rehabilitarse; inició tratamiento en varias oportunidades; en el Hospital Maciel, Clínicas, en INAU y en el Portal Amarillo.

El equipo de salud que atiende a Nadia en el Portal Amarillo comentó que la conocen desde que existe el servicio, que ha pasado por todos los dispositivos de tratamiento sin lograr adherir totalmente a ninguno. Prefiere las consultas individuales antes que los grupos. Cuando hablamos de su actual internación expresa que ésta es diferente, la ve como prevención de futuras recaídas y lo hace por su hijo.

Es una joven que ha encontrado sostén en las instituciones por las que fue transitando: hospitales, Socat⁵, Aleros⁶, Ministerio de Desarrollo Social, INAU. Manifiesta haber recuperado el apoyo de sus padres luego del nacimiento de Lauro. Aunque no queda claro si mejoró la relación con ellos ya que Nadia profundiza muy poco durante la entrevista. Se la nota distraída, cansada, con pocas ganas de hablar sobre algunos temas; tal vez por encontrarse bajo el efecto de la medicación.

Sigue en pareja con el papá de su hijo, y desea formar una familia con él. Actualmente viven separados porque no tienen un lugar para vivir, pero cuenta que él está construyendo una casa en Piedras Blancas donde piensan mudarse.

Nadia se dedica a la venta ambulante en ómnibus y cobra las prestaciones sociales tanto del Banco de Previsión Social como del MIDES. Ella dice que ser madre la fortalece, considera que hacerse cargo de Lauro la convierte en una persona más responsable. Cuando su hijo está con el padre es cuando ella recae. Siente que *“le sacan un peso de arriba”* y busca la manera de consumir. Considera que éste es su punto débil a trabajar en el tratamiento.

Mientras dure su internación Lauro estará con su padre en la casa de un hermano de éste. Los días de visita en el Portal van a ver a Nadia y hablan por teléfono diariamente. Según sus palabras, su estadía en el Portal será breve y continuará su tratamiento en forma ambulatoria.

Recuerda una frase de una de las educadoras del hogar *“Hay que parar para seguir andando”*, manifestando su voluntad de abandonar el consumo para que su vida continúe por *“buen camino”*.

DANIELA

Tiene 26 años. Vive en un asentamiento a orillas del arroyo Miguelete en la ciudad de Montevideo. Tiene dos hijos de su primera pareja: Luis (7 años) y Camila (3 años), quienes se encuentran a cargo de su hermana mayor y otro recién nacido de su actual pareja, Álvaro.

⁵ Servicio de orientación y consulta y articulación territorial (MIDES).

⁶ Este Programa forma parte de la propuesta de Fortalecimiento de la Red Nacional de Atención y Tratamiento en Drogas (RENADRO), y es implementado por la Secretaría Nacional de Drogas y la Intendencia de Montevideo desde su División Salud, en acuerdo con los Municipios involucrados. En el siguiente link se puede ver un audiovisual sobre el programa “Aleros”:
http://www.infodrogas.gub.uy/index.php?option=com_content&view=article&id=1186:2-minutos-programa-galerosq&catid=14:noticias&Itemid=59

Comenta que su hijo se encuentra en cuidados moderados por “*el tema del sífilis*”. Daniela, Álvaro y su hijo se encuentran realizando tratamiento por 10 días, por lo que su internación se prolongó más de lo habitual.

Cuando se entera que está embarazada deja de consumir pero tiene una recaída días antes del parto, por lo cual en los estudios que le hicieron tanto al bebé como a ella se encontró droga en sangre. Quien la acompañaba era su pareja pero como también es consumidor no podía tener la tutela de su hijo, siendo su madre quien más tarde pasaría a ser la responsable legal del niño en forma provisoria.

Daniela consume PBC desde los 15 años, momento en que fallece su madre y decide irse de su casa. Ella era quien unía a la familia, y luego de su fallecimiento, Daniela se sintió sola y perdida.

Fue adoptada cuando tenía 3 años y expresa haber sentido el rechazo de sus hermanas. Su padre falleció cuando tenía 6 años y cuando perdió a su madre quedó a cargo de sus hermanas mayores.

Pasó muchos años viviendo en la calle, hasta que conoció a Manuel, el papá de sus hijos mayores y se fueron a vivir a un edificio abandonado. Su pareja se dedicaba a cuidar coches y ella comenzó a prostituirse para “bancar” el consumo. Según sus palabras, “*de día era una buena madre*” y de noche, mientras sus hijos dormían, se dedicaba a consumir. A partir de una intervención que realizó un equipo social que trabajaba en calle, se fueron a vivir a una pensión que pagó INAU durante un tiempo, hasta que Daniela no toleró más la situación de violencia que vivía diariamente y decidió separarse.

Pasó a vivir nuevamente en la calle, quedándose en pensiones o refugio en forma esporádica. Si bien contaba con familiares, sus hermanas, tíos y primos, siempre prefirió arreglárselas sola por considerarse una carga o molestia para los demás.

Hace un año conoció a Álvaro (su actual pareja), estuvieron viviendo un tiempo en la casa de la abuela de éste y otro tiempo en la casa de su madre. También vivieron en Lagomar en la casa de una prima de Álvaro. Estuvieron separados, ella se fue a la calle nuevamente, estuvo en un refugio de madres del MIDES; hasta que Álvaro construyó una pieza en el terreno de su madre y se fueron a vivir juntos, donde permanecen hasta la actualidad.

Álvaro, en alguna oportunidad, participó de los grupos del CHPR y según información aportada por las coordinadoras del grupo, no está dispuesto a hacer tratamiento por su problema con las drogas, siendo un enorme factor de riesgo para Daniela quien tiene muchos años de consumo.

Si bien se la ve frágil ella manifiesta sentirse fortalecida por los aprendizajes que le ha dado la experiencia vivida. Siente que este embarazo fue distinto a los demás, y que no cometerá los mismos errores del pasado. Según sus palabras: desea recuperarse, formar una familia con Álvaro, y luchar para que sus hijos mayores vuelvan a vivir con ella.

DIANA

Tiene 28 años. Vive en Palermo con su abuela, un tío y dos primos. Fue mamá hace dos meses y medio de Javier, su primer hijo. Se enteró que está embarazada a las 13 semanas de gestación, desde ese momento comenzó con los controles de embarazo e intentó dejar de consumir. Su madre le insistía con la idea de interrumpirlo; y si bien llegó a ir al comité de IVE (interrupción voluntaria del embarazo) en el CHPR, decidió continuarlo, expresando el deseo de querer tener a su hijo, a pesar de las condiciones en las se encontraba. En ese momento vivía con su pareja, bastante mayor que ella, también consumidor de PBC, con quien no tenía un buen vínculo. Las continuas discusiones la desmotivaban y angustiaban mucho; esto la llevó a tener recaídas durante el embarazo.

Como la situación con su pareja no mejoraba, decidió separarse, mudándose a la casa de su abuela materna. Vive allí desde que nació Javier, es un lugar donde se siente apoyada y contenida, y los fines de semana se quedan en la casa de su madre. Expresa sentirse contenta por el restablecimiento del vínculo con su familia, por recuperar la confianza y el apoyo tanto de su madre como de su abuela.

Diana comenzó el consumo de drogas a los 17 años, primero marihuana, después cocaína y hace 3 años probó PBC por primera vez. Si bien contaba con la experiencia de sus tíos, a los que vio deteriorarse por el consumo de esta sustancia, y pensó que nunca la consumiría, decidió probarla cuando conoció al papá de su hijo.

En la entrevista reflexionó sobre el vínculo con éste, expresando que le hubiese gustado “*tener más personalidad*” para no “*dejarse llevar tanto*”. Recuerda las cosas que llegaron hacer para conseguir la sustancia y su deterioro físico y mental en los últimos tiempos.

Percibe la llegada de su hijo como una forma de rescate “*Vino en el peor momento de mi vida para sacarme de eso*” expresó.

Sus sentimientos de soledad y tristeza por acontecimientos del pasado por momentos tiñen la felicidad que siente por el nacimiento de su hijo. Diana sabe que cuenta con el apoyo de su madre y su abuela, pero deja entrever que el mismo es fundamentalmente material, necesitando del sostén afectivo.

Viene a su memoria el recuerdo de su bisabuela, con quien vivió por un tiempo cuando era niña y a quien ella quiso como si fuera una madre. La cuidaba cuando estaba enferma, le daba consejos, la mimaba y la ayudaba en los momentos que la necesitaba. Comenta que a partir de la enfermedad y fallecimiento de su bisabuela su vida tomó otro rumbo.

A lo largo de la entrevista resalta el sentimiento de soledad que le provoca el pensar que no podrá realizar aquel deseo de formar una familia con su hijo y el padre de éste. Recuerda la falta que le hizo su padre (quien dejó a su madre cuando ésta quedó embarazada porque tenía otra familia) y manifiesta su deseo de que no repetir la misma historia. Si bien fue reconocida por él, y hoy en día ha podido establecer un vínculo como hija, su ausencia durante su infancia y adolescencia ha dejado marcas en su subjetividad.

Diana comenzó a participar del grupo del CHPR desde que tuvo a su hijo, asistiendo semanalmente con una excelente continuidad.

Durante el trabajo de campo la volví a ver en dos oportunidades y se la veía muy bien. La última vez que nos encontramos su hijo tenía 8 meses, había crecido mucho y en poco tiempo comenzaría una guardería ya que Diana estaba con planes de comenzar a trabajar.

AMANDA

Tiene 28 años. Vive en el barrio La Comercial de la ciudad de Montevideo con una amiga e hijos de ésta. Es mamá de dos varones: Federico (6 años) y Martín (1 año), que no se encuentran a su cargo por su consumo problemático de PBC. Federico vive con su abuela (madre de Amanda) y puede verlo todos los días. Martín está con su padre, con quien no tiene una buena relación y si bien pautaron un régimen de visitas, las mismas están supeditadas a la voluntad de éste.

Amanda es trabajadora sexual desde hace años. Tiene una parada sobre una avenida principal de la ciudad, que según sus palabras, heredó de su madre, quien también se dedicaba a la prostitución. Cuenta que dejó de trabajar en esto, cuando conoció al papá de Martín, pasando a trabajar en la cafetería de una estación de servicio y luego en una empresa de limpieza. Pero cuando se separó de Martín volvió a trabajar en la calle. Expresa que es su trabajo desde hace años y gana muy buen dinero, el cual necesita “*para que a sus hijos no les falte nada*”. Si bien no vive con ellos, se encarga de comprarle la comida, la ropa y los pañales para Martín.

Cuenta que recayó en el consumo por problemas con su pareja, volvieron a estar juntos cuando nació su hijo hasta los 9 meses de éste, y tras las mismas dificultades volvió a

recaer. Recuerda lo que le dijeron cuando se comunicó con su familia: *“tu hijo está con el padre, no te lo van a devolver, no vengas porque te van a llamar a los botones”*. Según sus palabras su ex pareja aprovechó la situación para quitarle a su hijo, *“empezando una guerra”* interminable. Si bien puede ser esto, una forma de hacerse cargo de los hijos, por la manera en que Amanda lo relata, es un problema de violencia hacia ella.

Hace dos meses que está sin consumir, y por disposición judicial comenzó tratamiento de rehabilitación. Está dispuesta a continuar con esta decisión, ya que extraña a sus hijos y quiere recuperarlos. Comenta que día tras día se siente más segura de lo que quiere, y se enfrenta al consumo de muchos de sus amigos(as) del barrio saliendo fortalecida. Disfruta cada momento que puede compartir con sus hijos, quienes le dan la fuerza que necesita para continuar luchando.

Comenta que está sola en esta lucha, *“voy a Juzgado, me saqué la cédula, estoy buscando trabajo, quiero dejar de laburar en la calle”*. Siente que ésta es una situación más de todas las que le ha tocado vivir, y mantiene la esperanza de poder lograr lo que tanto desea.

Volví a ver a Amanda meses más tarde de realizada la entrevista, un día que concurrió al grupo en el CHPR. Había vuelto a la casa de su madre y estaba feliz de estar más cerca de Federico, su hijo mayor. Se encontraba dedicada al hogar, y ayudando a su madre, a pesar de sus diferencias con ésta. Continuaba con los trámites en el Juzgado y su abogado le había informado que el juez establecería el régimen de visitas para ver a Martín, antes de terminar el año.

LORENA

Tiene 27 años. Vive en la Curva de Maroñas, en la casa de los abuelos de su actual pareja, Santiago, con sus dos hijos más pequeños, Sofía (1 mes) y Fabio (3 años). Su hijo mayor Marcos (6 años) se encuentra viviendo con su padre, visitando a su mamá los fines de semana.

En la entrevista cuenta que el embarazo de Sofía no fue planificado; tomaron la decisión de interrumpirlo pero no pudieron debido a que el embarazo estaba avanzado. Éste fue transitado con mucho estrés, no solo por el consumo de Lorena sino también porque dudaba que fuera de su pareja, ya que había estado con otro hombre durante el tiempo que estuvo separada de Santiago.

Consumió con su pareja durante el embarazo, en forma ininterrumpida, sufriendo una amenaza de aborto espontáneo a los 6 meses de gestación. Santiago la acompañó durante el

parto y posparto, momento que ella recuerda con mucha angustia porque fue cuando le comunicaron que no podrían darle a su hija por su situación de consumo problemático.

Sofía permaneció internada en la unidad de cuidados moderados hasta que el juez le otorgó la tenencia provisoria a su suegra.

Lorena expresa sentirse distinta en el rol de madre, ahora puede decidir por su hija, qué ropa ponerle, cómo educarla, etc. cosa que no pudo hacer con sus hijos varones. Marcos estuvo la mayor parte del tiempo con su padre, quien no quiere que Lorena se haga cargo de él refiriéndose a ella como *“madre drogadicta”*. Fabio fue criado por los abuelos de su pareja porque él y Lorena estuvieron consumiendo la mayor parte del tiempo: *“yo ya estaba en otra...estaba perdida”*. Menciona la discontinuidad de su presencia en la crianza de sus hijos, por su consumo o por encontrarse en tratamiento (internación en Remar⁷) en dos oportunidades. Además manifiesta su entusiasmo en relación al sexo de su último embarazo *“es distinto, ¡una nena!”*, *“más delicadita”*, *“la agarro de muñeca”*.

No cuenta con el apoyo de su familia, ya que su noviazgo con Santiago y el inicio al consumo, primero de cocaína, y luego de PBC, la distanció de ésta. A sus padres hace 6 años que no los ve. Intentó comunicarse con su padre y un tío paterno pero no le respondieron y a su hermana no la puede ver porque la abuela de su pareja se lo prohíbe ya que no le resulta confiable. Otra de sus hermanas que era discapacitada falleció hace 3 años. Y con sus otros dos hermanos, que son hijos de su madre y otra pareja también perdió contacto hace tiempo.

Cuenta que a los 16 años se fue a vivir con su novio, el papá de Marcos. Convivieron 10 años hasta que decidió separarse tras sufrir violencia de género durante años. Después dice que él era militar, muy violento, y esa violencia se agudizaba cuando tomaba alcohol.

Lorena carga con la muerte del hombre con el que estuvo saliendo durante el tiempo que estuvo separada de Santiago, quien se suicidó, según sus palabras, por su culpa, al enterarse que mantenía una relación amorosa con los dos hombres. Relaciona este episodio con una de sus mayores recaídas en el consumo de PBC. Desde ese momento volvió a vivir con Santiago, transitando un período de consumo intenso, incluso durante todo su embarazo.

Actualmente Lorena y Santiago se encuentran desempleados, él está buscando trabajo y ella expresa el deseo de trabajar pero no quiere dejar a su hija con su bisabuela, *“otra vez lo mismo no”*. Cuentan con el apoyo de la familia de Santiago, quien los está ayudando económicamente, pero sienten la presión de encontrar por sí mismos los medios para sustentarse. Se muestra contenta viviendo en esta casa, expresando *“encontré una familia que*

⁷ Se hace referencia a una organización cristiana que trabaja con personas en situación de exclusión social.

por lo menos me aceptó como soy” y expresa el deseo de reconstruir su familia, junto a su pareja y sus 3 hijos.

MELISA

Tiene 28 años. Vive en Villa Española en la ciudad de Montevideo. Tiene dos hijos, Ismael (7 años) y Untí (2 años).

Es oriunda de la ciudad de Young, donde vivió hasta los 16 años. Viene de una familia evangelista, muy conservadora, y de acuerdo a lo que plantea Melisa en la entrevista, no pudo sostenerla en su adolescencia, cuando comenzó a compartir su vida con personas que tenían intereses y hábitos distintos a los de su familia. Su madre, sobre todo, fue quien se sintió desbordada cuando Melisa comenzó a experimentar con las drogas (en ese momento marihuana) y no supo manejar la situación. Melisa aclara que su madre tiene una enfermedad psiquiátrica y está medicada con psicofármacos.

Esta situación le resultó insostenible y decidió irse de su casa acompañada de una amiga mayor que ella. Viajaron a Montevideo, donde se establecieron un tiempo. Se puso de novia y comenzó a vivir en pareja.

A partir de la invitación de una amiga a probar PBC, comenzaron a experimentar con ella. Expresa que su consumo era *“para pertenecer a un grupo determinado”, “para que mis amigos no me rompieran las pelotas”*. Al inicio consumía cada 15 días, después cada 2 días, hasta que un día no pudieron pagar la pensión donde vivían.

Después de dos años sin saber de sus padres, recurre a ellos y se muda a Young junto con su novio. Pasa unos años viviendo allí hasta que regresa a Montevideo y conoce al padre de su primer hijo. Él era artesano y estuvieron viajando por Latinoamérica durante un tiempo. Cuando vuelven a Montevideo percibe algunos cambios de actitud en su pareja y se da cuenta que tiene problemas con el consumo de PBC. Vuelve a consumir durante el tiempo que estuvieron juntos, aunque lo percibe como un consumo más controlado que anteriormente. Continuaron trabajando en las artesanías, mantenían su casa, y planificaron tener un hijo a pesar de que su pareja fuera portadora de VIH. Así fue que llegó Ismael a su vida.

Cuando se enteró que estaba embarazada, se fueron a viajar un tiempo, era la manera que encontraban para *“rescatarse”* del consumo. Expresa el temor que sentía de hablar con otras personas sobre lo que le estaba pasando, y era consciente que consumir durante el embarazo tendría sus consecuencias por lo que intentaba controlarlo. Relata que sentía cuando su bebé tenía síntomas de abstinencia porque se movía, y necesitaba fumar una pitada para que éste se *“quedara tranquilo”*. Recuerda la angustia con la que transitó los últimos meses de

embarazo por temor de llegar al parto bajos los efectos de la sustancia. Agrega que durante el embarazo consumió marihuana y considera que esto protegió a su hijo.

El padre de Ismael falleció cuando éste tenía dos años y medio, momento en que Melisa se vuelve a sentir sola sin saber qué hacer. La relación con su familia hasta el día de hoy no es buena, a pesar de que continúa comunicándose con sus padres, y la familia de su pareja la apoyaba materialmente con lo indispensable.

Intentó abrirse de la vida que había organizado en función del consumo: *“salí a buscar como un milagro, como que alguien viniera y me salvara de donde estaba, y bueno, en ése momento aparece Agustín”*. Agustín era amigo de su ex pareja; hoy en día es su compañero de vida y papá de su segundo hijo. Fue quien la apoyó y la sostuvo durante mucho tiempo, no sólo con la muerte del papá de Ismael sino también con el proceso de desintoxicación de PBC.

En la casa de Agustín y hoy en día también su casa, se consume marihuana básicamente, y según Melisa, los efectos sedativos de la misma la ayudaron a estabilizarse, encontrándole un rumbo a su vida. Desde ese momento no volvió a consumir PBC.

Actualmente forman parte de un grupo organizado de usuarios de drogas, que tienen plantación de marihuana y además del consumo recreativo la utilizan como terapia alternativa con personas que la necesitan, que sufren dolencias o con personas que consumen drogas duras. Conciben el consumo de marihuana desde la reducción de riesgos y daños y todo su trabajo lo piensan desde éste lugar.

GABRIELA

Tiene 28 años. Vive en un asentamiento a orillas del arroyo Miguelete cerca del Jardín Botánico en la ciudad de Montevideo. Tiene dos hijos, María de 12 años y Emiliano de 5 meses.

Fue madre de María a los 16 años y como se encontraba en situación de calle le quitaron a su hija, pasando a vivir con su abuela paterna. Gabriela recuerda ese episodio como una marca importante en su vida, ya que a partir de esta separación, inició el consumo de PBC: *“ya no me importaba nada, no quería estar en el mundo”*. La niña hasta el día de hoy vive con la familia de su padre, mantiene contacto con su madre telefónicamente o se encuentran cuando quieren verse. Gabriela y su hija pasaron 6 años sin verse ya que estuvo privada de libertad. Menciona que sus cortes en el brazo tienen que ver con las promesas de su madre de que llevaría a su hija a la cárcel, encuentros que nunca llegaban a concretarse. Comenta que actualmente el vínculo con su hija se va estableciendo lentamente, ya que considera

fundamental respetar los tiempos de cada una para conocerse y adaptarse a esta nueva situación.

Estuvo presa en otra oportunidad, en el Centro Nacional de Rehabilitación, momento en el que se entera del embarazo de Emiliano: *“fue tremenda alegría”*. Por un acuerdo judicial, la tutela provisoria de Emiliano la tiene su tía, con quien tiene algunos desencuentros en la crianza de su hijo, ya que Gabriela siente que por su condición de adicta no le permite desempeñar el rol de mamá.

Gabriela comenta que desde su niñez ha acatado las órdenes de su familia. Desde los 7 años cuidó a sus 8 hermanos, haciéndose cargo de la crianza, ya que su padre trabajaba en la construcción 10 horas diarias y su madre pasaba el día alcoholizada. En su adolescencia, cansada de la situación que vivía en su casa, decidió irse a vivir a la casa de su novio, de quien queda embarazada.

Según sus palabras, desde que tiene a su hija le han ordenado qué hacer y cómo ser madre. Primero la familia de su novio de la adolescencia, exigiéndole que deje a su hija bajo su responsabilidad, y alejándola de ella, ya que por 6 años no pudo verla ni comunicarse.

Actualmente son sus tíos que le indican lo que debe hacer, expresa que por tener la tutela provisoria de Emiliano manejan la situación como a ellos les parece, muchas veces sin consultarle a Gabriela sobre cuestiones que le competen a ella como madre.

Expresa sentirse cansada de esta situación y desea un cambio en su vida. Considera que la llegada de Emiliano le *“cambió la cabeza”* y está dispuesta a recuperar lo que ha perdido en todos estos años en los que estuvo *“perdida”*.

Para conseguir la tutela de su hijo, el juez le ordenó realizar tratamiento de rehabilitación, establecerse en una casa y conseguir trabajo.

Actualmente está trabajando en el barrido de calles y le alquila la casa a su primo, donde vive con su hijo Emiliano. Estuvo yendo a los grupos del CHPR, y actualmente, debido al horario de trabajo, concurre solamente a las consultas individuales con la psiquiatra. Continúa a la espera de una audiencia para que el juez resuelva sobre la tenencia de su hijo.

4.2. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Habiendo realizado una síntesis de las historias de vida de las mujeres entrevistadas, proseguiremos con la presentación y discusión de los resultados del estudio los cuales se organizarán en dos dimensiones de análisis.

Las mismas se construyen a partir de las lecturas del material de campo y en función de los reagrupamientos de las categorías seleccionadas, cobrando relevancia para la discusión de los resultados obtenidos. A saber: condiciones materiales y subjetivas de las mujeres del estudio previas al nacimiento de sus hijos e hijas; experiencias de maternidad y prácticas de vigilancia y control sobre la maternidad y sus efectos en el vínculo madre-hijo.

En primer término, nos abocaremos a la presentación de *las condiciones materiales y subjetivas de las mujeres* previas al nacimiento de sus hijos, intentando comprender el proceso de devenir consumidoras problemáticas de PBC.

En segundo término, nos aproximaremos a las *experiencias de maternidad en el contexto del consumo problemático de PBC*, analizando el proceso de convertirse en madres caracterizado por la fragilidad en las redes de sostén, la vida en la calle, el desamparo, la violencia, y la falta de recursos materiales y afectivos.

En tercer término, nos centraremos en *la construcción del vínculo madre-hijo*, considerando las prácticas institucionales de vigilancia y control sobre la maternidad y sus efectos en el vínculo materno y atendiendo, a su vez, a los soportes y obstáculos presentados en el proceso de crianza de sus hijos.

4.2.1. CONDICIONES MATERIALES Y SUBJETIVAS DE LAS MUJERES

Esta dimensión de análisis se subdivide en dos partes; comenzamos desarrollando los inicios del consumo en la vida de estas mujeres y los significados asociados al mismo, para luego detenernos en la práctica del consumo de PBC y los diversos caminos que comienzan a transitar vinculados al desarrollo de un consumo problemático, el cual repercute negativamente en diversos planos de la vida de las mujeres.

4.2.1.1 LOS INICIOS DEL CONSUMO Y LOS SIGNIFICADOS ASOCIADOS EN EL RELATO DE LAS MUJERES

Esta dimensión fue cobrando fuerza a medida que avanzamos en el trabajo de campo, constituyéndose en un aspecto destacable en el análisis de los datos obtenidos

Las mujeres del estudio comienzan las entrevistas relatando sus experiencias de consumo, y presentándose desde su condición de adictas. Este hecho resulta significativo ya que sucede en casi la totalidad de las entrevistadas lo que nos lleva a reflexionar sobre el lugar de las sustancias en la construcción de sus subjetividades.

Hallamos que el consumo no es un factor problematizante sino que lo es el conjunto configurado por la persona (mujer), el contexto y la sustancia (Llort et al., 2013). Los usos, instrumentalización y relaciones con las sustancias son significados por los aspectos biográficos y las características de su entorno variando de un caso a otro (Llort et al., 2013).

Comenzaremos describiendo el momento inaugural de las prácticas de consumo de sustancias en la vida de las entrevistadas para luego detenernos en los significados asociados a ellas. Si bien los relatos sobre las experiencias de consumo son múltiples y variados, existen denominadores comunes en sus relatos, y para ilustrar el análisis seleccionaremos algunos de ellos.

En cuanto al *momento inaugural* de las trayectorias de consumo este ocurre generalmente en la *adolescencia*, en concordancia con las evidencias que aportan otros estudios (Romero, 1999; Suárez et al., 2014), ocurre fuera del ámbito familiar y se relaciona con grupos de pares (“gurises del barrio”, “compañeros del liceo”, amigos) o hermanos/as, fundamentalmente varones.

El inicio del consumo de drogas se relaciona con una *forma de socializar con sus pares y experimentar nuevas prácticas de iniciación a la vida adulta*. Todas las entrevistadas iniciaron el consumo de drogas entre los 12 y 15 años, lo que coincide en muchos casos con la finalización de la educación primaria y el pasaje a la educación secundaria.

Como se ha señalado en otros estudios (Suárez et al., 2014) muy excepcionalmente inician sus trayectorias de consumo con PBC; de nuestras entrevistadas sólo una se encuentra dentro de este grupo poblacional.

La sustancia que aparece frecuentemente en las narraciones sobre los inicios del consumo es la *marihuana*, que comenzaron a fumar con fines recreativos, con la intención de explorar la sustancia, experimentar su “pegue”, y disfrutar de los efectos producidos por la misma; como señalaron algunas de las mujeres entrevistadas:

“Empecé yo qué sé, porque una amiga que fuma me dijo ‘Ah vamos a fumar un porro’ y la veías a ella como estaba, que se cagaba de la risa, hablaba pavadas, y ‘Bueno Dale’” (Analía, 39 años).

“Empecé con marihuana cuando tenía 12 o 13 años pero era un consumo muy de vez en cuando (...) consumía con compañeros del liceo, nos rateábamos, nos íbamos al cementerio del Buceo, era la gracia, ir al cementerio a fumar un porro” (Nadia, 25 años).

“...me empecé a juntar con gurises un poco más grandes, con mucha cultura de rock and roll y que curtían fasito no? Empecé como que a buscar mi grupo de amigos que estuvieran en mi onda no? Y bueno por lo general eran muchos varones” (Melisa, 28 años).

Como vemos en el discurso de nuestras entrevistadas el uso de drogas en sus inicios no es visualizado como un problema, siendo destacado como una práctica de experimentación característica del momento evolutivo que se encontraban transitando.

En la adolescencia el grupo de pares ocupa un lugar importante, produciéndose una especie de *sobreidentificación masiva*. Todos se identifican con cada uno, guiándose por los dictados del grupo en cuanto a modas, costumbres y preferencias (Aberastury & Knobel, 1977). Las actuaciones del grupo representan además la *oposición a las figuras parentales* y una manera activa de determinar una *identidad distinta* de la del medio familiar (Aberastury & Knobel, 1977). Éste fue otro de los sentidos que le encontró Melisa al consumo durante la adolescencia, para ella consistía en una forma de desafiar la autoridad de sus padres, expresando:

“Yo fumo marihuana desde los 15 años. Hasta los 14 fui a la iglesia con mis viejos. Me empezaron a decir todo que no, todo que no, justo llegaban las fiestas de 15 de todas mis amigas, no pude ir a ninguna (...) un día, me encuentro con unos pibes que estaban fumando un cigarrillo con olor raro dije yo. ¿Y ese cigarrillo con olor raro? Ah esto es porro dice, quieres probar? Bueno dale. Fumé un par de pitadas y quedé de viaje, tirada al lado de un arroyito que pasa por ahí. No, no, mal. Ya desde ese momento ya me gustó, la relajación así eso, eso de quedarte distendido, mirando la naturaleza, eso no?” (Melisa, 28 años).

Algunas de ellas también mencionaron el consumo de alcohol durante la adolescencia, pero restándole importancia; como comenta Adriana (18 años) en la siguiente viñeta: *“Tomaba sí para joder con los gurises, en la esquina y eso. Pero no soy de tomar, no me gusta nada.”*

Es frecuente que la adolescente recurra al grupo para reforzar su identidad dado que éste brinda seguridad y estima (Aberastury & Knobel, 1977). Esto es observado en el relato de nuestras entrevistadas, en quienes la pertenencia al grupo de pares cobra relevancia dada la falta de espacios de sostén afectivo y social, como podría ser la institución educativa a esta edad.

Como mencionábamos anteriormente, el consumo de drogas coincide con la finalización de una etapa, la educación primaria, y el tránsito hacia la secundaria, que algunas no llegaron a cursar y otras, luego de algunos intentos, desertaron, como visualizamos en los siguientes testimonios:

“Yo hice hasta sexto año, me quedaron tres meses para terminar. Fue cuando se separaron ellos que yo me apegué más a mi madre y entonces no fui más (...) después quise hacer la escuela nocturna pero no, iban a armar relajo lo gurises que iban, entonces dejé de ir (...) lo menos que hacía era prestar atención (...) a parte estaba en pareja con el padre de la más grande y eso, como que no iba tampoco” (Jessica, 27 años).

“Hice hasta sexto de la escuela y después hice primero de liceo (...) nunca lo pude terminar. No me iba mal tampoco. No era que no sabía. Yo siempre que arrancaba los primeros años no tenía ninguna baja (...) siempre arrancaba con fuerza y llegaba a mitad de año y siempre pasaba algo de, no sé cómo explicarte. Me encontraba con algún amigo que consumía ahí en la puerta. O estaba drogándome afuera con ellos y así fui dejando de ir...” (Adriana, 18 años).

Ya a fines de la enseñanza primaria y en el proceso de tránsito hacia la secundaria, el espacio de estudio se encontraba cuestionado. Por diferentes motivos se fueron desvinculando subjetivamente del sistema educativo hasta llegar a la desvinculación formal. A partir de la deserción escolar, se pierde un espacio importante en la construcción de su subjetividad, por lo cual, el grupo de pares oficiaba para algunas, como único espacio de socialización además de sus familias.

Es interesante enfatizar la relación entre deserción escolar como antesala al inicio del consumo y del embarazo en la adolescencia. Durante muchos años se pensó que las adolescentes madres y/o consumidoras abandonaban sus estudios a raíz del embarazo o por la experimentación con sustancias psicoactivas. Las evidencias que hoy disponemos muestran que tanto el embarazo como el consumo de drogas ocurren luego de la des-escolarización (Suárez et al., 2014; UNFPA, 2012).

En la adolescencia de estas mujeres también se suman otros acontecimientos significativos que constituyeron marcas indelebles en sus vidas. Estas experiencias subjetivas dan cuenta de otros de los sentidos del consumo de sustancias, en este caso componiéndose como una *forma de tramitar acontecimientos traumáticos* como problemas familiares, situaciones de violencia doméstica, muertes o abandono, entre otras.

A través de sus narraciones sobre experiencias vividas en la infancia y adolescencia, observamos cómo la institución familiar también se ve interpelada como espacio de sostén material y afectivo. La estructura familiar que brinda al sujeto estabilidad, sentimiento de unión e integración (Bourdieu, s.f) se ve amenazada por estos acontecimientos que impactan en forma negativa en la vida de nuestras entrevistadas, quienes buscaron diferentes caminos como forma de “escapar” de la realidad familiar en las que se encontraban inmersas.

Coincidimos con lo hallado por Moraes et al. (2014a), quienes señalan una relación entre las conductas adictivas y la presencia de disfunción familiar o dificultades en la comunicación familiar. Esto es reflejado en el relato de nuestras entrevistadas, como por ejemplo lo expresaron Adriana y Gabriela, quienes debieron asumir tempranamente responsabilidades adultas tras la privación de los cuidados parentales.

Como mencionamos en la presentación de Adriana (18 años) la separación de sus padres constituyó un quiebre en su vida y la de sus hermanos, situación que podría ser representada con la imagen de un “derrumbe” y que ella relata de la siguiente manera:

E-Con quién vivían cuando eran chicos?

A-Con mi padre y mi madre. Pero ellos se separaron y mi padre se fue y hace como, no sé, como 8 años que no lo veo. Una cantidad de tiempo. Yo tenía 10 así que sí. Y después que, mi madre era una madre ahí en ese tiempo, se puede decir que era una madre, pero mi padre se fue y no sé que le pasó ((Se angustia)). Empezó a salir y a tomar, y a juntarse con gente que no se tenía que juntar y nos dejó solos a mí y a mi hermana chica y a uno de mis hermanos mayores.

E-Cuántos hermanos tenes?

A-7 más. Y nos dejó solos ahí se fue con un loco y el loco la cagaba a palos y a ella le gustaba se ve. Y no teníamos para comer ni nada y mi hermano tenía que trabajar y yo tenía que trabajar para mantener a mi hermana chiquita ((Llora))

E-Cuántos años tenías en ese momento?

A-Tenia 11 o 12 años y tenía que andar trabajando en una quinta para que a mi hermana no le faltara nada. Y después mi hermano se empezó a drogar ((Llora mientras habla))” (Adriana, 18 años).

Frente a la ausencia de referentes afectivos adultos desde muy pequeña (11-12 años), Adriana asume la responsabilidad del cuidado de sus hermanos, hecho que también marcó la vida de Gabriela quien vivía con su madre alcohólica, y con su padre, que pasaba la mayor parte del día trabajando fuera del hogar. Como vemos a continuación los recuerdos de su infancia reflejan el sufrimiento vivido desde niña:

“G-Yo cuando era chica vivía con mis padres, y mis hermanos...No tuve niñez porque no sé lo que es...nunca supe lo que era la niñez. Si tuve dos muñecas fue mucho, porque después jugaba con mis hermanos ((Risas))... A la escuela iba cuando a mi madre se le antojaba, a los paseos también. Me divertía cuando se le antojaba a mi madre. O sea, jugar en la vereda, afuera de mi casa con mis hermanos. Amigas de chica no tuve.

E-No?

G-No, tenía una que mi madre no me dejaba jugar con ella ((Risas))

E-Por qué no te dejaba?

G-Porque no se llevaba con la madre.

E-O sea que sentís que jugaste poco y cuidaste mucho a tus hermanos?

G-Sí, demasiado. Tenían 3 días de nacidos y yo ya los cuidaba. Yo los bañaba. Con 7 años te estoy hablando. Yo los bañaba, los cambiaba. Yo me despertaba a las 4 de la mañana para darles la mema.

E-Tus padres dónde estaban en esos momentos?

G-Durmiendo. Dormían. Se perdía la mamadera ya tenía la culpa yo, se perdía el chupete tenía la culpa yo. Tenía que buscarla. Eran la 1 de la mañana y yo seguía buscando la mamadera.

E-Quién te cuidaba a vos?

G-Yo. A mí, yo. Siempre me cuidé yo. Siempre, desde chica”. (Gabriela, 28 años).

Las experiencias relatadas constituyen vivencias traumáticas. Siguiendo a Laplanche y Pontalis entendemos por trauma, “aquel acontecimiento de la vida del sujeto caracterizado por su intensidad, la incapacidad del sujeto de responder a él adecuadamente y el trastorno y los

efectos patógenos duraderos que provocan en la organización psíquica” (1996, p. 447). Muchas veces se trata de múltiples acontecimientos que se suceden en el tiempo, difíciles de tramitar sin ningún tipo de apoyo emocional.

En algunos casos la falta de sostén emocional de sus figuras parentales es suplida por otras referentes femeninas de su ambiente familiar como abuelas, bisabuelas u otras mujeres cercanas como podemos observar en los siguientes relatos:

“Mi abuela era mi madre, me crié con ella. Siempre fue una excelente madre, nunca hizo diferencia con los hijos. Al contrario me trataba mejor a mí que a los propios hijos” (Analía, 39 años).

“Recuerdo a mi abuela, de tenerme en los brazos, acurrucándome hasta las 8 o 9 de la noche que llegaban mis viejos (...) de sentarme y cantarme canciones” (Melisa, 28 años).

“Yo le decía mamá a mi bisabuela (...) de grande era la que me aconsejaba (...) ella era la que me cuidaba cuando estaba enferma...de despertarse de madrugada para darte el remedio, ponerte los pañitos fríos. Entonces claro, yo la sentí más como mi madre” (Diana, 28 años).

A través del análisis de sus discursos se puede observar la presencia de vínculos duales, donde no hay posibilidad de tercerización, se trata de organizaciones familiares donde la afectividad es poco fluida, y esto constituye una amenaza para el yo. En tanto el alejamiento del otro significa un peligro para la existencia del sujeto. Cuando uno de los miembros de este vínculo falta, el otro queda sumido en el desamparo y la fragilidad.

Es lo que le sucede a muchas de las mujeres de nuestro estudio; sus vidas parecen perder sentido cuando pierden a la persona que ofició como referencia afectiva, no pudiendo haber relevos a la interna de sus familias para ocupar este lugar. Esto se refleja claramente en uno de los comentarios que hizo Diana cuando recordó el fallecimiento de su bisabuela, relacionándolo con el agravamiento del consumo: *“Cuando empecé a ver que ya se me iba empecé hacer cualquier cagada”*.

En este contexto, el consumo de drogas se convierte en un modo de soportar una realidad que se ha vuelto intolerable, como expresan Duschaztky y Corea “Todo sirve para producir alteraciones en el modo de estar en el mundo” (2002, p. 50).

Las dificultades para afrontar vivencias displacenteras que en términos psicoanalíticos llamamos fragilidad yoica, nos lleva a pensar en el planteo de McDougall (1998) en relación a las conductas adictivas como una “solución a la intolerancia afectiva” que sufren aquellas personas en las que no se pudo desarrollar en su interior una instancia materna cuidadora.

La fragilidad yoica tiene sus raíces en las experiencias vinculares tempranas de las mujeres caracterizadas por la falta de sostén emocional, como se muestra en los siguientes fragmentos de entrevistas:

“Mi madre nos crió sola (...) No te habla, no tiene sentimientos. Es muy dura mi madre.” (Amanda, 28 años).

“Los dos no estaban en todo el día (...) La manera de mostrarme cariño era dándome cosas. Todos los días me traían un regalo (...) No hay eso de abrazarte, de te quiero, de estoy.” (Melisa, 28 años).

“Yo no tuve niñez, yo no tuve a un padre y a una madre que me dieran mimos, que me dijeran...como yo le digo a él, y él se me caga de la risa, ‘Mamá te ama hijo’.” (Gabriela, 28 años).

“Yo la quiero mucho a mi madre, pero mi madre a mí nunca me cuidó cuando estaba enferma. Ni estando acá cuando fui a tener familia tampoco.” (Diana, 28 años).

“...ya de entrada me negó (su madre), como hija me negó. Ella agarró y le dijo a mi abuela que no tenía dónde ir y que no me podía llevar, que cuando consiguiera algo me iba a venir a buscar y nunca pasó eso.” (Analía, 39 años).

A estos relatos del vínculo desafectivizado de sus madres, se suma la ausencia o poca presencia de sus padres. Los referentes masculinos aparecieron muy poco en sus discursos y la mayoría de las veces cuando se nombraban era para resaltar su falta, excepto en el caso de Melisa y Lorena quienes recuerdan a sus padres varones como referentes afectivos, como se visualiza en las siguientes viñetas:

“...éramos muy compinches para el mate. Los dos éramos los más pegados.” (Lorena, 27 años).

“...mi viejo fue el que estuvo más que nada, porque mi vieja nunca me explicó nada, ni de sexo, ni de nada. Esas cosas como que no se hablaban en mi casa.” (Melisa, 28 años).

Coincidimos con lo hallado por Albano et al. (2014) respecto a que *las vivencias traumáticas de la infancia y la vida fuera de la casa o de la familia de origen* conforman factores de riesgo fácilmente detectables en las historias personales de nuestras entrevistadas. La salida del hogar a edades tempranas se menciona en varias de las presentaciones de nuestras entrevistadas, constituyendo una forma de evitar el sufrimiento vivido en el entorno familiar. Es el caso de Daniela quien se va de su casa a partir de la muerte de su madre y del mal relacionamiento con sus hermanas, expresando:

“Me sentía sola. Estaba mal por la muerte de mi madre, mis hermanas nunca estaban conmigo. No parecía una hermana de ellas, yo me consideraba una empleada de la casa porque era la que tenía que hacer mandados, tenía que limpiar y la que nada más tenía su horario para ir a estudiar y estudiar” (Daniela, 26 años).

Por otro lado, Carla y Melisa también hicieron referencia a la salida del hogar en su adolescencia a partir de problemas en el relacionamiento con sus padres, experimentando el desarraigo de su ciudad de origen y decidiendo migrar del interior a la capital.

Como comentamos en las presentaciones, Carla fue criada por una familia de acogida⁸ por la cual se sintió poco querida:

“...siempre me decían que por mi les pagaban y que yo a los 18 me tenía que ir. Entonces a mí eso como que me molestaba; yo me quería ir antes. Y cuando tuve la oportunidad de venirme para acá porque podía trabajar y estudiar no lo dudé...” (Carla, 25 años).

La familia de acogida implica la corresponsabilidad del Estado en las funciones de protección y cuidado hacia la niña. Sin embargo, a través del discurso de Carla, queda en evidencia que tanto la familia como el Estado no logran cumplir con dichas funciones.

Melisa por su parte, se va de su casa siendo prácticamente expulsada, tras una fuerte discusión con su madre que produjo un quiebre en el vínculo con sus padres, expresando:

“Un día mi vieja viajó de la cabeza, (psiquiátrica ella, tomó pastillas toda su vida), me echó de mi casa porque ella decía que yo fumaba marihuana y me acostaba con todos los que conocía y tenía VIH. Tal así que me llevó a un psiquiatra a escondidas.” (Melisa, 28 años).

La vida fuera de la casa constituye un factor de riesgo para el consumo de drogas, ya que la misma representa la falta de espacios de apuntalamiento en el sentido que lo utiliza Kaes (1991). La vida fuera de la familia de origen acentuó la vulnerabilidad y el desamparo, encontrándose solas sin estructuras de apoyo que aporten modelos de identificación imprescindibles en la construcción de su identidad adulta.

Así comienzan a habitar otros espacios donde el uso de sustancias es una práctica frecuente, y fueron encontrando en ella la posibilidad de pertenecer socialmente a un grupo. De esta manera comienzan a experimentar con sustancias nuevas como vemos en los siguientes relatos:

“...cuando llego a Montevideo conozco gente más grande que tomaba merca y empiezo a tomar cocaína (...) me ennovié, ahí en la zona de la Aguada, me quedé a vivir, y ponele que dos años más tarde llega el boom de la pasta base ahí al mercado agrícola...no me llamaba la atención en realidad. Yo como que lo hacía para pertenecer a un grupo

8 También llamada “Familia Ajena” por el Plan Nacional de Acogimiento Familiar; consiste en una modalidad de acogimiento familiar para niños, niñas y adolescentes que se encuentran separados de sus referentes parentales por diversas razones. Recuperado de: http://www.inau.gub.uy/index.php/familia/acogimientofamiliar/item/download/12_c93253622ce6d0ff7a862b1586a63dae

determinado o de repente para que mis amigos no me rompieran las pelotas...” (Melisa, 28 años).

“...estaba sola acá en Montevideo. Terminé de estudiar, me puse a trabajar y viste que empezas a salir a bailar, empezamos con la cocaína...después conocí al padre de él que consumía pasta base y empecé a probar y probar (...) siempre está el que te dice te engachas, pero no te engachas para siempre, es según la cabeza que tengas, mentira!” (Carla, 25 años).

Las mujeres del estudio se refieren al consumo de drogas como la posibilidad de *inclusión en un grupo social* que oficia de espacio prestador de identidad a partir de la identificación con una sustancia (Echeberría, 2006). El grupo de pares, el barrio, la calle cobran protagonismo en la vida de estas mujeres y es de esta manera que comienzan a experimentar con PBC, como desarrollaremos a continuación.

En suma, en el relato de las mujeres el inicio del consumo estuvo asociado con disfunción familiar y problemas en la comunicación familiar; con experiencias traumáticas vividas en la infancia y adolescencia (abandonos o muertes de seres queridos, separaciones, situaciones de violencia doméstica, entre otros) y con la pérdida de espacios de socialización y pertenencia social a partir de la deserción escolar o la salida del hogar a edades tempranas. La situación de desvalimiento en la infancia y adolescencia se hace evidente a partir de sus relatos que reflejan la escasa o nula disponibilidad emocional para las niñas, y la presencia de necesidades básicas no cubiertas como el afecto, el cuidado, la protección. Podríamos decir que estas condiciones materiales y subjetivas en la infancia predisponen a las mujeres a desarrollar un consumo problemático en el futuro.

4.2.1.2 LOS INICIOS DEL CONSUMO DE PBC Y LOS CAMINOS TRANSITADOS...

Entre el inicio del consumo de drogas en la adolescencia y la experimentación con la PBC, transcurre un tiempo, en algunos casos breve, en otros más prolongado. En el caso de nuestras entrevistadas, la media de años transcurridos fue de 4,45 años.

La edad promedio de inicio en el consumo de PBC en nuestras entrevistadas es de 20 años, valor levemente inferior a la media de la población general (21 años). La iniciación del consumo de PBC en las prácticas cotidianas de estas mujeres se relaciona con la disponibilidad de la misma en los espacios donde frecuentan y es facilitada por el contacto cotidiano con personas que utilizan o venden.

La oferta y facilidad de acceso a esta droga es mencionada en otros estudios (Suárez et al, 2014) y constituye uno de los motivos que incitan a probarla. En los relatos de nuestras entrevistadas visualizamos a los espacios públicos: *la calle, el barrio, la esquina*, como

escenarios claves en sus primeros acercamientos a esta sustancia, y una especie de negativa o resistencia inicial asociada al aspecto “dañino” o “malo” de esta droga colocándolas en el lugar de debilidad frente al otro que incita al consumo:

“A los 18 fui a un boliche (...) fumo un porro con el cuida coche de la puerta, me invita, perfecto (...) después habían un par de chetitas y empiezan a fumar pipa las chetitas y el tipo. Me invitan y digo, no, eso es malo. ‘No, no es malo, probalo, probalo’ (...) probé y fue gastarme toda la plata de la entrada.” (Nadia, 25 años)

“Éramos seis, siete que nos sentábamos en la esquina cuando yo venía de trabajar (...) Lo hacía porque estaba ahí en la ronda y me gustaba como me pegaba en ese momento.” (Jessica, 27 años).

“Una vuelta estaba ayudando a mi hermano en la esquina de casa y viene un amigo que me dice, prueba esto (...) ‘No arranca de acá’, le dije, ‘Probalo en serio, vas a ver que te vas a olvidar de todo.’” (Gabriela, 28 años).

Coincidimos con lo hallado en otros estudios con respecto al inicio del *consumo de PBC con sus parejas* (Romero, 2001; PNUD-Proyecto Desarrolla, 2010, Suárez et al., 2014), en muchos casos se trata de hombres de mayor edad que ellas tal como lo refieren algunas de las mujeres entrevistadas:

“...siempre hubo drogas en nuestras relaciones ((Risas)) porque el toda la vida, tiene 47 años y toda la vida consumió (...) tomábamos cocaína y después el no sé cómo se enganchó a fumar y ta, después yo fumaba con faso y después quise probar y ta.” (Diana, 28 años).

“...se sienta al lado mío y me dice. A vos te pega eso (tabazoco)? Y le digo sí. Pero si vos fumás tabaco no le sentís casi el gusto. Me dice si lo fumás acá (pipa), vas a ver que es mejor. Y yo, como era una tarada, una pendeja boba, agarré y ta. Y agarró y me dijo tomá y yo lo agarré (...) me dijo tomá, tenes que hacer así. Y de ahí nunca más pude dejar.” (Adriana, 18 años).

El consumo con sus parejas también es significado como una forma de cuidado que ellas adoptan, así lo expresó Melisa cuando nos contaba su reacción al enterarse sobre el consumo de PBC del papá de su primer hijo:

“...de última lo acompaño, lo cuido y veo no? Cómo me manejo. De última si se pone pesada, bueno me abro. Pero vamo a ver qué onda, vamo a experimentar (...) yo pensaba lo siguiente, si el consumía conmigo él iba a estar en casa, no se iba por ahí. Entonces de alguna manera yo lo estaba cuidando también. De achicarle la cabeza y como que entre los dos decíamos bueno este es el último, ahora nos vamos a dormir.” (Melisa, 28 años).

Un aspecto a destacar sobre el consumo de PBC es que a pesar de la heterogeneidad en las experiencias de consumo, podemos establecer que todas las mujeres entrevistadas aludieron a las dificultades para controlar el consumo, desarrollando un *consumo*

problemático, lo cual coincide con los datos proporcionados por la V Encuesta en Hogares (OUD, 2012). Esto se relaciona con el alto grado de dependencia de la sustancia, lo que genera la necesidad de consumir más cantidad o con mayor frecuencia. El poder adictivo y destructivo de la misma es un aspecto señalado por las entrevistadas, reflejándose en el compromiso físico y mental en la salud de éstas:

“...primero era una vez por semana, después dos, después tres, después todos los días y todo el tiempo.” (Carla, 25 años).

“El agarró 180 mil pesos de la DGI y esa plata la consumimos en dos meses, ahí fue cuando dije no, no podía creerlo (...) ya estaba quemando todo. Perdimos toda la casa, heladera, todo...” (Lorena, 27 años).

“...llegaba la noche y me ponía como...el cuerpo se te contractura, estas nerviosa, caminas de arriba para abajo.” (Melisa, 28 años).

“...llega un momento que el cuerpo y la mente se cansan de tanto tiempo sin dormir, sin comer (...) entré a sentir voces, hablaba sola, veía cosas (...) llegué a pesar 40 kilos, mal.” (Analía, 39 años).

El consumo cobra protagonismo totalizando sus vidas, acentuando las condiciones de vida desfavorables, y limitando aún más el acceso a las oportunidades de desarrollo social (Suárez & Ramírez, 2014).

Con el consumo problemático de PBC cambian los vínculos familiares y de amistad; muchas de las mujeres aludieron a la pérdida de los pocos espacios de contención y apoyo que quedaban, como expresa Daniela en la siguiente viñeta:

“...dos por tres cuando andaba mal iba a alguna de las casas de mis tías, me dejaban pasar para que me alimentara, para que me pegara un baño porque estaba patéticamente en mal estado. Pero después como que dejé de ir. No fui a molestar a más nadie. ¿para qué? Para que se pongan a llorar y todo...” (Daniela, 26 años).

Asimismo se fueron perdiendo los pocos vínculos de amistad que tenían antes de iniciar el consumo de PBC, ya que las diferencias en las costumbres, hábitos y prácticas cotidianas las fueron distanciando. En este sentido Carla enunció:

“C-Las conozco desde chica y ahora están todas por recibirse... Todas vinieron a estudiar, yo después me desvié...”

E-O sea que perdiste el vínculo con ellas?

C-Sí, lo perdés...lo perdés si! Vos pensá, ellas tuvieron su apartamento y yo estaba durmiendo en la calle...” (Carla, 25 años).

También se fueron perdiendo espacios saludables como el trabajo, en el caso de Diana, quien expresó:

“...me había quedado toda una noche drogándome y tenía que estar a las seis de la tarde y no podía más, estaba como arruinada. Entonces no fui y me quedé sin trabajo. Y nunca más trabajé, hace dos años que no trabajo en ningún lado” (Diana, 28 años).

Se produce el ingreso a nuevas *redes*, ya no de “apoyo mutuo” sino de “*destrucción mutua*” (Silva, 2006), donde las “*bocas*” se convierten en el eje de subsistencia básico, sobre el cual se organiza la vida cotidiana de esta población. El *círculo consumo-abstinencia-consumo* y la falta de recursos económicos para proveer la sustancia las lleva a cometer *delitos* como “salir a robar”, o entrar en el negocio ilegal de la venta de sustancias, como comentaron Lorena y Amanda. En algunos casos, el desarrollo de estas prácticas ilícitas las llevó a la *privación de libertad*, a Gabriela en más de una oportunidad.

Otras de las entrevistadas aludieron al inicio de nuevas actividades que les proporcionaban dinero rápidamente para poder consumir, como ejercer la *prostitución* o pedir en la calle o a personas del barrio.

La integración a las redes de consumidores representa cambios en la valoración, reconocimiento por parte de sus pares y nuevas formas de participación social.

Se termina de producir el quiebre de los vínculos familiares y se desarrollan otros dentro del ambiente del consumo que se caracterizan por ser débiles y volátiles; se trata de redes frágiles en las que se entra si se tiene dinero, algún objeto o servicio de intercambio (Castilla, Olsen & Epele, 2012). Melisa (28 años) comentaba que “...*si sos usuaria y andas en la calle (...) en todos los barrios tenes algún usuario conocido*”, remarcando el fin utilitario que pasan a tener los vínculos, ya que “sirven” o no en función de si te ayudan a procurar la sustancia. Lorena aludió al intercambio de favores que suele darse en el entorno del consumo, afirmando:

“...nos fuimos a vivir a la vuelta de la casa, y el dueño era vendedor y nos dio a nosotros el cargo (...) ahí nos terminamos enganando. El nos preguntó ‘¿con qué te pago? ¿te pago con cosas o te pago con plata?’ y nunca veíamos la plata, terminábamos consumiendo todo lo que teníamos (...) eran como unas changuitas, nos daban techo...” (Lorena, 27 años).

A partir del *alejamiento o ruptura de los vínculos sociales y familiares* que comentábamos anteriormente y el ingreso a las redes de “*destrucción mutua*”, se acentúa el *aislamiento* de las entrevistadas, lo que repercute en forma negativa en la autoestima y agrava el consumo problemático de PBC. En relación a esto Amanda expresaba:

“Cuando estaba mal nadie venía y me decía Amanda querés comer? Cuando no te sentís bien nadie está. Nunca nadie hizo nada por mí, yo siempre encaré sola” (Amanda, 28 años).

El no contar con el apoyo emocional y material de familiares, amigos y/o vecinos afecta la salud física y mental de las mujeres (Castro, 1997), generando sentimientos de *desvalorización de sí mismas* y profundizando la situación de *desamparo*. Se acentúa el aislamiento social y van perdiendo aún más las posibilidades de inclusión social, los que los convierte en seres de “nuda vida” (Duschatzky y Corea, 2002), en tanto seres a los que se le han consumido sus potencias, sus posibilidades. Se transforman en seres invisibles a nivel social, vivenciando situaciones de violencia social como la que comenta Gabriela (28 años) a continuación: “...no podía creer que haiga gente tan mala, tan maldita, que te vean que estas así y no hagan nada”.

Siguiendo a Castro (1997) si la naturaleza del apoyo social es negativa, los individuos obtendrán consecuencias negativas. Hallamos que el contar con una red social estable, sensible, activa y confiable protege la salud del sujeto (Sluzki, 1996) y lo observamos en las experiencias de vida de algunas de las entrevistadas como por ejemplo Melisa, quien relata los cambios positivos que se producen en su vida a partir del momento que conoce a la persona que actualmente es su pareja:

“...salí a buscar un milagro, como que alguien viniera y me salvara de donde estaba y bueno, en ese momento aparece Agustín, mi compañero (...) le dije que tenía que zafar de ahí porque si no iba a terminar mal, me iban a quitar al nene y toda la historia, y bueno, él me dice, alquila la casa, tenes unos mangos para vos y yo te presto una habitación acá y venite con el nene. Al toque me vine” (Melisa, 28 años).

Considera que su inclusión al grupo social que él pertenecía constituyó un factor de apoyo para abandonar el consumo de PBC, expresando:

“...un día logré cambiar esa manera de consumo y tomar otra. Ellos (amigos/as de su pareja) como que le llaman que es un consumo con un propósito, no es consumir para quedar duro, mirar por la ventana y alucinar” (Melisa, 28 años).

No obstante, casi la totalidad de las mujeres entrevistadas han llegado a una situación de doble exclusión, no han podido zafar del consumo y de la vida en la calle, transformándose en seres *desafiliados sociales* (Castel, 1997). De este modo se refuerza la imposibilidad y desesperanza de encontrar opciones que las vinculen nuevamente a la sociedad, hallando en la PBC una forma de zafar de esa situación de desamparo y privación social.

En suma, la edad promedio de consumo de PBC en nuestras entrevistadas es de 20 años, menor a la edad promedio relevada en estudios anteriores; el inicio se asocia con la disponibilidad de la droga en los espacios donde frecuentan (calle, barrio, esquina) y con los vínculos de pareja, hombres de mayor edad que ellas con trayectorias de consumo.

El consumo de PBC en nuestras entrevistadas se vincula inmediatamente con las dificultades para controlarlo, desarrollando un consumo problemático que genera graves consecuencias para la salud física y mental de estas mujeres.

Sus vidas comienzan a organizarse en función de la sustancia, distanciándose de los pocos vínculos familiares, de amistad y laborales que tenían.

La falta de recursos económicos las coloca en situación de mayor vulnerabilidad, recurriendo al delito, la prostitución o la mendicidad para acceder a la sustancia.

Este modo de vida va acentuando el aislamiento y la situación de desamparo, limitando aún más las posibilidades de desarrollo social y humano.

4.2.2. SER MADRES EN EL CONTEXTO DEL CONSUMO PROBLEMÁTICO DE PBC

Esta dimensión de análisis se presenta en dos secciones:

En primer lugar, nos referimos a las dificultades presentadas en el proceso de convertirse en madres, aludiendo a las particularidades y complejidades del mismo que inciden en las representaciones de sí mismas como madres.

En segundo lugar, analizamos el lugar del hijo en las trayectorias de vida de estas mujeres y los significados atribuidos a éste.

4.2.2.1 DIFICULTADES EN EL PROCESO DE CONVERTIRSE EN MADRES...

El fenómeno de la maternidad sucede en un escenario caracterizado por un marcado deterioro en la salud física y mental de las mujeres dado por el consumo problemático de PBC y por el contexto de vulnerabilidad socio-económica en el que viven. Sus vínculos sociales y familiares se encuentran debilitados y sus redes se reducen al entorno del consumo -un mundo predominantemente masculino- lo que las expone a situaciones de violencia.

Los embarazos se producen en un momento de sus vidas donde el consumo y la supervivencia diaria gobiernan sus prácticas cotidianas, sin lugar ni tiempo psíquico para pensarse a sí mismas como mujeres, como madres o futuras madres.

El *proceso de convertirse en madres* en este contexto, presenta sus particularidades y complejidades, debido a los obstáculos que dificultan la posibilidad de representarse a sí mismas como madres.

Los relatos de las mujeres sobre sus embarazos están atravesados por la *criminalización del consumo* (Epele, 2007), reflejándose el peso que el *estigma social* (Goffman, 2006), tiene sobre ellas por no cumplir con los mandatos sociales de la maternidad

–“una madre presente en el hogar, que cuida a sus hijos y está pendiente de sus necesidades” (Castilla & Lorenzo, 2012, p. 76)-.

La carga moral que recae sobre las mujeres, y el cuestionamiento sobre sus capacidades maternas tiene efectos negativos sobre las representaciones de sí mismas como madres. Esto se refuerza con la imagen negativa que le devuelve su entorno, en tanto no cumplen con lo esperado, con lo que debe ser una *buena madre* dificultando aún más el proceso de preparación para la maternidad.

Muchas hicieron referencia al rechazo por parte de sus familias, evaluándola como una *situación desacreditable* y por tanto, *estigmatizada* (Goffman, 2006), lo cual se vislumbra a través de las palabras de las entrevistadas:

“A-Hasta que un día, se me empezó a notar la panza y les dije. Y me dijeron lo que yo pensaba que me iban a decir no? ((Llora))

E-Qué te dijeron?

A-Que era una irresponsable (.) porque no lo iba a poder criar (0,8) No me dieron nada para adelante, me la dieron toda para atrás.

E-Quiénes principalmente?

A-Mi madre, que era una responsabilidad muy grande. Me dijo que lo tenga y que se lo de a ella. Y que si yo me drogaba o algo cuando lo tenga que ella me lo iba a sacar. Que no le importaba nada si yo era la madre. Iba a hacer todo lo posible para sacármelo y yo no quiero que me lo saque ((todo esto lo dice muy angustiada, llorando)).” (Adriana, 18 años).

“D-Mi madre quería que me lo sacara, no quería que lo tuviera. Como estaba de poquito, que capaz que me lo sacaban, que esto, que lo otro.

E-¿Y por qué quería que te lo sacaran?

D-Porque como estaba yo decía que no podía tener un hijo así.

E-¿Y vos qué pensabas?

D-Y pah... y yo quería tenerlo, incluso vine acá a ese lado que te hacen para hacer los trámites... vine, entré, cuando entré dije mira yo no sé porque vengo acá porque yo quiero tener a mi hijo y me fui ((Risas)). Y ta yo lo quiero tener, lo voy a tener y lo voy a tener porque yo era lo que más quería. Yo lo veía como una forma de cambiar totalmente.” (Diana, 28 años).

Es importante señalar que las mismas madres que no pudieron sostener a sus hijas son las que cuestionan las capacidades maternas de éstas.

El hecho de que el deseo de la maternidad coexista con las prácticas de consumo es vivido por nuestras entrevistadas con culpa y vergüenza, lo que nos lleva a pensar en la imagen de la mujer usuaria de PBC como “*maternidad inapropiada*”, término que utiliza Castelli (2015a, 2015b) citando a Darré (2013). Esta imagen se encuentra en el imaginario social y tiene sus efectos en las prácticas cotidianas que promueven la discriminación y expulsión de estas mujeres.

El miedo a la estigmatización y discriminación por su condición de adictas produce el aislamiento de las usuarias que van a ser madres, transitando sus embarazos en soledad, sin contar con espacios donde compartir sus experiencias, dudas, inquietudes donde elaborar los cambios producidos en sus cuerpos y compartir las emociones que acompañan este proceso.

Las historias sobre sus embarazos muestran la situación de vulnerabilidad y de privación, caracterizada por la vida en la calle, sin redes sociales en qué sostenerse:

“...cuando yo estaba embarazada de Gustavo no pensaba en ese momento, me drogaba, no me importaba! No sabía lo que me iba a pasar cuando lo fuera a tener. No sabía lo que era tener un hijo. Me di cuenta que estaba embarazada cuando tenía panza. No me controlé en todo el embarazo. Vivía en la calle, me alimentaba poco.” (Carla, 25 años).

*“...un tiempo estuve viviendo en la calle. Porque me había peleado con todos.
E-Cuándo fue eso?*

A-A los días que Marcos (su novio) cayó preso. El había caído preso y yo había quedado sola, y me empecé hacer toda la cabeza que tenía que criar al bebé sola, pasar por todo sola. Y ta y me fui y no aguanté mucho. Creo que aguanté un mes no más. Pero no me estuve drogando ese mes. Si conseguía plata me compraba comida y todo eso porque pasaba hambre.

E-Y dónde parabas?

A-En la calle, me quedaba a dormir, en una garita o en la estación de tren ((Se angustia)) Y no me drogaba ahí, lo más lindo. Y mis hermanas decían, si se fue a drogar le decían a mi abuela. Se anda drogando por ahí, no le des bola (...) no pasé un lindo embarazo (...). Pasaba mucho estrés, tenía que ir a ver a Mauro y todo y ahí tenes que hacer fila y tomarte muchos bondis. Pasaba caminando, iba sola (...) y eso me ponía siempre mal” (Adriana, 18 años)

También aludieron a situaciones de riesgo vividas durante el embarazo como amenazas de aborto espontáneo y partos prematuros u otras complicaciones médicas a causa del consumo de drogas durante el embarazo, como la situación que relató una de las entrevistadas:

“Una vuelta me desmayé, estaba con tremenda panza y mi pareja me dijo que se me habían dado vuelta los ojos. Yo sé que sentí, unas sensaciones raras, como que si la parte esta de aca de la cabeza se me saliera. En el momento que estaba consumiendo, sentí una sensación rara, y después no sentí nada. Dice que se me dieron vuelta los ojos para atrás, la nuca se me iba para atrás y la lengua se me enroscaba. Eso me pasó tres veces.” (Analía, 39 años).

Este tipo de emergencia médica se transita en soledad o con otras personas del ambiente de consumo, porque consultar implica asumir el riesgo de ser “denunciadas” o moralmente sancionadas por parte de los profesionales de la salud. Éste podría ser uno de los motivos por los cuales no es frecuente el control médico durante el embarazo. El no consultar podría estar entonces relacionado con el temor a la denuncia o sanción moral por parte del personal de salud, que denunciaría el peso del estigma social sobre estas mujeres etiquetadas

como madres irresponsables o “malas madres”. Representación subjetivamente incorporada por las propias mujeres que construyen esta imagen deficitaria de sí mismas.

El hecho de no acudir a los centros de atención en salud es una práctica frecuente entre los usuarios de drogas tal como señala Epele (2007). La autora define y analiza la “*lógica de la sospecha*”, es decir, aquel conjunto de prácticas simbólicas que incluye actitudes de los/as usuarios/as ante los servicios de salud, como la duda, la desconfianza y la sospecha, que definen los vínculos de éstos con los servicios de salud.

Algunas de las mujeres del estudio hicieron referencia a las *barreras de accesibilidad al sistema de salud* que van gestando una brecha entre las usuarias de drogas en situación de exclusión y los servicios de atención en salud.

Aquellas mujeres que manifestaron haber concurrido alguna vez a los controles de embarazo, expresaron no haber declarado ser usuarias de PBC y de acuerdo a sus relatos, uno de los motivos por los cuales no lo hicieron, además del miedo a ser denunciadas, fue porque el médico no lo preguntó. Romero y Gómez (1997) aludieron a la *doble complicidad* de estas situaciones, sostienen que a las mujeres se les dificulta admitir el consumo y lo callan por vergüenza, y el médico no pregunta porque no espera que una mujer embarazada sea usuaria de drogas.

Por otro lado, algunas de las mujeres que prefirieron no consultar durante su embarazo, manifestaron desarrollar *prácticas de cuidado alternativas* al sistema de salud (Epele, 2007) como la transmisión de experiencias y fortalecimiento de los vínculos entre usuarias que se encuentran en la misma situación que ellas, como en el caso de Melisa:

“Había en ese momento un montón de pibas que estaban embarazadas y fumaban pasta acá en el barrio. Y como que hablaba con ellas, ¿le digo al médico?, ¿le digo al ginecólogo?, ¿qué hago? A nosotros nos dieron tipo una vacuna así no sé qué viste? y yo cuando me dijeron eso no confié mucho. Y ta dije, yo no voy a decir nada, me la banco yo solita, porque yo no quiero que me metan nada, ni que me den nada. De última lo que yo quería era compartir lo que estaba consumiendo, que de alguna manera me apoyaran pero que tampoco me obligaran a nada que yo no quisiera no?” (Melisa, 28 años).

El hecho de contar con otras personas con quienes compartir los que les va sucediendo durante sus embarazos posibilita el *reconocimiento de sí mismas como madres*.

Esto se observa en los relatos de aquellas entrevistadas que contaron con el *apoyo de instituciones jurídicas y sanitarias*, quienes las sostuvieron durante sus embarazos, promoviendo prácticas de cuidado de su salud y la de sus hijos.

Es importante señalar que una de ellas transitó gran parte de su embarazo privada de libertad, período durante el cual se mantuvo abstinentemente del consumo, y la otra, tenía una referencia

positiva de las instituciones, recibiendo de ellas el apoyo que no encontró en su familia de origen.

E-Cómo fue el embarazo?

N-El embarazo fue de alto riesgo no? Este...pero fue todo el tiempo controlado, muy controlado.

E-Dónde te controlaste el embarazo?

N-En el hospital de Clínica:::s. Muy muy controlado, internaciones varias.

E-Si? ¿Por qué motivo?

N-Y porque querían que achicara y para que estuviera bien el embarazo y todo yo me prendía y achicaba, y me iba, y volvía y me iba, y estaba internada cada dos semanas estaba internada.

E-Y después te ibas?

N-Si...

E-Cuando te sentías mejor te ibas?

N-No no no. Aguantaba una semana, dos semanas, capaz que tres pero estuve internada casi todo el embarazo. Internada porque quise, no? Y del Clínicas me pasaron para acá (Portal Amarillo) porque encontraron el lugarcito acá.

E-O sea que antes de esta internación estuviste durante el embarazo...

N-See, estuve dos meses. Una vez cuando estaba de 2 meses y pico que estuve menos de una semana y me fui y la segunda que la cumplí de pe a pa que salí el día anterior que naciera Lauro, al Clínicas directo.” (Nadia, 25 años)

“E-Y te controlaste el embarazo?

G-Si me controlé allá adentro.

E-Allá adentro dónde?

G-En CNR estuve.

E-Y estuviste durante todo el embarazo?

G-No, no, no. Salí a los 4 meses, 4 meses y medio casi 5.

E-O sea que hasta los 4 meses, 5, te controlaste siempre. Y después de eso?

G-Después fui dos o tres veces más y ta no. Me olvidaba...

E-Tuviste ecografías?

G-Ecografías tenía pero yo perdí un, tenía un stucher con todas las ecografías que me había hecho allá todo. Lo perdí todo. Perdí la tarjeta de control...Y bueno yo sabía que iba a pasar esto pero ta. Perdí todo, porque yo tenía todo. Todos los exámenes que me había hecho, los estudios, todo tenía.” (Gabriela, 28 años).

A través de sus relatos visualizamos al *apoyo institucional* como un factor protector durante sus embarazos, brindando un ambiente facilitador para el desarrollo del bebé y para la preparación de la maternidad. Esto tuvo repercusiones positivas en las representaciones de sí mismas como madres, en tanto sintieron que pudieron cuidarlos a pesar de su situación de consumo problemático.

Por el contrario, aquellas mujeres que no contaron con figuras de sostén durante sus embarazos, presentaron mayores dificultades en el proceso de preparación para la maternidad.

Consideramos que las vicisitudes presentadas en este momento se relacionan con los sucesos de consumo intensivo durante el embarazo y los malestares emocionales asociados a la “culpa” y la “vergüenza” que aparecen en los momentos de “rescate”. Representarse

como futuras madres en este contexto se asocia directamente con la imagen de sí mismas como “*desviadas*”. Por eso negar la maternidad constituye una forma de evitar el sufrimiento que esto les genera. No obstante, dificulta la adopción de la posición social que las sitúa como madres de alguien (Imaz, 2010), siendo el momento del nacimiento (“presentación”) de sus hijos una de las primeras instancias en que suelen representarse a sí mismas como madres, lo cual es reflejado en las palabras de Carla (25 años): “*Ahí fue como que supe ser madre, supe lo que quería, fue como que supe todo!*”.

El nacimiento de sus hijos es representado por la mayoría de las entrevistadas como un quiebre entre la vida que llevaban como consumidoras de PBC y la que desean emprender a partir de hacerse cargo de la vida de éstos.

En suma, las particularidades y complejidades del proceso de convertirse en madres en el contexto del consumo problemático de PBC –como ser: la criminalización del consumo durante el embarazo, la estigmatización y discriminación social de las mujeres por su condición de adictas, y el aislamiento de ellas a partir del temor a la censura moral por parte de su entorno o el personal de salud- dificultan el reconocimiento de sí mismas como madres y el desarrollo de la maternidad. Por el contrario, la presencia de figuras de sostén y apoyo social en este proceso –como las instituciones jurídicas y sanitarias-, repercute positivamente en las representaciones de sí mismas como madres, promoviendo un ambiente facilitador para la preparación de la maternidad y posterior desarrollo del bebé.

4.2.2.2 EL LUGAR DEL HIJO EN SUS TRAYECTORIAS DE VIDA...

El fenómeno de la maternidad se presenta en la vida de las mujeres del estudio como un hecho no planificado y en un contexto poco propicio para el desarrollo de un bebé. No obstante, es una realidad aceptada y asumida, a pesar de las repercusiones negativas que la noticia tiene en muchas de sus familias.

La idea de interrumpir el embarazo, si bien no es un hecho frecuente en sus discursos, aparece en alguna oportunidad, favorecida por el nuevo marco regulatorio de la *interrupción voluntaria del embarazo* (Ley N° 18.987, sancionada en octubre de 2012). Como veíamos anteriormente, en algunos casos es impulsada por la presión de algún familiar, generalmente sus madres, quienes las juzgan por su condición de adictas. En otro en particular, la decisión fue tomada por ella misma, manifestando que por su situación de consumo problemático no podía hacerse cargo de su hijo. No obstante, esta decisión no pudo efectivizarse, dado que el embarazo fue constatado tardíamente y estaba fuera del plazo legal para ser interrumpido. Es

interesante señalar que si bien la ley N° 18.987 establece causales que habilitan la interrupción fuera de las 12 semanas por riesgo de vida y salud de la mujer, el consumo problemático de sustancias no estaría contemplado ya que no se considera un factor de riesgo.

La mayoría de las mujeres del estudio manifestaron la voluntad de proseguir con sus embarazos, a pesar de la situación en la que se encontraban. No existieron situaciones de desvínculo (para darlos en adopción), ya que la totalidad de las mujeres manifestaron sus deseos de hacerse cargo de sus hijos.

De sus relatos se desprende que el aborto parece no constituir una posibilidad moralmente válida para la mayoría de las entrevistadas y nos preguntamos si tomar la decisión de interrumpirlo implicaría reforzar la estigmatización que genera la situación de consumo de PBC y de pobreza que las segrega siendo consideradas como “malas madres” o “madres incapaces”.

Por otro lado, no debemos olvidar la sujeción de esta población a los valores más tradicionales (Albano et al., 2014) entre los cuales incluimos a la maternidad asociada a una forma de acceder a un lugar validado y reconocido socialmente. Castilla y Lorenzo señalan que en los barrios más vulnerables, precarios y marginales de la sociedad, la posibilidad de ser madres se asocia con “deseos de auto-realización y/o afirmación de las propias subjetividades” (2012, p. 71). Esta posibilidad les permite identificarse con aspectos positivos de su personalidad que se vinculan con cualidades maternas como el afecto, la protección, el cuidado, etc.

Sus hijos parecen constituir la posibilidad de subjetivarse a través del investimento que otorga el ocupar un lugar validado socialmente: ser madre. Significa además una oportunidad para deconstruir sus subjetividades atravesadas por su condición de adictas.

Al igual que otros estudios (Ramírez, 2011) hallamos que las mujeres representan a la maternidad como una *motivación* para cambiar sus vidas y para abandonar el consumo; sus hijos les brindan *nuevas posibilidades de superación* y una *razón por quién luchar*. Se podría hablar de una especie de “rescate” de sí mismas a través de sus hijos y una sobrecarga de expectativas sobre éstos. Lo cual es reflejado en sus presentaciones al comienzo del capítulo y en los siguientes relatos:

“Yo siempre dije que yo por mi hijo iba a cambiar, que yo podía cambiar por él.”
(Carla, 25 años).

“Es lo más lindo que me pasó en la vida (.) y que tengo que ser cien por ciento responsable...” (Nadia, 25 años).

“...yo siempre dije nace mi hijo y yo no hago más nada. No me drogo nunca más (...) Ni pienso en la droga, pienso en mi hijo. Que tenga las cosas mi hijo, que este bien él y ya está.” (Gabriela, 28 años).

“...me puse contenta porque pensé ta! Esto va a ser lo que me va hacer cambiar. Porque yo me sentía en un pozo. Me sentía en un pozo, era como que miraba para arriba y veía la luz a kilómetros, era como que no iba a salir.” (Analía, 39 años).

Esta forma de experimentar la maternidad se asemeja a lo que Imaz (2010, p. 169) ha denominado “*narraciones de ruptura*”, término que utilizó para definir a aquellas maternidades que suponen:

...la inauguración de una nueva etapa de vida que conlleva una renuncia explícita a los pasajes considerados no adecuados de la vida anterior. En estos casos la maternidad supone un cambio en la orientación de la trayectoria vital que contiene un componente de repudio de la vida anterior en la que se considera que se erró o se equivocó. La maternidad supone aquí un cambio radical y de ruptura con etapas anteriores, es el origen y el impulsor mismo de ese cambio, es la que les otorga una nueva perspectiva y reorientación que es vista como positiva en contraste claro con la lectura negativa del pasado inmediato. (Imaz, 2010, p. 170).

Como expresábamos anteriormente, el nacimiento de sus hijos frecuentemente es considerado por nuestras entrevistadas como el propulsor de un conjunto de cambios, entre ellos la interrupción del consumo de PBC.

En sus relatos fueron significando sus experiencias de embarazo como una forma de rescatarlas del consumo expresando:

“Fue algo que vino en el peor momento de mi vida para...sacarme, eso...Yo lo veo así...” (Diana, 28 años).

“...quedar embarazada de ella como me... me que dijo basta, ya está, dejá esto porque te va a terminar matando.” (Jessica, 27 años).

Durante el primer año de vida de sus hijos, período dentro del cual fueron realizadas la mayoría de las entrevistas, las mujeres expresan estar enfocadas en el cuidado de sus hijos, y el consumo de PBC pareciera no tener lugar en esta nueva organización de sus vidas. Tener un hijo provoca, alienta y obliga a una revisión de las condiciones en la que se sustentaba la propia existencia que se califica desde el presente con rasgos negativos. Esto queda reflejado en los siguientes relatos:

“E-Gabriela con respecto al consumo ¿cómo es tu situación actual? ¿No estás consumiendo?

G-No gracias a Dios. Desde que nació Emiliano, del 20 de julio.

E-Desde el momento del parto...¿Y cómo te has sentido en este tiempo, estos 5 meses?

G-Yo bien. Como yo digo, eso va en la cabeza de uno. Mentira que no puedes, puedes! Porque si vos no pensas ah me quiero drogar, me quiero drogar. Ahora ni pienso en drogarme, pienso en las cosas que necesita mi hijo, nada más.” (Gabriela, 28 años).

“Yo puedo tener 7 kg de drogas ahí adelante y sé que no la toco y sin embargo antes de que el naciera ni dudaba, por más que el riesgo fuera caer presa, no me importaba caer presa, iba y me drogaba, sin embargo el miedo a perder a mi hijo... me parece mucho más importante mi hijo, porque sé que sufre... No es solo que yo lo pierdo y después de dos meses me lo dan, lo que él siente, y lo que él piensa...” (Carla, 25 años).

“Ni bien nace Ismael, se terminó eso. Fue un cambio total de conciencia. Yo, vos sabes que cuando estaban consumiendo en casa después de nacido Ismael, yo agarraba y me encerraba en el cuarto con el bebé, viste? Llegaba un horario y me cerraba con el bebé, y le daba teta y eso y ya me dormía y ya no fumaba más.” (Melisa, 28 años).

*“E-Qué consideras que te ayudó a recuperarte del consumo?
PRU3H2M -Qué me ayudó? Javier, nada más. Nada más...a parte, no tengo ganas, mira que la otra vez venía en el ómnibus que fuimos a hacer un mandado con Javier y paso por todos los lados que íbamos a comprar droga con el padre de él, por todos los lados así en el ómnibus que me acuerdo...y siempre lo pienso, y pienso en esos momentos, las cosas que hacíamos, entiendes? Y ahora como estoy, tranquila, con mi hijo...” (Diana, 28 años).*

Muchas manifestaron que las tareas de la maternidad las mantiene alejadas del ambiente de consumo y que el hecho de ser proveedoras del alimento para sus hijos las protege de las recaídas. Así lo expresó Diana cuando se refirió a la lactancia, observándose además como una acción que promueve interacciones positivas entre madre-hijo:

“Yo sé que mientras yo le esté dando teta a él no voy a consumir nada porque, me muero si tengo que dejar quince días de darle teta, con lo que el toma teta, como le gusta, como le hace bien...no pará!” (Diana, 28 años).

La maternidad representa una forma de “trascender al estado de desposesión” (Castelli, 2015b, p. 24) y quizás éste sea uno de los motivos por los cuales deciden continuar con sus embarazos, ya que sus hijos constituyen un factor protector para ellas. La *figura del hijo/a* es significada como una compañía, una motivación para proyectarse y planificar sus vidas, como comentaron algunas de las entrevistadas:

*“E-Y qué pensas que te ha ayudado a recuperarte?
G-Él.*

E-Tener a Emiliano...y en qué te ayuda?

G-En todo. A no sentirme sola, a saber que tengo por quién luchar. Tengo a mi hija obvio no? Pero... él a mí me cambió la vida, siempre lo digo. Mi hijo que me cambió la vida.” (Gabriela, 28 años).

“...si Gustavo no existiera seguiría drogándome, seguiría en la calle porque yo no estaba con ganas de salir, claro cuando él nació sí! Es más yo ahora me pongo a pensar y yo me arrepiento tanto de todo, de cómo estaba, de cómo vivía, de cómo no me importaba, eso también lo pienso ahora. De cómo me rescato, y eso que ahora estoy llena de preocupaciones, pero me gusta mucho más que la de antes que no tenía preocupaciones, pero no tenía nada tampoco. Ahora lo tengo a él.” (Carla, 25 años).

“A parte me alegra, el ya se despierta, vos le decís buen día Javier, el ya se despierta, ya se ríe ya te alegra el día te juro. Si si.” (Diana, 28 años).

Como podemos observar sus hijos significan la posibilidad del encuentro con un otro que demanda amor y cuidado y el investirse en el rol de madres las gratifica en tanto autoperciben sus capacidades maternas.

También se refirieron a la oportunidad de reparar experiencias que han tenido como madres con sus otros hijos, entendiendo a los nuevos nacimientos como la posibilidad de re-significar acontecimientos vividos en el pasado con connotaciones negativas:

“...vamos a ver qué pasa más adelante, para poder, si no los podemos recuperar, aunque sea para que vengan los fines de semana para estar conmigo, para empezar a tener vínculo otra vez con ellos no? Que es lo que más quiero yo.” (Daniela, 26 años).

“... juego con el, miramos eh dibujitos en la tele le pongo. Viste, le canto música, le digo que soy la mamá. Cantidad de cosas que no hacía con Federico.” (Amanda, 28 años).

La *imagen idealizada* de sus hijos (Nezelof & Dodane, 2010) y las representaciones de ellos como “objetos de pasión narcisística” (Lozano, 2001, p. 311) refuerzan sus deseos de maternidad, que como hemos visto, adquiere un sentido específico en sus trayectorias de vida. La idealización de sus hijos también es reflejada en los relatos que realizan sobre los momentos más y menos disfrutables que viven con ellos y se relacionan con las fantasías relacionadas con el *ideal de madre* que cuida, la madre del idilio con el bebé (Palomar & Suárez, 2007). Los momentos a los que hacen referencia se vinculan a situaciones de disfrute vinculadas a conductas de apego, y evalúan a las experiencias de separación madre-hijo como momentos desagradables como observamos en las viñetas que transcribimos a continuación:

*“E-Y los momentos menos disfrutables?
L-Cuando la tengo que dejar sola ((Risas)) Cuando la tengo que dejar y me tengo que ir yo que sé. Ahí me cuesta despegarme.” (Lorena, 27 años).*

*“E- Y cuáles son los momentos menos disfrutables?
A-Menos disfrutables? Las horas que no estoy con ellos ((Risas)).” (Amanda, 28 años).*

“También uno de los momentos menos disfrutables fue cuando tuve que dejarlo en el hogar. Porque eran todos más grandes que él, yo pensaba que le iban a hacer. Pero no me quedaba otra, si yo me quedaba con él y él se quedaba riéndose conmigo no moríamos de hambre.” (Carla, 25 años).

Estos momentos que implican cierto distanciamiento con sus hijos son vividos con angustia, lo que nos lleva a preguntar si esto se relaciona con las conductas de apego o con sus propias dificultades para elaborar las separaciones. Recordamos que uno de los significados que le atribuían a la sustancia, en este caso PBC, estaba vinculado a la posibilidad de tramitar situaciones traumáticas como muertes, separaciones, violencia, etc. ¿Qué sucede luego del nacimiento de sus hijos cuando muchas deciden abandonar el consumo? ¿Se trata de sustituir una cosa por otra? ¿Sus hijos pasan a ocupar el lugar que la droga tenía en sus vidas?

Los múltiples sentidos que sus hijos adquieren en sus vidas, como la compañía, la motivación, el estímulo, el disfrute, etc. se vinculan a la omnipotencia que le atribuían a la sustancia, la cual constituía un “remedio para el dolor”. De esta manera queda planteada la ecuación *droga=hijo*, lo que nos lleva inevitablemente a pensar la relación *crecimiento del hijo=separación=recaída*. Es un tema abordado en el dispositivo grupal para mujeres usuarias de drogas que se desarrolla en el CHPR y que también Diana mencionó en la entrevista, expresando:

“La cosa va a ser después...como dice Reina (Enfermera del CHPR). Ellos tienen sus espacios, van al jardín o...ahí vamos a ver, ¿entendes?, como lo llevo yo digo, no es que piense ah cuando....me voy a drogar... porque sé que la droga me hace mal” (Diana, 28 años).

El comentario de Diana interpela el lugar que ocupa en sus vidas la *separación madre-hijo*, relacionándolo con el miedo a la *recaída en el consumo*. Este hecho cobra otros sentidos cuando se presenta abruptamente luego del nacimiento de sus hijos, constituyendo un efecto negativo de la intervención institucional (equipo de salud, poder judicial u otros), punto sobre el que profundizaremos a continuación.

En suma, hallamos que en las mujeres del estudio predomina la voluntad de continuar con sus embarazos a pesar de las condiciones materiales y subjetivas en las que se encontraban. Sus hijos constituyen la oportunidad para ocupar un lugar validado socialmente: ser madres, y son representados como propulsores de cambios, como una forma de trascender al estado de desposesión, como factores de protección y recuperación del consumo y como una oportunidad para reparar sus experiencias de maternidad con sus otros hijos.

4.2.3 COMPLEJIDADES EN LA CONSTRUCCIÓN DEL VÍNCULO MADRE-HIJO

Esta sección se subdivide en dos partes:

En primer lugar, analizamos las experiencias de las mujeres durante la hospitalización posparto y las primeras interacciones vinculares con sus hijos, considerando las prácticas de vigilancia y control ejercidas por la institución sanitaria y jurídica con el fin de evaluar sus capacidades maternas.

En segundo lugar, analizamos cómo opera el dispositivo de control del orden médico-jurídico y las redes de sostén social en el desarrollo de la maternidad y en la construcción del vínculo con sus hijos una vez que son dadas de alta del hospital.

4.2.3.1 PRÁCTICAS INSTITUCIONALES DE VIGILANCIA Y CONTROL SOBRE LA MATERNIDAD

Cuando llegan al hospital para tener a sus hijos, directo al parto o momentos previos a éste se inicia una etapa del proceso de maternidad caracterizada por el *control y vigilancia institucional de las prácticas del puerperio*, y por un examen exhaustivo de la vida de las mujeres, evaluándose las condiciones económicas, sociales, familiares y psíquicas para ejercer la maternidad.

Desde el momento del nacimiento de sus hijos el equipo de salud lleva adelante la evaluación de las mujeres que han declarado su consumo o que el mismo fue hallado por *screening de orina o meconio* y comienza a funcionar un protocolo desarrollado en el “*Consenso para la atención integral de recién nacidos expuestos a sustancias psicoactivas durante la gestación*”⁹ (Moraes et al., 2010b) el cual define los posibles escenarios clínicos y qué conducta seguir de acuerdo a cada caso.

Si bien aclaran que el sólo hecho del consumo de sustancias en las mujeres no habilita la separación de la madre y el bebé, los relatos de las mujeres reflejan que el puerperio es estrictamente controlado por las disposiciones institucionales, con la finalidad de evaluar si podrán o no hacerse cargo de sus hijos.

Para decidir si el bebé permanece con su madre en “alojamiento conjunto”, se valora la salud del recién nacido, la voluntad y los factores de riesgo materno como comorbilidad psiquiátrica y síndrome de abstinencia y factores protectores como la presencia de familiares o pareja que acompañe a la madre en el cuidado del niño/a (Moraes et al., 2010a, p. 253). En el Consenso también se considera importante que la madre manifieste deseos de permanecer con su hijo/a y tenga una actitud comprometida con el abandono del consumo, no aconsejando la permanencia de ésta con su hijo cuando existe consumo reciente y el recién nacido presenta elementos clínicos de síndrome de abstinencia.

Moraes et al. (2010a) sostienen que en estos casos es necesaria la observación y control del recién nacido durante varios días, lo cual contraindica el alta, permaneciendo en el hospital un tiempo más prolongado que el habitual. Durante este tiempo los bebés pueden ser trasladados a un sector del hospital que asegure la “supervisión permanente de la salud del niño con amplias posibilidades de permanencia de la madre con el bebé, fomentando y

⁹ Se trata de un instrumento diseñado por un conjunto de profesionales del CHPR, instalado en 2010 y validado por el Ministerio de Salud Pública como protocolo nacional (Castelli, 2015a). El mismo parte “de un concepto integral de salud desde una perspectiva de género, de derechos humanos y derechos del niño” (Moraes et al., 2010a).

supervisando el vínculo” (Moraes et al., 2010a, p. 253). Sin embargo esto se contradice con muchas de las prácticas que luego se llevan adelante, que son relatadas por las mujeres, y que como veremos a continuación, desde su perspectiva, ponen en cuestión el cuidado y atención del vínculo madre-hijo por parte del personal de salud.

Muchas de las mujeres de nuestro estudio relataron sus experiencias de separación durante el puerperio en el hospital, y expresaron que las posibilidades de vincularse con sus hijos se ajustaban a las reglamentaciones del dispositivo hospitalario.

Lorena hizo referencia a la separación madre-hija durante el puerperio y los sentimientos que esta situación despertaba en ella, aludiendo a sus comportamientos subordinados al poder médico y a la vivencia de deslegitimación de su rol de madre por parte del personal de salud:

“...a veces llegaba la hora de subir a verla y ya me la cambiaron, ya le dieron la mema, y ya estaba durmiendo. Era solo ir a mirarla. No podía decirles nada, pa que si sabes que yo vengo, ¿pa que me la cambias? No decía nada por las dudas, capaz decían ésta vino alterada o yo qué sé, entonces me quedaba calladita, o le daba un beso y bajaba y así estaba.”(Lorena, 27 años).

Daniela relató su experiencia de internación posparto donde permaneció en el hospital por dos semanas recibiendo tratamiento por sífilis tanto ella como su hijo, el cual se encontraba en una sala de cuidados especiales:

“Los dos o tres primeros días viste qué lloras y todo! Ta pero vos sabes que es por el bien de él no? Que si uno también se hubiera puesto las pilas, si hubiera hecho el tratamiento y todo, el niño no tendría que pasar por todo lo que está pasando pero ta, todo sea por el bien de él.” (Daniela, 26 años).

A través de su relato, podemos ver que si bien Daniela sufre la separación con su hijo, la acepta y justifica ya que se responsabiliza por su conducta durante el embarazo, donde omitió la realización del tratamiento.

Atendiendo al discurso de nuestras entrevistadas observamos cómo las acciones implementadas por el equipo de salud con el fin de cuidar y proteger la salud de los bebés, parecerían transformarse en consideraciones moralizantes sobre ellas y dejar de lado la importancia de atender la salud de la mamá ya que la misma es fundamental para cuidar la salud del bebé. En relación a esto, Castelli (2015a, p. 19) sostiene que:

Que lxs bebés requieran de esta protección no es un hecho discutible, pero sí lo es la (des)atención que se da a los derechos de estas mujeres –quienes a su vez, lejos están de exigirlos-, poniendo en relieve la configuración de una desigualdad que se instala desde esta institución.

Su condición de adictas totaliza sus identidades provocando la *segregación* de esta población (Hughes, 1945) en tanto no cumplen con el ideal de madre validado socialmente.

La percepción de las mujeres sobre la desconfianza por parte del personal de salud sobre sus capacidades para ser madres y la sospecha sobre el consumo de sustancias durante la hospitalización, produciría prácticas de control como la realización de pruebas clínicas para validar su palabra. Las mujeres perderían así autonomía para decidir sobre sus cuerpos y el de sus hijos; quedarían subordinadas al poder médico quien juzga y toma decisiones en función de lo que considera adecuado para cada situación.

A través del screening de orina no sólo se obtiene el diagnóstico sino que se calificarían sus capacidades para ser madres y dependiendo de los resultados del mismo se habilitan o no determinadas prácticas propias de la maternidad. Como modo de ilustrar lo que comentábamos anteriormente recurrimos, una vez más, al relato de Daniela:

“D-A parte el médico juraba y su cabeza era que, mi hijo estaba internado arriba pero que yo igual consumía acá adentro y nada que ver... yo le dije en todo momento, yo no quiero saber nada con la droga, fue una recaída pero nada más...”

E-¿Y te siguen haciendo los tests?

D-Entonces me dice, sabes lo que vamos hacer? Seriamente me dice. Me dice vamos a hacer una prueba de orina, y ahí vamos a saber si me estás diciendo la verdad o no. Cómo no doctor! Traigame el tarrito de orina que yo ya le doy la muestra de orina. Y me traje para que me haga y le digo vio que rápida que soy acá tiene, lleve...A los días viene y me dice, mira que todos los resultados salieron todos bien, tenías razón. Le digo, claro que si. Ya perdí dos hijos por el tema del consumo, a usted le parece que yo voy a dejar perder otro? Le digo, no! Ya tengo 26 años le digo al tipo. Y me quedó mirando ((Risas)).” (Daniela, 26 años).

El screening de orina se convierte en una herramienta de control que utiliza la medicina para pesquisar conductas que necesitan ser corroboradas científicamente, seguramente por los prejuicios que afectan la percepción que se tiene de las usuarias consumidoras de drogas. El análisis de orina es muy utilizado para evaluar si se encuentran aptas para la lactancia.

El *amamantamiento* es una de las prácticas de la maternidad más vigiladas ya que teóricamente se sostiene que “los metabolitos de PBC pasan a través de la leche materna y pueden producir daño al recién nacido” (Moraes et al., 2010a, p. 252). Habilitar o desestimar la lactancia en estas mujeres, genera tensión en el vínculo con el personal de salud. Cuando el resultado del screening es positivo, la lactancia es suspendida lo cual produce malestar en aquellas mujeres que desean dar pecho a sus hijos.

Al ser el amamantamiento una práctica asociada al apego y al amor maternal, su prohibición (temporal) implica renunciar a la posibilidad de ofrecer algo a sus hijos y al reconocimiento social de la maternidad. Sus derechos como madres parecen ser vulnerados

una vez más, por su condición de adictas, lo cual queda reflejado en los relatos de Gabriela y Lorena:

“Yo miraba cómo le daban pecho y todo. Y el que era chiquito y yo lo ponía, lo agarraba y él se ponía así como... ((hace gesto de buscar la teta)).

E-Te buscaba el pecho?

G-Si. Y ta.

E-Y qué te dijeron ahí en ese momento? Te dieron alguna medicación para que no generaras leche?

G-No, me dejaron. Me saqué y ta hasta que la jefa de ahí del Pereira de sala, vino y me dijo ta madre ahora si le puede dar...” (Gabriela, 28 años).

“E-Y esto de darle complemento y no darle pecho, fue una decisión tuya o, cómo fue?

L-Noo. Fue decisión de, porque me dio positivo y no le podía dar. Me dieron dos pastillitas para que no siga reproduciendo leche. Y después me dieron negativo. Fue el último que me hicieron, no sé si el viernes pasado o el otro. Pero todavía tengo que esperar al 26 verlo al ginecólogo.

E-Ah.

L-Però digo ella ya ahí ya, ahí ya van hacer dos meses, no creo que me la agarre digo. Voy a tener que seguir con el complemento. Es distinto igual ((se mira los brazos como sosteniendo un bebé)).” (Lorena, 27 años).

En el caso de Lorena quien acata la prescripción médica de suspender la lactancia -a través de la administración de bromocriptina¹⁰-, experimenta las repercusiones que la misma produce en el vínculo madre-hijo, en el sentido de que los tiempos institucionales (tiempo que le llevó hacerse el screening y que el médico aprobara la lactancia exclusiva) no son los mismos que los tiempos subjetivos que se ponen en juego en la relación madre-bebé, asumiendo el riesgo de no poder implementar la lactancia, una práctica que favorece la salud del recién nacido y estimula el apego.

Las experiencias tempranas de *separación madre-hijo* y la *suspensión de la lactancia*, en muchos casos, termina afectando el desarrollo del vínculo materno, y reforzando la estigmatización de las mujeres consideradas como malas madres o descuidadas de sí mismas (Ramírez, 2011).

Según sus relatos podemos inferir que el discurso médico hegemónico impone una forma de ser madres que excluye el consumo de sustancias, y asimismo parece desconocer la complejidad del fenómeno del consumo problemático de PBC, ya que alude a la necesidad del abandono del consumo materno, no a su disminución, como si se tratara de un proceso simple y lineal que depende únicamente de la voluntad de las mujeres, acontecimiento que podemos visualizar a través de las palabras de Lorena quien expresa:

¹⁰ Fármaco que inhibe la lactancia.

“...después vino la asistente social, Andrea, y Sharon puede ser? Vinieron ellas dos, mira que no puedes tenerla, que pasó todo a juez, porque nosotros te dijimos que si consumías en el embarazo iba a pasar todo a juez, no sé que no sé cuánto.” (Lorena, 27 años).

Que las mujeres se muestren en desacuerdo con este discurso, las expone al riesgo de ser separadas de sus hijos. Los sentimientos de miedo e inseguridad que despierta esta amenaza las acompañan durante el puerperio y suelen profundizarse tras la *judicialización de las situaciones* durante la hospitalización o posteriormente a ésta. La misma se da a partir de la comprobación del consumo durante el embarazo o luego del parto, otorgando la tenencia provisoria a un familiar (si es que lo hubiera) o decidiendo el pasaje del menor a un centro de INAU.

Según sus palabras, el Poder Judicial parece exigirles desarrollar el rol de ser madres sin considerar que son mujeres que se encuentran en situación de extrema vulnerabilidad socio-económica. En este sentido, las medidas tomadas por el juez resultan extremas ya que de acuerdo a sus discursos, para poder acceder a la tutela de sus hijos deben comprobar que pueden hacerse cargo de ellos.

A partir de la judicialización comienza un *“peregrinaje interinstitucional”* (Castelli, 2015b, p. 31) que contribuye a reforzar el estigma de adictas en múltiples espacios (juzgado, centro de salud, familia, centros de INAU, etc.), teniendo que presentar pruebas materiales como modo de comprobar su capacidad de cuidadoras; como refieren algunas de las entrevistadas en las siguientes viñetas:

“G-El juez me pidió que hiciera las charlas esas del grupo, que tuviera mi casa y trabajo.

E-Y de eso tenes que presentarle algo? Una constancia que estás trabajando...

G-O sea, yo ya le llevé todo!

E-O sea que la próxima audiencia es para que él resuelva?

G-Claro. Yo sé que sí porque...a parte que yo le llevé todos los papeles y de consumir no tengo ganas.” (Gabriela, 28 años).

“L-Tengo que darle todos los resultados, que estén todos bien y cumplir con el tratamiento y me la dan a mí.

E-Y tenes que llevar los controles de la nena también?

L-Todo, todo!

E-Te marcaron audiencias?

L-No, quedó en eso. Le dieron la tenencia y más nada.

E-Y eso de los controles, que vos estas viniendo acá, vos los llevas?

L-Hasta que no tengas citación ni nada anda guardando todo. Si te llegan a caer...

E-Si te los piden, los tenes que mostrar.

L-Los resultados todo eso.” (Lorena, 27 años).

Por otro lado, a partir de sus discursos sobre los procedimientos judiciales, inferimos el lugar que ocupa el *tratamiento de rehabilitación*, ya que aparece como una condición necesaria para obtener la tutela de sus hijos.

La mayoría de las mujeres del estudio, inician tratamiento por consumo problemático por orden judicial, lo cual podría tener una doble interpretación. Por un lado, consiste en una práctica controlada y exigida por las instituciones que evalúan sus capacidades maternas, lo cual pone en cuestión el real compromiso de las mujeres con el tratamiento. Por otro lado, puede ser visto como una oportunidad para iniciar un proceso terapéutico no experimentado hasta entonces, que podría officiar como un espacio de reflexión y acompañamiento en el ejercicio de la maternidad y en la reorganización de sus vidas a partir del nacimiento de sus hijos.

En suma, desde el momento que nacen sus hijos, las prácticas de la maternidad parecerían ser experimentadas por el control y la vigilancia institucional con el objetivo de evaluar sus capacidades maternas para hacerse cargo de ellos. Las prácticas institucionales que se imponen sobre las mujeres con el fin de cuidar y proteger la salud de los bebés parecen poner en cuestión el cuidado y la atención del vínculo madre-hijo por parte del personal de salud y el poder judicial.

4.2.3.2 SOPORTES Y OBSTÁCULOS EN EL PROCESO DE CRIANZA DE SUS HIJOS

Al inicio del trabajo mencionamos la importancia del contexto socio-económico y las *redes de sostén social* con las que cuentan las mujeres para el desarrollo de la maternidad y para la construcción del vínculo con sus hijos. Hablamos además que la existencia de un *medio ambiente facilitador* para el desarrollo del niño/a, es central para la configuración del psiquismo dentro del primer año de vida (Campos, 2007). Esto nos lleva a cuestionarnos acerca de las condiciones de vida de las mujeres una vez dadas de alta del hospital, las cuales generalmente siguen siendo las mismas que antes del nacimiento de sus hijos.

De acuerdo a sus discursos observamos que transitan el puerperio solas o en algunas ocasiones acompañadas por el padre de sus hijos, con quienes viven dificultades en el relacionamiento por el consumo problemático de éstos. Luego del nacimiento de sus hijos, el abandono de sus parejas las lleva a cuestionarse sobre la permanencia del vínculo con ellos.

Muchas deciden separarse por considerar que si continúan juntos se encuentran más expuestas a las recaídas en el consumo, como expresó Carla:

“...el padre nunca va a cambiar, yo para que quiero una persona que me empuje más a la droga. Mira que yo tampoco pretendía que el padre trabajara, me diera plata ni nada, pero por lo menos aspiraba a que el tipo cambiara, por lo menos que cambiara... él venía drogado, con abstinencia, y no esta bueno que mi hijo lo vea así, porque aparte estoy reviviendo todo el tiempo eso...” (Carla, 25 años).

En otros casos, deciden continuar con el vínculo de pareja, presentando dificultades en la convivencia familiar, entre ellos, o con otros miembros de sus familias, desencadenándose situaciones de violencia física y psicológica, como las que relataron algunas de las entrevistadas:

“Yo tenía que ir al hospital, el bebé estaba mal y le decía Martín el bebé está mal, estoy acá en el hospital y no venía. Me tomaba el pelo. Martín necesito tanta plata para ir al hospital y no me daba.” (Amanda, 28 años).

“...un día yo salí, el se quedó con la bebe. Vivíamos juntos y ya estábamos mal. Y ta! Yo fui hacer un mandado y cuando volví, el se había llevado a la bebé, no estaba (tose). El me llamó y me dijo, mira que la bebé la tiene mi madre. Y ta, la madre me hizo una denuncia que yo era consumidora, que había violencia doméstica...” (Analía, 39 años).

Pensamos en lo que plantean Palomar y Suárez (2007) sobre el hecho de que vivir la presión de una experiencia subjetiva intensa como la crianza de un hijo sin saber enfrentarlo o sin recursos para hacerlo, necesariamente desemboca en situaciones conflictivas, dolorosas, violentas debido a los problemas a los que se enfrentan a la hora de reorganizar sus vidas cotidianas luego de ser madres.

De acuerdo a sus discursos, es frecuente la presencia de *factores de riesgo* para la salud del recién nacido y su familia lo cual complejiza aún más la situación, como ser insuficiente apoyo familiar, trabajos precarios o desocupación, violencia de género, abusos de sustancias, entre otras (Muñoz et al., 2013).

Sumado a esto, la presencia de *redes sociales débiles* impide el amortiguamiento de los efectos patógenos de los factores estresantes (Castro, 2011) lo cual incide negativamente en los procesos de salud-enfermedad de las mujeres y sus hijos.

Constatamos que el *estilo de vida* de las mujeres constituye un determinante en la salud (Castro, 2011) presentándose en los recién nacidos procesos infecciosos, cuadros virales o problemas respiratorios. En ocasiones manifestaron haber estado internadas con sus hijos durante los primeros meses de vida de éstos, algunas de ellas en más de una oportunidad.

En el proceso de crianza de sus hijos existen diferentes actores cuyas intervenciones potencian, inhabilitan o estigmatizan a las mujeres en el desarrollo de la maternidad. Nos referimos a la institución sanitaria, la institución jurídica, y el entorno familiar que actúan de diferente manera de acuerdo a sus percepciones.

En cuanto a la institución sanitaria, si bien en la sección anterior se habló del control y vigilancia que éstas ejercen sobre la maternidad, constatamos que la misma cumple un rol importante en el caso de mujeres que viven en situaciones de extrema vulnerabilidad socio-económica, y que no cuentan con redes de contención ni protección familiar desde hace tiempo. Se trata de mujeres que tienen una referencia positiva de las instituciones, ya que las mismas han oficiado de sostén en diferentes momentos de su vida, mostrándose receptivas ante las intervenciones de la institución sanitaria.

Las mujeres se refirieron a las intervenciones realizadas por los equipos de los servicios donde estuvieron internadas, intentando dar respuesta a sus necesidades más urgentes como gestionar un lugar en centros de alojamiento para ellas y sus hijos, facilitar el acceso a servicios y beneficios sociales y brindar asesoramiento sobre centros de atención a la primera infancia para sus hijos, como guarderías de INAU y Centros CAIF.

Según sus relatos, inferimos que el equipo de salud constituye el único recurso con el que cuentan para desempeñar su rol de madres y el apoyo brindado por éste viene a paliar las consecuencias generadas por la desigual distribución de los recursos en los diferentes estratos sociales (Castro, 2011).

No obstante consisten en apoyos puntuales, observándose la discontinuidad en el tiempo, ya sea porque tienen objetivos específicos, o porque dada la movilidad territorial de esta población pierden los vínculos con el equipo de salud que las atendía. Llama la atención la poca referencia de otros equipos que trabajen con ellas en los barrios donde viven, por lo que puede inferirse que cuando se desvinculan del equipo de salud de referencia (en muchos casos el equipo del CHPR) pierden el único sostén con el que contaban.

En cuanto a la institución jurídica, observamos que sus intervenciones parecen quedar supeditadas a las apreciaciones de la persona que juzga la situación de las mujeres. Este aspecto fue mencionado por una de las entrevistadas quien expresó: *“Justo me tocó una jueza buena considero yo, o yo le demostré a ella que realmente quería cambiar”* (Carla, 25 años).

Fueron pocas las mujeres entrevistadas que se refirieron a la instancia judicial como una experiencia positiva. Una de ellas fue Carla que según sus palabras, posibilitó la mejora de su entorno cotidiano, aspecto clave para desarrollar la maternidad:

“Yo le dije a la jueza que para mí era realmente difícil poder vivir, comprar las cosas para la casa...o sea, cuando me lo sacaron a él teníamos todo lo más básico, una garrafa de 3 kg, una heladerita usada, una cama en bastante malas condiciones (...) Yo le dije a la jueza, yo no quiero que me lo cuiden para ir a comprarme una cerveza todas las semanas, todo lo contrario, quiero que me lo cuiden para poder comprarle cosas a él, para que tenga lo más básico. Y ta, hoy tiene su cuartito más armado. Antes su cuarto

era el cuarto de juguetes pero yo no se lo podía armar si no teníamos ni papel. Antes tenía la ropa en una caja, hoy ya tiene su ropero, sus estantes...” (Carla, 25 años).

No obstante, la experiencia de Carla no refleja lo vivido por la mayoría de las entrevistadas, quienes percibieron a las acciones judiciales como instancias de vigilancia y control de la maternidad. A través de sus relatos visualizamos los efectos que produce en ellas su condición de adictas, anulándose la posibilidad de que el entorno las visualice como madres, lo cual acentúa la estigmatización y promueve *procesos discriminatorios*. Con respecto a esto, Analía expresaba:

“El solo pensar que una persona, una jueza que no me conoce a mí y que no conoce a mi hija, que tenga la autoridad y el poder de decir ya no es más tu hija. Nunca en la vida me había pasado eso. De vos tener un hijo y que venga alguien extraño y que tenga el poder de decir, ya no va hacer más tu hija, va a ser hija de otra persona, entendes?” (Analía, 39 años).

Además nos encontramos con relatos que evidencian los efectos negativos que los procesos judiciales tienen en las *interacciones madre-hijo*, limitando los encuentros de la día o estableciendo condiciones que las madres deben cumplir obligatoriamente, impuestas por el juez o por aquellos familiares que tienen la tutela provisoria de sus hijos.

Algunas de ellas hicieron referencia a las experiencias de separación madre-hijo, ya que por disposición judicial, sus hijos se encontraban a cargo de otras personas (como el padre del bebé o familiares de éste):

“Fue un año de la vida de mi hija que yo perdí y no lo voy a recuperar nunca más. Porque desde el mes y medio hasta los cuatro meses no la pude disfrutar, no viví con ella, entendes? Me perdí todo, lo más lindo... Cuando es bebé, todo... y ta, pero si no hubiera pasado eso, capaz, anda a saber, capaz que me la sacaban para siempre o anda a saber qué hubiera pasado...” (Analía, 39 años).

Otras aludieron a la violencia simbólica ejercida por los familiares que tenían la tutela provisoria de sus hijos:

“...no me lo dejaba ver. Era como que lo estaba alejando, me entendes? Como que me discriminaba a mí, o a veces no me lo traía. Estaba en plan de guerra, me tocaba y no me lo traía. Y yo llamaba, Martín quiero ver al bebé, no que no te lo voy a llevar nada. Y me aguantaba igual. Eso es lo más feo que te pueden hacer en tu vida (...) O como la otra vez que yo fui a ver a mi hijo y estaba con la niñera y no me lo dejaba ver. Y mi hijo me vio y empezó hacer así ((mueve los brazos)). Yo obvio que no voy a dejar de saludar a mi hijo por nada ni por nadie. Y vino él (padre del niño) y me dice qué haces acá? Vine a darle un beso a mi hijo, le digo. Me dice, no pero no vengas a molestar acá, no sé que. Perdona le dije, yo soy la madre, y vos a mi no me vas a discriminar. Yo si veo a mi hijo en cualquier lado le voy a dar un beso, le dije. Yo soy la mamá le digo. Eso me hizo sentir mal, entendes?” (Amanda, 28 años).

“E-Cómo es eso de que se quieren hacer los dueños? Qué es lo que ves?”

G-Y porque cada vez que lo agarro o algo ya me están diciendo algo...A veces me aguanto porque ta. Los otros días les dije eso, soy yo la madre. Si lo quiero agarrar lo voy a agarrar cuando a mí se me antoje. Y para salir también. Me tienen que preguntar. Sea como sea, soy la madre, es mi hijo, y la tenencia es provisoria...” (Gabriela, 28 años).

Como mencionábamos anteriormente, consideramos que en muchos casos el acompañamiento por parte de las instituciones jurídicas y sanitarias o por familiares durante el proceso de crianza, muchas veces, es vivenciado como una forma de vigilancia para evaluar si cumplen con sus obligaciones como madres y para sancionarlas cuando se da el incumplimiento de éstas. Expresan sentirse exigidas en su rol de madres, aunque no se las reconoce como tales, y si bien en muchos casos la tutela provisoria la tiene otra persona, afirman que la responsabilidad del cuidado recae sobre ellas.

Creemos que estas acciones en tanto priorizan los derechos del niño/a, pierden de vista la importancia de cuidarlas a ellas y promover el desarrollo de la maternidad y además no visualizan a los derechos de los niños y niñas como conectados intrínsecamente con los derechos de las mujeres-madres.

Por otro lado, nos encontramos con experiencias de mujeres que lograron reconfigurar la red familiar a partir del nacimiento de sus hijos. Por lo general, se trata de mujeres que mantenían vínculo con algún familiar pero que se habían distanciado cuando se involucraron en el consumo, como comenta Diana a continuación:

“Mi hijo tiene todo gracias a mi madre porque es así. Si hubiera sido por nosotros...pobre Javier, no sé. Pero gracias a dios que estaba mi madre que me ayudó pila. Por él obvio, para que a él no le falte nada (...) Desde que nació no compré un pañal. Porque mi madre trabaja hace 25 años en el mismo lugar, imagínate. Los patronos entre ropa, pañales...hasta toallitas tengo (...) Mi abuela que es la que está conmigo todos los días me ha dicho muchas cosas que me han servido pila...pavadas, desde que yo le estaba poniendo un pañal y le quedaba chico y se meaba, y mi abuela me dijo esos pañales le quedan chicos, y yo veía que a Javier le quedaban bien, pero no, no le quedaban bien. Le tuve que poner un talle más. Pila de cosas así, no sé, el otro día estaba calentito y me dice, vamos a tomarle la fiebre. Me enseñó a tomar la fiebre que yo no sabía mirar...mi abuela es la que me ha ayudado más en esas cosas. Yo a veces digo ay si estuviera sola, o si estuviera con el padre de él, yo sola en otra casa, no sé... La otra vez Javier lloraba, lloraba, y yo no lo podía hacer calmar. Estaba en lo de mi madre y me puse a llorar horrible, re angustiada porque no sabía qué tenía. Lo agarró mi madre y al rato se durmió y no podía creer. Claro me puse tan nerviosa...” (Diana, 28 años).

El hecho de contar con familiares en este momento las ayuda a estabilizarse emocionalmente y planificar la reorganización de sus vidas en función de este nuevo acontecimiento. Consiste además en un sostén fundamental en las tareas de la crianza, por la ayuda material y en el caso de las mujeres primerizas como Diana, por el apoyo que reciben

para brindarles a sus hijos los cuidados que necesitan. A través del relato de Diana observamos que el nacimiento de su hijo posibilitó el acercamiento de su madre y con ello una vivencia reparadora del vínculo entre ambas. No obstante, quien cumple una función relevante en el plano afectivo es su abuela.

Asimismo, el contar con el sostén familiar las protege de las posibles recaídas que podrían darse en el consumo a partir de la compleja situación que continúan viviendo, y de la frustración que les genera el no poder ofrecerle a sus hijos lo que ellas desearían. Así lo expresó Analía en la siguiente viñeta:

“En la casa de mi madre yo no podía salir a la hora que quisiera (...) no tenía la libertad de decir bueno salgo y me voy a fumar si quiero, entiendes? Porque sabía que no podía, que tenía alguien que me estaba controlando. Si yo me quedaba en mi casa, un día me iban a dar ganas de fumar, y mal y triste por todo lo que me estaba pasando iba a volver a consumir.” (Analía, 39 años).

Del análisis de las redes sociales de apoyo en el proceso de crianza de sus hijos, se desprende que cuando los recursos con los que cuentan no son percibidos como disponibles, en tanto no los visualizan como apoyo sino como parte de un dispositivo de control que las supervisa y evalúa sus capacidades maternas, se presentan mayores dificultades para ejercer la maternidad. La imagen idealizada de sus hijos que ellas relacionaban con un cambio en sus vidas empieza a ser cuestionada cuando visualizan la densidad de la realidad: las dificultades para mantener a sus hijos, el abandono de la pareja, la violencia, la pobreza (Palomar & Suárez, 2007). Las autoras hablan del *proceso de desilusión* que este acontecimiento genera en ellas y se preguntan:

¿Cómo tolerar la desilusión y la frustración de que las propias condiciones no permiten la realización del sueño prometido por tantas vías? ¿Cómo aceptar que lo que se dice de la maternidad es sólo un señuelo para las identidades de género que la realidad no permite sostener? (Palomar & Suárez, 2007, p. 335).

Estas desilusiones sumadas a la multiplicación de las necesidades económicas a raíz del nacimiento de sus hijos, a la vulnerabilidad que supone la crianza en término de capacidades, tiempo y energía y el peso del ejercicio de la maternidad, las predispone a las recaídas en el consumo. Las mismas son frecuentes en sus relatos sobre los primeros tiempos del bebé, y están ligadas a su fragilidad yoica para hacer frente a las adversidades que deben enfrentar en sus cotidianidades.

Al igual que Castelli (2015b) sostenemos que el hecho de que sus deseos de maternidad muchas veces no se correspondan con sus acciones responde a la complejidad del proceso de consumo problemático de PBC, pero fundamentalmente a la precariedad en la que

viven, la fragilidad de sus redes y la hostilidad del ambiente en el que desarrollan el vínculo con sus hijos.

Por el contrario, hallamos que aquellas mujeres que, a partir del nacimiento de sus hijos, tienen la posibilidad de reactivar la red social a través de la movilización de recursos del entorno familiar y/o instituciones y organizaciones (Marotta, 2009), presentan mejores condiciones materiales y subjetivas para desarrollar la maternidad.

Las redes de sostén promueven procesos de empoderamiento en las mujeres y favorecen las representaciones de sí mismas como madres en tanto se considera sus capacidades y potencialidades no sólo como madres, sino también como mujeres.

Asimismo, hallamos que el espacio terapéutico grupal al que concurren las entrevistadas ya sea en el CHPR o en el Portal Amarillo, constituye otro actor que promueve estos procesos de empoderamiento. Si bien la participación de las mujeres en su inicio fue impuesta por orden judicial, observamos los efectos positivos que el grupo produce en ellas. La dinámica de trabajo propuesta les permite sentirse cómodas para expresar y compartir sus experiencias, siendo comprendidas y escuchadas por sus iguales (otras mujeres que viven y sufren lo mismo que ellas). Esto es reflejado en sus relatos:

“E-Y ahora que ya conoces el grupo y eso?”

L-Si ahora sí. Es llegar el viernes, y aquel me dice, aunque él no me diga, y no me diga la abuela, ya lo tengo por dentro, mañana tengo que ir. ‘Acordate que mañana tenes que ir’, si ya se le digo. A parte me levanto con ganas, voy a distraerme...

E-O sea que tenes pensado seguir...

L-Si quiero! A parte me hace bien!” (Lorena, 27 años).

“J - Es bueno para hablar así, que escuchas a una, escuchas a la otra, está bueno digo escuchar los problemas... porque ellas tratan de arreglarlo, y bueno de dos cabezas hacemos una... más o menos.

E- O sea que eso también te ayuda.

J - Claro sí, sí. Sí, y a sacarme la vergüenza me ayudó pila, sacarme la vergüenza de lo que hacía, de que no todas están en la misma bolsa por hacer lo mismo. Aparte digo me hizo mucho bien, ya se me fue la vergüenza de decir lo que hacía y eso fue lo que más me ayudó, para mí, no? Para mi ver... porque yo ta me escondía o me decían que consumía o que... hablando mal, que era una pastosa más, y yo siempre decía que no, y ahora no le doy importancia. Ahora lo que más me importa es salir adelante.” (Jessica, 27 años)

“A-...me ayudó pila el tratamiento. Venir acá. Yo las primeras veces me desahogaba y lloraba y lloraba.

E-Cuando venias aca?

A-Me ayudó mucho venir acá. El poder expresarme y aparte me ayudaron, al principio no? Porque yo ahora estoy en otra etapa, pero al principio, yo soñaba que fumaba. Soñaba que fumaba, me despertaba con el corazón acelerado y me daban ganas de fumar también. Por más de que yo tomara las pastillas, por más de la fuerza de voluntad, cada tanto, me venían las ganas, o me venían los pensamientos.” (Analía, 39 años).

“... acá hay mujeres que estuvieron presas igual que yo... La pibita esa que está sola con su hijo, le hablo entendes? Le dije que vaya a donde yo me quedé cuando tuve a Federico

que yo fui al hogar de madres, que se lo dije yo, no se lo dijeron ellas (coordinadoras del grupo). Yo que sé, veo muchas cosas que ya las sufrí. Como la pibita esa que está con su hijo ahora. Le digo siempre, valora a tu hijo, tenelo, no te drogues por nada. Que yo también lo tenía, lo tuve 9 meses y lo perdí, todas esas cosas que... Escucho más y veo, observo y se sufre, porque yo lo sufrí.” (Amanda, 28 años).

La progresiva concienciación en aspectos de desigualdad de género y en relación a la estigmatización social que sufren por ser madres consumidoras, permite a las participantes ganar un espacio de reivindicación positivo, promoviendo procesos de autonomía e independencia en sus vidas y fortaleciendo sus posibilidades y potencialidades (Llort et al., 2013).

En suma, la presencia de redes de apoyo en la crianza de sus hijos se torna imprescindible para el ejercicio de la maternidad en la situación de vulnerabilidad y privación que viven estas mujeres. Constatamos que la presencia de redes sociales frágiles acentúa los riesgos producidos por los factores ambientales estresantes sobre su salud y la de sus hijos y limita sus capacidades para desarrollar la maternidad, exponiéndolas a las recaídas en el consumo y por ende, a ser separadas de sus hijos. Por el contrario, cuando el nacimiento de sus hijos favorece la reconfiguración vincular de la familia o la organización de nuevas redes de sostén social (instituciones u organizaciones sociales), las mujeres se sienten acompañadas y sostenidas en las tareas de la crianza. Las redes de sostén promueven la función del maternaje y ofician de protección ante posibles recaídas.

Capitulo V

Conclusiones

El consumo de PBC en mujeres-madres reviste características particulares en tanto está asociado con la desviación social de las mujeres de los ideales de género y con el incumplimiento de los mandatos sociales de la maternidad. Las características de la sustancia y el uso problemático de la misma, lleva a que las mujeres usuarias de PBC suelen ser juzgadas como “malas madres” en tanto sus acciones se apartan de la imagen de madre validada socialmente.

La estigmatización social de las madres adictas está relacionada con una forma de concebir la maternidad basada en el sistema patriarcal, la cual es definida como una tarea individual exclusivamente femenina. En este sentido, la responsabilidad del cuidado de los hijos recae sobre la mujer, y en el caso de las mujeres que no cumplen con tales expectativas o no pueden brindarles a sus hijos el mejor entorno para un desarrollo saludable por las condiciones en las que viven, son fuertemente penalizadas.

El proceso de maternidad en estas mujeres presenta sus particularidades vinculadas a las circunstancias materiales y subjetivas del mundo del consumo en el que se encuentran inmersas.

Los resultados del presente estudio muestran, al igual que otros estudios previos, que el inicio del consumo de drogas en estas mujeres, se produce en la adolescencia fuera del ámbito familiar y en relación al grupo de pares. Coincide con la finalización de la educación primaria y el tránsito hacia la secundaria, produciéndose luego que comienzan a desvincularse subjetivamente con la institución educativa hasta llegar a la desvinculación formal de la misma. En sus inicios el uso de drogas no es percibido por las propias mujeres como un problema, sino que la misma es utilizada con fines recreativos, de disfrute, e iniciación de la vida adulta.

Hallamos que el desarrollo del consumo problemático se produce con la experimentación de PBC y consideramos que éste se relaciona con las características de la sustancia, y además con determinados acontecimientos de la vida de estas mujeres que constituyen factores predisponentes. Los mismos están relacionados con disfunción familiar y problemas de comunicación familiar, vivencias traumáticas vividas en la infancia y adolescencia (como abandonos, muertes, separaciones, violencia doméstica y privación de cuidados parentales), con la deserción educativa y con la vida fuera de la casa o familia de origen a edades tempranas.

La edad promedio de inicio de esta droga en nuestras entrevistadas es de 20 años, valor levemente inferior a la media de la población general (21 años). Constatamos lo hallado por otros investigadores en relación a que uno de los motivos que incitan a probarla es la

oferta y facilidad de acceso a esta droga en espacios públicos (calle, barrio, esquina) o en los vínculos de pareja (hombres de mayor edad que ellas con trayectoria de consumo). La práctica cotidiana de consumo intensivo de PBC en la vida de estas mujeres, produce un progresivo deterioro en la salud física y psíquica, y en las relaciones sociales primarias y secundarias (las que ya se caracterizaban por ser frágiles).

Las experiencias de maternidad en el contexto del consumo problemático de PBC adquieren características particulares; tener un hijo en las condiciones que viven cobra un significado especial en sus trayectorias de vida y presentan dificultades a la hora de representarse a sí mismas como madres.

Con respecto al primer punto, al igual que otros estudios, constatamos que sus hijos son representados como propulsores de cambio, una posibilidad de superación y una forma de trascender el estado de desposesión en el que se encontraban. Observamos que si bien se trata de embarazos no planificados, predomina la voluntad de continuar con los mismos a pesar de las condiciones materiales y subjetivas en las que se encontraban, constituyendo una forma de “rescate” del consumo y una oportunidad de subjetivarse a través de un lugar validado socialmente: ser madres.

Con respecto al segundo punto, afirmamos que el reconocimiento de sí mismas como madres es favorecido por el apoyo social durante sus embarazos, constituyendo un factor importante para la construcción del vínculo con sus hijos.

No obstante, los resultados del estudio nos muestran que la mayoría de las entrevistadas transitaron sus embarazos sin redes de sostén siendo estigmatizadas y discriminadas por su condición de adictas. Esta situación acentúa la exclusión de las mujeres y las expone a riesgos para su salud y la de sus hijos, ya que por temor a la censura moral no acceden a los servicios de salud para efectuar los controles de embarazo, lo hacen tardíamente o de manera esporádica. A la estigmatización social que viven las mujeres, se suma el trato prejuiciado y/o rechazo por parte del personal de salud, que se evidencia en sus relatos sobre el período de hospitalización posparto. Desde la perspectiva de las mujeres, las acciones del equipo de salud realizadas con el fin de cuidar la salud del bebé, se transformarían en prácticas institucionales de control y vigilancia de la maternidad. Hallamos que las prácticas ejercidas por la institución sanitaria y jurídica parecen tener sus efectos en las representaciones maternas de las mujeres, ya que acentuarían la estigmatización social y cuestionarían o deslegitimarían sus capacidades para ser madres.

Asimismo, hallamos que las prácticas institucionales de vigilancia y control sobre la maternidad, inciden en las experiencias vinculares tempranas de las mujeres con sus hijos, ya

que las separaciones madre-hijo y la suspensión de la lactancia, afectarían la construcción del vínculo materno, el cual debe ajustarse a las reglamentaciones del dispositivo hospitalario.

Por otro lado, concluimos que el proceso de crianza de sus hijos resulta complejo dada la existencia de diferentes actores como la institución sanitaria, jurídica y el entorno familiar, cuyas acciones tienen efectos diversos en el desarrollo de la maternidad y en la construcción del vínculo con sus hijos.

Los resultados del estudio muestran que se presentan mayores dificultades para ejercer la maternidad cuando los recursos con los que cuentan las mujeres no son percibidos como disponibles, sino como parte de un dispositivo de vigilancia y control que las supervisa y evalúa sus capacidades maternas. En cambio, cuando el nacimiento de sus hijos posibilita la reactivación de la red social a partir de la movilización de recursos del entorno familiar o institucional, las mujeres presentan mejores condiciones materiales y subjetivas para desarrollar la maternidad. Las redes sociales como la familia y el grupo terapéutico en el que participan, promueven procesos de empoderamiento, y las protegen ante posibles recaídas en el consumo.

Para finalizar, queremos dejar planteadas dos sugerencias y líneas posibles de investigación futura.

En primer lugar, teniendo en cuenta las barreras de accesibilidad a los servicios de salud y la doble estigmatización social que sufren las mujeres embarazadas o con hijos, evaluamos fundamental el acompañamiento por parte de equipos que aborden la situación de las mujeres en su integralidad desde el momento del embarazo, propiciando el acercamiento a los servicios de salud y favoreciendo su rehabilitación e inclusión social. En este sentido, sería interesante investigar las experiencias de embarazo y maternidad de las mujeres que han podido ser acompañadas por estos equipos durante el proceso de convertirse en madres.

En segundo lugar, teniendo en cuenta que en muchos casos el primer contacto de las mujeres con la institución sanitaria o jurídica se da en el momento del parto, consideramos que las mismas constituyen un lugar clave para dar inicio a procesos de inclusión social de las mujeres que garanticen el desarrollo integral de niños y niñas. En este sentido, resultaría interesante investigar las acciones institucionales dirigidas a proteger la salud de las mujeres y sus hijos, fortaleciendo sus capacidades maternas para hacerse cargo de ellos.

Referencias Bibliográficas

- Aberastury, A. & Knobel, M. (1977). El síndrome de la adolescencia normal. Un enfoque psicoanalítico. Buenos Aires: Paidós.
- Albano, G., Castelli, L., Martínez, E. & Rossal, M. (2014). Caminando Solos. En: Héctor Suárez y Marcelo Rossal (coord.) Fisuras. Dos estudios sobre pasta base de cocaína en el Uruguay. Aproximaciones cuantitativas y etnográficas. (pp.61-154). Montevideo: FHCE, UdelaR – OUD, JND.
- Bourdieu, P. (s.f). Espíritu de familia. En: Neufeld, Grimberg y Tiscornia Wallace (comps.) Antropología Social y Política. Hegemonía y poder: el mundo en movimiento. Buenos Aires: Eudeba.
- Camarotti, A. & Touris, C. (2010). Consumo/uso de pasta base en mujeres de zonas marginalizadas del sur de la Ciudad de Buenos Aires. VIII Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario en Salud y Población del Instituto de Investigaciones Gino Germani, UBA. Recuperado de <http://www.artemisanoticias.com.ar/images/FotosNotas/Mujeres%20PACO%20%20Camarotti%20Touris.pdf>
- Campos, H. (2007). Perinatología, salud mental y capacidad maternal primaria. Revista Peruana de Pediatría. 60 (3), 192-194. Recuperado de <http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/rpp/v60n3/pdf/a10v60n3.pdf>
- Castel, R. (1997). Las Metamorfosis de la Cuestión Social. Una crónica del salariado. Buenos Aires: Paidós.
- Castelli, L. (2015a). Llegó con un cuadro de intoxicación. Mujeres y consumo de pasta base en un hospital de maternidad. (Tesina Diploma Superior en Género y Políticas Públicas). Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales. Montevideo, Uruguay.
- Castelli, L. (2015b). Mujeres-madres, usuarias de pasta base. Develando la trama en torno a la maternidad y el consumo. Inédito.

- Castilla, V. & Lorenzo, G. (2012). Maternidad y consumo de pasta base/paco en barrios marginales de Buenos Aires. *Cuadernos de Antropología Social*, (nro.36), 69- 89.
- Castilla, M.; Olsen, M., y Epele, M. (2012). Dinámicas familiares, prácticas de cuidado y resolución de problemas asociados al consumo intensivo de pasta base/paco, en Buenos Aires, Argentina. *Antípoda*, 14, 209-229.
- Castro, R. (2007). La investigación sobre apoyo social en salud: situación actual y nuevos desafíos. *Saúde Pública*, 31 (4), 425-435.
- Castro, R. (2011). *Teoría social y salud*. México: UNAM.
- Chodorow, N. (1978). Introducción. En Chodorow, N. *El ejercicio de la maternidad* (pp. 13-24). Gedisa: Barcelona.
- Defey, D. (1995). La madre suficientemente buena. En Defey, D. (comp.). *Mujer y maternidad* (Vol. III, pp. 42-45). Montevideo: Roca Viva.
- Duschatzky, S. & Corea, C. (2006). *Chicos en banda. Los caminos de la subjetividad en el declive de las instituciones*. Buenos Aires: Paidós.
- Echeberría, A. (2003). Drogas; entre la exclusión y la inclusión. En RIOD Nodo Sur. *Drogas y exclusión social* (pp.57-62). Montevideo: ENCARE.
- Epele, M. (2007). La lógica de la sospecha. Sobre criminalización del uso de drogas, complots y barreras de acceso al sistema de salud. *Cuadernos de Antropología Social* N°25, Instituto de Antropología Social, Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires, 153-170.
- Fava Vizziello, G.; Simonelli, A. & Petenà, I. (2000) Representaciones maternas y transmisión de los factores de riesgo y protección en hijos de madres drogodependientes. *Adicciones*, 12 (3), 413-424.

Fernández, S. (2011). Mujeres y uso de drogas. Elementos para la reflexión desde una perspectiva de género. Programa de Investigación, capacitación y asesoramiento técnico en la temática del uso de drogas. Fascículo N° 4. Montevideo: El Abrojo.

Fondo de Población de las Naciones Unidas (2012). Maternidad en la juventud y desigualdad social. Cuadernos del UNFPA. Año 6, N° 6. Montevideo: Autor.

Folgar, L. (2003). Aportes antropológicos sobre la cuestión del tema 'drogas'. Anuario de Antropología Social y Cultural, Departamento de Antropología Social, FHCE, Montevideo, 25-37.

------(2006) De lata y lateros: usuarios de pbc y sus mundos de sentido. Anuario de Antropología Social y Cultural, Departamento de Antropología Social, FHCE, Montevideo, 117-183.

Freire de Garbarino (coord.). (1992) Interacción temprana. Investigación y terapéutica breve. Montevideo: Roca Viva.

Glaser, B. & Strauss, L. (1967). El descubrimiento de la teoría fundamentada. Estrategias para la investigación cualitativa. New York: Aldine Publishin Company.

Goffman, E. (2006). Estigma: la identidad deteriorada. Buenos Aires: Amorrortu.

Hughes, E. (1945). Dilemmas and contradictions of status. The American Journal of Sociology, Vol 50 (5), 353-359.

Imaz, E. (2010). Convertirse en madre. Etnografía del tiempo de gestación. Madrid: Cátedra.

JND/UNODC (2014) Estudios de seroprevalencia de vih/sida y de conocimientos, actitudes y prácticas entre usuarios de pasta base, crack y otras denominaciones de la cocaína fumable en Montevideo y su área metropolitana. Montevideo: MSP/JND/UNODC/ONUSIDA/UNFPA.

- Kaes, R. (1991). Apuntalamiento y estructuración del psiquismo. *Revista de la Asociación Argentina de Psicología y Psicoterapia de Grupo*, 4(3-4), 23–51.
- Kornblit, A. (2004). *Metodologías cualitativas en ciencias sociales: modelos y procedimientos de análisis*. Buenos Aires: Biblos.
- Laplanche, J. & Pontalis, J.B. (1996) *Diccionario de Psicoanálisis*. Traducción de Fernando Gimeno Cervantes. Buenos Aires: Paidós.
- Llort, A., Ferrando, S., Borrás, T., Purroy, I. (2013) El doble estigma de la mujer consumidora de drogas: estudio cualitativo sobre un grupo de auto apoyo de mujeres con problemas de abuso de sustancias. *Alternativas*, 20, 9-22.
- Lourau, R. (1989). *El diario de investigación: materiales para una teoría de la implicación*. Guadalajara, México: Ed. Universidad de Guadalajara.
- Lozano, M. (2001). *La construcción del imaginario de la maternidad en Occidente: Manifestaciones del imaginario sobre la maternidad en los discursos sobre las nuevas tecnologías de reproducción*. (Tesis inédita de doctorado). Universidad Autónoma de Barcelona. Valencia. España.
- Magri, R., Míguez, H., Hutson, J., Suárez, H., Menéndez, A., Parodi, V., Koren, G. & Bustos, R. (2007). Consumo de alcohol y otras drogas en embarazadas. *Archivos de Pediatría del Uruguay*, vol.78 (2), 122-132.
- Magri, R., Míguez, H.A., Hutson, J., Suárez, H., Menéndez, A., Parodi, V. y cols. (2008). Sustancias psicoactivas y embarazo. Estudio en una población hospitalaria de Uruguay. *Trastornos Adictivos*, 10 (2), 98-103.
- Marotta, C. (2009). *Características del vínculo madre-hijo en adolescentes de sectores de pobreza*. (Tesis inédita de maestría). Facultad de Enfermería, Universidad de la República, Montevideo, Uruguay.

- McDougall, J. (1998). Neonecesidades y soluciones adictivas. En McDougall, J. Las mil y una caras de Eros. La sexualidad humana en busca de soluciones (pp.239-259). Buenos Aires: Paidós, Psicología Profunda.
- Moraes, M., Boccarato, A., Bazan, G., Grunbaum, S., Canavessi, M.C., Hoppe, A., Pascale, A., González, G., Cerutti, B. & Borbonet, D. (2010a) Consenso para la atención integral de recién nacidos expuestos a sustancias psicoactivas durante la gestación. Archivos de Pediatría del Uruguay, 81 (4), 251-257.
- Moraes, M., Scorza, C., Abin-Carriquiry, J.A., Pascale, A., González, G., Umpiérrez, E. (2010b). Consumo de pasta base de cocaína en Uruguay en el embarazo, su incidencia, características y repercusiones. Archivos de Pediatría del Uruguay, 81 (2), 100-104.
- Moraes, M., González, G., Sosa, C., Umpiérrez, E., Ghione, A., Berta, S., Baez, P., Barceló, J., Duarte, V., Voitouret, P., Izubiajerez, C., Borbonet, D. (2014a) Características de la población expuesta a cocaína y pasta base de cocaína durante la gestación en el Centro Hospitalario Pereira Rossell. Archivos de Pediatría del Uruguay, 85 (3), 155-160.
- Moraes, M., González, G., Sosa, C., Umpiérrez, E., Ghione, A., Berta, S., Izubiajerez, C., Voitouret, P., Barceló, J., Duarte, V., Baez, P., Borbonet, D. (2014b) Identificación del consumo de alcohol y derivados de cocaína en el embarazo mediante el análisis de meconio. Annales de la Facultad de Medicina - UdelaR, 1 (2), 43-50.
- Muñoz, L., Sánchez, X., Arcos, E., Vollrath, A., Bonatti, C. (2013). Vivenciando la maternidad en contextos de vulnerabilidad social: enfoque comprensivo de la fenomenología social. Rev. Latino-Am Enfermagem. 21 (4). Recuperado de http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n4/es_0104-1169-rlae-21-04-0913.pdf
- Nezelof, S. & Dodane, C. (2010). Quando les processus addictifs rencontrent ceux de la parentalité: un clime de turbulences psychiques. Psychotropes, 16 (3-4), 9-16.
- Observatorio Uruguayo de Drogas (2007) 4ta Encuesta nacional en hogares sobre consumo de drogas. Montevideo: Autor.

- Observatorio Uruguayo de Drogas (2012) 5ta encuesta nacional en hogares sobre consumo de drogas. Montevideo: Autor.
- Palomar, C (2004) “Malas madres”: La construcción social de la maternidad. Debate Feminista. 15, (30), 12-34. Recuperado de <http://www.debatefeminista.com/PDF/Articulos/malasm955.pdf>
- Palomar, C. & Suárez, M. (2007). Los entretelones de la maternidad. A la luz de las mujeres filicidas. Estudios Sociológicos, 25 (74), 309-340.
- Prieto, J.P. & Scorza, C. (2010). Pasta base de cocaína. Artículo de Divulgación del Instituto de Investigaciones Biológicas Clemente Estable. Recuperado de <http://www.iibce.edu.uy>.
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo- Proyecto Desarrolla. (2010). Hacia la construcción de un protocolo de protección para madres consumidoras, sus hijos/as y familias. Montevideo: Autor. Recuperado de <http://www.proyectodesarrolla.org/publicaciones/hacia-la-construccion-de-un-protocolo-de-proteccion-y-atencion-para-madres-consumidoras-sus-hijas-y-familias-510/>
- Quezada, V. & Santelices, M. (2010). Apego y Psicopatología Materna: relación con el estilo de apego del bebé al año de vida. Revista Latinoamericana de Psicología, 42 (1), 53-61.
- Ramírez, N. (2011). Experiencia de las mujeres consumidoras de drogas en el posparto inmediato. Enfermería en Costa Rica, 32 (1), 3-10.
- Romero, S. (1999). Perfil socio-cultural y motivaciones para el consumo de drogas. Estudio cualitativo en un centro de rehabilitación de Montevideo, Uruguay. 1998. En OUD: Consumo de sustancias psicoactivas en Uruguay. Montevideo: OUD-JND.

- (2001) Constataciones antropológicas en población de usuarios de drogas inyectables. En: Osimani, M. y Scarlatta, L. (comps.) Sida y drogas. Investigación y dilemas en la construcción de la agenda pública. Montevideo: IDES.
- Romero, M. & Gómez, C. (1997) La mujer embarazada con problemas de adicciones: consideraciones de género, investigación y tratamiento. *Perinatología y Reproducción Humana*, 11 (4), 207-216.
- Sautu, R., Boniolo, P., Dalle, P. & Elbert, R. (2005). Manual de metodología. Construcción del marco teórico, formulación de los objetivos y elección de la metodología. Buenos Aires: Clacso Libros.
- Silva, M. (2006). Pasta base en el Uruguay de hoy-Hacia una clínica implicada. (Inédito).
- Sluzki, C. (1996). La red social: frontera de la práctica sistémica. Barcelona: Gedisa.
- Stern, D. (1978). La primera relación madre-hijo. Madrid: Ed. Morata.
- Stutman, A. (2004). Algunos aportes de Winnicott para la reflexión en torno al rol de la madre. Recuperado de <http://www.centropsicoanaliticomadrid.com/index.php/revista/79-numero-5/210- algunos-aportes-de-winnicott-para-la-reflexion-en-torno-al-rol-de-la-madre>.
- Suárez, H. & Ramírez, J. (2014). Los desposeídos. En: Héctor Suárez y Marcelo Rossal (coords.) Fisuras. Dos estudios sobre pasta base de cocaína en el Uruguay. Aproximaciones cuantitativas y etnográficas. (pp. 23-59). Montevideo: FHCE, UdelaR – OUD, JND.
- Suárez; H. & Rossal, M. (coords.) (2014). Fisuras. Dos estudios sobre pasta base de cocaína en el Uruguay. Aproximaciones cuantitativas y etnográficas. Montevideo: FHCE, UdelaR – OUD, JND.

Triaca, J., Silva, M., Diogo, S. & Aprile, M. (2008) Fronteras-Tramas-Destramas. Consumo de Pasta Base de Cocaína. En APU Exclusión-Inclusión. II Coloquio Emergencia Social. Montevideo: Autor.

Tubert, S. (1996). Introducción. En Silvia Tubert (ed.) Figuras de la madre. Madrid: Cátedra.

Vasilachis de Gialdino I (2007). La investigación cualitativa. En: Estrategias de investigación cualitativa (pp. 23 – 64). Buenos Aires: Gedisa.

Winnicott, D. (1979). Escritos de Pediatría y Psicoanálisis. Barcelona: Ed. Laia.

Winnicott, D. (1993). La capacidad para estar a solas. En D.W. Los procesos de maduración y el ambiente facilitador (pp. 36–46). Buenos Aires: Paidós.