



Junta  
Nacional  
de Drogas

Presidencia de la República  
U R U G U A Y

**Junta Nacional de Drogas**

**Juan Andrés Roballo**

Prosecretario Presidencia de la República

Presidente Junta Nacional de Drogas

**Milton Romani Gerner**

Secretario General Junta Nacional de Drogas

**Gabriela Olivera**

Coordinación Secretaría de Género

**Equipo a cargo de la Publicación:**

Alejandra Akar, Reina Brum, Luisina Castelli, Rubén García, Elidema Morales

smental.chpr@gmail.com

**Motivo de tapa:** Lourdes Bertassi



Calle 34 M. 264 S. 21 Solymar

Canelones - Uruguay

E-mail: [info@psicolibroswaslala.com](mailto:info@psicolibroswaslala.com)

[www.psicolibroswaslala.com](http://www.psicolibroswaslala.com)

ISBN: 978-9974-XXXXXXX

Primera edición - Setiembre de 2016

© PSICOLIBROS waslala

© Junta Nacional de Drogas

**MUJERES, MATERNIDAD, CONSUMO PROBLEMÁTICO: Construyendo en clave grupal**

Queda hecho el depósito que ordena la ley

Impreso en Uruguay - 2016

Impreso y encuadernado en Mastergraf srl.

Gral. Pagola 1823 - CP 11800 - Tel.: 2203 4760\*

Montevideo - Uruguay

E-mail: [mastergraf@mastergraf.com.uy](mailto:mastergraf@mastergraf.com.uy)

Diseño interior y tapa: Augusto Giussi

Ilustración de tapa: Lourdes Bertassi

Queda prohibida la reproducción parcial o total de este libro, por medio de cualquier proceso reprográfico o fónico, especialmente por fotocopia, microfilme, *offset* o mimeógrafo o cualquier otro medio mecánico o electrónico, total o parcial del presente ejemplar, con o sin finalidad de lucro, sin la autorización del autor.

Mujeres, Maternidad, consumo  
problemático:

Construyendo en clave grupal





## Índice

Poniendo en palabras situaciones vinculadas a la maternidad y al uso problemático de sustancias en el contexto hospitalario. ....	7
Para tener en cuenta .....	13
Pensando en los contextos familiares de las mujeres madres con uso problemático de sustancias... ..	17
Atención en salud a mujeres y mujeres-madres usuarias de pasta base .....	20
Bibliografía .....	30





## Poniendo en palabras situaciones vinculadas a la maternidad y al uso problemático de sustancias en el contexto hospitalario

Mujeres,  
Maternidad,  
consumo  
problemático

7

### *Contextos que se hacen texto*

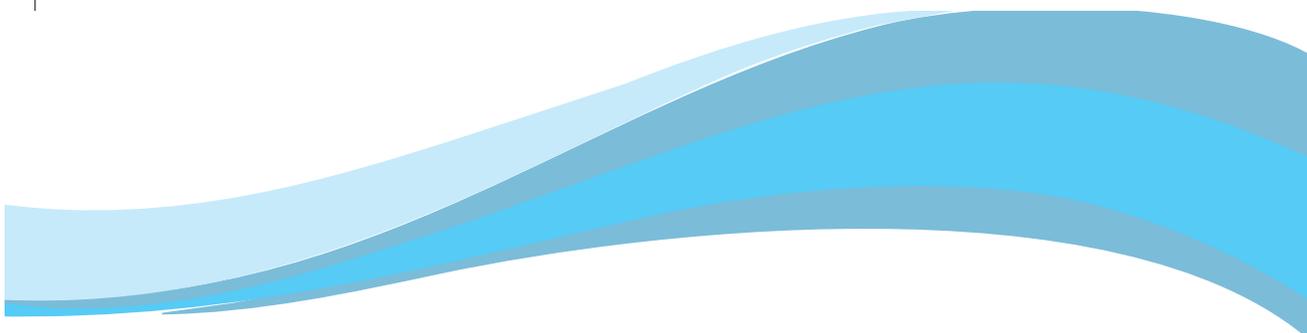
**E**n la Maternidad del Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR) se producen entre 8000 y 9000 nacimientos anuales, siendo considerada un centro de referencia donde se envían pacientes desde todo el país ante la posibilidad de complicaciones en el embarazo, parto y sobrevivencia de los recién nacidos.

Se estima que aproximadamente un 10% de las madres que tienen su parto en este Centro Hospitalario consumen o han consumido sustancias psicoactivas durante el embarazo.

De acuerdo con estudios realizados en esta Maternidad, analizando muestras de meconio, sabemos que es bajo el porcentaje de usuarias que reconocen y admiten el consumo. Estimamos que se oculta el mismo por el estigma social que representa. El estigma aparece referido al consumo de sustancias en su condición de madres o gestantes, también aparece el temor a perder la custodia de sus hijos.

Es así que el consumo de diferentes sustancias psicoactivas, en particular de la Pasta Base de Cocaína (PBC), ha sido un tema de preocupación en el equipo técnico de este Centro.

Alrededor del año 2004 y dado el ingreso creciente de pacientes con Uso Problemático de Sustancias (UPS) en las salas de maternidad y ginecolo-



gía, el tema pasa a ser objeto de estudio y búsqueda de estrategias para su abordaje y tratamiento.

Las pacientes con UPS mostraron algunos comportamientos en común, por ejemplo: entrar y salir permanentemente de sala, irse sin alta médica y volver queriendo ocupar la cama que habían dejado, dificultad en las relaciones con el equipo técnico y el personal de sala. Debemos recordar que este es un hospital gineco-obstétrico donde las pacientes consultan y permanecen por motivos ajenos al consumo de sustancias. Es así que llegan al Equipo de Salud Mental los pedidos de interconsulta que posibilitan la entrevista y captación de las mismas para el tratamiento de su adicción.

### ***Necesidad de construir herramientas adecuadas para trabajar con mujeres madres con Uso Problemático de Sustancias***

Junto con el crecimiento de casos de embarazadas y puérperas con UPS en este centro hospitalario se observó una casi nula consulta de esa población en el Portal Amarillo, Centro Nacional de Referencia para el Tratamiento de Adicciones. Uniendo estas realidades se decide que un psiquiatra y un psicólogo del Portal Amarillo concurrieran al CHPR para realizar una reunión semanal de información y captación de las pacientes. Por diferentes causas esta experiencia duró solamente tres meses, contribuyendo en gran medida la breve permanencia de las pacientes en el hospital.

Se implementa a partir de allí una policlínica del Equipo de Salud Mental del Hospital de la Mujer, atendida por psiquiatra y psicóloga que prioriza la atención de usuarias con UPS.

En el año 2010 se instrumenta el traslado de las usuarias, lo que permitió la asistencia al Grupo de Género que funcionaba, los días viernes, en el Portal Amarillo. Esta etapa abarcó aproximadamente dos años.

En diciembre de 2011 comenzamos la experiencia de reunir, en el Hospital de la Mujer, el Grupo T los días viernes, como funciona hasta la actualidad. Este es un grupo abierto, dirigido a usuarias con UPS, principalmente embarazadas y puérperas derivadas de los diferentes sectores del CHPR y/o desde policlínicas de la periferia que no cuentan con Equipo de Salud Mental y/o con grupos para tratar esta problemática.



Reconocer que el consumo de sustancias es un problema en sus vidas y la necesidad de ayuda para tratarlo es el primer paso en el proceso de cambio.

### ***Creación del Grupo para mujeres y mujeres madres con UPS a cargo del Equipo de Salud Mental del Hospital de la Mujer (CHPR)***

#### **Se plantean como objetivos:**

- Generar un espacio de escucha, reflexión y sostén que aborde la temática de UPS.
- Elaborar estrategias y herramientas que permitan actuar en forma asertiva para modificar conductas de riesgo.
- Se procura crear un espacio de rehabilitación y estrategias para el autocuidado y desarrollo personal.
- Promover el inicio de una asistencia continuada y reforzada en las redes de periferia. Se procura la contención y seguimiento del binomio madre-hijo en zona.
- Promover y facilitar la reinserción laboral.
- Apoyar la elaboración de un nuevo proyecto de vida.
- Reforzar la motivación y los factores de protección.
- Se trata de disminuir los síntomas de abstinencia. Contamos para ello con el apoyo de psiquiatra que permite el tratamiento farmacológico del tema.

## **Metodología utilizada en el grupo**

Se trabaja en el grupo con el abordaje de los emergentes.

En este abordaje grupal surgen temáticas recurrentes como son el control del consumo, intentando restablecer la lactancia que se suspende ante screening positivo para cocaína.

El estudio de drogas en orina se realiza por voluntad de las asistentes al grupo. La mayoría de las pacientes solicitan hacerlo semanalmente.

Se intenta que se restablezcan las redes familiares, las que se han visto quebrantadas. Algunas madres intentan recuperar el vínculo con los hijos, de los que han perdido la tenencia por resolución judicial.

Se acompaña el proceso de aquellas madres que esperan resolución judicial con sus RN internados en sector de Cuidados Moderados. Estas situaciones permiten trabajar las ansiedades, miedos y expectativas propias de la situación, la capacidad de espera y la tolerancia a la frustración.

Tratamos también la problemática familiar y de pareja, especialmente relacionada a la violencia doméstica. Muchas de las asistentes al grupo sufren violencia por parte de los padres de sus hijos, algunos de ellos con UPS. En esa circunstancia se encuentran algunas veces en la encrucijada de seguir en la situación de violencia para estar cerca de sus hijos, ya que es la pareja o su familia quien provee el sustento o tiene, legalmente, la tenencia del menor.

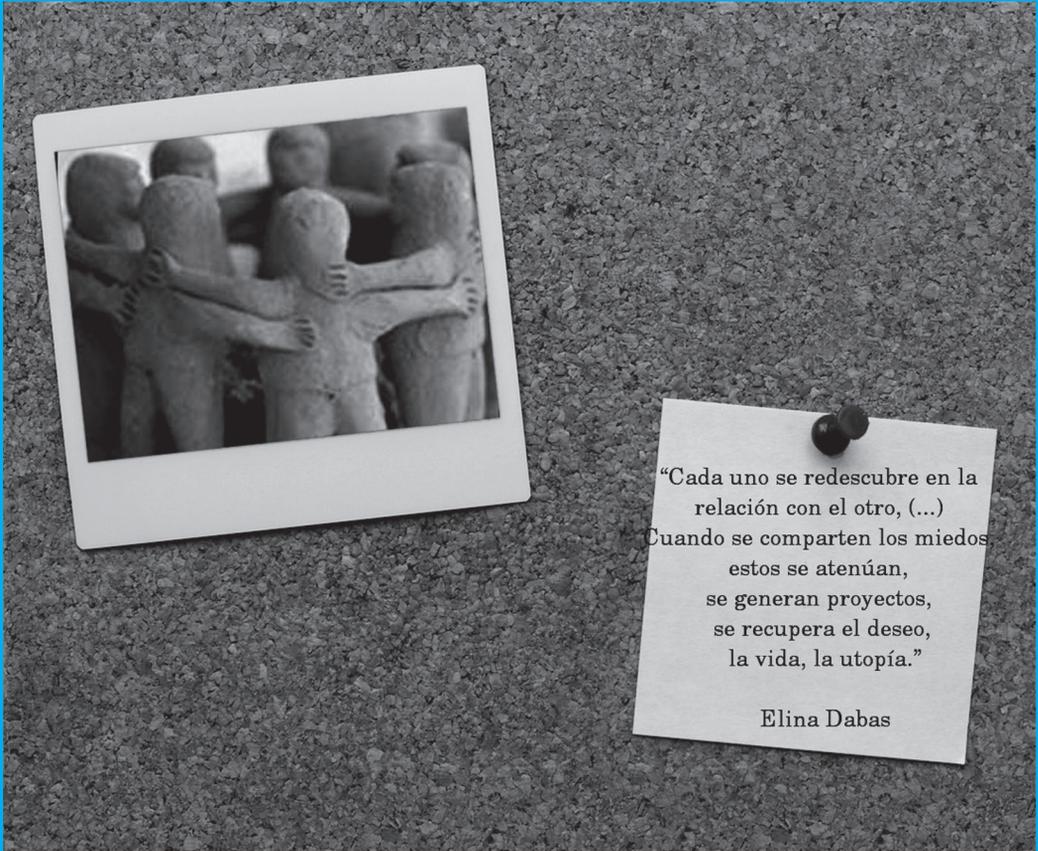
Se trabaja la convivencia en los Hogares o Refugios de madres con hijos, dado que muchas han estado en situación de calle, no contando ya con el apoyo familiar.

También se aborda el tema del control de embarazo, enfatizando en la importancia del mismo para detectar y tratar –por ejemplo– enfermedades de transmisión sexual. En algunos casos vemos la dificultad en realizar y/o completar el tratamiento por parte de las parejas. Esto implica un riesgo para la usuaria y su hijo, que muchas veces permanece internado varios días para el tratamiento. Se informa sobre psicoprofilaxis de nuevos embarazos, la importancia de métodos anticonceptivos. Se realizan también coordinaciones con sectores del MIDES.

## *Una ventana de posibilidad para el cambio*

Ante cada usuaria que ingresa al Grupo vemos una oportunidad especial para intentar un cambio, que tiene que ver con la maternidad. Consideramos el nacimiento de un hijo como un hito fundamental. Muchas madres plantean que consumieron durante el embarazo sintiéndose culpables por el daño que podrían causar a su bebé, no pudiendo hacer el click hasta el momento del parto, cuando vieron a su hijo. Es ahí cuando toman conciencia de la problemática, aumentan los miedos en cuanto al perjuicio que el consumo pueda tener en la salud del recién nacido. Aparece también el miedo a la pérdida, a “que se los saquen” y a la suspensión de la lactancia. Los miedos están unidos al hecho de sentirse estigmatizadas como malas madres. Es así como, sin percibirlo, entran en un círculo de ansiedades y miedos.

En el grupo se encuentran con otras madres o embarazadas en situaciones similares, identificándose en muchos aspectos se potencian y respaldan para adherir al tratamiento y empezar –y sostener– un proceso de cambio.



“Cada uno se redescubre en la  
relación con el otro, (...)   
Cuando se comparten los miedos  
estos se atenúan,  
se generan proyectos,  
se recupera el deseo,  
la vida, la utopía.”

Elina Dabas



*Para tener  
en cuenta*

- ✓ Si estás embarazada y tenés problema con el consumo de sustancias, este es el momento de consultar, informarte y empezar un tratamiento.
- ✓ Podés empezar a cuidarte y desde ahora cuidar a tu hijo. Controlar el embarazo es un buen comienzo.
- ✓ Si controlás tu embarazo y el consumo, llegarás en mejores condiciones al parto y tendrás la posibilidad de amamantar a tu hijo.



- ✓ Si consumís durante el embarazo o la lactancia, tu hijo también consume.
- ✓ El bebé no puede decidir, es la madre quien decide por ambos.
- ✓ Como toda persona consumidora sabe, el deseo imperioso de consumir aparece generalmente al llegar la noche. Deberás encontrar estrategias que te mantengan en tu casa. En esos momentos, “salir significa consumir”.



**¡Atención!**  
**¡atención!**

- ✓ Para pasar ese momento te puede ayudar tomar mucho líquido, comer cosas dulces, darte una ducha, etc. Y lo que es mejor: conversar con alguien de tu confianza que te apoye para sostener la abstinencia.
- ✓ Evita pasar por los lugares donde se reúnen las personas con las que consumías. Si te encontrás con alguno de ellos, no te detengas a conversar porque te arriesgas a seguir consumiendo.
- ✓ Las recaídas, siempre posibles, pueden ser parte de tu recuperación. Es bueno que pienses qué fue lo que te llevó a recaer, cuáles eran las circunstancias, con quién estabas, etc. Conversar con alguien sobre este punto te ayudará para estar alerta la próxima vez.
- ✓ No te hagas trampas: “solo uno” es una mentira a sabiendas. Ese “uno” es el primero de una seguidilla que te hará retroceder en tu camino para estar limpio.



✓ **Por último: TODOS LOS INTENTOS SON VÁLIDOS. TODOS TUS ESFUERZOS SUMAN, NO TE DES POR VENCIDO.** Retomar la conducción de tu vida y la posibilidad de criar tus hijos dan sentido a este trabajo. Hay mucha gente que puede ayudarte.



## Pensando en los contextos familiares de las mujeres madres con uso problemático de sustancias...

Cuando pensamos la idea de familia, es posible recurrir en un primer momento a conceptos tradicionales en relación a su composición y construcción. Sin embargo, en las últimas décadas venimos atravesando transformaciones drásticas a dicho modelo tradicional, por lo que pensar en familia incluye variadas alternativas así como composiciones.

Ahora bien, lo que parece quedar claro es que, la familia es en tanto un contexto histórico, un modelo cultural y ciertos valores construidos, heredados y acordados en la interna de la misma. A su vez, la posibilidad de pensar a la familia como una función, que no implica un lazo consanguíneo ni coincide con quien se convive, sino en quien logra sostener aspectos de cuidado y protección que va más allá de un rol que sea previamente asignado, que consiste acaso en la posibilidad de asumir el mismo.

Los humanos somos seres históricos. Esa historia se construye desde que nacemos y comenzamos a vincularnos, es a partir del desarrollo psico-emocional del individuo donde germinan las fortalezas y debilidades que harán a la forma de vincularse con uno mismo y con la sociedad.

Pensando en esta función familia es que se vinculan los estallidos en relación al uso y consumo de sustancias problemáticas. El lugar del apoyo familiar, en el sentido de función de cuidado, cobra un papel protagónico a la hora de sostener los procesos de rehabilitación de la persona que consume sustancias problemáticas. Si pensamos específicamente en las mujeres con las que trabajamos a diario en el hospital, podemos agregar mayor complejidad al asunto. ¿Con quienes cuentan? ¿Qué lugar tienen en sus familias? Son múltiples los relatos de familias fragmentadas y debilitadas, donde se generan expulsiones, quiebres en los vínculos,

especialmente caracterizados por inestabilidad y variaciones permanentes.

A su vez, es un círculo que se extiende y repite hacia las nuevas generaciones. Los hijos de estas mujeres comienzan a formar parte de esa función familia, donde la vulnerabilidad se hace cuerpo, donde los roles estáticos en relación al género y a los mandatos sociales aumentan la fragmentación así como la fragilidad, especialmente, de estas mujeres madres.

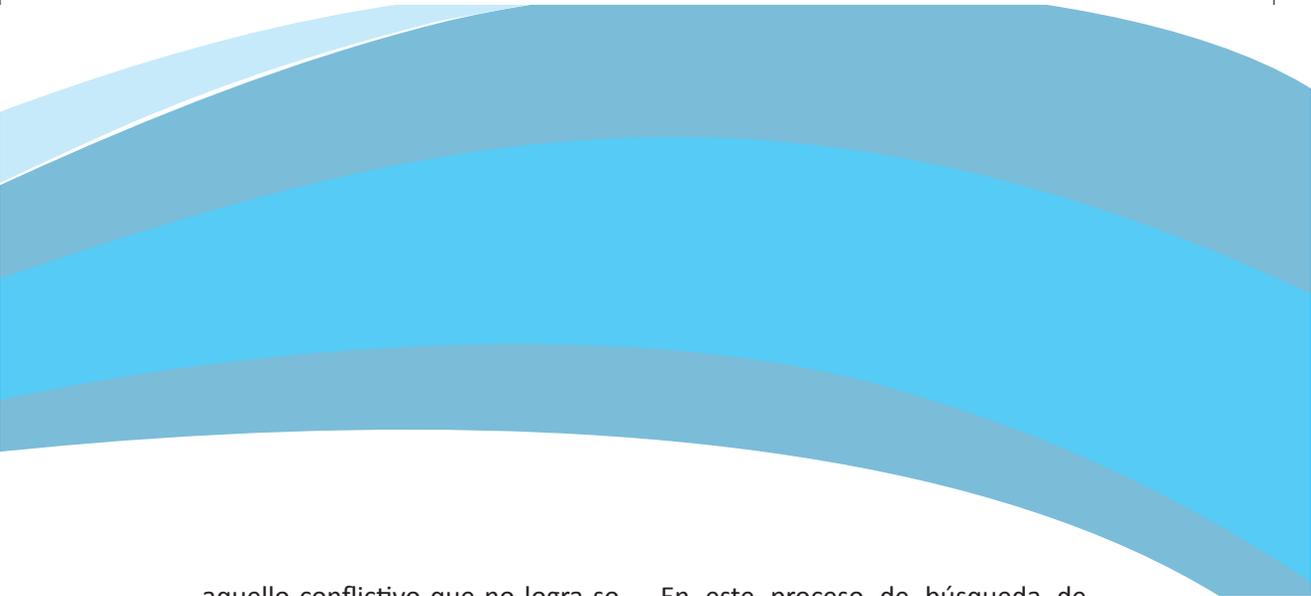
Por tanto ese vínculo quebrado se resignifica, y la droga (con los distintos nombres, sobrenombres con la que es referida en distintos ámbitos) reafirma la ruptura, las separaciones y, especialmente, en muchos casos provoca

que se vea a estas mujeres como únicas responsables.

Pero cuando un vínculo se quiebra, es porque existió un conflicto con otro, o sea, la usuaria y ese otro "familiar". Esa mujer que consume, muchas veces es portadora de una problemática familiar, su núcleo encontró "ese" lugar para colocar todo

***“El cuidado es una actividad específica que incluye todo lo que hacemos para mantener, continuar y reparar nuestro mundo, de manera que podamos vivir en él tan bien como sea posible. Ese mundo incluye nuestros cuerpos, nuestro ser y nuestro ambiente, todo lo que buscamos para entretejer una compleja red del sostenimiento de la vida (Fisher y Tronto, 1990, citado por Montaña, 2010: 27).***





aquello conflictivo que no logra solucionar.

Estas mujeres madres necesitan de un otro. Ese otro que ahora son ellas frente a sus hijos vulnerables y que comienza a crecer. Es necesario ese “otro” que cumpla esa función familiar, que logre sostenerla y le brinde herramientas para no continuar repitiendo una historia que duele y que la ubica en un lugar de destierro social.

El éxito o el fracaso dependerá no solo de ella, sino del compromiso familiar, que tenga disponibilidad afectiva para acompañar y cuidar.

También implica para estas mujeres poner mucha energía de vida por parte de sí mismas y permitirse ser queridas, aceptando límites necesarios, pensados como forma de protección.

En este proceso de búsqueda de reasignación de funciones de cuidados, los espacios de abordaje técnico pueden officar como puentes en el intento de construir nuevos vínculos o reparar los existentes.

Cuando existen esos “materiales” de construcción, hay mayor posibilidad de alcanzar niveles de mayor satisfacción en la calidad de vida para sí mismas y para quienes ellas tienen a su cargo, la función de cuidados directo, por ejemplo, sus hijos.

La necesidad de unir los esfuerzos se hace vital, y que esas fuerzas posibiliten construir nuevas oportunidades para estas mujeres madres que buscan escribir nuevas páginas en su historia de vida junto a sus hijos. Es indispensable trabajar en conjunto desde opciones saludables y construyendo redes de apoyo y proximidad que aporten a estos cambios vinculares.

## ATENCIÓN EN SALUD A MUJERES Y MUJERES-MADRES USUARIAS DE PASTA BASE

### Presentación

**E**n este breve artículo se caracterizarán las experiencias de las mujeres usuarias de pasta base en el hospital al momento de tener a sus hijos y la atención que se les brinda en este centro de salud. Está orientado a un público amplio, comprendiendo a especialistas del ámbito de la salud, actores vinculados al diseño de políticas públicas, así como a lectores en general, motivo por el cual se procurará utilizar un lenguaje accesible, en el entendido de que ya existe una literatura especializada al respecto a la que puede recurrirse. En este sentido, el espíritu de este trabajo es el de dar a conocer aspectos poco difundidos de las vivencias de las mujeres que atraviesan situaciones de maternidad y que usan pasta base de cocaína, aportando así a una comprensión más cabal de sus actitudes y prácticas, como del vínculo que entablan, en particular, con las instituciones de salud.

Este objetivo encuentra sustento en la experiencia que el equipo de salud mental ha acumulado con el

transcurso de los años, desde que comienzan a aparecer los primeros casos de mujeres usuarias de pasta base a comienzos del dos mil, hasta el presente, y el conocimiento producto de estudios realizados sobre la temática maternidad y consumo. En este transcurso el conocimiento adquirido en base al vínculo directo con las mujeres es amplio, puesto que muchas veces ellas confían sus preocupaciones, alegrías, aspectos íntimos de sus vidas personales y de la crianza de sus hijos a aquellos integrantes del equipo de salud en quienes identifican una mayor comprensión hacia sus situaciones de vida. De este modo ha sido posible observar las formas que encuentran de hacer frente a las adversidades, siempre buscando tomar responsabilidades en el cuidado de sus hijos y lidiando con el consumo de una sustancia que por momentos es significado como un problema y, en otros, como un escape de otras dificultades presentes en su vida cotidiana; así como también deben lidiar con las exigencias del sistema de salud que las interpela en cuanto a sus

formas de ser madres, pero ofrece limitadas oportunidades de apoyo y contención hacia estas mujeres en particular.

¿Por qué es importante dar a conocer las experiencias, percepciones y maneras de afrontar la maternidad y vincularse con el sistema de salud que tienen estas mujeres? Porque sus vivencias suelen quedar veladas bajo el estigma que pesa sobre quienes consumen pasta base, y porque los procesos de maternidad son instancias cruciales en sus vidas que las marcan fuertemente. Visibilizar estas situaciones también es una cuestión de justicia, puesto que el grueso de esta población proviene de los sectores sociales más sumergidos, y sus trayectorias vitales y maternidades han estado envueltas en la pobreza y la vulnerabilidad. Es necesario conocer más sobre cómo desarrollan sus vidas y comprenderlas, no solo juzgarlas.

Cuando hablamos de qué personas o grupos de personas son vulnerables queremos decir que están más indefensos y expuestos a experimentar los impactos de eventos socio-económicos de carácter traumático, y que cuentan con recursos y estrategias limitados para hacer frente a estos eventos (Pizarro, 2001: 11). A esto puede agregarse que, muchas veces, las formas que encuentran para sobrellevar estas situaciones

no son vistas como adecuadas por otras personas o actores estatales, porque no se condicen con lo esperado. En el caso de las mujeres la vulnerabilidad también es producto del lugar subordinado que ocupan con respecto a los hombres y, en este sentido, se relaciona no solo a la carencia económica sino, en buena medida, a las bases culturales, históricas y simbólicas que han dado lugar a esta forma de desigualdad.

Al margen del involucramiento biológico, y según el ordenamiento actual de los “roles” de género, mujeres y varones están obligados a experimentar de maneras diferentes el nacimiento, crianza y cuidado de sus hijos. De acuerdo a este, el cuidado, cariño y todo aquello asociado al “amor” son actitudes propias que deben exhibir las mujeres para ser consideradas “buenas madres”, en tanto la protección y provisión económica están asociados al rol de la figura paterna. Luego, en los hechos, hombres y mujeres pueden realizar tanto unas como otras prácticas, pero las valoraciones sociales estarán atravesadas por aquella diferenciación. Las mujeres, muchas veces, asumen tanto el cuidado como el suministro económico necesario para la crianza de sus hijos, aunque se culpabilizan más y se sienten más

cuestionadas por otros, cuando no logran cumplir con lo primero.

La maternidad es una construcción cultural, que corresponde a diversas circunstancias histórico, sociales y económicas (Cigarroa, 2011), considerada históricamente como una condición de carácter natural al género femenino, en relación directa con su condición biológica de engendramiento de otro ser. Por tanto, la exaltación del amor maternal fue promovida como ideal a ser cumplido por las mujeres como condición innata y como parte de la identidad femenina (Alkolombre, 2012). Asimismo, las mujeres viven un involucramiento corporal único en el proceso reproductivo, razón que muchas veces las hace responsables por problemáticas que en realidad son relacionales, antes que individuales. De este modo, en el contexto hospitalario, al igual que en otras instituciones estatales, las mujeres son las primeras interpeladas y sancionadas y no tienen oportunidad de evadir estos mecanismos, mientras los padres de sus hijos pueden ser figuras ausentes.

Por otro lado, mujeres y varones pueden tener valoraciones y experiencias diferenciadas sobre el uso de drogas. Los motivos que los conducen al consumo de sustancias también pueden ser distintos y su involucramiento en las redes del

mercado ilícito (cuando se trata de sustancias cuya comercialización o intercambio está penado por la ley) encuentra importantes variaciones. Sobre esto último, un ejemplo contundente, enfatizado por los informes sobre vinculación de las mujeres con el narcotráfico y el delito en América Latina, es que las políticas punitivas han afectado desproporcionadamente a las mujeres, puesto que su encarcelamiento por delitos vinculados a las drogas ha aumentado significativamente. En los distintos países de América Latina la proporción de mujeres encarceladas por delitos de droga supera en general el 50% (ascendiendo por encima del 60% y 70% en algunos países), cifra descollante en comparación a otros delitos (Giacomello, 2013). Sin embargo, esto poco contribuye al desmantelamiento del narcotráfico, ya que mayoritariamente son detenidas por realizar tareas de bajo nivel (como portadoras humanas, microtráfico y venta), actividades que implican, sin embargo, riesgos elevados (CIM-OEA, 2014; WOLA-IDPC-CIM-OEA, 2016).

Estudios en el ámbito nacional evidencian una marcada concentración geográfica de las y los usuarios de pasta base en los barrios montevideanos de menores recursos, donde la prevalencia escala a un 4,0% (OUD, 2012). Se ha estimado que las

mujeres que sostienen un uso problemático de pasta base de cocaína representan un quinto del total de usuarios. Esto significa que solo 2 de cada diez personas que consumen pasta base son mujeres (ibídem). La mayor presencia de infecciones de transmisión sexual (ITS) es otro de los problemas que afectan a la población de usuarios/as de pasta base en general; se ha constatado que la prevalencia de VIH se mantiene en el mismo rango para ambos sexos (6,3% entre varones y 6,2% entre mujeres), pero este porcentaje es once veces mayor que en la población en general, donde la cifra estimada es de 0,45%. (JND/UNODC, 2013:45). Para algunas infecciones específicamente, como sífilis, aumenta entre las mujeres: 20% en relación a un 0,6% en los varones (ibídem: 42).

Las mujeres merecen, o más bien tienen derecho, a una comprensión de sus situaciones específicas y un abordaje que contemple estas especificidades. Tienen derecho a ser escuchadas en su deseo de permanecer junto a sus hijos y el estado, en tanto conjunto de normas, instituciones y sujetos que lo hacen funcionar, tiene la responsabilidad de ser garante de ello.

## **Las mujeres que paren en el Pereira Rossell y el uso de drogas**

Semana a semana, decenas de mujeres de distintos barrios de la ciudad de Montevideo y su área metropolitana y, en menor medida, de otras localidades del país, paren en el Hospital de la Mujer (CHPR). Esta institución es conocida como la maternidad pública más grande del país y buena parte de las mujeres que allí se atienden provienen de los sectores poblacionales de menores recursos. Algunos indicadores al respecto los aporta el Informe de Gestión de Maternidad 2013 del CHPR, de acuerdo al cual, de las madres atendidas ese año el 0,3% no poseía instrucción, el 41% tenía solo educación primaria y el 54% secundaria. Otro dato de relevancia es que el número de nacidos vivos aumenta para barrios caracterizados por una mayor precariedad<sup>1</sup> (CHPR-ASSE, 2013), lo que significa que las mujeres procedentes de estos barrios

1 De un total de 7729 nacidos vivos, en 1357 de los casos la madre vivía en el Cerro, 823 en Sayago, 560 en Jardines del Hipódromo, 535 en Pajas Blancas, 507 en Casavalle-Marconi (CHPR-ASSE, 2013).

suelen tener más hijos que las de otros lugares asociados a una mejor posición socioeconómica.

A propósito del comportamiento reproductivo de las mujeres de los sectores populares de nuestra sociedad, los estudios revelan que:

zan las tareas de cuidado en el hogar (Batthyány, Genta y Perrotta, 2015). En este sentido, queda explícito que la división sexual de los cuidados a la primera infancia de estos hogares (tendencia que se observa en el resto de la población) prosiguen las líneas

***“[c]asi la mitad de la sociedad uruguaya se reproduce entre los sectores de más escasos recursos (43% de los niños nace en hogares con necesidades básicas insatisfechas-NBI). El índice de natalidad de las mujeres con bajo nivel educativo (primaria completa o incompleta) duplica el índice de natalidad de las mujeres con mayor nivel de instrucción. (...) En términos promediales, la fecundidad en Uruguay es baja; sin embargo, el comportamiento reproductivo difiere según los niveles socioeconómicos al punto de permitir suponer que el remplazo demográfico en Uruguay se realiza gracias al comportamiento de los estratos más (...) empobrecidos” (Rostagnol, 2012:201).***

A partir de la Encuesta Nutrición de Desarrollo Infantil y Salud (2015) se visualiza que en los sectores de menores ingresos existe mayor dependencia de la cobertura pública, así como una distribución de roles y funciones más tradicionales en el hogar. Resulta representativo que sean los varones quienes se integran en el mercado laboral remunerado a tiempo completo y las mujeres reali-

tradicionales de género. Las mujeres suelen mantener la responsabilidad de los cuidados como actividad no remunerada, con dependencia económica de terceros, y a su vez se detecta que las redes de apoyo familiares para los cuidados también son sostenidas mayoritariamente por mujeres (ejemplo: abuelas). Estas características aparecen de forma común entre las mujeres usuarias

de pasta base que se atienden en el hospital y sus redes familiares.

Un estudio realizado en 2005, en donde se tomó una muestra al azar entre las mujeres puérperas que se encontraban en este hospital, corroboraba algunos de estos aspectos, aportando a su vez otra información:

*“se trató de una población de nivel socio-económico bajo y medio bajo, con una escolaridad inferior a la distribución poblacional para estos rangos de edad; el promedio fue de 7 años de educación formal. La mayoría de los casos estudiados no trabajaban (89%) y en la mayoría de los casos (59,8%) presentaron unión informal de pareja. El 19% carecía o no vivía con su pareja, característica predominante en las jóvenes menores de 21 años. La mayoría era dependiente económicamente (93%). En cuanto al número de hijos, un bajo porcentaje se encontraba en su primera gestación y presentaron un promedio de 2,6 gestas previas”*

*(Magri et al, 2007: 126)*

De forma alarmante, este estudio concluía que:

*“[l]a información recogida en nuestro trabajo señala que siete de cada diez madres declararon haber consumido alguna sustancia psicoactiva (sin contar la cafeína entre ellas) durante el embarazo. Esta proporción es realmente alarmante pues casi las dos terceras partes de la población del CHPR consume, y la propia cifra revela la falta de concientización por parte de las madres, del equipo de salud y la comunidad en su conjunto” (ibídem: 131).*

Al margen de la discusión sobre la pertinencia (o no) de conocer los usos de distintas sustancias que las mujeres sostienen, entendemos que es necesario excluir las consideraciones sobre la “falta de concientización” de las mujeres embarazadas. Frente a ello cabe preguntarse ¿cuánto sabemos de las razones personales, sociales, culturales o económicas que se encuentren en la base de estos comportamientos?, ¿por qué los usos de drogas siempre parecen estar cubiertos de una valoración negativa?, ¿hasta dónde tienen autonomía las mujeres para vivir sus

embarazos, tanto de las condiciones sociales como de las imposiciones de las instituciones sanitarias y los actores médicos? La moralidad censurante que se desprende de este tipo de aseveraciones es tan solo una muestra de cómo el saber médico pugna por regular los modos que tienen las mujeres de atravesar los procesos de gestación y maternidad. Es importante resaltar que las mujeres tienen derecho a decidir sobre sus cuerpos y vivir sus embarazos y maternidades con la mayor libertad posible. Esto no significa desconocer que los consumos de drogas pueden generar perjuicios de salud, como también pueden hacerlo los hábitos alimenticios o distinto tipo de actividades; pero cabe llamar la atención con respecto al grado de naturalización de la intervención estatal en la intimidad de los sujetos, especialmente de las mujeres ¿Por qué el Estado tiene la potestad de definir lo adecuado e inadecuado en sus comportamientos?, ¿hasta dónde la intimidad es íntima, o es un terreno en disputa? Desde una perspectiva que reivindica la autonomía de las mujeres, sostenemos que la vía más adecuada es generar condiciones de posibilidad para que las mujeres puedan optar con respecto a las prácticas que realizan. Esto implica no solo brindar información sin

tintes moralizantes, sino producir espacios sociales y materiales para vivir con dignidad.

### *La llegada al hospital*

Buena parte de las mujeres que consumen pasta base viven la experiencia del embarazo, el parto y la relación de maternidad que se instala a partir de entonces, en condiciones de desamparo afectivo y desprotección estatal, apoyándose en redes de cuidado conformadas principalmente por otras mujeres de su entorno familiar. Con frecuencia llegan al hospital desprovistas de compañía y recursos y, muchas veces, sin tener claro a dónde van a ir a vivir una vez que les den de alta. Los embarazos suelen transcurrir con total o parcial ausencia de asistencia médica, con dificultades para abandonar o moderar el consumo y en condiciones cotidianas de precariedad, dimensiones diferentes pero que hacen a una percepción de incertidumbre de sí y de sus cuerpos. Estos aspectos aumentan los riesgos de sufrir múltiples violencias, constriñe sus posibilidades de cuidar de sí mismas y, así, de vivir el embarazo en condiciones dignas. Entre aquellas que el consumo de pasta base se hace imposible de abandonar o reducir, el involucramiento en las redes del

comercio ilícito las expone a sufrir principalmente violencia sexual. Los relatos sobre ello son frecuentes y contundentes, un lugar común en sus trayectorias de vida.

Poner el énfasis en que «no tuvieron» o «no recibieron» atención médica –entre otros tipos de cuidados que requieren– es una forma de mover el foco de la responsabilización de las mujeres hacia la del estado. A diferencia de cómo ocurre con mujeres de sectores sociales medios y altos, quienes asumen la maternidad en estrecha relación con el veredicto médico formulado en los primeros meses del embarazo (Imaz, 2010a y 2010b), es posible sostener que, entre buena parte de estas mujeres, la maternidad se inaugura en el hospital y no antes, pues no existían, de forma previa, condiciones de posibilidad para que así fuera. Recibir cuidados por parte de integrantes de sus redes familiares también supone dificultades, en la medida en que la situación de consumo en que se encuentran acarrea tensiones y conflictos; y recibir cuidados por parte estado parece estar aún más lejos en el horizonte de posibilidades.

Así, con frecuencia se las ve como responsables por no haber realizado la rutina de controles médicos durante el embarazo, y se las considera negligentes cuando permanecen vi-

viendo en la calle. Las mujeres, por su parte, también se culpabilizan por no poder cumplir con lo que se espera de una “buena madre”.

### **Parto, judicialización y después**

La identificación del consumo de pasta base es considerado un factor de riesgo suficiente para iniciar una investigación sobre las mujeres que usan esta sustancia, la cual tiene el objetivo de determinar qué medidas se adoptarán con respecto a sus hijos.

Aunque el equipo de salud sostenga que la investigación se realiza para agotar los recursos de que el bebé permanezca en el núcleo familiar, las mujeres viven esta intervención como una amenaza de que les quiten a sus hijos, la cual se concreta en muchos de los casos. Se traza, entre ellas y la institución, una relación de mutuo malestar (Canevari, 2011), que es, en última instancia, una relación de desigualdad.

La llegada al hospital y el nacimiento de sus hijos da inicio a una etapa signada por recorridos institucionales múltiples. Una vez que se detecta el ingreso de «una madre consumidora», la intervención primera es la del

estudio en orina, para comprobar la existencia del consumo reciente, seguida por intervenciones de psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales y médicos quienes evalúan el comportamiento de estas mujeres y deciden si se van con sus hijos o no. Los casos que presentan mayores problemáticas, o sobre los cuales no se llega a acuerdo, son los que se judicializan. Esto implica otra serie de recorridos e intervenciones institucionales, en el cual las mujeres y sus familiares –en el caso que hubiere– u otros testigos, son citados por un juez, quien decidirá a quién le es dada la tenencia del recién nacido, o si se lo traslada a un hogar de INAU. Mientras transcurre el proceso de judicialización los bebés permanecen en el hospital, lo que determina que las mujeres, una vez dadas de alta, retornen a la institución de manera frecuente, al tiempo que enfrentan la instancia de judicialización y sus múltiples requisitos burocráticos, lidian con la abstinencia –dado que mantenerse sin consumir pasta base es prácticamente un requisito para que les devuelvan a sus hijos– e intentan construir relaciones que les permitan mostrar ante el juez la existencia de ciertas redes de contención. Al focalizarse la investigación en lo relacionado al consumo, se pierden de vista otros

aspectos que condicionan sus vidas y no se adoptan suficientes mecanismos para solucionarlos.

Los procesos de judicialización no solo requieren de la inversión de recursos –materiales y simbólicos– de los cuales muchas veces ellas no disponen, sino que se extienden en el tiempo, pudiendo durar años, repitiéndose el mismo procedimiento cada vez que vuelven a ser madres. Así, los recorridos por las distintas instituciones son interminables, instalándose en su vida como otro elemento constituyente de sus padecimientos. Es en este sentido que podemos hablar de peregrinajes institucionales (Castelli, 2016). Estos pueden traducirse como recorridos burocráticos que se extienden en el tiempo, los que realizan estas mujeres en su búsqueda por recuperar aquello que sienten como lo único propiamente de ellas, sus hijos. Caracterizados por la exigencia, antes que por la ayuda, contribuyen a reforzar las condiciones de marginalidad en las que estas mujeres viven, y constituyen un tipo de proceso específico de violencia estatal. En la medida en que los problemas que afectan a estas mujeres permanecen presentes a lo largo del tiempo, estos procesos revelan la ineficacia del estado para revertir o modificar las situaciones de marginación social y pueden interpretarse incluso



como formas de castigo moral hacia las mujeres.

Cabe decir, por último, que en el proceso reproductivo las mujeres usuarias de drogas quedan mucho más expuestas que los hombres a la sanción social, pero fundamentalmente a tener que hacer frente al control y las interpelaciones que realizan las instituciones de salud. Entre aquellas que consumen pasta base y llegan a tener una relación problemática con esta sustancia, el deterioro de sus cuerpos es evidente, haciendo imposible ocultar esta práctica, como sí ocurre en el uso de otras sustancias por parte de mujeres de diferentes sectores sociales. Ello redundaría en una mayor sanción a aquellas mujeres que ya se encuentran en una situación de marginación socioeconómica. Durante sus embarazos, pero fundamentalmente a partir del momento de parto, (dado que suelen no recibir atención

en salud), las instituciones sanitarias cumplen un papel de relevancia, no solo al atender los partos, sino en otorgarles cuidados y apoyo a las mujeres para sostener el vínculo con sus hijos y para salir adelante.

En particular el Centro Hospitalario Pereira Rossell y Hospital de la Mujer Dra. Paulina Luisi son un enclave con gran potencial para focalizar los esfuerzos y recursos institucionales con perspectivas de cuidado y de derechos, puesto que tratándose de la mayor maternidad del país y atendiendo mayoritariamente a mujeres de los sectores populares, es posible suponer que por allí han circulado (y en muchos casos más de una vez) buena parte de las mujeres usuarias de pasta base que viven en Montevideo y su área metropolitana. Esperamos que estas reflexiones aporten a la construcción de mecanismos para generar condiciones de vida dignas para estas mujeres y sus hijos.

## Bibliografía

- Alkolombre, P. (2012). *Deseo de hijo, pasión de hijo*. Buenos Aires: Ed. Letra Viva.
- Batthyány, K.; Genta, N. y Perrotta, V. (2015). El aporte de las familias y las mujeres al cuidado no remunerado de la salud en el Uruguay. *Serie Asuntos de Género Nro. 127*. Chile:ONU-CEPAL.
- Canevari, C. (2011). *Cuerpos enajenados. Experiencias de mujeres en una maternidad pública*. Santiago del Estero: Barco Edita, Facultad de Humanidades, Ciencias Sociales y Salud, UNSE.
- Castelli, L. (2016). *Mujeres-madres-usuarias de pasta base. Maternidad y consumo en contextos de pobreza (en prensa)*.**
- Cigarroa, A. (2011). Embarazo normal y embarazo de riesgo. En: Alkolombre, P. (comp). *Travesías del cuerpo femenino. Un recorrido psicoanalítico en torno a temas de ginecología y obstetricia*. Buenos Aires: Ed. Letra Viva.
- CHPR-ASSE. (2013). Informe de Gestión de Maternidad del Hospital de la Mujer. Disponible en:** <http://pereirarossell.gub.uy/index.php/66-noticias-actualidad/241-informe-gestion-maternidad>
- Encuesta Nutrición de Desarrollo Infantil y Salud. (2015). Avance disponible en: <http://www.mides.gub.uy/innovaportal/file/44017/1/informe-ucc-endis.pdf>
- Giacomello, C. (2013). Mujeres, delitos de drogas y sistemas penitenciarios en América Latina. IDPC, Consorcio Internacional sobre Políticas de Drogas. [on line]: [https://dl.dropboxusercontent.com/u/64663568/library/IDPC-Briefing-Paper\\_Women-in-Latin-America\\_SPANISH.pdf](https://dl.dropboxusercontent.com/u/64663568/library/IDPC-Briefing-Paper_Women-in-Latin-America_SPANISH.pdf)
- Imaz, E. (2010<sup>a</sup>). *Convertirse en madre. Etnografía del tiempo de gestación. Feminismos*, Madrid: Ediciones Cátedra, Universidad de Valencia.
- (2010b). «Entre ginecólogos y matronas. La relación con el médico en la cotidianeidad de la embarazada.» En: Mari Luz Esteban, Josep Comelles y Carmen Díez Mintegui (eds.) *Antropología, género, salud y atención*. Barcelona: Ediciones Bellaterra, pp.173-189.
- Inter-American Commission of Women. (2014). Mujeres y drogas en las Américas. Un diagnóstico de política en construcción. OEA Documentos oficiales. [on line]: <http://www.infodrogas.gub.uy/images/stories/pdf/WomenDrugsAmericas-ES.pdf>
- JND-UNODC. (2013). *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: JND.
- Magri, R. et al. (2007). "Consumo de alcohol y otras drogas en embarazadas". *Archivos de Pediatría del Uruguay vol.78, n.2*, pp. 122- 132 [on line]: [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S1688-12492007000200006&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S1688-12492007000200006&script=sci_arttext&tlng=pt)
- Observatorio Uruguayo de Drogas. (2012). Quinta Encuesta Nacional en Hogares sobre Consumo de Drogas. Montevideo: OUD-JND.
- Pizarro, R. (2001). La vulnerabilidad social y sus desafíos: una mirada desde América Latina. *Serie Estudios estadísticos y prospectivos, nro.6*. Santiago de Chile: CEPAL.
- Rostagnol, S. (2012). "De la maternidad elegida a no ser madre (por ahora): anticoncepción y aborto en la vida de las mujeres. Sexualidad, salud y sociedad. Revista Latinoamericana, nro.12, Dossier nro.1, pp.198-223.
- WOLA-IDPC-CIM-OEA. (2016). Mujeres, políticas de drogas y encarcelamiento. Una guía para la reforma de políticas en América Latina y El Caribe. [on line]: [http://www.infodrogas.gub.uy/images/stories/pdf/mujeres\\_politicas\\_drogas\\_encarcelamiento.pdf](http://www.infodrogas.gub.uy/images/stories/pdf/mujeres_politicas_drogas_encarcelamiento.pdf)

**E**sta publicación se realiza en el marco del Proyecto financiado por los Fondos Concursables de la Junta Nacional de Drogas, Secretaría de Género, Presidencia de la República en el marco del Proyecto: “Trabajo con mujeres con uso problemático de sustancias psicoactivas en un centro asistencial de referencia, Hospital de la Mujer Dra. Paulina Luisi”.

Agradecemos el apoyo y la confianza de la Fundación Álvarez Caldeyro Barcia quienes han acompañado el desarrollo y producto de esta publicación, apostando a la creatividad desde un clima de libertad.

Los integrantes del equipo de Salud Mental del Hospital de la Mujer han participado activamente y en conjunto en las distintas etapas de ejecución de dicho proyecto.

Agradecemos fundamentalmente la dedicación, apoyo y colaboración permanente de:

Dra. Lourdes Bertassi (*coordinadora del Equipo de Salud Mental*)

Dra. Ana Caballero

Dra. Andrea Hopenhaym

Adm. Diego Gervasini

Dr. Rodrigo Miraballes

Ps. Elena Rozada

A su vez, agradecemos especialmente a la **Dra. Susana Grumbaum** y a las practicantes internas de Psicología en el marco del Convenio ASSE. Participaron de este proyecto: **Lic. Viviana Rocha** y **Lic. Lucía Quinteros**.

Finalmente a todas las **mujeres y mujeres madres** con las que hemos trabajado específicamente desde el Grupo T, por sus ganas de salir adelante y capacidad de transformación. Gracias a cada una por los aprendizajes de ruta compartidos

GRACIAS

