

Artículos originales:

Descripción de caso clínico con consumo de drogas. Carencias de protección psicosocial en mujeres puérperas y/o gestantes

Claudia Leiva¹, Jorge Gutiérrez²

Resumen

El presente artículo tiene por finalidad sensibilizar a la comunidad clínica sobre las carencias institucionales existentes en torno a la protección de roles, responsabilidades, actividades ocupacionales, entre otros, en mujeres puérperas y/o gestantes con consumo de sustancias, y que pueden interferir en el adecuado cumplimiento del proceso de rehabilitación. Todo esto en relación a una experiencia de caso.

Palabras clave: puérperas, postparto, gestantes, drogas, instituciones sociales, adicciones, roles, protección.

Description of a clinical case with drug consumption. Lack of psychosocial protection in postpartum and / or pregnant women.

Abstract

The purpose of this article is to make the clinical community aware of the existing institutional shortcomings of the protection of roles, responsibilities, occupational activities, among others, in pregnant and/or postpartum women with substance use, which may interfere in the proper fulfillment of the rehabilitation process. All this in relation to a case experience.

Key words: postpartum women, pregnant women, drugs, social institutions, addictions, roles, protection

Introducción

El consumo de drogas en mujeres embarazadas supone un grave problema para la salud pública, convirtiéndose en prioridad de tratamiento, ya sea obstétrico o bien en rehabilitación por adicciones; esto por las consecuencias poco beneficiosas que tiene el consumo para el feto en gestación y para la usuaria en cuestión. Primariamente, cualquier tipo de consumo de sustancias psicoactivas comportará riesgos tanto en el feto como en la gestante, alterando el curso normal del desarrollo embrionario

o exponiendo a la gestante a conductas de riesgo y toda la sintomatología deprava que secundan los procesos de abstinencia (Lobos, 2012). Al día de hoy existen pocos documentos que señalen la importancia en cuanto a las consecuencias neonatales de los procesos en gestación y sobre las consecuencias vinculadas por la condición biopsicosocial de la madre posterior al parto.

El consumo sistemático de drogas puede conllevar dependencia, estimulación o depresión del sistema nervioso central, y puede tener como resultado alteraciones en las funciones ejecutivas, alteraciones motoras/conductuales/comportamentales o alteraciones del ánimo en la persona. En los casos en que estas variables se conjugan con un embarazo, las complejidades pueden ser aún mayores.

Los cambios que produce el embarazo, en una gestante sin antecedentes de consumo, generan alteraciones a nivel fisiológico y psicológico, y la mujer requiere de un tiempo para adaptarse a ésta nueva condición. El embarazo conlleva un periodo de ansiedad, alegría o tristeza, y requiere de un esfuerzo psíquico para lograr una regulación emocional de este proceso. Es probable que este proceso permita también que la mujer se sienta tranquila, serena, identificada con su ideal de madre y con su hijo (a), construyendo en este estado la unión más íntima que puede existir entre dos seres (Stoifer, 1984; en Pérez & Donoso, 1999).

Durante el parto las reacciones emocionales están ligadas al hecho de que este es un proceso que implica gran tensión y un profundo cambio físico. Por ello los conflictos psicológicos internos ya existentes se agudizan, así como también las expectativas y temores surgidos durante el embarazo (Stoifer 1984; en Pérez, Donoso, 1999).

Durante el puerperio, periodo que básicamente es de recuperación física y psíquica después del parto (42 días), se inicia el complejo proceso de adaptación psicoemocional entre el hijo y la madre. Las primeras reacciones emocionales suelen ser

1. Licenciada en Trabajo Social
2. Psicólogo

de alivio, satisfacción y gratitud. Una segunda fuente de respuestas emocionales lo constituye el encuentro madre-hijo; el momento de amamantarlo, acariciarlo, sostenerlo y protegerlo intensifican los lazos maternos. Es importante que el contacto se realice lo más tempranamente posible, ya que después del parto existe un periodo sensible en la madre de máxima receptividad y en el hijo, en los primeros minutos de vida, un periodo de alerta.

Sin embargo algunas madres experimentan en estos momentos cierto rechazo que es temporal y que está determinado por sentimientos de incapacidad, angustia, depresión y cierta confusión ante este nuevo estado (Stoifer 1984; en Pérez & Donoso, 1999). Los diez primeros días se caracterizan por ser de gran labilidad y vulnerabilidad emocional, gran sensibilidad y necesidad de afecto: fenómenos que son explicados por un aumento de ansiedad asociada con las responsabilidades maternas (Beach, 1977).

En general se produce una baja del estado de ánimo y la madre es invadida por una sensación de vacío interno y de pena sin motivo. En estos días puede hacer crisis el nivel de sintomatología psicológica de postparto. De la euforia y alegría inicial, la madre pasa a la pena y tristeza; su estado mental se caracteriza por fatiga, confusión, incertidumbre, irritabilidad y angustia; son frecuentes los accesos de llanto, los sentimientos de minusvalía e incapacidad y la desvalorización de sí misma (Lemus & Yáñez, 1986; en Pérez & Donoso, 1999)

En Chile los datos de consumo de drogas en mujeres embarazadas están basados en metodologías de investigación disímiles y se depuran según el factor poco concreto de consumo de qué o cuál sustancia, sin ponderar la frecuencia o cantidad de la misma (Pérez-Franco & Raffo, 2014). Mostrando además diferencias significativas según el lugar del estudio o la comuna, con prevalencias de consumo de sustancias entre el 2,2% hasta el 19%. Pérez-Franco y Raffo (2014) señalan la importancia de los componentes psicosociales de las usuarias en cuestión, que inciden específicamente en los procesos gestacionales, vinculares y de desarrollo embrionario del feto, así como el cuidado, vinculación y conexión con el proceso del embarazo por parte de la usuaria.

Si bien las investigaciones citadas con anterioridad estaban enfocadas hacia las consecuencias del desarrollo pos gestacional del niño/a, no arrojan datos correlacionales que esclarezcan la influencia del consumo de sustancias en la calidad del desarrollo embrionario, ni las posteriores secuelas que éste pudiese tener. Es más, hacen referencia directa a que no existen siquiera datos claros de que el proceso de consejería de algunas unida-

des influya en la predisposición de la mujer a cuidar del gestante en el proceso del embarazo (Pérez-Franco & Raffo, 2014). Aunque los datos analizados por este artículo están basados en la revisión de otras realidades culturales externas a la realidad chilena, es importante señalar algunos factores influyentes a la hora del post parto.

Consumo de psicoestimulantes en la gestación.

Mientras que en la normalidad de los casos, o en la mayor parte de ellos, el embarazo conlleva cambios anímicos o comportamentales, las mujeres con un trastorno por uso de sustancias sienten el deseo de proteger y cuidar a la nueva vida que está por nacer. Se entiende el proceso de gestación como una "oportunidad" para iniciar el proceso de abstinencia o la consecución de la disminución del patrón de consumo (Pérez-Franco & Raffo, 2014). Estudios realizados por el American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) comentan, en base a la evidencia disponible, que las mujeres gestantes están altamente motivadas para modificar su conducta adictiva con la finalidad de favorecer a su recién nacido, llegando incluso a que un 57% de los casos registrados logren la abstinencia durante el proceso gestacional (MINSAL, 2015).

Salud mental postparto:

El puerperio constituye uno de los periodos de mayor riesgo en presentación de patologías psiquiátricas. Cifras nacionales respecto a la prevalencia de los trastornos afectivos revelan que la mujer presenta dos veces cuadros depresivos respecto al hombre (10,7% en mujeres y 4.9 % para hombres respectivamente) y aproximadamente seis veces en lo que respecta a trastornos ansiosos (12,8% en mujeres y 2.6% en hombres) (Vicente et al 2002). Estudios nacionales demuestran una prevalencia de 20.5% para cuadros depresivos en el puerperio (Alvarado et al. 1992). Y también, cuadros de trastornos afectivos: Disforia y Depresión post-parto, Trastorno Bipolar. (Jadresic 2010, en MINSAL, 2014) (D. Stewart, E Robertson, C Dennis, Grace S, & T Wallington, 2003, en MINSAL, 2014).

Autores chilenos (Rojas et al, 2010) han señalado la gravedad del cuadro depresivo en mujeres separadas o anuladas, que presentan mayor probabilidad que las solteras de tener depresión postparto severa, y aquellas que tienen más de un hijo presentan una probabilidad dos veces mayor que las primíparas de tener un episodio más severo .

Esquizofrenia: Durante el periodo de postparto aumenta el riesgo de descompensación, principalmente en el primer año luego del parto, siendo más frecuente en los 3 primeros meses. La tasa de recaídas es de 25 a 50%

Psicosis postparto: Este trastorno se desarrolla entre el día 3 y 15 del postparto. En caso de mujeres con trastorno bipolar, este cuadro puede darse desde el día del parto.

Consumo de drogas y alcohol: El consumo de drogas (Cocaína, THC y Anfetaminas) y alcohol se traspa a la leche materna, observándose efectos en el lactante debido a la exposición de estas sustancias, por lo que el proceso de consejo para amantamiento se realiza de manera individual, informando a la madre de los riesgos y beneficios (National Health, 2006; MINSAL 2015)

En particular, el alcohol en la sangre pasa a la leche materna. Y a pesar de la escasa evidencia disponible, profesionales de la salud han informado que, incluso a niveles relativamente bajos de consumo de alcohol, puede verse disminuida la cantidad de leche disponible y causar irritabilidad, falta de apetito y trastornos del sueño en el lactante. (National Health, 2006, MINSAL, 2015).

Mujer, Adicción y Sociedad

El uso problemático de drogas se entiende como aquella modalidad de consumo que ocasiona repercusión en una o más de las siguientes áreas: psicofísica, socio-familiar, académica-laboral y legal, por lo cual se categoriza el uso problemático de drogas como un fenómeno multicausal y complejo. Los problemas relacionados con la droga no solo dependen de la o las sustancias consumidas, sino también de factores individuales y sociales, contribuyendo a los mismos características personales, trastornos vinculares, ruptura del sostén social, modelos de comunicación y de autoridad en la familia entre otros (Pascale, 2015).

El inicio de consumo de drogas en el sexo femenino está relacionado directamente con factores psicosociales tales como baja autoestima, falta de escolarización, abuso tanto físico como sexual (ya sea por su pareja/cónyuge o por familiares), aislamiento social, sentimiento de soledad e inferioridad.

A su vez gran parte de las mujeres presentan conductas de riesgo relacionadas con el consumo, como por ejemplo, amistad o convivencia con narcotraficantes. Esto a fin de lograr la adquisición de la droga a través de "favores" de protección o comercialización de la misma, ejercer el comercio sexual con el objetivo de lograr el recurso económico necesario que permita la compra o adquisición de la sustancia, arriesgando con ello su integridad física y médica, facilitando la transmisión de enfermedades sexuales (ETS) o embarazos no deseados.

Todas estas conductas generan un estigma social hacia la mujer con adicción. Un estudio entregado por SENDA en su boletín

N°26 (2015), señala que en el campo de la adicción existe mayor estigmatización de la población hacia la mujer consumidora (51,52%) que hacia el hombre con la misma enfermedad (48,48%).

Esto se explica principalmente por el rol social que debe ejercer la mujer (madre, esposa, hija, trabajadora), que si no es realizado bajo los estándares socialmente aceptados genera mayor reproche social, lo cual se traduce en menor apoyo familiar y social.

Esta respuesta del entorno social frente al problema de consumo femenino, explica el por qué muchas mujeres optan por ocultar su adicción y no demandar una ayuda médica- psiquiátrica, que permita abordar su enfermedad en etapa temprana.

Perspectiva de género

Cada cultura construye y configura sus representaciones de un mundo en torno a sus temáticas y situaciones de interés o inquietudes sociales, las cuales son transmitidas mediante complejos sistemas de sociabilización personales y colectivos. Una de esas temáticas de interés común y cotidiano pasa por las ideas y códigos sociales y culturales que se configuran en torno a lo que significa ser hombre y mujer. El género hace referencia a la construcción cultural de lo femenino y de lo masculino. Transmitido por la socialización, pasando a formar parte del mundo de representación de cada persona.

En la sociedad actual, a la mujer se le reconocen aquellos atributos asociados a la naturaleza y centrados en la esfera de lo privado, destacando las posibilidades de reproducción y cuidado de los hijos. En este sentido, se identifica lo femenino con todo lo relativo a la reproducción, la crianza de los hijos, las tareas del hogar, y el mundo afectivo. Aunque la mujer logre una actividad remunerada formal, se identifica su rol principalmente al de madre y dueña de casa.

El rol masculino es vinculado en lo cultural como independiente y productivo, siendo el hombre el encargado de cumplir con las funciones de jefe de hogar, proveedor económico, pertenecer al mundo público, y le está permitido transgredir ciertas normas, lo que va aparejando a la posibilidad de innovar, descubrir y cambiar el mundo.

Estas construcciones culturales y sociales respecto a lo femenino y masculino se derivan del modo en que han sido percibidas las diferencias biológicas en el contexto nacional. La sociedad determina un conjunto de pautas de comportamientos obligados, permitidos y prohibidos para hombres y mujeres, los cuales se transmiten en los diversos espacios sociales (familia, colegio, medios de comunicación, etc.)

Los cambios experimentados a nivel cultural han propiciado transformaciones en el posicionamiento de las mujeres en los espacios públicos y privados, a partir de la construcción de un sistema de valores que descalifica lo doméstico, pero que a su vez propicia un pensamiento que segrega lo femenino a ocupaciones que prolongarían su "esencia": docente, enfermera, secretaria, parvularia, etc. Esta segregación coincidiría además con los bajos salarios y con la depreciación de carreras, oficios y labores de ocupación mayoritaria de mujeres (Montecinos, 2005).

A lo anterior se suma el contexto actual de sobre-exigencia y saturación en el cual las mujeres construyen su identidad femenina, condiciones que más que favorecen el desarrollo generan nuevos escenarios de vulneración a su integración real. Testimonio de ello lo constituyen las altas tasas de depresión y enfermedades de salud mental que afectan a las mujeres, establecidas en estudios que revelan relatos femeninos en donde se constata la multiplicidad de referentes de género a disposición, los cuales generan confusión y conflicto en la construcción de las identidades femeninas particulares.

Esto a partir de la mantención de modelos tradicionales de construcción de lo femenino que conviven con nuevas formas o modelos que potencian una mayor autonomía y desarrollo personal y profesional; todo ello utilizando los mismos criterios en los que organizan su historia los hombres. (SENDA, 2010)

Si bien existe una percepción positiva de la flexibilización de los roles femeninos y masculino a nivel social, estos mismos procesos se constituirían en el núcleo del conflicto en cuanto a la manera en que se articularían estos cambios en la identidad de género.

Pese a lo que podría pensarse respecto a los modelos tradicionales, claros y rígidos, estos ejercían la función de dar una sólida estructura a los procesos de construcción de identidad. En cambio ahora el camino a la definición de identidad de género ha sido llevado desde lo externo al plano netamente íntimo, individualizando el conflicto que no solo involucra la dimensión subjetiva sino también la validación social (Montecinos, 2005)

Factores de riesgo que desarrollan comportamientos de consumo de drogas en mujeres.

Autoestima: Las mujeres desarrollan en edad temprana todo tipo de trastornos vinculados a la autoestima. Esta se construye de la capacidad de crear y mantener relaciones vinculares afectivas, (lo que proviene de la colectividad de identidad cultural del ser mujer); la pérdida de estas genera vulnerabilidad, fra-

gilidad y predisposición a desarrollar un comportamiento que soslaye el dolor y el rechazo (SENDA 2014)

Vínculos adictivos: Se observa en las mujeres cierta tendencia a mantener vínculos afectivos en los cuales predomina el sufrimiento, el sometimiento y la falta de reciprocidad. Un número importante de mujeres adictas han comenzado su consumo de drogas para acompañar a sus parejas o con la fantasía de que al consumir con estos, ellos reducirían su consumo, haciéndose menos daño; esto es atribuido a la incondicionalidad o la consigna popular de que todo es preferible antes que la soledad y abandono.

Falta de control emocional (rabia): Los sentimientos de rabia o frustración no están legitimados socialmente, por lo que se traducen como comportamientos o conductas de inhibición, que lleva a la restricción social; represión que lleva a la explosión y somatizaciones y autoagresión.

Relación conflictiva con la madre: Una forma habitual de rebeldía es la lucha y la oposición contra el tipo o modelo de femineidad que sus madres representan. Sin embargo es infrecuente encontrar a esas mismas mujeres envueltas en relaciones iguales o similares a las de sus madres.

Los conflictos de consumo problemático en las mujeres implican un reto a los estereotipos culturales y sociales existentes y definidos como aceptables en relación a la femineidad. Por lo tanto se presentaría una amenaza al rol femenino tradicional, e inclusive se podría asociar a un sentimiento de pérdida de respetabilidad de la mujer en otras áreas de la vida (Romero y col. 1996)

En el espacio privado las mujeres con consumo problemático son vistas o representadas como "malas madres", negligentes en el cuidado de los hijos y además irresponsables en el ejercicio de sus funciones de esposa y pareja. En el espacio público son percibidas como poco confiables y sin capacidad de responder y mantener el control de sus responsabilidades domésticas.

Caso Clínico

Usuaría ingresada a urgencias de un hospital por riesgo fetal; se rescatan datos de que usuaria se mantuvo 6 días en consumo, en situación de calle, expuesta a situaciones de riesgo. Queda hospitalizada en maternidad durante las últimas 4 semanas del embarazo. Es derivada a tratamiento ambulatorio intensivo mientras se encontraba hospitalizada a fin de motivar los procesos de desintoxicación y el fortalecimiento de la abstinencia adquirida en el proceso de hospitalización. Se mantiene con 1/2 dosis nocturna de Diazepam y en controles de gestación diarios con matrona.

La participación tiene un carácter activo por parte de la usuaria, aun cuando no existen datos fidedignos de personas de apoyo que puedan potenciar el tratamiento posterior al alta del embarazo. La usuaria manifiesta que durante sus primeros días el proceso de abstinencia es bastante angustiante y que hasta ha pensado en escaparse un par de veces. Tiene nociones de que lo que le ocurrió al bebé en gestación pudo haber sido grave, aun cuando no existen mayores complicaciones que las que tuvo al ingreso a urgencias.

Se trabaja en torno a la disposición legal que tuvo que poner el tribunal antes de darle el alta hospitalaria; comprende que la decisión de interponer una orden de protección al bebé en base a las conductas adictivas que ella manifiesta son solo por el hecho de resguardar al infante y no hacerle un mal a ella. Aun así le cuesta lidiar con la idea de que existirá un juicio por la tutela de su bebé.

Mientras pasan los días existe una fuerte noción por parte del equipo de que la usuaria quiere "hacer las cosas bien" esta vez; se siente motivada por mantener abstinencia y potenciar el vínculo con su bebé en estas últimas semanas de gestación, y mantenerlo después del parto. Aun así ha sentido presión de la trabajadora social del hospital, del equipo médico y de los familiares que han ido apareciendo. Siente que no tiene mucho apoyo, y busca desesperadamente apoyo en alguna persona de su historia de vida (ex suegra, iglesia, amigas, entre otros).

Las presiones del hospital van desde posibles consecuencias nefastas por ser adicta (culpas por vulneración al niño, comentarios amenazantes y atormentadores) hasta aludir a disposiciones legales en donde perderá todo el contacto con el bebé posteriormente al parto, y que éste se irá a un centro del SENAME. A la vez su madre le comenta al equipo que la usuaria es mala, manipuladora, que no quiere aprender ni cambiar, que siempre le hace daño, y que no confía en que su hija mantendrá la abstinencia luego de dar a luz.

El equipo intenta disminuir ansiedades en torno al angustiante proceso de gestación que lleva esta usuaria, y a pesar de que ésta entiende que se está velando por el cuidado y protección del niño, lo que no comprende es la visión pesimista y crítica con que los "agentes" de apoyo se comunican con ella. Siente que en realidad ha cometido un grave error, siente culpa y no sabe a quién acudir, y los intentos de resguardar su bienestar psíquico se diluyen en cada conversación que tiene ella con su madre.

Discusión

Posteriormente al parto la usuaria aparece por el espacio terapéutico mostrándonos a su recién nacida, contenta y orgullosa,

siente que a pesar de las dificultades tiene una nueva oportunidad con su bebé. Siente el apoyo de su madre, ya que fue ella quien le dijo al tribunal que podría tener la tutela provisoria mientras sigue con el proceso de tratamiento.

Comenta que se encuentra algo cansada y que está en recuperación; consulta por la continuidad del tratamiento psicofarmacológico posterior a esta alta. Se otorgan espacios de cuidado psicológico y se comenta que durante su permanencia dentro del programa terapéutico nos es de vital importancia mantener un contacto directo con el resto de las instituciones interventoras, a fin de potenciar el raudal de labores y actividades que debe desempeñar la usuaria.

Durante los 42 días de puerperio ocurrieron algunos fenómenos que complejizaron la estabilidad de la usuaria. Bien es sabido que al momento del parto comienza el stress del proceso de la maternidad, la desestabilización en la vinculación con el niño en esa suerte de amor y rechazo frente a la responsabilidad, y que bastante influyen los programas adosados por el tribunal de familia -al exigir permanencia completa en programas en DAM, OPD, controles pediátricos al día y reportes mensuales en cuanto a desempeño en sus roles familiares, más el tratamiento de rehabilitación-, en aumentar los niveles de ansiedad y angustia si no se llega a cumplir con tales exigencias.

Y aunque la usuaria se siente con la disposición de realizar el proceso de la mejor manera, cierto es que sus fuerzas comienzan a flaquear debido a lo que refiere como estar yendo de un lado a otro. Además la madre le ha señalado que recibió la tución del bebé solo para que no se fuera a SENAME, pero que ella no la va a apoyar en el cumplimiento de su rol materno.

Tales fenómenos generan lo que ella ha señalado como "ceder ante la presión"; justo el jueves previo a la siguiente cita con el tribunal de familia la usuaria vivencia un craving muy fuerte al recibir un llamado de un antiguo amigo de consumo. Asiste al otro día al programa terapéutico con su bebé, intentando buscar el apoyo terapéutico del equipo. Busca atención con el psicólogo a cargo del caso y con el técnico en rehabilitación, quienes la contienen de buena forma y se retira a casa. Al momento de llegar a su casa se encuentra nuevamente con su amigo de consumo y recae. La madre se entera de que la usuaria recayó porque una amiga de ella llega a casa con el bebe a eso de las 9 pm de ese mismo día. Ante esta recaída madre se desregula emocionalmente y le exige a la trabajadora social que le quite la tutela de su nieta porque está aburrida de tener esperanzas de la usuaria, ya que ésta nunca va a cambiar.

La usuaria vuelve a frustrarse y hace sus descargos con el equipo profesional sobre el bajo apoyo familiar que tiene,

no sabe a quién recurrir y teme que las cosas vayan de mal en peor. Sufre mucha angustia. Se comenta que dentro de los márgenes de apoyo nosotros podemos emitir un informe de proceso y manifestar la necesidad de que ella requiere un tipo de tratamiento cerrado y que se puede gestionar tal necesidad con las redes con las que contamos. Aun así el miedo sigue presente.

La madre abandona el apoyo hacia la usuaria; la trabajadora social a cargo la amenaza constantemente y no le orienta hacia una solución. La usuaria se ve sola frente a una vorágine de responsabilidades que no podrá responder sin el apoyo necesario. Y se ve envuelta en esta realidad; una realidad que más que apoyarla, estigmatiza su situación y vulnera el pronóstico de mejoría.

Conclusiones

Es probable que el consumo de drogas, sean estas lícitas o ilícitas, genere daño tanto a la madre como al feto en gestación. Los cambios tanto físicos, neurológicos como psicológicos que sufre la madre durante el proceso de embarazo, permiten la aparición de la motivación necesaria para comenzar con un tratamiento de rehabilitación efectivo, dado que prima la salud y seguridad del futuro hijo (a), por sobre su consumo.

No obstante, los servicios de ginecología y obstetricia carecen a menudo de la formación necesaria para detectar el tipo de drogas y poder abordarlos de manera adecuada con el paciente. (Calvo, 2004), llevando tanto a los profesionales de la salud como a la paciente a confrontaciones negativas. Es probable que frente a éstos hechos la usuaria sea estigmatizada por su conducta adicta, produciendo con esto un alejamiento y falta de vinculación con el equipo médico tratante, aumentando el aislamiento y vulnerabilidad social tanto de la madre como del hijo.

Si bien la ley dictamina que todo servicio público que enfrente una situación de riesgo en torno a la protección y cuidado del niño/a y adolescente solicite una medida de protección, a través de la Ley 19.968, al Tribunal de Familia, en la cual se resguarda el bien superior del niño/a, no siempre se vela por el resguardo de la madre, quien queda a la deriva frente a su rol y a su condición.

Con el fin de tener una claridad de qué adulto puede asumir el cuidado y protección del niño/a, el Tribunal de Familia, solicita a los programas de la Red SENAME, (Programa de Diagnóstico Ambulatorio (DAM), Programa de Protección Infante Juvenil (CEPIJ), etc.). el realizar un diagnóstico de las competencias, ha-

bilidades y factores protectores con que cuenta cada uno de los integrantes del grupo familiar del niño/a, permitiendo entregar cuidado al adulto responsable más idóneo. A su vez se solicita el apoyo a otros programas de la oferta programática de la red SENAME, (Programa de Familia de Acogida Especializada (FAE), Programa de Intervención Especializada (PIE) etc.) a fin de que realicen el acompañamiento, orientación y supervisión necesaria de los familiares a cargo del niño/a. Evaluando dicho proceso cada 6 meses

Generalmente las mujeres con consumo, sean estas gestante o puérperas, ven esta solicitud como una amenaza, aumentando su temor y frustración. Vulnerando la estabilidad que se consigue en el periodo de gestación, y potenciando la idea de encontrar protección frente a éste malestar en el consumo.

El Tribunal de Familia puede entregar el beneficio a la madre consumidora de la posibilidad de mantener un contacto directo y regular con su hijo/a mientras se encuentre bajo abstinencia prolongada y cumpla con cada uno de los programas de la red, sea esta SENAME, Salud o Judicial, que requieren de su evaluación, para confirmar ante dicho Tribunal si la madre ha logrado potenciar sus habilidades parentales. Sin embargo gran parte de ellas no logran mantener una abstinencia prolongada, conducta que les genera un sentimiento de culpa, aumentando el impulso a retomar su conducta adictiva y dando pie al abandono de los tratamientos de rehabilitación.

Si bien existen Comunidades Terapéuticas, que posibilitan el ingreso de mujeres gestantes o puérperas, (con hijos/a hasta 5 años de edad), con consumo problemático de drogas, estas se encuentran con sobredemanda de atención o no cuentan con los recursos o infraestructura adecuadas, existiendo una lista de espera para ingreso muy prolongada, mostrándolas no con la prioridad necesaria.

Los programas de protección que existen a nivel social no contemplan a la mujer puérpera consumidora de drogas, enfocándose solo en la protección del niño/a, despreocupándose de la salud mental, física e integración social de las madres con problemas de consumo. Sin proyectar que el niño/a alejado de su madre irremediamente retornara a su núcleo familiar de origen, en donde una madre consumidora sin apoyo y en estado de abandono social y familiar potenciara conductas inadecuadas en el niño/a o adolescente, situación que reforzará el círculo de vulneración social.

En nuestra investigación nos hemos percatado de que dentro de los programas gubernamentales dirigidos hacia la mujer, no

existe ningún programa que cuide y proteja a la mujer y madre con consumo problemático de drogas. Por ejemplo si una mujer con consumo problemático de drogas sufre de violencia intrafamiliar, los dispositivos destinados a resguardar la integridad física no aceptan a mujeres con consumo problemático de drogas, fundamentándose en que no cuentan con los recursos económicos y humanos necesarios para ayudar a esta parte de la población, sin observar la posibilidad de trabajo en red. Esta situación, que nos parece grave y discriminatoria, es la que regularmente se da en este tipo de población, en donde la estigmatización invisibiliza la necesidad y el apoyo necesario,

coartando la posibilidad de recuperación y el potencial de rehabilitación.

Es importante considerar dentro de las políticas sociales el resguardo de la mujer madre consumidora de drogas, teniendo en cuenta su diferencia biológica, psicológica, psiquiátrica y social, frente al hombre que sufre de esta enfermedad. La realidad al parecer dictamina que la vulneración hacia la mujer existe desde las familias y/o contextos sociales más cercanos, hasta las mismas instituciones que deben velar por el cuidado y resguardo de ellas.

Bibliografía

1. Pérez, A. Et Donoso, E. (1999): *Obstetricia*, Editorial Mediterráneo Limitada, 3ra edición, Santiago.
2. MINSAL (2011) Orientaciones técnicas para la atención integral de mujeres que presentan un aborto y otras pérdidas reproductivas, consultado y extraído de <http://web.minsal.cl/portal/url/item/b53faf5d1d527a52e04001011e010ef5.pdf>, el 20 de Noviembre del 2016.
3. MINSAL (2014) Orientación técnica para la atención integral en el Postparto, Consultado y extraído en http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/OTPUERPERI_REVISADO_F.pdf, el 02 de Diciembre del 2016
4. MINSAL (2015) Guía perinatal, Consultado y disponible en http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/GUIA%20PERINATAL_2015_%20PARA%20PUBLICAR.pdf, el 25 de Noviembre del 2016.
5. Montecinos, S. (2005) Identidad de género, igualdad y entramado de poder; Consultado y extraído de http://campus.uestatales.cl/aula/assets/asigid_5169/contenidos_arc/44017_Sujeto_Contexto_Drogas.pdf, el 21 de Noviembre del 2016.
6. SENDA (2010), Sujeto, Contexto y Drogas, Campus Universidades Estatales; Disponible en http://campus.uestatales.cl/aula/assets/asigid_5169/contenidos_arc/44017_Sujeto_Contexto_Drogas.pdf, Consultado el 13 de Diciembre del 2016.
7. SENDA (2015) Boletín 26; Extraído de http://www.senda.gob.cl/media/2015/12/20151228_boletin26.pdf, el 21 de Noviembre del 2016.
8. Lobos, P. (2012) Memoria para optar a título de Psicólogo: políticas públicas para el tratamiento y rehabilitación de personas con consumo problemático de drogas: análisis crítico desde la experiencia de práctica en el centro comunitario de salud mental (COSAM) de Conchalí, Consultado y extraído de <http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/117084/Lobos%20Palacios%20Tesis%20final.pdf?sequence=1>, el 19 de Noviembre del 2016.
9. Pérez-Franco, J. Et Raffo, S (2014) Uso de sustancias psicoactivas en el embarazo y conocimiento de los efectos sobre el feto en puerperas recientes, extraído de <http://www.revistasaludpublica.uchile.cl/index.php/RSCP/article/viewFile/36338/37986>, el 11 de Diciembre del 2016.
10. Pascale, A. (2015) Consumo de Drogas durante el Embarazo Efectos sobre el binomio materno-fetal, recién nacido y primera infancia. Modalidades terapéuticas y estrategias de prevención; Disponible en <http://www.mysu.org.uy/wp-content/uploads/2015/07/Consumo-de-drogas-durante-el-embarazo-Revision-MSP.pdf>, Consultado el 14 de Diciembre del 2016.
11. Romero, M., Gómez, C. Et Medina-Mora, E. (1996) Las mujeres adictas: de la descripción a su construcción social. Consultado y extraído de <http://docplayer.es/15652277-Las-mujeres-adictas-de-la-descripcion-a-su-construccion-social-1.html>, el 16 de Noviembre del 2016.