

Artículos de Revisión y Casos:

Enfoque de género y maternidad en Programas de Alcohol y Drogas: Análisis crítico a partir de un caso clínico

Paulina Aracena¹, Belén Pino¹, Georgina Román²

Resumen

El presente trabajo analiza la relación entre enfoque de género, maternidad y los procesos de rehabilitación, en casos de consumo problemático de drogas y/o alcohol. Se indaga en los aspectos nombrados desde una revisión teórica para, posteriormente, hacerlos dialogar con el caso clínico de una usuaria del Programa de Alcohol y Drogas del Consultorio Pudahuel La Estrella, con el objetivo de describir los elementos que configuran al proceso de gestación y futura maternidad como posible estado facilitador de la abstinencia y deseo de cambio.

Se habla de enfoque de género en salud, basando los análisis en comparaciones referidas a la diferencia sexual-biológica, sin relevar los constructos sociales erigidos históricamente respecto al sistema sexo-género.

Se expone el caso clínico de una usuaria de 19 años, quien presenta historial de consumo de pasta base de cocaína, marihuana y tabaco. La búsqueda de ayuda en programa mencionado se produce de forma espontánea, luego de enterarse de sus 6 semanas de gestación.

La maternidad, eje central en el abordaje de la situación planteada, nos da el punto de partida en la realización de un análisis socio-cultural desde un enfoque de género crítico, desglosando los elementos que se conjugan en la construcción del proceso de rehabilitación de ésta mujer, para posteriormente reflexionar respecto a los elementos que favorecen o no la adherencia al tratamiento.

Palabras claves: Enfoque de género, género, maternidad, consumo problemático de drogas y/o alcohol.

Gender and Maternity Focus on Alcohol and Drug Programs: Critical analysis from a clinical case Summary

This paper analyzes the relationship between gender, maternity and rehabilitation processes in cases of problematic drug and / or alcohol use. We investigated in the named aspects from a theoretical review to make them dialogue subsequently with the clinical case of a user of the Alcohol and Drugs Program of Pudahuel La Estrella, with the aim of describing the elements that shape the gestation and future maternity process as a possible facilitator state of abstinence and desire for change.

It is often referred to as a gender approach in health when basing the analyzes on comparisons referring to the sexual-biological difference, without underlining the social constructs erected historically with respect to the sex-gender system.

The clinical case of a 19-year-old female user is presented, who presents a history of cocaine base, marijuana and tobacco consumption. The search for help in the mentioned program occurs spontaneously, after knowing of her 6 weeks of gestation.

Maternity, central axis in the approach of the situation presented, gives us the starting point in the realization of a socio-cultural analysis from a critical gender approach, disaggregating the elements that are combined in the construction of the rehabilitation process of this one woman, to later reflect on the elements that favor or not the adherence to treatment.

Keywords: Gender approach, gender, maternity, drug and / or alcohol problem use.

1. Licenciada en Ciencias de la Ocupación Humana, Terapeuta Ocupacional Universidad de Chile

2. Técnico Superior en Prevención y Rehabilitación de Personas con Dependencia a drogas, Universidad de Santiago de Chile

Contextualización

Perspectiva de género y realidad nacional

La relevancia crucial de la consideración del género como elemento a ponderar en el diseño de iniciativas de promoción, prevención y rehabilitación en dispositivos de tratamiento de consumo problemático de alcohol y drogas, ha ido paulatinamente visibilizándose y abarcando terreno en políticas y orientaciones técnicas producidas desde el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del consumo de drogas y alcohol, en adelante SENDA.

Como Lemus (2013) propone, a partir del impulso otorgado por la *Estrategia Nacional de Drogas 2003-2008*, en la cual se comienzan a incluir elementos alusivos al género, "se genera un proceso de producción de orientaciones técnicas e implementación de dispositivos de tratamiento con perspectiva de género, orientados a la atención específica de mujeres, incorporando la variable género". Algunas iniciativas de ese entonces, mencionadas por el autor son: la creación, en el año 2002, del *Programa Específico de Mujeres* de CONACE, en el año 2004 la publicación de las primeras orientaciones técnicas de CONACE que incorporan la perspectiva de género en el tratamiento de mujeres y en el 2005 el financiamiento y asesorías para la implementación de proyectos de tratamientos con perspectiva de género en 11 centros a lo largo de Chile.

Continuando con la revisión de documentos más actuales, dentro de los criterios orientadores de la *Estrategia Nacional de Drogas y Alcohol 2011-2014*, bajo el título de "Grupos con necesidades especiales y diversidad cultural", se estipula como horizonte "respetar y considerar las diferencias socioculturales relacionadas con el género, el territorio, los grupos étnicos y segmentos etarios", siendo éstas "acciones que constituyen la base de la efectividad e impacto de los planes, programas y acciones que buscan reducir el consumo de drogas y alcohol" (SENDA, 2011).

En este caso, no se estipula lo comprendido por género, ni se profundiza en las razones que lo configuran como elemento necesario de ser considerado al momento de intervenir. Hasta este momento no existían documentos que desarrollasen de forma más amplia la propuesta.

Finalmente, en la *Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2018*, se establece claramente el enfoque de género dentro de los principios rectores de las intervenciones y sus objetivos. En este documento, el género se entiende como la construcción social desde la cual se ha ido conformando lo entendido como femenino y masculino, y las diferencias, roles, desigualdades e inequidades que de esto se desprenden.

Al respecto, refiere que éstas condiciones "deben ser conocidas y explicitadas para el logro de una respuesta integral, tanto en sus aspectos preventivos y de rehabilitación como en los referidos al control del tráfico" (SENDA, 2009).

Podemos decir entonces, que declarar la perspectiva de género como eje en la construcción de políticas y programas, implica relevar sistemáticamente los elementos constituyentes del sistema sexo/género, comprender de qué modo se construye históricamente el ser hombre y el ser mujer y los cuestionamientos que deben ser planteados, para así desnaturalizar lo asumido para cada sexo, problematizar lo que de esto se desprende y abordar con un nuevo foco la intervención.

Al conocer esta realidad se debería poder generar una respuesta integral y pertinente, lo cual se vuelve complejo ya que como mencionamos antes, no existen documentos que expliciten o aclaren aquella transición esperada de la teoría a la práctica.

Ésta situación se vuelve aún más enrevesada, considerando que históricamente, desde el ámbito médico-sanitario, el enfoque de género ha sido abordado desde una perspectiva biologicista. Esta perspectiva ha justificado y perpetuado las desigualdades de género, ya que considera que en la desigualdad biológica radica una disposición "natural" de la mujer hacia la sensibilidad, la maternidad y el sufrimiento, por nombrar algunas. Este es un pensar enraizado en el proceso histórico de construcción de la medicina en nuestro país.

Con la conformación como cuerpo social de los médicos chilenos, considerando la directa influencia de las corrientes científicas europeas, especialmente de origen francés, la construcción del modelo médico femenino en Chile estipula desde sus inicios un estrecho vínculo establecido entre el sistema reproductor femenino y la moralidad, teniendo esto consecuencias inmediatas en los tratamientos practicados (Araya, 2006).

Considerando estos antecedentes, no es de extrañar que cuando se aborda la situación de consumo problemático de una mujer, la visión enraizada en la teoría médica excluye experiencias del cuerpo en donde se albergan procesos subjetivos y simbólicos, producidos desde el contexto socio-económico y cultural que nos hablan de violencias que complejizan un posible proceso de rehabilitación.

Además, actualmente se continúan equiparando los términos sexo-género, ya que cuando se habla de enfoque de género, se alude únicamente a la mujer, intentando equiparar la situación de ésta con la de los hombres, manteniéndose éste como elemento normativo y modelo a alcanzar.

Desde el patriarcado³ se ha establecido como parámetro central del paradigma de la normalidad al cuerpo del hombre, adulto, blanco, apto física y mentalmente para desempeñar su rol en el espacio público del trabajo remunerado y en el privado como propietario y jefe sostenedor de la familia.

Perspectiva de género y consumo problemático de alcohol y/o drogas

Según el glosario expuesto en la página web de SENDA, consumo problemático de drogas se refiere al uso recurrente de drogas que producen algún efecto perjudicial para la persona que consume o su entorno, siendo considerado un indicio del abuso de drogas.

Se han identificado 4 áreas problemas relacionadas con el consumo de drogas: incumplimiento de obligaciones (laborales, académicas, familiares), riesgo de salud o físicos, problemas legales y compromiso en conductas antisociales y problemas sociales o interpersonales (SENDA, 2016). Considera, además, que el consumo problemático de drogas se relaciona de forma íntima con un contexto vulnerable, en el cual se conjugan dificultades personales o familiares y circunstancias sociales y económicas adversas.

Al abordar el contexto de vulnerabilidad de una mujer que consume, y analizándolo desde una perspectiva de género, se logra visibilizar variables que complejizan su condición.

Socialmente se acepta más el consumo de drogas y/o alcohol en los hombres que en las mujeres, siendo éstas fuertemente recriminadas cuando efectúan esta acción (CONACE, 2007).

Ahondando en el concepto, la perspectiva de género reconoce que a la mujer se le relaciona con aquellos atributos centrados en la esfera de lo privado, destacando las posibilidades de reproducción y cuidado de los hijos; aunque trabaje, es identificada por su rol de madre y dueña de casa. Por otra parte, el hombre está más vinculado a lo cultural, como independiente y productivo (CONACE, 2007).

Según Romero y colaboradores (1996), un problema de adicción en una mujer representa un reto a los estereotipos culturales y sociales definidos como expectativas aceptables o normales, en relación a la feminidad (ser controlada, sumisa y guardianas de la moral y los valores sociales).

Por lo tanto, hay una especial amenaza al rol femenino tradicional y se considera que han perdido respetabilidad en todas las áreas de su vida. Cuando es la mujer la que presenta un consumo problemático, generalmente es el espacio cotidiano, es decir el espacio privado, el que se ve afectado: labores domésticas quedan sin realizar, y el cuidado de hijos e hijas se ve menoscabado (por dar algunos ejemplos), y la mujer comienza a alejarse del rol históricamente asignado, y de las labores que como mujer debe cumplir en el espacio privado del hogar.

Desde el espacio público, su situación es percibida como fuera de control respecto a lo doméstico y/o laboral, impactado en su confiabilidad e imagen social, ante lo cual priman sentimientos de vergüenza y culpa.

Generalmente el hombre no asume los quehaceres pendientes como responsabilidad personal, ya que sus funciones se mantienen fuera de aquel espacio. En el caso de los varones, la normalización del consumo se relaciona con la comprensión y aceptación de esta conducta como perteneciente al mundo masculino, siendo también señal de masculinidad (Lemus, 2013).

Pensando en el consumo abusivo de alcohol, por ejemplo, existen diversas hipótesis que intentan explicar su estrecha relación con el sexo masculino:

- Consumo en grandes cantidades sin aparentes alteraciones como signo de virilidad, interpretándose esto como un signo de poder o resistencia, desempeñando "exitosamente" una conducta de riesgo.
- Alcohol como desinhibidor sexual, por lo tanto, su consumo en mujeres se construye negativamente. La mujer que bebe o se droga se identifica fácilmente como una persona con cierta "deficiencia moral", por lo que cuando es víctima de abuso o maltrato puede tenderse a valoraciones que minimizan o justifican la gravedad de la agresión.
- Relación entre niveles de ingesta en mujeres y hombres con las responsabilidades, particularmente domésticas, en donde los hombres tenderían a beber más debido a que suelen ignorarlas v/s las mujeres que limitan su consumo al considerarlas (Farapi S.L., 2009).

Respecto a este último punto, es posible interpretarlo de otro modo ya que, con la creciente participación de la mujer en el espacio público, puntualmente en el ámbito del trabajo remun-

3. "Se trata de un sistema que justifica la dominación sobre la base de una supuesta inferioridad biológica de las mujeres. Tiene su origen histórico en la familia, cuya jefatura ejerce el padre y se proyecta a todo orden social. Existen también un conjunto de instituciones de la sociedad política y civil que se articulan para mantener y reforzar el consenso expresado en un orden social, económico, cultural, religioso y político, que determina que las mujeres como categoría social siempre estarán subordinadas a los hombres (...)" (Facio & Fries, 2002, pág. 45)

nerado, se genera una cotidianidad que conjuga responsabilidades de las dos obligaciones entre las que transita la mujer (trabajo remunerado y no remunerado).

Esta situación podría propiciar un aumento en el consumo de alcohol u otras drogas debido al mayor número de responsabilidades que se depositan en sus hombros y los altos niveles de estrés a los que se ve sometida.

Tanto en el transcurso de este diplomado como en experiencias pretéritas durante nuestro proceso de formación profesional, hemos sido testigos de la experiencia de diversos centros que reconocen la perspectiva de género como elemento estructurante de sus prácticas.

En sus relatos podemos reconocer un proceso reflexivo que no escapa del pensamiento binario, antes mencionado, perpetuando constructos sociales aludidos, ya que sus acciones se enfocan en el desarrollo de talleres que promueven una buena feminidad; plantean actividades diferenciadas según género, en donde a las mujeres les corresponden talleres de cosmetología, baile y cocina y a los hombres talleres de carpintería, deportes o manejo del dinero.

Consumo problemático de alcohol y/o drogas y maternidad

Según el documento *"Proyectos de tratamiento y rehabilitación con perspectiva de género para mujeres adultas con consumo problemático de drogas"*, emitido por CONACE en el año 2006, sería durante el puerperio, ante el contacto físico con el neonato, el momento en que surgiría la motivación al cambio para modificar situación de consumo.

Mantiene, además, que aquella motivación se vería reforzada si la madre ha sido pesquisada antes del parto y ha sido visitada por el programa de tratamiento durante su embarazo (CONACE, 2006).

El escrito antes mencionado detalla de manera clara los modos de intervenir en la problemática que acoge como título, proporcionando protocolos de acción según la situación de cada mujer: con hijos, sin hijos o embarazadas. Respecto a los elementos a considerar en la intervención con éstas últimas, alude a aspectos biológicos, psicológicos y sociales (CONACE, 2006).

Llama la atención, que en ningún punto de este apartado, se menciona a la figura paterna dentro de los elementos a ponderar.

Se plantea resguardar la salud de la mujer, promoviendo una adecuada coordinación con la red de salud correspondiente, se

recomienda "priorizar su cualidad de mujer embarazada por sobre la de consumidora problemática de drogas" (CONACE, 2006, pág. 53), establecer contactos con su familia y fomentar la participación en grupos de mujeres que se encuentren en situación similar.

Como hemos mencionado previamente, el consumo problemático se cataliza desde un ambiente vulnerable que conjuga dificultades personales/familiares y circunstancias sociales y económicas adversas, en donde la reacción lógica es la protección de la madre y de su futuro/a hijo/a.

El énfasis de aquella protección se sitúa en la condición de gestante y futura madre, remitiendo a la mujer nuevamente al espacio privado: cuidado del hogar preparando el entorno para la llegada de la nueva persona integrante del grupo familiar, patologización del proceso de gestación, debiendo hacer reposo o discontinuar actividades sociales y educación individual respecto a cuidados durante el puerperio.

Estas concepciones dan cuenta que, así como el género es una construcción social, la maternidad, como rol asignado con características ideales claras, también lo es.

Es un elemento que debe ser problematizado desde su calificación como acción natural y exclusiva de las mujeres, ya que la imagen de la mujer como madre está profusamente permeada por las características y disposiciones atribuidas al sexo femenino, desde el género, existiendo una alta cuota de moralidad al pensar en el desempeño de aquel rol.

Desglosando esta idea, en el texto *"Mujeres y tratamiento de drogas: Guía de asesoría clínica para programas de tratamiento y rehabilitación en drogas en población específica de mujeres adultas"*, hecho por CONACE en el año 2007, se señala que *"las responsabilidades derivadas de la maternidad constituyen a menudo un arma de doble filo: por una parte motivan a la rehabilitación y, por otra, compiten por los recursos de la mujer, en momentos especialmente críticos del proceso terapéutico"* (CONACE, 2007, pág. 54).

Efectivamente, un problema de adicción en una mujer en proceso de gestación representa un reto a los estereotipos culturales y sociales definidos como expectativas aceptables o normales en relación a la feminidad (ser controlada, sumisa y guardiana de la moral y los valores sociales) (Romero & Medina-Mora, 1996).

De este modo, la compleja problemática podría entorpecer la solicitud de tratamiento, ya que podrían existir sentimientos de

vergüenza y culpa al pensarse como un fracaso en su "rol femenino" y por el temor de que su situación de consumo le arrebatara la posibilidad de criar a su futuro hijo/a.

Materiales y metodología

Para el presente documento se utilizó la historia clínica de una usuaria del Programa de Alcohol y drogas del Consultorio "La Estrella" en la Comuna de Pudahuel.

Se revisaron las atenciones realizadas por todos los profesionales del equipo de Alcohol y Drogas (Médico, Psicólogo, Trabajador Social, Terapeuta Ocupacional, Técnico en Rehabilitación) y se leen las anamnesis de cada una. Además, se realizan visitas domiciliarias a la usuaria y una entrevista en profundidad que aborda las temáticas de este estudio. Se solicita un consentimiento informado, donde se explican los alcances del estudio.

El presente documento utiliza un enfoque crítico y realiza un análisis cualitativo; el enfoque crítico se caracteriza por una intencionalidad direccionada a provocar transformaciones sociales en los contextos en los que interviene, centrándose en el análisis crítico de la ideología dominante (Melero, 2012), siendo necesario el diálogo entre investigadores-investigados para derribar la aceptación sumisa de las estructuras de control.

Los enfoques de orden cualitativo se centran en la comprensión de una realidad, considerada desde sus aspectos particulares como fruto de un proceso histórico de construcción y vista a partir de la lógica y el sentir de sus protagonistas, es decir desde una perspectiva interna (subjetiva) (Taylor & Bogdan, 2000).

En las temáticas expuestas en el presente documento, se torna imperativo asumir un enfoque crítico y realizar una investigación crítica, En palabras de Díaz Llanes: *"La investigación crítica asume la existencia de una realidad independiente de la voluntad de las personas, que ha sido históricamente desvirtuada por intereses de poder económico, político, religioso, étnico y de género. Sus objetivos, por tanto, van encaminados a desmitificar aquellas relaciones sociales que han dado lugar a ese estado de cosas"* (Díaz Llanes, 2010, pág. 50).

Presentación de caso

Mujer de iniciales K.V, 19 años de edad. Acude al consultorio para recibir atención de matrona (2016), enseñanza media completa, trabaja como vendedora en local de electricidad.

Usuaria presenta embarazo (no planificado, pero aceptado) de 6 ± 2 semanas, y reconoce consumo de sustancias. En su infancia tuvo problemas médicos importantes, debido a un tumor cerebral operado a los 10 años, que deja como consecuencia una hemiparesia derecha.

Usuaria refiere que vivió en España con su padre desde los 11 años de edad aproximadamente, con la finalidad de continuar tratamiento médico-rehabilitador. Sin embargo, K.V no accedió a atenciones por negligencia del padre, y sufre maltrato físico y psicológico por parte de madrastra. Rehabilitación y controles no se concretan en país mencionado, volviendo a Chile sola a la edad de 14 años.

Al llegar a Chile, su abuelo paterno, junto a su pareja, entregan cuidados pertinentes, ya que madre de K.V no se hace cargo. A los 18 años decide dejar el hogar.

Relata en sesiones, haber estado en situación de calle, viviendo esporádicamente con conocidos y en una o dos ocasiones en casa de su madre. Refiere que la relación con su madre es lejana, *"ella nunca se hizo cargo de mí (...) yo la veo más como una amiga que como mi mamá, porque mi mamá (refiriéndose a pareja de abuelo) es la que me crió"*. Indica que no tiene relación con padre.

Ingresa a tratamiento el día 3 de agosto del 2016, en el dispositivo de alcohol y drogas del consultorio Pudahuel la Estrella. Paralelamente inicia supervisión de su embarazo de alto riesgo en el *Programa Chile Crece Contigo* del mismo consultorio.

Historia del consumo

Entre los 11 y 12 años aproximadamente, estando en España inicia el consumo de tabaco y marihuana (en adelante THC). El consumo de estas dos sustancias se sostiene en el tiempo, presentando un consumo habitual. A los 19 años, incorpora el consumo de pasta base de cocaína (en adelante PBC). Refiere que consumió por curiosidad: *"lo hice pa'...probar, me daba curiosidad el olor, y los amigos con que vivía fumaban y un día me dieron pa' probar"*.

Este consumo se mantiene por tres meses, siguiendo un patrón de 3 a 4 veces por semana aproximadamente, principalmente entre los días sábado y martes: indica que consumo de concentra en estos días ya que ella trabajaba los fines de semana y con ese dinero consume. Indica que consumo de PBC se realiza mezclando con THC, lo que se conoce como "marciano".

Usuaria cumple con criterios diagnósticos del DSM-V (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013) que dan cuenta de un trastorno por consumo de sustancias, en la categoría de consumo severo, presentando 6 de los 11 criterios.

Usuaria relata que su interés por consumir se asocia a su historia de vida. Refiere que *"siempre mi familia me dejó sola, siempre he estado sola... y en ese tiempo que vivía con esos"*

amigos me sentía más sola y ahí me dio la curiosidad poh". Indica que madre también presenta consumo de sustancias.

Al momento de la consulta, refiere ansiedad y dificultad para lograr abstinencia de PBC, se observan bajas estrategias internas y escasa red de apoyo familiar y de amistades.

Estado actual

Vive de allegada en casa de sus suegros junto a su pareja, cuñado y cuñada. El inmueble es de material sólido, de un piso y sólo cuenta con una habitación amplia la cual es dividida con cortinas para delimitar "habitaciones". No existe privacidad al interior del hogar. Realiza deberes básicos del inmueble y se encarga de la preparación del almuerzo para todo el grupo familiar, entre quienes existe consumo problemático de drogas y alcohol. Por parte de suegro, alcohol y por parte de cuñada, PBC y benzodiazepinas.

Su pareja, de 19 años de edad, tiene enseñanza media incompleta y actualmente trabaja en local de electricidad. Ella relata que pareja presenta consumo de tabaco y THC, y que mantiene abstinencia durante más de 4 años de consumo de PBC. Estuvo internado en red del Servicio Nacional de Menores. K.V refiere que dentro del hogar hay malas relaciones familiares, episodios de violencia entre suegros y discusiones constantes.

A la fecha, y desde que se comunica embarazo, ha logrado reducir el consumo de tabaco, THC y PBC, teniendo periodos de abstinencia de 4 semanas. Ha tenido recaídas en tres ocasiones consumiendo THC y PBC en menor cantidad en relación al periodo previo a gestación. Presenta bajo peso en su último control con nutricionista. Actualmente no trabaja remunerada, indica que trabajo en local de electricidad era temporal.

Estrategias del tratamiento

Se realiza intervención en modalidad ambulatoria, en horario de atención vespertino y sabatino. Recibe atención individual por parte de psicólogo, terapeuta ocupacional, técnico en rehabilitación y asistente social.

No se entrega tratamiento farmacológico y se realizan constantes consejerías para apoyar la abstinencia y el bienestar de usuaria y su hijo. Se acuerda junto a K.V, reducir el consumo de toda sustancia hasta lograr abstinencia total.

A la fecha, ha logrado mantener abstinencia desde el día 8 de agosto. En sesiones, usuaria refiere que tiene deseo de consumo, el que se activa con mayor intensidad los fines de semana. Sin embargo, indica que se abstiene por temor a generar daño a su hijo. Actualmente refiere que deseos de consumo han dismi-

nuido, logra dormir bien durante la noche, ha mejorado apetito subiendo 3 kilos en último control, se observa mejor aspecto físico. Refiere que su pareja se preocupa de su alimentación.

Se trabaja con técnicas cognitivo-conductuales para lograr abstinencia, psicoeducación de consecuencias negativas del consumo tanto para ella como para el desarrollo del feto, se promueve proyección a futuro, se propone realizar búsqueda de actividades de tiempo libre, se trabajan habilidades para manejo de dinero y en torno al rol materno y preparación para la llegada de un nuevo integrante al grupo familiar. Desde el área social, se orienta respecto a posibilidades habitacionales para dejar casa de familia de pareja.

Discusión

A continuación, se presenta el diálogo entre lo abordado desde la revisión teórica y el discurso de la usuaria. Se expondrán citas textuales de la entrevista realizada, en donde la pareja de K.V. tendrá las iniciales A.I.

Abordaje institucional: individualización del rol, culpa y estigma social.

"Qué piensa la gente de una mujer que consume: "A mí me critican más que si lo ven a él. Nos vemos con amigos, lo ven fumando marihuana y cigarro y a mí me dicen no creo tu fumi. ¿Y por qué no? Pregunto. Habla de la visión de mujer embarazada consumiendo." (Extracto de entrevista con K.V)

A partir del caso revisado es interesante ver cómo se aborda desde el dispositivo, las temáticas ya discutidas de maternidad y perspectiva de género. Usuaria accede a tratamiento en programa de alcohol y drogas posterior a la intervención realizada por el programa Chile Crece Contigo y a la clasificación que recibe dado el criterio diagnóstico del CIE-10, O09 "Supervisión de embarazo de alto riesgo debido a circunstancias sociales" (Organización Mundial de la Salud, 1992) por parte de la Asistente social del consultorio.

Desde las primeras intervenciones se visualiza la sanción que está ligada al ser "mujer, madre y consumidora", y que se manifiesta por parte de los profesionales. Por ejemplo, en la segunda intervención de la trabajadora social se puede leer en la anamnesis que se dejan en claro "las implicancias legales que hay asociadas a la maternidad y el consumo".

Según se conoce, este profesional en particular no cuenta con formación o capacitaciones específicas en el abordaje de mujeres con consumo problemático de alcohol y drogas, sino que su intervención surge desde la formación general que tiene como asistente social.

Nos preguntamos entonces, si esta primera intervención desde trabajo social promueve un tratamiento efectivo y fomenta la adherencia a este; existe evidencia de que las mujeres consultan menos por miedo a perder el cuidado personal de sus hijos (CONACE, 2007), entonces nos preguntamos si la intervención centrada en la sanción, al inicio del proceso, cuando aún se está en proceso de aceptación del embarazo, es efectiva.

Sin embargo, es cierto que debemos considerar el interés superior del niño o niña que está por nacer, pero asimismo debemos asegurar la creación de una alianza terapéutica efectiva que promueva adherencia al tratamiento.

No se desconoce que es imperativo dar a conocer las implicancias legales y de salud que hay asociadas al consumo en el embarazo, pero nos preguntamos si es efectivo entregar esta información previa al inicio del tratamiento, antes de conocer la historia de vida de la usuaria, antes de conocer qué vínculos ha perdido producto del consumo y antes de conocer su estado motivacional.

Otro punto importante a discutir, guarda relación en cómo tanto la institución como la usuaria abordan el rol paterno versus el rol materno en los meses de gestación, ya que solo se realizan exigencias a la madre, en este caso la usuaria K.V, por tener un consumo problemático, *pero no se realizan exigencias al padre*: al momento de ingresar el caso se conoce que ambos padres tienen consumo de sustancias, pero es solo a ella a quien se deriva al programa de alcohol y drogas.

Consideramos que esto responde a una visión biologicista, en donde sólo se indica tratamiento por consumo a la madre, al ser quien puede directamente dañar al feto por las sustancias consumidas.

Sin embargo, nos preguntamos: ¿no debería ser mandatorio también que el padre inicie un tratamiento? Como entidades de salud, ¿qué estamos buscando?, confiamos en que no solo asegurar el bienestar del feto, sino que también asegurar un ambiente propicio para el desarrollo del recién nacido. ¿Por qué es solo la mujer madre quien debe detener inmediatamente su consumo?

El consumo del padre, también, puede generar efectos nocivos, mediante la transmisión por aire o a través de la piel, además, el olor o ver a otro consumiendo sustancias puede generar deseos de consumo en la madre y provocar una recaída.

En K.V observamos un pensamiento parecido a este, que solo obliga a la madre a detener el consumo inmediatamente: *"apenas nazca el bebé el A.I. tiene que dejar de fumar, porque ahí*

le puede hacer mal a la guagua...ahora lo ha ido bajando, pero no le puedo pedir que lo deje de un día para otro (...) ah pero es que pa' una es distinto, porque una es la que tiene la guagüita adentro".

Esto último, nos hace visualizar un tema muy recurrente al hablar de maternidad y consumo: la culpa, ya que por una parte hay un estigma social al ver a una "mujer adicta", y por lo general, se cataloga como una mala madre o despreocupada aun antes de que el feto nazca.

Comúnmente se espera de la mujer que sea quien logre armonizar los problemas dentro de una familia, y se esperan de ella dotes tales como amabilidad, capacidad de flexibilizar, y una actitud "maternal" (Sánchez Pardo, 2009).

Con frecuencia, observamos que en el caso de mujeres con consumo, no hay el mismo apoyo familiar que se ve en hombres, sino que hay un rechazo hacia ella, porque no está cumpliendo con lo que se espera.

Aspecto que vemos en la historia de vida de K.V, quien no tiene apoyo de su madre o padre, y que más aún su figura paterna, su abuelo, la rechaza en el momento en que ella quiere tener una pareja, y luego cuando le cuenta de su situación de consumo y que está embarazada.

Muchas veces las mujeres hacen propios los prejuicios expuestos, y esperan cumplir con lo esperado: preocuparse de los hijos, del cuidado de la pareja y de las tareas del hogar, aun cuando no está en línea con sus intereses; lo que es socialmente esperado y aceptado se relaciona siempre con la esfera de lo privado, limitando a la mujer o no potenciando su participación en la esfera pública.

Estas limitaciones, a veces, generan rechazo por las actividades que se realizan según lo esperado, por lo cual es importante trabajar con los intereses y necesidades de la mujer, con los sentimientos y pensamientos sobre sí mismas, para aprender habilidades que permitan enfrentar asertivamente a las situaciones de la vida diaria, y logren valorar lo que son actualmente y lo que pueden llegar a ser en el futuro a través de la construcción de un proyecto de vida (CONACE, 2007).

Por ejemplo, en el caso de K.V, observamos que, efectivamente, hay una sensación de culpa, por el daño que el consumo de sustancias puede o pudo generar en su bebé, sin embargo, hay un deseo de participar en la vida cotidiana a través del trabajo, de lo cual se abstiene para evitar posibles recaídas: *"igual me gustaría trabajar, pero sé que no puedo manejar plata aún, porque puedo recaer.... Mucha gente me ha dicho que me*

preocupe de la casa, y yo igual hago las cosas de la casa, hago la comida siempre, pero después yo quiero trabajar"

Podemos decir entonces, que los recursos terapéuticos no están implementados desde una perspectiva de género, sino que se fundamentan en modelos de rehabilitación hechos para hombres consumidores y no para mujeres como ya se expuso en la contextualización, existiendo una masculinización de los programas de tratamiento.

Concepción de roles de género

Para el análisis de este caso, resulta relevante conocer qué percepción tiene la usuaria K.V. respecto a la perspectiva de género y los constructos sociales que existen en torno a ser hombre y ser mujer.

Durante el desarrollo de la entrevista realizada, podemos evidenciar que K.V. mantiene una postura crítica respecto a la distribución de tareas a realizar en hogar, aspecto planteado en la siguiente cita: *"yo no tengo por qué hacer todas las cosas en la casa, mi suegra es machista y me dice que tengo que servir la comida por ejemplo, pero yo le digo que no po"*

Usuaría verbaliza una crítica a constructos que aluden al espacio privado, cuestionando elementos naturalizados en su cotidianidad. Ella intenta romper con costumbres establecidas, que dan continuidad a un modo de utilizar los espacios.

Respecto a esto refiere que son las madres quienes juegan un rol fundamental en la perpetuación de estos discursos, afirmando lo siguiente: *"Las mujeres fomentamos eso (en referencia al machismo). La mamá del A.I. todo se lo manda a hacer a él. Si se rompe algo le pide a él que lo arregle. A mí no me pide nada"*.

Aquí ella hace un cuestionamiento en relación al modo diferenciado en que su grupo social distribuye las tareas para hombres y mujeres, criticando el que a ella le soliciten labores de aseo, preparación de alimentos y mantención del hogar, a diferencia de A.I, a quien le piden que haga actividades de fuerza o reparación de artefactos.

La usuaria K.V, desde su discurso, nos muestra que lo propuesto en esta revisión es aplicable a su realidad: los estereotipos de género efectivamente se transmiten a través de procesos de socialización, en este caso a través de su suegra y la distribución de las labores del hogar, por ejemplo. K.V critica esta situación, y propone desnaturalizar estas prácticas y proponer nuevas formas de acción.

"A mí no me molesta prepararle las cosas ahora. Si igual yo estoy en la casa y llega cansado. Pero es un niño chico. 'Mi amor, mi desodorante, mi amor, las calcetas'...yo le digo no sé cómo lo voy a hacer después con 3 guaguas: el A.I., la luna (su mascota) y el bebé. Voy a quedar loca. Deja la ropa por donde sea. Yo no me voy a andar agachando a cada rato. 'A.I. recógelo', le digo. Ahora deja todo encima. Yo igual soy media cómplice. Él es el que tiene que aprender algunas cosas. Él tiene que aprender, me tiene que ayudar".

Aún cuando ella habla de que su pareja la debe "ayudar con las cosas de la casa" y no que deben repartir tareas de la casa, se observa que hay una intención de deconstruir estas prácticas, en pro de una división equitativa de tareas del hogar y de cuidados del hijo por nacer: *"La mamá tiene que estar ahí todo el día al comienzo. Cuando van creciendo es importante el rol de papá. Es sangre de los dos. Que esté ahí, tiene que estar presente. Si yo lo llevo al colegio, él también. Los dos podemos hacer lo mismo. Quizás él tiene que trabajar más. Pero la gente lo ha hecho así. Que el hombre tiene que trabajar y la mujer tiene que estar en la casa. Mi suegra me dice eso también"*.

Sin embargo, de todas maneras, se observa que los estereotipos de género, en el proceso de construcción de K.V., han sentado las bases en la concepción respecto a determinados roles: *"Yo seré siempre su mamá, bueno, el A.I. siempre su papá, pero yo soy la que tiene que estar con él. Entonces fumando no iba a estar muy firme"*.

Llama la atención esta frase, y que podría ser indicio de que K.V efectivamente, hace una diferencia en la relación madre-hijo y padre-hijo. No obstante, hay otro aspecto en esta frase que merece consideración y es cuando la usuaria indica que consumiendo PBC, no iba a estar en condiciones de hacerse cargo a futuro del cuidado de su hijo.

Esto nos presenta al embarazo y futura maternidad como un elemento facilitador al cambio; podemos rescatar el diálogo de ella al referir que *"cuando nazca el bebé ya no estaré nunca más sola"* e indica que fue la principal motivación a solicitar ayuda: *"yo creo que si no estuviera embarazada no hubiera pedido ayuda...siempre tenía ganas de dejarlo, pero no hacía nada...hasta que me embaracé po"*.

Por esto es que se torna una responsabilidad, desde los equipos, abordar esta nueva realidad que se presenta en relación a la maternidad y los estereotipos en torno a ella. Existen referencias que indican que las mujeres consultan menos, por temor a

perder el cuidado de los hijos (CONACE, 2007), sin embargo, en este caso particular sucede lo contrario, ya que desde el discurso de la usuaria sabemos que el embarazo se presentó como un elemento facilitador.

Por esto es importante la formación en los profesionales de la salud, para que consideren estos aspectos y también incorporen el trabajo con el padre, intencionando que ambos asuman este nuevo rol en igualdad de condiciones; que se instale la concepción de que es responsabilidad de ambos proteger el desarrollo de su bebé antes de nacer, y posteriormente a lo largo de su vida.

En la cita, a continuación, alude a la experiencia con su madre, relación tormentosa y lejana, en donde la usuaria evalúa que finalmente quien encarnó aquel rol fue otra persona, no su madre biológica: *"Mi mamá no cumple el rol de mamá. Yo me crié con mi abuelo y su pareja (...) Mi mami me enseñó bien, tengo que seguir sus pasos* (refiriéndose a pareja de abuelo, quien la crió, y que actualmente está en Valdivia)".

De aquella figura materna, rescata valores y sentimientos de protección. Es a partir de ésta figura que la usuaria logra construir la imagen de la madre que quiere ser, sin culpar a su madre biológica por los errores cometidos:

"Yo creo que ninguna mujer es mala mamá. Es que nadie sabe. Mi abuela no apoyó a mi mamá y ahora ella hace lo mismo conmigo. Voy a aprender sola, pero no quiere decir que vaya a ser mala mamá. Yo nunca he vivido con ella. No la veo como mamá (refiriéndose a madre biológica), quizás como una amiga. Mi mami es la del sur. Mi mamá no lucha por mí. Mi mamá no ha sido buena mamá...nos deja volar no más. Mi hermana tiene 16 años y la deja ser y no vive con ella. No le dice nada, anda en la calle fumando marihuana y tomando. Y no le dice nada...imagínate (...) Si me equivoco no va a ser con mala intención".

A través de su relato en la cita antes puesta, la usuaria manifiesta una idea clara de cómo desea delinear su camino como madre, demostrando una capacidad de Resiliencia y madurez al respecto.

Esto se puede interpretar como un factor protector que respalda su actual estado de gestación y futura maternidad como elemento protector y promotora de la abstinencia. La buena relación que mantiene con A.I. da soporte a la intención de abstinencia, ya que a éste puede recurrir en el caso de deseos de consumo, en donde A.I. muestra gran disposición para "distraerla" de aquella idea.

Patologización del embarazo

El temor inicial que surgió en ella al momento de enterarse de su embarazo fue la posibilidad de afectar el desarrollo embrionario del feto en gestación, elemento inicial y uno de los más potentes que la movilizó en la búsqueda de ayuda para lograr abstinencia.

Durante algunas de las intervenciones, se efectúa educación respecto a los posibles efectos de las drogas consumidas por K.V. en futuro hijo, elemento que refuerza y sustenta temor inicial sentido por usuaria y profundiza sentimiento de culpa.

Al respecto, este temor también es reforzado por el entorno, ya que ella relata que en situaciones sociales con su pareja, en donde estaban fumando, amigos le ofrecían a A.I. pero no a K.V., sub-entendiendo que ésta no consumía debido a estar embarazada.

Esto podría ser un factor protector, disminuyendo las posibilidades de K.V. para consumir, pero también un factor de riesgo, ya que pareja y amigos mantienen consumo a pesar de su presencia (espacios cerrados, por ejemplo, en donde el humo también le afectaba).

Respecto al logro de la abstinencia, dentro de los consejos que predominaban desde el contexto familiar y médico era el de promover la ocupación dentro del hogar, potenciando labores en un espacio supuestamente protegido.

Las labores aludidas serían fundamentalmente relacionadas con el cuidado del hogar, haciéndose cargo de tareas como limpieza, orden, preparación de comidas, organización de compras, entre otras. Si bien puede ser un consejo que en una etapa inicial pudiese ser útil, en el caso de ella se complejiza, debido a que el contexto en el que ella vive existe consumo por parte de cuñada (PBC) y de suegro (alcohol).

Al ser este el consejo predominante en las esferas de atención de K.V., nos da cuenta de una concepción vigente respecto al enlace mujer-espacio privado. Cuando es un hombre quien consume, se le suele aconsejar que se ocupe, que deje de frecuentar personas con las que consumía, evitar rutas en donde compraba la droga –por nombrar algunas– pero jamás que se quede en la casa.

Ella refiere que ella toda la vida ha trabajado, pero que actualmente no se siente preparada para manejar su dinero, ya que teme volver a consumir.

Por tanto, usuaria reconoce el espacio privado del hogar como un lugar seguro, en donde pasar momentos de ansias de con-

sumo. Se mantiene en ese espacio en base a una decisión de resguardo, y no por considerar que sea ahí donde se debe pasar el embarazo, mucho menos porque crea que es el lugar que le corresponde. Esto lo podemos leer en la siguiente cita:

“Yo ahora no quiero trabajar, pero porque no me siento preparada pa’ tener mi plata. Como fumaba... Al A.I. lo conocí embolsando carbón. Yo trabajaba en lo que sea. Yo no soy floja pa’ trabajar. Si tengo que salir y se tiene que quedar A.I., igual po (respecto a futuro cuidado de hijo)”

Conclusión

A lo largo de esta revisión, hemos podido rescatar elementos de la intervención que se realiza en un dispositivo de Atención Primaria en Salud, en relación al caso de una mujer embarazada con consumo de sustancias.

Luego de la reflexión realizada, podemos concluir que es de suma relevancia continuar indagando en las barreras que existen en el tratamiento de mujeres con consumo; hemos podido conocer que históricamente el tratamiento existente se centra en la concepción de que el consumo es algo relacionado a la esfera del mundo privado y muy ligado al hombre, hay un sesgo androcéntrico, dejando a un lado las particularidades que hay para el tratamiento de mujeres con consumo de sustancias.

Se vuelve necesario, también, que esta mirada se incorpore en los equipos de tratamiento y en el personal sanitario en general: muchas veces la puerta de entrada al servicio de salud, son profesionales no especialistas en adicciones ni con especialización en temáticas de género, quienes podrían recibir con una actitud enjuiciadora y perpetuar prejuicios existentes en torno al ser “madre adicta”.

Es menester que el personal de salud de Atención Primaria se capacite en estas temáticas para así lograr mejores acciones, que generen mayor impacto y efectividad en la aplicación de políticas públicas en drogas.

Así también se hace necesario levantar información respecto a lo que piensan los profesionales de salud en atención primaria, ya que es la puerta de entrada al sistema de salud, por lo cual es relevante rescatar los prejuicios, estigmas y consideraciones que tienen los profesionales en torno al hombre adicto, padre adicto, mujer adicta, mujer madre adicta.

Sin duda la elaboración de esta revisión ha levantado la necesidad de seguir profundizando en el conocimiento de una realidad que está presente, con el fin de entregar una mejor oferta de atención oportuna y adecuada.

Para finalizar, se expone lo que Harding propone de la categoría género como perspectiva teórico-metodológica, que estipula tres rasgos metodológicos característicos:

1. desafía el androcentrismo de las ciencias tradicionales señalando que éstas arrancan de preguntas en torno a las experiencias de los hombres, ofreciendo por tanto visiones parciales de los fenómenos sociales;
2. la investigación feminista visibiliza problemas relevantes para las mujeres al desarrollar aquellos temas invisibilizados por el sesgo androcéntrico;
3. Quien investiga debe explicitar sus creencias y prácticas culturales, para evitar la posición “objetivista” de la práctica.

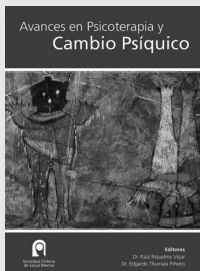
Se propone que se consideren estas tres aseveraciones al realizar intervenciones en salud, como recurso para que los profesionales de salud y más aún quienes se desempeñen en equipos de adicciones, puedan revisar sus intervenciones y evaluar si están tomando en cuenta las consideraciones de género, o si siguen perpetuando los estereotipos que hay en torno al ser mujer y ser hombre.

Romero y colaboradores (1996) plantea que es importante que el éxito en el tratamiento con mujeres con consumo problemático de drogas no se mida sólo en términos del ajuste estereotipado al rol femenino social, porque al hacerlo se está evitando confrontar los sentimientos sobre la individualidad y la independencia y, por lo tanto, se pierde la mejor oportunidad de estudiar cuáles son las mejores decisiones y elecciones a tomar en su vida.

Bibliografía

1. Araya, C. (2006). *La construcción de una imagen femenina a través del discurso médico ilustrado*. Chile en el siglo XIX. Historia N° 39, volumen 1, 9-15.
2. Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (5ª ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing
3. CONACE. (2006). *Proyectos de tratamiento y rehabilitación con perspectiva de género para mujeres adultas con consumo problemático de drogas*. Santiago: Ministerio del Interior y Seguridad Pública, Gobierno de Chile.
4. CONACE. (2007). *Mujeres y Tratamiento de Drogas: Guía de asesoría clínica para programas de tratamiento y rehabilitación en drogas en población específica de mujeres adultas*. Santiago: Ministerio del Interior y seguridad pública, Gobierno de Chile.
5. Díaz Llanes, G. (2010). *El enfoque cualitativo de investigación en la salud pública contemporánea*. Revista Cubana de Salud Pública. 2010; 36(1)30-37
6. Facio, A., & Fries, L. (2002). *Género y derecho*. Santiago: LOM.
7. Farapi S.L. (2009). *Drogas y Género*. España: Emakunde.
8. Lemus, Á. (2013). *Estudio de caso acerca de la incorporación de perspectiva de género en el tratamiento para personas con problemas derivados del consumo de alcohol u otras drogas en un centro de salud mental comunitaria*. Tesis para optar al grado de Magíster en Estudios de Género y Cultura, Mención Humanidades Santiago: Universidad de Chile.
9. Melero, N. (2012). *El paradigma crítico y los aportes de la investigación-acción participativa en la transformación de la realidad social: un análisis desde las ciencias sociales*. © Secretariado de publicaciones universidad de Sevilla: Cuestiones Pedagógicas, 21, 2011/2012, pp 339-355.
10. Organización Mundial de la Salud. (1992). *Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Las Enfermedades. Trastornos Mentales y del Comportamiento: Descripciones Clínicas y pautas para el Diagnóstico*. Madrid: Meditor.
11. Romero, P., & Medina-Mora, C. (1996). *Las mujeres adictas: de la descripción a su construcción social*. Montevideo: LOM.
12. Sánchez Pardo, L. (2009). *Drogas y perspectiva de género: Documento marco*. Xunta de Galicia & Servizo Galego de Saude. Galicia.
13. SENDA. (2009). *Estrategia nacional sobre drogas 2009-2018*. Santiago: Ministerio del interior, Gobierno de Chile.
14. SENDA. (2011). *Estrategia nacional de drogas y alcohol 2011-2014*. Santiago: Ministerio de seguridad pública, Gobierno de Chile.
15. SENDA. (2016). *Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (Senda)*. Recuperado el 13 de noviembre de 2016, de http://www.senda.gob.cl/?page_id=1376
16. Taylor, S., & Bogdan, R. (2000). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona: Paidós.

“AVANCES EN PSICOTERAPIA Y CAMBIO PSÍQUICO”



Este libro reúne a destacados especialistas chilenos y extranjeros en el intento de dilucidar los mecanismos y factores que promueven el cambio en las personas.

Los Editores son psiquiatras, iniciaron juntos sus estudios de Medicina en la Universidad de Chile, en 1969. Se han interesado especialmente en el trabajo en Salud Mental. El Dr. Riquelme primero como director del Hospital Psiquiátrico de Putaendo y posteriormente como Director del Instituto Psiquiátrico "Dr. José Horwitz Barak", mientras el Dr. Thumala formó y coordinó los tres primeros centros de salud mental comunitarios intersectoriales en el SSMO en la década de los 80. Paralelamente, ambos han ejercido como psicoterapeutas. El Dr. Riquelme formándose como psicoanalista y el Dr. Thumala como terapeuta familiar y luego como terapeuta grupal psicoanalítico.

Número de páginas: 464