

# Maternidades y consumos problemáticos de sustancias psicoactivas: reflexiones desde el trabajo social

*Maternities and problematic use of psychoactive substances: reflections from social work*

**Sofía Povedano**

Fecha de presentación: 30/04/20

Fecha de aceptación: 08/05/20

## Resumen

A partir de las experiencias de intervención del trabajo social en un Hospital General de Agudos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en el presente artículo se analizan los modos en que las mujeres puérperas con consumo problemático de sustancias psicoactivas perciben sus maternidades, sus historias, experiencias, prácticas de consumo y las posibles congruencias y/o tensiones que pudiesen derivarse de la combinación de prácticas de consumo con prácticas de maternaje. Lo expuesto a lo largo del trabajo invita a profundizar los conocimientos acerca de los consumos problemáticos de sustancias psicoactivas desde una perspectiva de género y a reflexionar sobre las implicancias y posicionamientos que puede adoptar el trabajo social al intervenir en este campo.

## Palabras clave

Maternidades, consumo problemático de sustancias psicoactivas, perspectiva de género, trabajo social.

## Abstract

*Based on the experiences of social work intervention in a General Acute Hospital of the Autonomous City of Buenos Aires, this article analyzes the ways in which puerperal women with problematic use of psychoactive substances perceive their maternity, their stories/experiences/practices of drug use and the possible congruences and/or tensions that could arise in the combination of drug use practices with maternal practices. What is exposed throughout the work invites to deepen the knowledge about the problematic consumption of psychoactive substances from a gender perspective and to reflect on the implications and positions that social work can adopt when intervening in this field.*

## Keywords

*Maternities, problematic use of psychoactive substances, gender perspective, social work.*

## Introducción

El presente trabajo surge de mi experiencia de intervención profesional como residente de trabajo social en el área materno infantil del Servicio Social —compuesto por las salas de internación de ginecología, obstetricia, neonatología y pediatría— de un Hospital General de Agudos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires entre julio de 2019 y febrero de 2020. A lo largo de ese período, participé de procesos de intervención de diversa índole, vinculados a la primera infancia, niñez, adolescencia y maternidad; aunque el motivo de interconsulta más frecuente que recibía el área se vinculaba al consumo problemático de sustancias psicoactivas por parte de mujeres embarazadas y puérperas, tema que rápidamente captó mi interés. Al respecto observé que, desde la visión del equipo médico, este hecho significa la presencia de un *problema* para el ejercicio de la maternidad, motivo por el cual se interconsulta con trabajo social a fin de evaluar y determinar las condiciones en las que se otorgará el egreso hospitalario de la mujer y su hija/o. Desde el momento en que en el hospital se detecta el consumo, pareciera que estas mujeres cargan con un estigma que las ubica en la posición de malas madres ante los ojos de quienes intervienen con ellas y/o sus hijas/os —médicas/os, enfermeras/os, profesionales de otras instituciones— y a veces también, de las/os referentes afectivas/os que son convocados durante el proceso de internación/externación de la mujer y su hija/o. Frente a ello, las mujeres intentan revertir esta imagen como pueden, apelando a diversos discursos y prácticas que se expondrán a lo largo del artículo.

El objetivo de este trabajo es analizar, desde un enfoque etnográfico reflexivo, los modos en que las mujeres puérperas con consumo problemático de sustancias psicoactivas perciben sus maternidades, sus historias/experiencias/prácticas de consumo y las posibles congruencias y/o tensiones que pudiesen surgir en la combinación de prácticas de consumo con prácticas de maternaje.

El trabajo se divide en dos apartados. En el primero, *Feminización del cuidado y maternalización de las mujeres*, se describen estos fenómenos conceptualmente y se realiza una breve síntesis de su desarrollo histórico en Argentina, con el propósito de introducir al/la lector/a en aquellos procesos socioculturales que considero inciden en la construcción de estereotipos de género vinculados a la maternidad. En el segundo apartado, *Entre el deber ser y el poder hacer: maternidades y consumos problemáticos de sustancias psicoactivas* se indaga en las particularidades que asume el ejercicio de la maternidad en contextos de consumo problemático de sustancias psicoactivas, recuperando las experiencias de intervención del trabajo social en este campo y las narrativas de las mujeres - sujetas de dichas intervenciones.

## Feminización del cuidado y maternalización de las mujeres

Dentro del campo de la salud, el trabajo social interviene desde una perspectiva de salud integral acompañando a las personas que transitan las instituciones sanitarias en sus procesos de salud-

enfermedad-atención-cuidado (PSEAC). Ahora bien, principalmente en el área materno infantil, el abordaje del trabajo social se encuentra estrechamente vinculado a la dimensión Cuidado de los PSEAC, ya que es convocado mediante interconsultas para la evaluación del ejercicio de las prácticas de cuidado del grupo familiar a cargo de niñas/os y/o adolescentes internadas/os, con el objetivo de generar un egreso hospitalario en las mejores condiciones posibles.

Me interesa detenerme en este punto y resaltar que las sujetas de estas intervenciones son fundamentalmente las mujeres, debido a que las prácticas de cuidado históricamente se encuentran feminizadas. Al respecto, podemos recopilar vastas referencias bibliográficas que señalan que (CIPECC, UNICEF, OIT y PNUD, 2014: 3). Específicamente, datos estadísticos del área materno infantil señalan que, en el período analizado, en 47 de las 81 interconsultas recibidas se utilizó como técnica la entrevista a las mujeres del grupo familiar a cargo del cuidado de las/os niñas/os (madres, abuelas, tías) y sólo en 16 oportunidades se entrevistó a varones (padres, abuelos) presentes y corresponsables en las crianzas.

El trabajo de cuidado asume características particulares descriptas por Gherardi, Pautassi y Zibecchi (2012) que lo diferencian de otros tipos de trabajo presentes en la sociedad. Tiene un fuerte componente afectivo, enraizado en el vínculo que se construye entre quien cuida y quien recibe el cuidado; pero también tiene un componente ideológico y moral, ya que:

*“existen formas de cuidado que son valoradas en determinados momentos por la sociedad y que representan ‘modelos’ de buenas prácticas de cuidado. Estos modelos están determinados histórica y socialmente: cambian a lo largo del tiempo y en las distintas sociedades. Asimismo, son reforzados a través de un conjunto de instituciones y normas sociales”* (Gherardi, Pautassi y Zibecchi, 2012:9)

La organización de los cuidados y la responsabilización de los mismos en torno a las mujeres es una construcción histórica que forma parte de transformaciones a nivel general de la sociedad, con la constitución del modelo capitalista de acumulación y *“el desarrollo de una nueva división sexual del trabajo, que somete el trabajo femenino y la función reproductiva de las mujeres a la reproducción de la fuerza de trabajo.”* (Federici, 2004: 23). De esta manera se establecieron dos esferas sociales diferenciadas: *“el mundo del trabajo-ámbito público y el mundo de la casa y familia-privado”* (Guzzetti, 2012:109). En esta división, las mujeres quedaron confinadas al ámbito privado como el único espacio socialmente autorizado a ocupar, lo cual se enmarca en la consolidación de un modelo de familia nuclear patriarcal y heteronormativo, donde *“el rol de padre-marido-proveedor del hombre adulto es complementado por el rol de la esposa-madre-ama de casa de la mujer adulta”* (Jelín, 2012: 50).

Este modo de organización de la sociedad terminó de consolidar imaginarios preexistentes, fundamentalmente religiosos, en torno a la maternidad. Al respecto Fernández (1993) sostiene que *“nuestra sociedad organiza el universo de significaciones en relación con la maternidad alrededor de la idea mujer=madre: la maternidad es la función de la mujer y a través de ella la mujer alcanza su*

realización y adultez” (p. 161). Por su parte, Nari (2004) ha definido este proceso como la maternalización de las mujeres, es decir, la asociación entre mujer y madre, entre femeneidad y maternidad. Esta última aparece como el destino de las mujeres, la meta a lograr para cumplir su misión en la vida.

En este punto resulta interesante indagar en las particularidades que adquirió el proceso de maternalización de las mujeres en Argentina. Ya en 1852, Juan Bautista Alberdi, autor intelectual de la Constitución Nacional, sostenía en “Bases y puntos de partida para la organización política de la República”, que la mujer es:

*“un artífice modesto y poderoso, que desde su rincón hace las costumbres privadas y públicas, organiza la familia, prepara el ciudadano, echa las bases del Estado (...) no ha venido al mundo para ornar el salón, sino para hermohear la soledad fecunda del hogar”* (Alberdi, 2017: 90).

Estas ideas ilustran un pensamiento de época cuya prioridad era la conformación del Estado-Nación. Por lo tanto, es necesario tener en cuenta las transformaciones demográficas, urbanas y del mercado de trabajo que atravesó el país desde fines del siglo XIX y principios del siglo XX para entender el proceso de maternalización de las mujeres. En ese contexto, las mujeres pasaron a ocupar una tarea sumamente necesaria para la reproducción social. Para ello eran educadas desde niñas en las tareas domésticas y de maternaje, en los beneficios de ser ama de casa y dedicarse exclusivamente a dichas actividades, desaconsejando su ingreso al mercado de trabajo (Carreño y Rabazas, 2009).

El campo de la salud ocupó un rol fundamental en este proceso, dado que *“allí se reformularon viejas y nuevas ideas científicas, se constituyeron instituciones de asistencia de salud estatales y de beneficencia, se diagramaron políticas y se desarrolló un conjunto de prácticas sociales entabladas entre las mujeres y el personal de salud”* (Nari, 2004: 103). La maternidad como fenómeno biológico y natural interpelaba a las ciencias médicas a intervenir de manera directa en los cuerpos de las mujeres, en sus prácticas de salud sexual y reproductiva, en el proceso embarazo-parto-puerperio y en la crianza de sus hijas/os. Los saberes populares al respecto fueron menospreciados y descartados, imponiéndose sobre ellos los de la ginecología y obstetricia, ejercidos por profesionales varones, quienes fueron desde el siglo XVII los únicos que podían acceder a las disciplinas médicas y al saber legítimo sobre los cuerpos. El objetivo último era preservar la salud de las/os recién nacidas/os, y para ello se valieron de la vigilancia y control desde el momento del embarazo, promoviendo ciertas prácticas que se creían (y se creen actualmente) fundamentales para la buena salud: el descanso, la buena nutrición, la higiene, etc. Luego del parto, la intervención se centraba en fomentar el lazo entre la madre y su hija/o mediante la dedicación exclusiva de la mujer a su nuevo rol de madre, haciendo hincapié en la lactancia materna como el medio para fortalecer ese vínculo.

De esta manera se definieron los parámetros adecuados de gestar y criar para el modelo médico hegemónico. En paralelo, todo un aparato institucional y técnico profesional se fue erigiendo

para intervenir ante las problemáticas sociales y familiares que afectaban al binomio madre-hija/o, impartiendo saberes y vigilando prácticas de maternaje con un fuerte componente moral (Gavrila, 2019). ¿El propósito? Disciplinar a las mujeres en su rol de cuidadoras, difundiendo los atributos que hacen a la buena madre: el valor de la entrega (Criado, 2004) consistente en la dedicación permanente y sacrificada a la crianza de las/os hijas/os, la amorosidad, la ternura y la paciencia, entre otras cualidades.

En síntesis, los procesos históricos, sociales y culturales mencionados en este apartado contribuyeron a la conformación de estereotipos de maternidad que siguen vigentes en nuestra sociedad y que construyen sentidos, creencias y anhelos en torno a los diferentes ejercicios de la maternidad posibles de observar en la actualidad.

## **Entre el deber ser y el poder hacer: maternidades y consumos problemáticos de sustancias psicoactivas**

Si bien los estereotipos de maternidad interpelan a las mujeres en general, los mismos adquieren diversos significados de acuerdo a la pertenencia de clase, la etnia, la edad, la religión, el nivel escolar alcanzado, entre otros factores (Felitti, 2011). Específicamente en lo que respecta a este trabajo, es importante señalar que la pobreza estructural actúa condicionando los destinos de las mujeres de los sectores populares, dado que *“la situación de precariedad material (...) y las pocas posibilidades de realización laboral, sumado a que son expulsadas tempranamente del circuito educativo, terminan imponiéndose y estableciendo que la maternidad se presente como la única vía de afirmación y realización personal”* (Marcús, 2006:106). Las narrativas de las mujeres puérperas con consumo problemático de sustancias psicoactivas no escapan de estas consideraciones. Debido a sus trayectorias de vida e interseccionalidades de género-clase-etnia, es posible plantear que su ser social se encuentra fuertemente asociado a la maternidad, dado que la mayoría no terminó sus estudios secundarios, nunca logró insertarse en el mercado formal de trabajo, posee trayectorias habitacionales precarias e inestables, muchas sufrieron violencias de género a lo largo de sus vidas y han ejercido el rol de cuidadoras al interior de sus familias desde niñas. Por ende,

*“el rol maternal les brinda recompensas y gratificaciones que no encuentran en otros ámbitos de sus vidas. Es posible ver en el embarazo y la maternidad una forma de afirmación de la subjetividad de las jóvenes y de proyección a futuro”* (Marcús, 2006: 107).

Ahora bien, ¿Qué sucede cuando estas representaciones acerca de la maternidad conviven con prácticas de consumo problemático de sustancias psicoactivas? En primer lugar, hay que destacar que el uso de drogas en sí mismo configura juicios condenatorios para las mujeres (Romo, 2006). Esto se debe a que recae sobre ellas un proceso de doble penalización social (Amorós, 2009) por alejarse del estereotipo de género que construye a la mujer como sumisa y pasiva; y porque el

consumo de sustancias como la marihuana, la cocaína y la pasta base acarrea representaciones negativas –y accionares potencialmente punibles–, en quienes las consumen, debido a que actualmente son sustancias ilegales en Argentina.

Cuando hablamos de mujeres que a su vez son madres y presentan un consumo problemático de este tipo de sustancias, la interacción de ambas cuestiones implica socialmente que estas mujeres se distancian del horizonte normativo de la buena madre, es decir, una mujer que en el ejercicio de su rol materno prioriza el bienestar y las necesidades de sus hijas/os sobre las propias (Castilla y Lorenzo, 2012).

Las mujeres madres con consumo problemático de sustancias psicoactivas con las que interviene el trabajo social durante la internación pre/post parto, además presentan otras particularidades: se trata de mujeres con largas trayectorias de consumo y que durante la etapa del embarazo no suspendieron dichas prácticas. Por ello mismo, las sustancias que consumieron durante el período de gestación fueron transmitidas vía placentaria a sus hijas/os, lo cual puede generar complicaciones de salud durante el desarrollo intrauterino y/o posteriormente en la primera infancia<sup>1</sup>. Por este motivo, luego del nacimiento, las/os niñas/os deben ser internadas/os en la sala de Neonatología para controlar la aparición de síntomas asociados al síndrome de abstinencia y para realizar estudios específicos que descarten patologías vinculadas a la ingesta de sustancias psicoactivas. Señalo estas cuestiones porque las considero determinantes de los procesos de intervención que se desarrollan por y a partir de ellas. La mirada del equipo médico es clara al respecto: las mujeres que consumieron sustancias psicoactivas durante el embarazo y el parto pusieron en peligro la salud de sus hijas/os. Así lo transmiten a otras/os profesionales, a las mujeres y a sus entornos.

Estas percepciones de las/os profesionales médicas/os reflejan la puesta en duda del ejercicio de la maternidad de estas mujeres, motivo por el cual realizan interconsultas con trabajo social, disciplina que, a sus ojos, debe evaluar y decidir la estrategia de egreso hospitalario de las/os bebés, es decir, si pueden permanecer junto a sus madres, lo cual conlleva implícitamente decidir si esas mujeres están capacitadas para ejercer el rol de maternaje. En las narrativas de las mujeres es posible detectar que se sienten juzgadas ante la convocatoria del equipo médico a trabajo social, porque creen que éste también parte de los preconceptos mencionados anteriormente, los cuales cuestionan sus capacidades de criar y cuidar. En este sentido, sienten que el rol del trabajo social consiste en la evaluación a partir de la emisión de juicios y no del acompañamiento psicosocial, la articulación interinstitucional y la gestión de recursos. Me permito señalar que no considero que sus representaciones acerca de la profesión sean infundadas en sus subjetividades, dado que las mismas se basan en sus experiencias y

---

<sup>1</sup>Entre las problemáticas de salud ocasionadas por el consumo de sustancias durante el embarazo se destacan el aumento de mortalidad perinatal y riesgo de aborto espontáneo, afecciones cerebrales en el feto, restricción de crecimiento, malformaciones congénitas, enfermedades cardiovasculares, parto prematuro y bajo peso al nacer. Luego del nacimiento comienza a actuar el síndrome de supresión/abstinencia, el cual se manifiesta en conductas de irritabilidad, inquietud, agitación, depresión respiratoria, temblores y/o convulsiones durante los primeros días de vida. (Ladero, 1999; Lorenzo 2009)

trayectorias institucionales previas –y por qué no, en la historia de nuestra profesión en sí misma– (Gavrigla 2019).

Por este motivo, observé que, salvando matices, la convocatoria a trabajo social para el abordaje de estas situaciones genera en un primer momento dos tipos de reacciones en las mujeres:

- tensión, molestias y enojos para con las trabajadoras sociales y su accionar, ya que creen que evaluarán negativamente sus maternidades: *“ustedes no me pueden hacer esto... es mi hijo, yo lo parí y yo sé lo que tengo que hacer... ¿Por qué van a llamar a una defensoría?... yo sé cuidar a mis hijos”* (Nota de campo, Entrevista a N, 23 años, 26/09/2019)
- miedos y angustias en las mujeres por temor a que la estrategia de intervención se oriente a la desvinculación de sus hijas/os: *“¿cuándo me van a dar a la bebé? (llora)... no me quiero quedar sola...”* (Nota de campo, Entrevista a M, 17 años, 29/08/2019)

Estas percepciones acerca del rol del trabajo social inciden en el alcance del vínculo profesional que las mujeres habilitan. En este sentido, al inicio de los procesos de intervención, se vinculan desde la distancia y la desconfianza, lo que repercute significativamente en la manera en que se refieren (o no) a sus prácticas de consumo, y por ende, a los márgenes de intervención posibles de construir en torno a esta cuestión.

Las narrativas de las mujeres permiten esbozar algunas tendencias de sus representaciones acerca de las trayectorias, prácticas y dinámicas de consumo que desarrollan, planteada en los siguientes ejes:

- que no consumen sustancias psicoactivas, sino que hubo un error de información o se malinterpretó algo que dijeron y/o se confundieron los resultados de los estudios de laboratorio: *“yo NO tengo problemas de consumo, enténdelo”* (Nota de campo, Entrevista a N, 23 años, 23/09/2019)
- que el consumo durante el embarazo existió, pero el mismo fue recreativo, no problemático: *“sí... consumía cocaína... pero no soy adicta eh... lo hacía cuando estaba aburrida o sola”* (Nota de campo, Entrevista a K, 24 años, 21/11/2019)
- que el consumo es de sustancias popularmente llamadas blandas (alcohol, tabaco), en contraposición a los resultados de los estudios que se les realizaron, los cuales detectaron cocaína o pasta base en sangre: *“te juro que nunca tomé cocaína... sí consumía alcohol cuando me juntaba...que me hagan la prueba de vuelta”* (Nota de campo, Entrevista a N, 14 años, 13/09/2019)
- que no necesitan realizar un tratamiento para abordar sus consumos problemáticos ya que por sus propios medios y con sus propias estrategias podrán dejar de consumir: *“nunca hice tratamiento ni lo necesité porque cuando quiero me rescato sola”* (Nota de campo, Entrevista a D, 24 años, 08/08/2019)

- y, por último, el punto en el que quiero hacer énfasis: que dejarán de consumir sustancias psicoactivas desde este momento y *lo harán exclusivamente por sus hijas/os*.

Este tipo de enunciados revela la manera particular en que el nacimiento de sus hijas/os impacta en las trayectorias de vida de estas mujeres, dado que este hecho pareciera suponer un quiebre automático en sus trayectorias de consumo. Me refiero específicamente al momento del nacimiento, porque todas estas mujeres consumieron sustancias psicoactivas durante el embarazo, por lo cual, a simple vista, pareciera que el período de gestación no tuvo las mismas implicancias subjetivas que el nacimiento. Al respecto, algunas de las mujeres han dicho:

*“antes me perdía... pero no sé, siento que cambié.... ahora que la veo (a su hija) ... no pienso drogarme más”* (Nota de campo, Entrevista a B, 25 años, 03/02/2020)

*“sí consumí el día del parto.... me daba miedo, no sabía cómo era esto... pero ya está, no puedo seguir en esa”* (Nota de campo, Entrevista a D, 24 años, 15/08/2019)

En sus narrativas es clara la alusión a la maternidad como ruptura, nuevo comienzo y cambio de identidad. Esto puede ser, en parte, expresión de los sentidos previamente descritos que asume la maternidad en las mujeres en general –y en las mujeres de los sectores populares en particular–. Pero a su vez, mi experiencia en este campo vinculada al acompañamiento a estas mujeres y las lecturas que realicé desde mi posicionamiento teórico, ético y político al respecto, me llevan a complejizar este análisis y plantear algunos interrogantes adicionales.

En este sentido, comencé a preguntarme si el cambio de percepción sobre el consumo a partir del nacimiento de sus hijas/os, puede vincularse también a la aparición en escena de unas/os otras/os: un hija/o sobre el cual maternar y/o un equipo de salud que marca la manera en la que deben ejercer las prácticas de cuidado. ¿La presencia de esa otredad que observa, incide en la subjetividad de estas mujeres, quienes previamente no habían problematizado sus condiciones para maternar? El planteo de esta pregunta –aún sin una respuesta– pone en tensión las creencias ampliamente difundidas que hacen parte del sentido común dominante, acerca de la existencia de un instinto materno, según el cual todas las mujeres se encuentran destinadas y preparadas para maternar, incluso antes de la concepción.

*“Simbolizada desde el imaginario androcéntrico como atada a las fuerzas naturales de lo precultural –como instinto en primera instancia– la mujer como producción histórico/cultural de los regímenes sexo/género patriarcales, oculta en los misterios aparentes de su ser reproductor la compleja red de influencias económicas, sociales y culturales que han accionado sobre su cuerpo y subjetividad, para traducir lo biológico de su naturaleza en una naturaleza eminentemente social”* (Maier, 1999: 79)



Dejar de lado el presunto carácter instintivo de la maternidad para pensarla como una función en permanente construcción y transformación, puede suponer un avance en la comprensión de las particularidades y dinámicas propias que adoptan los ejercicios de la maternidad que se alejan de los estereotipos de género.

Al superar la concepción de lo maternal como instinto, es posible entender por qué estas mujeres no se hayan preguntado previamente al parto acerca del impacto que sus condiciones de vida y prácticas de consumo pueden tener en sus posibilidades de maternar. En la raíz de esta cuestión también se encuentran las propias experiencias de crianza de estas mujeres, a cargo de madres, hermanas, abuelas y tías con similares condiciones materiales de existencia y prácticas de cuidado. Incluso en diversas ocasiones, las mujeres han expresado que se sienten mejores madres que las que tuvieron porque, por ejemplo, no le están dando un padre agresivo y/o abusador a sus hijas/os, o porque ellas no las/os abandonaron al momento de nacer.

Por estos motivos, es la presencia de un otro –sea un equipo de salud y/o esa/e hija/o a la cual sienten que deben cuidar en los estándares socialmente aceptados– lo que genera un distanciamiento en principio subjetivo de las prácticas de consumo. Más aún cuando esa/e otra/o se encuentra enmarcada/o en la institución hospitalaria, que da cuenta de que las condiciones materiales de existencia y las prácticas de consumo de estas mujeres no se condicen con las posibilidades de maternar.

Esa otredad suele quedar personificada en las/os trabajadoras/es sociales, quienes plantean la tensión entre prácticas de consumo problemático y prácticas de crianza y cuidado. Frente a ello, las mujeres enuncian que dejarán de consumir, que no tienen problemas para hacerlo y que lo harán por sus hijas/os, casi como una promesa hacia quienes la escuchan y tienen el poder de incidir sobre su situación. Me pregunto qué tan atravesadas se encuentran estas promesas también por las representaciones sociales acerca del rol del trabajo social en el ámbito de la niñez y hasta qué punto nuestro accionar alimenta (tal vez, sin intención) estas tendencias.

## Palabras finales

Los sentidos y prácticas asociados a la maternidad han sido revisados a través de la perspectiva de género desde la primera ola del movimiento feminista, que logró flexibilizar aquellos mandatos a lo largo de los años y las luchas. Sin embargo, continúa operando –con nuevos y sofisticados mecanismos– la asociación mujer=madre, mujer=cuidadora. Especialmente en los sectores populares, donde

*“la maternidad se vincula con deseos de autorrealización y/o afirmación de las propias subjetividades e identidades genéricas (Marcús, 2003), en correlación con desamparos sociales e institucionales (Fainsod, 2011) y con discursos políticos y sociales que sitúan en la figura de “la madre” la responsabilidad principal por la supervivencia y bienestar de los hijos, sobre todo de los más pequeños (Jelín, 1998.” (Castilla y Lorenzo, 2012: 71).*

La dimensión del cuidado y su feminización es un factor central para analizar los múltiples ejercicios de la maternidad en la actualidad. Debido a la creencia de que existen características biológicas, complementadas por ciertos atributos apre(he)ndidos desde la infancia, las mujeres fueron asignadas como las responsables principales de los cuidados al interior de las familias. También se delinearon las maneras en las cuales se deben ejercer dichos cuidados y las características que hacen a una buena cuidadora. En los márgenes de ese universo de significaciones se ubican quienes no logran cumplir el rol asignado en los parámetros establecidos.

Las mujeres madres con consumo problemático de sustancias psicoactivas escapan de los estereotipos de maternidad valorados socialmente. Al momento de la internación y nacimiento de sus hijas/os, el consumo las engloba a priori bajo la etiqueta de malas madres, más allá de las singularidades propias que cada una presenta. Desde ese lugar es convocado el trabajo social a la intervención en este tipo de situaciones. A su vez, las mujeres, que ya se sienten juzgadas por sus consumos, suelen tener una representación de la profesión asociada a la desvinculación familiar. De ahí las diversas tensiones que se ponen en juego durante la intervención, observables en determinadas situaciones a través de las emociones y discursos que las mujeres despliegan, por ejemplo, en las promesas de modificar la dinámica de sus vidas cotidianas para adecuarse a los parámetros de maternidad aceptados.

La intervención, entendida como un proceso, tiene el potencial de transformar ese estado de las cosas y construir otras posibilidades de interacción-acción. Para ello, trabajo social se enfrenta al desafío de cuestionar/disputar/desarmar las construcciones de género que operan –en principio– en los diferentes escenarios de intervención profesional y en la relación que se establece con quienes son sujetas/os de las intervenciones, específicamente en la manera de vincularse con sus emociones, necesidades y demandas.

## Referencias bibliográficas

Alberdi Juan Bautista (2017): Bases y puntos de partida para la organización política de la República Argentina / incluye prólogo de Matías Farías. – Biblioteca del Congreso de la Nación, Buenos Aires.

Amorós Celia (2009): Mujer y drogodependencias: historia de una invisibilización. En Martínez Redondo Patricia y otras (compiladora): *Extrañándonos de lo "normal". Reflexiones feministas para el trabajo con mujeres drogodependientes*. Instituto de la Mujer, Madrid.

Carreño Myriam y Rabazas Teresa (2009): Sobre el trabajo de ama de casa. Reflexiones a partir del análisis de manuales de economía doméstica. Universidad Complutense, Madrid.

Castilla Victoria y Lorenzo Gimena (2012): Emociones en suspenso: maternidad y consumo de pasta base/ paco en barrios marginales de Buenos Aires. Cuadernos de

Antropología Social N° 36, pp 69-89. ICA. Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad de Buenos Aires)

Centro de Implementación de Políticas Públicas para la Equidad y el Crecimiento (2014): Diálogos sobre políticas de cuidado en la Argentina. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, Organización Internacional del Trabajo y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia .

Criado Martín (2004): El valor de la buena madre. Oficio de ama de casa, alimentación y salud entre las mujeres de clases populares. *Revista Española de Sociología* N° 4 pp.93-118.

Fainsod Paula (2011): Maternidades adolescentes en contextos de marginalización urbana. En Felitti Karina y otras (coordinadora): *Madre no hay una sola. Experiencias de maternidad en Argentina*. Ciccus, Buenos Aires.

Federici Silvia (2004): Calibán y la bruja. Mujeres, cuerpo y acumulación originaria. Traficante de sueños, Madrid.

Felitti Karina (2011): Madre no hay una sola. Experiencias de maternidad en Argentina. Ciccus, Buenos Aires. pp 11-21

Fernández Ana María (1993): Madres en más, mujeres en menos: los mitos sociales de la maternidad. En "La mujer de la ilusión. Pactos y contratos entre hombres y mujeres" Paidós, Buenos Aires.

Gavrila Canela Constanza (2019): La formación de las visitadoras de higiene social. Entre la ciencia y la moral. En Martín Ana Laura; Queirolo, Graciela y Ramacciotti, Karina (coordinadoras): *Mujeres, saberes y profesiones. Un recorrido desde las ciencias sociales*. Biblos, Buenos Aires.

Gherardi Natalia, Pautassi Laura, y Zibecchi Carla (2012): De eso no se habla: el cuidado en la agenda pública. Estudio de opinión sobre la organización del cuidado. Equipo Latinoamericano de Justicia y Género ELA, Buenos Aires.

Guzzetti Lorena (2012): La perspectiva de género. Aportes para el ejercicio profesional. *Revista Debate Público. Reflexión de Trabajo Social*, Año N° 2 Nro. 4, Buenos Aires.

Jelín Elizabeth (2012): La familia en Argentina: Trayectorias históricas y realidades contemporáneas. En Esquivel Valeria, Faur Eleonor y Jelín Elizabeth: *Las lógicas del cuidado infantil. Entre las familias, el Estado y el mercado*. IDES, Buenos Aires.

Ladero José (1999): Alcohol y enfermedades provocadas por el abuso de alcohol. Tratado de medicina interna. Panamericana, Madrid.

Lorenzo Pedro (2009): Drogadependencias: Farmacología. Patología. Psicología. Legislación. 3a Ed- Panamericana, Buenos Aires.

Maier Elizabeth (1999): El mito de la madre. Iztapalapa: *Revista de Ciencias Sociales y Humanidades* N° 45- pp. 79-106. UAM, México.

Marcús, Juliana (2006): Ser madre en los sectores populares: una aproximación al sentido que las mujeres le otorgan a la maternidad. *Revista Argentina de Sociología* año 4 N° 7 –pp. 100-119. Consejo de Profesionales en Sociología, Buenos Aires.

Nari Marcela (2004): Políticas de maternidad y maternalismo político: Buenos Aires (1880-1940) -1a ed. -Biblos, Buenos Aires.

Romo Nuria (2006): Género y uso de drogas: la invisibilidad de las mujeres. En Monografía Humanitas, Fundación Medicina y Humanidades Médicas, volumen 5 pp. 69-83, Barcelona.

## Cita recomendada

**Povedano, S. (2020).** Maternidades y consumos problemáticos de sustancias psicoactivas: reflexiones desde el trabajo social. *Conciencia Social. Revista digital de Trabajo Social*, 4 (7). 292-303 Recuperado de: <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/ConCienciaSocial/article/view/30764> ISSN 2591-5339

Esta obra está bajo la licencia Atribución-Compartir Igual 4.0 Internacional. La que permite compartir, copiar, distribuir, alterar, transformar, generar una obra derivada, ejecutar y comunicar públicamente la obra, siempre que: a) se cite la autoría y la fuente original de su publicación (revista, editorial y URL de la obra); b) se mantengan los mismos términos de la licencia. La licencia completa se puede consultar en: <https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/>

## Sobre la autora

### Sofía Povedano

Argentina. Licenciada en Trabajo Social por la Universidad de Buenos Aires (UBA). Actualmente realizando el Profesorado de Enseñanza Media y Superior en Trabajo Social de la Facultad de Ciencias Sociales (FSOC- UBA) y la residencia de Trabajo Social en Salud en el Servicio Social de un Hospital General de Agudos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Correo electrónico: [sofiapovedano@gmail.com](mailto:sofiapovedano@gmail.com)