

Maternidades y consumo problemático: reflexiones desde el Trabajo Social

Maternities and problematic consumption: Reflections from Social Work

Inés María Elizalde y Salomé Nancy Rostkier

Fecha de presentación: 31/10/23

Fecha de aceptación: 08/03/24

Resumen

El trabajo de investigación que se presenta es producto del recorrido como equipo de Residencia de Trabajo Social del Hospital General de Agudos "Juan A. Fernández". El mismo pretende indagar sobre la intervención profesional del Trabajo Social, con maternidades atravesadas por el consumo problemático de sustancias, durante la internación de las/los niñas/os.

La perspectiva metodológica llevada adelante es un estudio de tipo descriptivo y de corte retrospectivo, con una estrategia documental combinando técnicas de análisis cuantitativo y cualitativo.

El artículo se organizará en dos apartados donde se recuperan algunos de los aportes fundamentales de la investigación. En el primero se realiza una caracterización de la situación social de las mujeres-madres con situación de consumo problemático de sustancias y en el segundo se busca describir las estrategias de intervención que se despliegan frente a las situaciones de consumo problemático de las mujeres/ madres en las que es convocado el Servicio Social.

Palabras clave

Maternidad; consumo; trabajo social; salud.

Abstract

The research work presented is the product of the journey as a Social Work Residency team at the " Juan A. Fernández" General Acute Hospital. It aims to investigate the professional intervention of Social Work, with maternities affected by problematic substance use, during the hospitalization of the children.

The methodological perspective carried out is a descriptive and retrospective study, with a documentary strategy combining quantitative and qualitative analysis techniques.

The article will be organized into two sections where some of the fundamental contributions of the research are recovered. In the first, a characterization of the social situation of women-mothers with a situation of problematic substance use is carried out and in the second, we seek to describe the intervention strategies that are deployed in the face of situations of problematic use of women/mothers in which the Social Service is summoned.

Keywords

Motherhood; consumption; social work; health.

Introducción

El trabajo de investigación realizado es producto del proyecto transversal anual de la Residencia de Trabajo Social del Hospital “Juan A. Fernández” (CABA), durante el período 2022-2023. El mismo tiene por finalidad aportar conocimientos y reflexiones en torno a la intervención profesional del Trabajo Social, con maternidades atravesadas por el consumo problemático de sustancias, durante la internación de las madres y las/os niñas/os. Dicho proyecto, tiene su génesis a partir de la experiencia de rotación en el Equipo de Familias, Infancias y Adolescencias del Servicio Social. En la rotación mencionada, se observó la complejidad de las situaciones que se abordan a partir de las interconsultas recibidas por el consumo problemático de sustancias, presente en mujeres-madres, con hijas/os en internación.

Con relación a la metodología empleada, la pregunta problema que guio la investigación fue: ¿cómo son los procesos de intervención profesional del Trabajo Social en situaciones de mujeres-madres con consumo problemático de sustancias internadas en el hospital en el período marzo 2021 a marzo 2023? El período elegido corresponde a la rotación de las autoras por las salas de Neonatología, Pediatría y Obstetricia.

Por otro lado, los objetivos que guiaron la investigación fueron caracterizar la situación social de las mujeres madres en situación de consumo problemático y su red sociofamiliar; describir las estrategias de intervención de trabajadoras sociales en relación con las competencias parentales y los cuidados de niños, niñas y adolescentes e indagar el marco normativo en torno a los consumos problemáticos y los derechos de niños, niñas y adolescentes. Asimismo se pretendió reflexionar sobre los escenarios de intervención y los recursos existentes (e inexistentes) con los que cuentan usuarias y profesionales, identificando facilitadores y obstaculizadores por parte del Estado para la intervención profesional.

El abordaje metodológico llevado adelante en el trabajo de investigación fue cualitativo, con el objetivo de arribar a un estudio de tipo exploratorio y descriptivo, de corte transversal/sincrónico. La población objeto de estudio fueron las mujeres-madres con consumo problemático de sustancias, internadas en el hospital en el período marzo 2021 a marzo 2023. Asimismo, como técnica de recolección de datos se recurrió a la lectura de los registros de la intervención profesional (historias sociales). Mediante la lectura de las mismas se buscó obtener una “fotografía” global de la población del estudio y de las intervenciones realizadas. A partir del relevamiento de las historias sociales se indagó sobre la práctica profesional y las principales líneas de acción del Servicio Social, a fin de aportar a la reflexión sobre su intervención en este espacio. Otro insumo para el análisis fueron las notas de campo surgidas de la observación participante de las investigadoras en dicha institución en el período 2022-2023. El hecho de que las autoras del presente trabajo se encuentren inmersas en la práctica profesional de manera cotidiana en la institución las ubica en un lugar privilegiado de observación participante del cual se desprenden algunas de las conclusiones esbozadas, lo que suma complejidad y riqueza al análisis.

Caracterización de la situación social de las mujeres-madres con consumo problemático

En este primer apartado se abordará la situación social de las mujeres-madres en situación de consumo problemático de sustancias. Se desarrolla el concepto de maternidad tal como plantea Vereza (2004):

El proceso de construcción social de la maternidad supone la generación de una serie de mandatos relativos al ejercicio de la maternidad encarnados en los sujetos y en las instituciones, y reproducidos en los discursos, las imágenes y las representaciones, que producen, de esta manera, un complejo imaginario maternal basado en una idea esencialista respecto a la práctica de la maternidad. Como todos los esencialismos, dicho imaginario es transhistórico y transcultural, y se conecta con argumentos biologicistas y mitológicos. De aquí es de donde se desprende la producción de estereotipos, de juicios y de calificativos que se dirigen a aquellas mujeres que tienen hijas o hijos y que estas mismas se autoaplican. (p.16)

En relación a la concepción de consumo problemático, se traen los aportes de Infantino (2019) que plantea que:

Un uso de drogas puede ser problemático para una persona cuando el mismo afecta negativamente -en forma ocasional o crónica una o más áreas de la persona: su salud física o mental, sus relaciones sociales primarias (familia, pareja, amigos), sus relaciones sociales secundarias (trabajo, estudios), sus relaciones con la ley. (p.3).

Con base en las fuentes de información examinadas se establecieron seis ejes de análisis: grupo etario; situación habitacional; situación económica/laboral; redes familiares; redes comunitarias/territoriales; accesibilidad al sistema de salud y trayectorias de consumo.

A partir de la lectura de las historias sociales en el periodo comprendido entre marzo de 2021 y marzo de 2023 se desprende que las mujeres-madres tienen entre 16 y 36 años. En relación con las franjas etarias, se registra mayor incidencia de mujeres a partir de los 20 años y hasta los 34 años. Esto centra la problemática en mujeres cursando la edad adulta, en oposición a muchos imaginarios que circulan y vinculan el consumo en la maternidad en etapas adolescentes.

Situación habitacional

De las fuentes de información, se extrae que se visualizan en mayor medida mujeres que residen en zonas urbanizadas de la Ciudad de Buenos Aires y provincia de Buenos Aires, con una situación inestable

en lo referido a la tenencia de la vivienda, como reflejo de la problemática habitacional de las grandes urbes.

Particularmente, la mayoría de las usuarias cuyas historias sociales fueron seleccionadas para este estudio residen en la Villa 31 -barrio Padre Múgica- en Retiro, con condiciones habitacionales deficitarias. En este sentido, es preciso aclarar que el régimen de tenencia de la vivienda es considerado un indicador de estabilidad residencial, en tanto muestra las posibilidades de seguridad en la disposición o acceso a la vivienda a lo largo del tiempo. Dicha estabilidad se define habitualmente por el tiempo de residencia y por la situación legal de tenencia u ocupación. En relación con esto, las mujeres relatan vivir en habitaciones alquiladas de manera informal, sin contar con contratos de alquiler, por lo que la tenencia es precaria e inestable. A su vez, mencionan dificultades para alquilar una habitación con niñas/os o bebés. Con respecto a las posibilidades de contar con subsidios para la vivienda, refieren dificultades para conseguir presupuestos de alquiler emitidos por dueño directo en el barrio, requisito indispensable para este tipo de programas.

En el extremo de las situaciones de precariedad habitacional se encuentran las mujeres que transitan su embarazo en situación de calle, atravesando múltiples vulnerabilidades, al ser la calle un espacio de vivencia y supervivencia en un continuo proceso de posesión/desposesión material y simbólica (Seidmann, Azzollini, Di Iorio, Thomé, 2009).

Situación económica-laboral

Al abordar su situación económica-laboral se distingue que, la mayoría de las mujeres-madres no se encuentran insertas en el mercado laboral. En este marco patriarcal de división sexual del trabajo, son ellas las que en gran medida realizan las tareas de cuidado no remuneradas al interior de los hogares. Este proceso social y cultural de especialización de las mujeres en las tareas de cuidado (que hunde sus raíces en la separación de las esferas de la producción y reproducción) perpetúa la exclusión y segregación de las mujeres en el mercado de trabajo. Aun cuando se han producido evidentes progresos en la inserción de las mujeres en el mercado de trabajo, no ha sucedido lo mismo con la inserción de los varones en las tareas de mantenimiento físico del hogar y del cuidado de personas dependientes.

Aquellas mujeres-madres que sí se encuentran insertas en el mercado laboral poseen trabajos informales sin el respaldo de la seguridad social, sin contar con aportes y estabilidad laboral. Esto influye en la planificación y construcción de proyectos, en la obtención de medios materiales para atender ciertas necesidades y en la organización de los cuidados, al no contar con vacaciones y licencias pagas, entre otros derechos laborales y de la seguridad social. La multiplicidad de roles que han asumido las mujeres como perceptoras de ingreso en un empleo y como principales responsables de las tareas del hogar y el cuidado de sus hijas/os, las ha llevado a buscar la manera de ajustarse a esta presión sobre su propio tiempo, lo que repercute en muchos casos en la falta de control de su propia salud.

Redes familiares

Acerca de las redes socioafectivas preexistentes a la internación de las mujeres en el hospital, se visualizan distintas situaciones. Por un lado, mujeres-madres que se encuentran en pareja con personas también vinculadas al consumo problemático de sustancias o mujeres-madres atravesadas por situaciones de violencia por parte de sus respectivas parejas.

Asimismo se observan mujeres-madres desvinculadas del padre de su bebé o desvinculadas de su red familiar ampliada, por lo que no cuentan con redes de apoyo y contención que puedan acompañarlas en sus tratamientos por consumo, gestación y en la primera etapa de desarrollo y crianza de sus niño y niñas. En menor medida, se relevan mujeres-madres acompañadas por su pareja. Este proceso de acompañamiento es un aprendizaje que se da en un proceso de tiempo, nunca lineal, que dependerá de cada familia y entorno, sus historias, emociones, vínculos, y de la implicación en la problemática de consumo. En definitiva, acompañar es una construcción conjunta con avances y retrocesos, que se va modificando en el tiempo (Sedronar, 2019). Por otro lado, se manifiestan situaciones en donde las mujeres enfatizan que se encuentran acompañadas por sus respectivas parejas y se observan padres que asumen la tareas de cuidado de sus hijas/os mientras las mujeres-madres realizan el tratamiento de adicciones.

Redes comunitarias

Las redes comunitarias son aquellos lazos de ayuda informal o formal, planificados o espontáneos, brindados por agentes que no son referentes familiares de las pacientes, como por ejemplo: vecinos, organizaciones, comedores, sociedades de fomento. Según el Ministerio de Desarrollo Social (2022):

Una red comunitaria es un entramado solidario de organizaciones de la sociedad civil, instituciones gubernamentales o privadas o personas humanas, que articulan acciones determinadas para dar respuestas a problemáticas o situaciones que, desde lo individual, resultaría más complejo abordar. Por ejemplo: el mejoramiento del espacio urbano en un barrio o la incorporación en agenda pública de un tema específico (p.6).

Considerar estas redes amplía la mirada y favorece que los acompañamientos no recaigan siempre o solamente en los referentes familiares. Con respecto a las redes comunitarias de las mujeres-madres preexistentes a la internación, frecuentemente observamos tanto en el campo como en los registros profesionales que el vínculo problemático con el consumo ha empobrecido sus ámbitos de socialización, por lo que no cuentan con este tipo de recurso de apoyo y contención tanto en lo que se refiere a su embarazo como a su consumo problemático.

Accesibilidad al sistema de salud

En este apartado nos centramos en otra En relación con el acceso al sistema de salud, se visibilizan diversas barreras en la accesibilidad, es decir, obstáculos para acceder a la atención, terapias, prevención, promoción y cuidados.

En lo que se refiere a las barreras administrativas Comes (2007) las define como las dificultades que impone la organización misma de los servicios, íntimamente relacionada a la sofisticación de la burocratización y a los desarrollos tecnológicos. El acceso a turnos resulta un proceso administrativo poco amigable, que se contradice con la disponibilidad y flexibilidad para el acceso a la asistencia dispuesto en la Ley Básica de Salud de la Ciudad de Buenos Aires. Esta Ley afirma que son derechos de todas las personas en su relación con el sistema de salud y con los servicios de atención, la simplicidad y rapidez en turnos y trámites y respeto de turnos y prácticas y que a su vez debe garantizarse el acceso y utilización equitativos de los servicios, que evite y compense desigualdades sociales y zonales dentro de su territorio, adecuando la respuesta sanitaria a las diversas necesidades. (Ley Básica de Salud de Buenos Aires, N° 153).

La puerta de entrada al sistema de salud para una persona gestante debería efectuarse sin mayores dificultades en un centro de salud barrial o bien en los consultorios externos de los hospitales. Sin embargo, de la investigación surge que el ingreso al sistema de salud resulta ser en ocasiones una travesía, puesto que deben obtener la reserva de la cita con profesionales médicos a través de una turnera, llamando al 147. Se pone en juego en este caso la disponibilidad de un teléfono con saldo para realizar llamadas y el conocimiento de los teléfonos públicos ubicados en los hospitales para realizar esa acción. Y en los casos de determinados servicios que no emplean la línea 147 para organizar la agenda de los profesionales, las usuarias o personas allegadas deben enfrentarse a largas filas para acceder a turnos, situación que es sorteada al pasar la noche en el hospital para asegurarse un lugar a la mañana siguiente.

A las situaciones descriptas, se agregan las barreras simbólicas/culturales, que son imaginarios sociales y representaciones que pueden constituirse en obstáculos por los cuales las mujeres que consumen no acceden al sistema de salud (Comes y otros, 2007). Una de las causas de este tipo de barreras es el estigma que pesa sobre estas mujeres, ya que el consumo tensiona fuertemente los mandatos hegemónicos, que las ubican en el lugar del cuidado de otras personas. Es frecuente y de alto impacto que encontremos ideas sobre el consumo asociadas a los modelos tradicionales de feminidad y masculinidad que definen comportamientos supuestamente adecuados o inadecuados para cada género. Entre las mujeres, los consumos siguen siendo sancionados y estigmatizados en mayor medida y más duramente que los consumos entre los varones, más aún si esa mujer es madre, principalmente por el peso de las representaciones que se asocian a la idea de buena madre.

A partir de la práctica profesional, se observa que las mujeres-madres muchas veces atribuyen al control prenatal una idea de control social del Estado y temen ser penalizadas por estar consumiendo. En este marco, el profesional de la salud es visto como policía del orden y de las “buenas costumbres”, y se observa que las mujeres se sienten juzgadas, y asocian la intervención profesional a una función de

control y vigilancia. Estas mujeres creen que se les cuestionan sus capacidades de criar y cuidar; en consecuencia, en las primeras entrevistas se muestran con una actitud defensiva y reticente. Estas representaciones impactan en el sentido de que las mujeres, por miedo a ser estigmatizadas y juzgadas, no acceden al hospital o centro de salud para control de su embarazo, situación que complejiza el estado de su salud y en consecuencia la posterior intervención de los profesionales.

Por otro lado, las situaciones económicas que presentan las usuarias son mayoritariamente desfavorables. A su vez, las distancias geográficas entre sus viviendas y los hospitales conllevan a que el costo económico del traslado juegue un rol importante. Esto es aún más evidente en las mujeres que residen en la provincia de Buenos Aires, donde las distancias geográficas aumentan. Esto lleva a la reflexión con relación a la necesidad del fortalecimiento del primer nivel de atención, tanto en el acceso para el control de la gestación como en la atención de consumos problemáticos. A su vez, fortalecer el primer nivel de atención, es también dotarlo de prestigio, o de niveles de confianza en que las/os usuarias/os sientan seguridad y confianza para atenderse en dichas instituciones.

Por otro lado, en el caso de las mujeres que se encuentran en situación de calle, las estrategias de supervivencia para la vida cotidiana abarcan la mayor parte del tiempo y de los días. De esta manera, se percibe la imposibilidad de planificar estrategias de cuidado a mediano y largo plazo, la imposibilidad de prever escenarios de riesgo como también el escaso registro de la necesidad de cuidado y control en su embarazo. Así es que se observan mujeres con embarazos avanzados que han tenido escasos o nulos controles prenatales.

Trayectorias de consumo

Con respecto a las trayectorias de consumo, se destaca una iniciación del consumo de diez a más años de antigüedad en la gran mayoría de los casos. De esos inicios manifestaron haber comenzado en forma recreativa en la adolescencia. Dichas trayectorias se caracterizan por no ser lineales, registrándose que en algún punto iniciaron algún tipo de tratamiento, en ocasiones con abstinencia en el consumo. Al momento de la gestación, se dan situaciones de recaída en el consumo, así como otras en las que ya se encontraban consumiendo previamente a la concepción. Se destaca aquí la relación entre el vínculo problemático con el consumo de sustancias de las usuarias con hechos traumáticos en su curso vital que no han tenido elaboración. Ejemplo de esto son situaciones de abuso, violencia física y psíquica sufrida en el ámbito doméstico, violencia de género, duelos no resueltos, entre otros.

De lo expuesto se concluye que en las mujeres-madres en situación de consumo problemático de sustancias se destaca el grupo etario de jóvenes adultas entre los 20 y mediados de los 30 años. Sus trayectorias de consumo comenzaron en la adolescencia en forma recreativa, hasta ir incrementando su consumo y dependencia. Sus trayectorias se caracterizan por no representar una linealidad, ya que han realizado tratamientos y los han abandonado. Respecto a la relación entre el consumo y sus vínculos familiares y sexoafectivos, se concluye que la mayoría presenta redes escasas para el sostén del cuidado de ellas y su tratamiento así como para el cuidado de sus hijas/os, y presentan dificultades en el

entramado vincular con miembros de sus familias primarias, madres, padres, etc. A la vez, algunas usuarias fueron víctimas de violencia de género por parte de sus parejas.

A las situaciones descritas se agrega que las usuarias se encuentran atravesadas por múltiples vulnerabilidades: la inaccesibilidad de la vivienda y la precariedad habitacional, la inestabilidad de su tenencia, y la dificultad en el acceso al subsidio habitacional; la situación económica-laboral precaria, sin inserción en el mercado laboral formal y dedicadas al trabajo reproductivo y en ocasiones a trabajos informales, precarios e inestables. Todas estas situaciones tienen un impacto subjetivo en las usuarias y plantean una complejidad para poder proyectar a largo o mediano plazo. Asimismo, la presencia de barreras simbólicas y administrativas refuerza las dificultades de acceso a servicios y tratamientos.

II.- Procesos de intervención

En este segundo apartado se buscará describir las estrategias de intervención que se despliegan frente a las situaciones de consumo problemático de las mujeres/ madres, en las que es convocado el Servicio Social.

La construcción del problema de intervención se constituye en un campo de disputas en el que convergen actores sociales diversos, detenernos en la secuencia que incluye el pasaje de una demanda inicial a la construcción de un problema de intervención e implica poner de relevancia la comprensión como aspecto central en el que se sintetizan la perspectiva de los sujetos y las mediaciones teóricas (Castro, 2013). En este sentido, se visualiza, a partir de las historias sociales, que el pedido inicial de intervención proviene de los Servicios de Obstetricia y Neonatología. Así, hacen foco en el consumo problemático de las madres a partir del *screening* positivo. A partir de las interconsultas se espera que el Servicio Social evalúe la situación de las madres, indague sobre las competencias parentales y las posibles estrategias de egreso.

El proceso de intervención de trabajo social no es aislado, sino que se entreteje con la intervención de otras profesiones, tanto al interior del hospital como por fuera de este. Como toda problemática social, es compleja, tiene distintas causas y es multidimensional. Se entiende que las mujeres con consumos problemáticos de sustancias psicoactivas tienen sus propias características subjetivas y trayectorias de vida particulares. La complejidad de las situaciones conlleva la construcción de un entramado interdisciplinario para el abordaje de las mismas. La Ley de Salud Mental (2010) menciona que las situaciones de consumo deben abordarse desde un enfoque interdisciplinario. De esta forma, el accionar profesional de las trabajadoras sociales urde los hilos para generar una trama de acciones de distintos profesionales de la salud en pos del bienestar de las usuarias y sus hijas/os.

El primer encuentro con las usuarias se produce en la internación. En las entrevistas de presentación pueden percibirse los imaginarios y representaciones que tienen las mujeres madres respecto a la intervención del trabajo social. En algunas mujeres/madres se observan temores y miedos a ser juzgadas por su consumo durante la etapa gestacional. Sin embargo, en los primeros acercamientos se pretende comenzar a construir un vínculo de confianza y alojar a las mujeres. Se les explica que el objetivo de la intervención es acompañarlas en esta primera etapa de maternidad y cuidado de sus hijas/os. Se

registra un reconocimiento por la dignidad, privacidad y tiempos de las usuarias (fisiológicos y subjetivos), teniendo en cuenta que muchas mujeres recientemente han atravesado un proceso de parto.

Es fundamental pensar el abordaje de las situaciones de mujeres/madres con consumo desde una perspectiva de género, al entender, tal como afirma Pombo (2003), que el género –en tanto régimen político vertebrador de relaciones de poder– opera como un determinante de la salud. Se ha constatado que las construcciones sociales de género condicionan las modalidades en que varones y mujeres protegen su salud, perciben síntomas, transitan enfermedades, subjetivizan malestares, acceden a los sistemas de salud y toman decisiones respecto al cuidado de su salud-enfermedad (Martínez Benlloch, 2003).

Asimismo, es fundamental pensar el abordaje de las situaciones de mujeres/madres con consumo en clave de sujetos de derechos y de la salud como derecho y no desde un posicionamiento punitivo. La Ley Nacional de Salud Mental se promulgó en el año 2010 y marcó un cambio de miradas dentro del campo de los consumos problemáticos. La misma sanciona que las adicciones deben ser abordadas como parte integrante de las políticas de salud mental que reconocen a las personas con consumos problemáticos de sustancias como sujetos de derecho, que gozan de garantías plenas, entre ellas recibir atención sanitaria y social integral y humanizada, a partir del acceso gratuito, igualitario y equitativo. Por lo tanto, lo que se propone es el desplazamiento de las adicciones al campo sanitario. Si este desplazamiento nos indica que el eje de análisis no es la sustancia lícita o ilícita, sino el sujeto, es necesario que pensemos en el vínculo que cada sujeto sostiene con el objeto en cuestión (Benedetti, 2015).

Para poder pensar el abordaje del trabajo social en las prácticas de consumo en la maternidad, es necesario tener en cuenta que la intervención en lo social tiene un ámbito espacial que va siendo definido según la singularidad de cada circunstancia, problema o demanda a partir de los cuales se construye. Por consiguiente, las intervenciones van variando de acuerdo a la heterogeneidad de las mujeres con consumo problemático y a sus trayectorias individuales.

Al profundizar sobre la situación de consumo de las mujeres, observamos diferentes situaciones. Algunas reconocen el consumo de sustancias aunque este no es problematizado: “Expresa consumo eventual de marihuana y alcohol, aunque no reconocen que este sea problemático, justificando el mismo mencionando que lo necesita para relajarse y no cree que haga daño consumir ocasionalmente” (extraído de Historia Social).

En otras el consumo es negado y justificado como por ejemplo “Niega consumo actual de sustancias tóxicas. Agrega que hace tres años dejó de consumir. Es consciente del resultado actual para cocaína en sangre, sin embargo lo asocia a haber mantenido relaciones sexuales no cuidadas con el padre del bebé, a quien también atraviesa una relación compleja con el consumo” (extraído de Historia Social).

Otro ejemplo es el de mujeres que reconocen y problematizan la situación de consumo, teniendo conciencia de riesgo y situación: “Refiere que ha consumido porque estaba triste por la muerte de su hermana. Manifiesta que tiene conocimiento que no es bueno para su salud pero que no sabía cómo lidiar con la situación. Se la observa angustiada” (extraído de Historia Social).

De esta manera, cuando se explora sobre la trayectoria de consumo de las mujeres, se indaga acerca del tiempo que llevan consumiendo si es un consumo eventual o de larga data, en qué circunstancias, si hay conciencia de riesgo y de situación, y asimismo si hay registro de cómo impacta el consumo en la organización de los cuidados. Así se acompaña en la posibilidad de comenzar un tratamiento, ya sea con mirada en la reducción de daños como en la abstinencia.

En gran medida a la mujer madre que consume, cualquiera sea la dosis, frecuencia y ámbito donde lo hace, se la identifica en muchas ocasiones como alguien peligroso “para sí” o “para otros” (en este caso sus bebés) con una personalidad autodestructiva y una actitud despreocupada respecto de su salud (asociada a que no han realizado controles de salud en su embarazo). Esto hace que muchas veces se identifiquen los consumos de las mujeres como expresión de una actitud de no aceptación de las normas sociales, culpabilizando individualmente a quienes tienen un problema, sin situarlas en un contexto social más amplio. Tal como afirma Touze (2006) el consumo se constituye en un problema cuyos efectos implican el refuerzo de procesos de normalización y disciplinamiento social y consecuentemente de estigmatización y discriminación de grupos sociales.

Cuando hablamos de consumos problemáticos, nos centramos en las relaciones que las mujeres establecen con las sustancias, siempre en un contexto determinado (Sedronar, 2019). Los efectos de las sustancias y el impacto que tienen en la vida cotidiana de las mujeres no son lineales y dependen de las condiciones de vida de la persona: el acceso a la salud integral y a servicios, la situación de vulnerabilidad socioeconómica, la posición de género, el significado de esos consumos, contar con redes afectivas, entre otras.

Sin desmerecer la importancia de hablar sobre los riesgos y las consecuencias físicas y sociales que el consumo tiene sobre las mujeres y sus bebés, es central poder trascender esto e indagar estas dimensiones, más allá del consumo. En ese sentido, es importante acompañar de modo integral y cuestionarse: ¿qué motiva realmente ese consumo? ¿Qué sentidos las mujeres le atribuyen a sus prácticas de consumo? ¿Qué aspectos le preocupan, qué es lo que está depositando en esa sustancia? ¿Por qué no acceden al control de su salud y embarazo? ¿Hay conciencia de situación y riesgo? ¿Se encuentran acompañadas?

En definitiva, la intervención del trabajo social aporta a que las situaciones de consumo de las mujeres/madres no queden reducidas a su expresión biológica e individual sino que den cuenta de la incidencia de otros factores que operan como sus fragilizadores o sus protectores, entre los que se ubica el género. Cabe señalar que el género no opera autónomamente como determinante de la salud, sino que lo hace en articulación con otros condicionantes de la estratificación social, entre los que se destacan la clase social, la etnia/raza y la edad (Esteban, 2006).

La intervención del trabajo social permite una modalidad de abordaje integral que contempla la complejidad de la situación social de las mujeres/madres, los recursos materiales y redes de apoyo con los que cuenta así como también visibiliza el deseo existente o no de materner y las posibilidades reales de realizar un tratamiento, entre otros aspectos. De esta manera, no solo se trabaja sobre la sustancia sino que se forma una red de estrategias para acompañar a las mujeres/madres en su singularidad,

desde una escucha activa que contenga, acompañe, sostenga y genere mecanismos para el acceso y adhesión a un tratamiento.

La construcción de redes

Es fundamental explorar la existencia de redes de apoyo y contención de las mujeres que puedan acompañar tanto en el proceso de cuidado de sus hijas/os como en su situación de consumo.

Generalmente los referentes familiares son uno de los primeros recursos para pensar en los cuidados. De todos modos, es necesario contemplar también la posibilidad de que no siempre las familias se encuentren en condiciones de realizar ese trabajo de acompañamiento. También podemos hallarnos en situaciones en que por diversos motivos no es conveniente que determinados familiares participen del proceso, por no ser un referente de apoyo para las mujeres (por ejemplo, por estar también en situación de consumo, por situaciones de violencias, abusos, etc.). En las situaciones en que sí es posible, resulta fundamental promover el involucramiento del varón en las tareas de cuidado de sus hijas/os al entender que la democratización de los cuidados es justicia social. La participación activa del padre, corresponsable y con dedicación en las tareas de cuidado y crianza reduce la carga de cuidado en las mujeres, disminuye el estrés de la madre, incrementa su bienestar y la calidad de sus interacciones, además de aumentar sus posibilidades de empoderamiento y de trabajar remuneradamente (Barker, 2003), así como también incrementa las posibilidades de que las mujeres/ madres puedan realizar un tratamiento.

Como ya hemos mencionado anteriormente, aunque las situaciones de consumo son heterogéneas, frecuentemente observamos que las mujeres que tienen una relación problemática con el consumo van empobreciendo sus ámbitos de socialización.

Sedronar plantea que el consumo se presenta como una respuesta inmediata frente a la demanda de satisfacción, pero que los efectos son también efímeros y fugaces (Sedronar, 2019). Los vínculos también son fuente de satisfacción para las personas, pero por el contrario, el sostenimiento de vínculos y lazos sociales saludables supone un trabajo que no está basado en la inmediatez sino en acciones de reciprocidad que se construyen en el tiempo, resultando una respuesta de sostén más duradera. Entonces podemos decir que la lógica del consumo es opuesta a la lógica de los vínculos.

A partir de la investigación y la observación de las autoras, se considera importante que trabajemos en pos de fortalecer vínculos, al entender el lazo social como algo opuesto a los consumos. Es importante brindar herramientas para que los referentes vinculares contribuyan de modo constructivo en la contención, cuidado y acompañamiento de las mujeres y sus hijas/os.

De las historias sociales se observa que la maternidad en ocasiones se constituye como un nuevo comienzo. En gran medida se observa que las mujeres/ madres concurren a los centros de salud y hospitales para controlar la salud de sus hijas/os. Esta instancia nos permite trabajar sobre el acceso al cuidado de su propia salud, fortalecer la permanencia al sistema de salud público e indagar en la reconstrucción de redes vinculares de las mujeres.

Fortalecimiento de las competencias parentales

Cuando acompañamos en la inclusión educativa, en el desarrollo laboral o en el cuidado de los lazos familiares y de amistad estamos trabajando con la prevención y los cuidados de las mujeres y sus hijos/as. Al referirnos a las competencias parentales, hablamos de la capacidad para cuidar de los hijos/as y dar respuestas adecuadas a sus necesidades. En la misma línea, Rodrigo, Máiquez, Martín y Byrne (2008) definen las competencias parentales:

(...) como el conjunto de capacidades que permiten a los padres afrontar de forma flexible y adaptativa la tarea vital de ser padres, de acuerdo con las necesidades evolutivas y educativas de las/os hijas/os y con los estándares considerados como aceptables por la sociedad, y aprovechando todas las oportunidades y apoyos que les ofrecen los sistemas de influencia de la familia para desarrollar estas capacidades (p.8).

A partir de la maternidad, en algunas situaciones se percibe un quiebre en las trayectorias de consumo. En gran medida lo que se observa es que este quiebre es a partir del nacimiento de sus hijas/os y no así cuando han transitado el embarazo. Un ejemplo de lo mencionado, “Reconoce haber consumido durante el embarazo, pero que ahora quiere dejar de consumir para estar bien para su bebé” (extraído de Historia Social).

A la hora de pensar este quiebre, se considera que el mismo puede ser favorecido por la movilización e intervención de diversos profesionales que buscan garantizar los derechos y acceso a la salud tanto de la madre como del bebé. Este momento de quiebre nos permite poder llevar a cabo acciones destinadas a influenciar positivamente las competencias parentales, ya sea promoviendo su adquisición, facilitando la mejora de las mismas o incluso rehabilitando cuando sea necesario. Se observaron algunas de estas acciones que se llevaron a cabo. Se enumeran a continuación ejemplos de lo mencionado:

- Se fomentó la construcción de vínculo de apego con sus hijas/os, construyendo estrategias que prioricen el vínculo materno/filial. Según Barudy y Dantagnan (2010), una de las capacidades parentales fundamentales es la capacidad de vincularse a las/os hijas/os. En la mayoría de las situaciones se observa un vínculo de apego con sus bebés y se visibiliza en las mujeres el deseo de maternar aun en situaciones donde la maternidad no había sido un proyecto planificado.
- Se incentivó la adherencia al tratamiento y se articuló con el servicio de toxicología, realizando un acompañamiento en el inicio del mismo. La internación de las mujeres/ madres se puede construir como oportunidad para comenzar un nuevo tratamiento.
- Se trabajó en la organización de los cuidados con sus referentes familiares. Se interviene junto al paciente y su red sociofamiliar sobre diferentes estrategias de organización de los cuidados domiciliarios, las actividades diarias, los roles y funciones necesarios y asignación de responsabilidades en los integrantes de la red.

Se concibe que estas estrategias de acompañamiento y contención de los agentes estatales pueden tener una incidencia profunda en la transformación de la subjetividad y un cambio en el posicionamiento de las mujeres frente al consumo.

Egreso hospitalario

Para pensar las modalidades de egreso hospitalario, se aplican prioritariamente aquellas medidas de protección de derechos que tengan por finalidad la preservación y el fortalecimiento de los vínculos familiares con relación a las niñas, niños y adolescentes. Se comprende que el consumo no inhabilita la posibilidad de maternar y se realizan acciones que acompañen la situación de consumo de las mujeres y que potencien las competencias parentales.

La Ley Nacional de Salud Mental (Ley de Salud Mental N° 26.657; 2010) propone tratamientos dignos que atiendan la singularidad de la persona y que permitan que las mismas puedan tomar decisiones relacionadas a su salud dentro de sus posibilidades; prioriza los tratamientos ambulatorios y limita las internaciones a situaciones en donde no sea posible otra opción o por existir una situación de riesgo cierto e inminente para la persona o terceros; el abordaje de la problemática es planteado desde un trabajo intersectorial e interdisciplinario.

Se han observado mujeres que realizaron varios tratamientos en su trayectoria de vida y han abandonado los mismos. Se trae ejemplos de lo mencionado: “Madre de 27 años que refiere que ha consumido desde los 15, ha comenzado varios tratamientos pero refiere que al estar en situación de calle no puede sostenerlos” (extraído de Historia Social); “madre de 19 años que refiere que no puede asistir al tratamiento de toxicología porque debe quedarse cuidando a su bebe y hermanos pequeños” (extraído de Historia Social).

Es necesario tener en cuenta los umbrales de exigencia o diferentes modalidades de los dispositivos, la cercanía física, los medios de transporte con que contamos y la accesibilidad en términos integrales. Se debe considerar que antes de optar por una propuesta de tratamiento es necesario entender las condiciones de la persona, teniendo en cuenta que los recursos con los que se cuenta sean acordes a las posibilidades.

Contemplar estas características y preguntarse qué posibilidades concretas tienen las mujeres-madres de realizar los tratamientos, cuando la gran mayoría no cuentan con red de contención y apoyo, nos permite articular distintas modalidades de abordaje que consideren las singularidades. En definitiva, cuando los encuadres propuestos son difíciles de cumplir o no son los adecuados para las mujeres o sus referentes familiares, muchas veces se interrumpen los tratamientos.

El acceso al tratamiento, como el sostenimiento del mismo a lo largo del tiempo, se dificulta cuando las condiciones materiales de reproducción de la vida de las usuarias están marcadas por la precariedad y la inestabilidad.

La Ley de Salud Mental (2010) menciona que las situaciones de consumo deben abordarse como parte integrante de las políticas de salud mental y propone el desarrollo de abordajes de cuidado bajo enfoques comunitarios, interdisciplinarios e intersectoriales. No obstante, se observa la escasez de

políticas y los limitados dispositivos que se encuentran disponibles al momento de pensar alternativas de tratamiento y acompañamiento en las situaciones de consumo de las mujeres.

Además, si bien existen instituciones destinadas al tratamiento del consumo en que las usuarias madres pueden alojarse con sus hijas/os, sus vacantes no abundan. Esto expone la ausencia de políticas específicas destinadas a mujeres/madres con consumo problemático y las serias limitaciones que se encuentran en la práctica profesional para desarrollar una atención integral a las mismas.

Se hace imprescindible visibilizar la falta de respuesta de las políticas sociosanitarias, cuando el Estado es el actor responsable de garantizar el acceso a la salud integral de las/os sujetos.

Conclusiones

Dentro del análisis expuesto, es posible observar que la población estudiada está compuesta mayoritariamente por mujeres/madres adultas jóvenes, residentes de zonas urbanizadas de la CABA (con prevalencia en el barrio 31 de Retiro por pertenecer al área programática del hospital) y la provincia de Buenos Aires. Estas mujeres atraviesan situaciones de vulnerabilidad económica y habitacional, relacionadas con la inestabilidad en la tenencia de la vivienda, las dificultades para su acceso, o condiciones habitacionales deficitarias. En el extremo de la precariedad, se encuentran en situación de calle. Por otro lado, existe una intersección entre la vulnerabilidad económica y habitacional y las trayectorias de consumo. A través del análisis de las historias clínicas y la reconstrucción de sus historias de vida, es posible observar que el vínculo de estas mujeres con el consumo se caracteriza por tener variaciones en sus formas e intensidades y que se vincula, no solo con sus condiciones materiales, sino con sus lazos sociales y el afrontamiento de experiencias traumáticas vividas en su curso vital, tal como violencias, abusos y duelos. En relación a la vida cotidiana de estas mujeres, nos encontramos con redes familiares y socioafectivas debilitadas, con dificultades para establecer círculos de cuidado y con recorridos de trabajo reproductivo no pago. Es por ello que sostenemos la importancia de pensar la intersección del consumo, la clase y el género a la hora de acompañar. Considerando la salud en su aspecto integral, se identifica la desprotección en cuanto ausencia de políticas destinadas a la población. Asimismo, tanto el acceso como la permanencia en el sistema sociosanitario para recibir atención y cuidado en relación al consumo problemático y al embarazo, están obstaculizados por barreras administrativas, simbólicas, culturales y económicas. Esta situación se agrava al no contar con políticas focalizadas para la población. La falta de políticas de prevención y promoción y de asistencia marca un distanciamiento del Estado y realza el rol de las familias, el mercado y la comunidad. De este modo, las demandas de atención ocurren en instituciones públicas –en nuestro caso en instituciones del subsistema público de salud–, mayoritariamente en contextos de urgencia y emergencia, con situaciones complejizadas y donde deben intervenir distintos organismos.

Se considera la relevancia de que nuestras intervenciones sean realizadas desde una perspectiva de género, lo cual implica dejar de lado ciertas representaciones sociales sobre la maternidad, para pensarlas no de forma estática, sino en construcción y transformación. Sostenemos que es necesario

abordar desde la singularidad cada situación y construir estrategias que prioricen el vínculo madre-hija/o desde una perspectiva de derechos. En suma, a partir de lo observado, concluimos en que no existe una única manera de maternar, sino que las formas son diversas. De este modo, la complejidad de la situación social y un posicionamiento ético-político con perspectiva de género invitan al desafío de avanzar en la comprensión de las particularidades que adopta el ejercicio de la maternidad.

Finalmente, señalamos que la intervención del trabajo social se dirige a favorecer el acceso al sistema de salud, al realizar acciones preventivas y de fortalecimiento de cuidados de las mujeres/madres, de sus hijos/as y de los lazos comunitarios, con el objetivo de construir las estrategias que posibiliten el ejercicio de la maternidad de estas mujeres en las situaciones en que ese deseo exista y la protección de los derechos de niñas, niños y adolescentes.

Lista de referencias

- Barudy, J. y Dantagnan, M. (2010). *Los desafíos invisibles de ser madre o padre. Manual de evaluación de las competencias y la resiliencia parental*. Gedisa. Barcelona.
- Barker, G. (2003). *Men's Participation as Fathers in the Latin American and Caribbean Region: A Critical Literature Review with Policy Considerations*. World Bank (Final Draft).
- Benedetti, E. (2015). *Hacia un pensamiento clínico acerca del consumo problemático*. Laura Bonaparte. Buenos Aires.
- Castro, S. (2013). La construcción del problema en Trabajo Social: reflexiones en torno a la comprensión y la singularidad de la dimensión "familiar" Miradas sobre la intervención. *Revista Debate Público Reflexión de Trabajo Social*. Año 3 N° 6. Facultad de Ciencias Sociales .UBA.
- Comes, Y.; Solitario, R.; Garbus, P.; Mauro, M.; Czerniecki, S.; Vázquez, A.; Sotelo, R. y Stolkiner, A. (2007). El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios. *Anuario de investigaciones*.UBA. Bs. As.
- Congreso de la República Argentina (2014). *Ley de Plan Integral para el Abordaje de los Consumos Problemáticos*. N° 26934 Buenos Aires. Congreso de la República Argentina.
- Congreso de la República Argentina (2010). *Ley de Salud Mental N° 26.657*. Buenos Aires.
- Esteban, M.L. (2006). El estudio de la salud y el género: las ventajas de un enfoque antropológico y feminista. *Salud Colectiva*, vol. 2 N° 1, 9-20.
- Infantino, A. I. (2019). *Especialización en Salud Social y Comunitaria. Modelos de atención a mujeres con consumo problemático de sustancias en tres dispositivos del municipio de Moreno*. Tesis Doctoral, Universidad Nacional de Luján. Argentina
- Martínez Benlloch, I. (2003). Los efectos de las asimetrías de género en la salud de las mujeres. *Anuario de Psicología* vol. 34, N° 2, 253-266. Facultat de Psicologia, Universitat de Barcelona.
- Ministerio de Desarrollo Social. Secretaria de Inclusión Social. (2022). *Herramientas para el fortalecimientos de las Organizaciones Comunitarias. Redes Territoriales para Organizaciones Comunitarias*. Buenos Aires.

- Pombo, M. G. (2012). La inclusión de la perspectiva de género en el campo de la salud. Disputas por la (des)politicación del género. *Revista Margen*. Buenos Aires.
- Rodrigo, M. J.; Máiquez, M. L.; Martín, J. C. y Byrne, S. (2008). Preservación familiar: un enfoque positivo para la intervención con familias. *Pirámide*. Madrid
- Sedronar. (2019). Abordaje integral de los consumos problemáticos. Recuperado de: <http://biblioteca.sedronar.gov.ar>
- Seidmann, S. Azzollini, S. Di Iorio, J. Thomé, S. (2009). Jóvenes en situación de calle: prácticas y saberes que organizan la vida cotidiana. *II Congreso Internacional de Investigación de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de La Plata*. Universidad Nacional de la Plata.
- Touze, G. (2006). Saberes y prácticas sobre drogas. El caso de la pasta base de cocaína. *Intercambios*. Buenos Aires.
- Verea, P. (2004). Malas madres. La construcción social de la maternidad. *Debate feminista*, vol.30. Universidad de Guadalajara. México.

Cita recomendada

Elizalde, I. M. y Rostkier, S. N. (2024). Maternidades y consumo problemático: reflexiones desde el Trabajo. *Conciencia Social. Revista digital de Trabajo Social*, 7 (14). 75-90. Recuperado de: <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/ConCienciaSocial/article/view/44884> 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 las autoras

Inés María Elizalde

Argentina. Licenciada en Trabajo Social por la Universidad de Buenos Aires. Residente en la Residencia de Trabajo Social en Salud en el Hospital Fernández de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Correo electrónico: inemelizalde@gmail.com

Salomé Nancy Rostkier

Argentina. Licenciada en Trabajo Social por la Universidad de Buenos Aires. Residente en la Residencia de Trabajo Social en Salud en el Hospital Fernández de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Correo electrónico: salotrabajosocial@gmail.com