



**UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
ESCUELA DE POSTGRADO**

**¿BUENA MADRE? ¿MALA MADRE?
Maternidad y dependencia de drogas**

**Tesis para optar al grado de Magister en Psicología, mención Psicología Clínica Infanto
Juvenil**

KATHERIN ROJAS ESPÍNOLA

**Profesor(a) Guía:
Esteban Radiszcz
Profesor Co-Guía:
Marianella Abarzúa**

Santiago de Chile, año 2016

RESUMEN

El presente estudio intentó develar la maternidad en contextos de adicción, por medio de entrevistas y observaciones etnográficas de dos mujeres madres con dependencia al consumo de sustancias, que iniciaron tratamiento de rehabilitación en un Programa Ambulatorio Intensivo de la III Región de Atacama. El estudio desarrolló un diseño cualitativo, que contempló observaciones etnográficas y entrevistas en profundidad a madres, familiares y miembros del equipo de salud tratante; con el propósito de comprender las prácticas de cuidado y los discursos sobre la maternidad. Mediante las observaciones etnográficas se buscó conocer las prácticas de cuidado a sus hijos, tanto en la vida cotidiana de su hogar y como en su proceso de rehabilitación. A su vez, por medio de las entrevistas se buscó conocer sus discursos sobre la maternidad, así como la visión de quienes participan de los procesos de rehabilitación de estas mujeres (red de apoyo familiar y equipo de salud mental tratante). Los resultados sugieren que las madres experimentan la maternidad de forma compleja, reestructurando su proyecto de vida e intentando avenirse con esta nueva identidad. La maternidad es valorada por el equipo de salud, de acuerdo a los resultados de su proceso terapéutico. Las madres realizan prácticas de cuidado hacia sus hijos, incluso en períodos de consumo. El rol de la familia muestra dos aristas, como apoyo y obstaculizador para el cuidado de los hijos y el proceso de rehabilitación.

Palabras claves: maternidad, adicción, prácticas de cuidado maternal, proceso de rehabilitación de sustancias.

ÍNDICE

	Página
1. Introducción	5
2. Marco teórico	11
2.1. Maternidad y políticas sociales	11
2.2. Maternidad y prácticas de cuidado materno	17
2.3. Maternidad, adicción y familia	26
3. Objetivos	38
4. Marco metodológico	39
4.1. Diseño	39
4.2. Muestra	40
4.3. Procedimiento	41
4.4. Técnica de producción y recolección de datos	42
4.5. Análisis de datos	43
4.6. Consideraciones éticas	44
5. Resultados	45

5.1.	Descripción de casos	45
5.2.	Tablas descriptivas de los participantes	46
5.3.	Construcción de categorías y sus dimensiones	49
5.4.	Análisis relacional	90
5.5.	Análisis de codificación axial	93
5.6.	Observación etnográfica	95
6.	Conclusiones y discusión	100
7.	Referencias bibliográficas	123
8.	Anexos	135

1. INTRODUCCIÓN

Los estudios realizados en torno al consumo de drogas muestran un sostenido incremento del consumo en la población general: desde el año 2012 al 2014 existe un aumento porcentual que va desde un 0,8% en el caso del tabaco, hasta un 10% para el alcohol.¹ Si bien las cifras de consumo son más altas en el caso de los hombres, se aprecia también un aumento sostenido en toda la población general (Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol [SENDA], 2015).

La misma situación ocurre en el caso de las mujeres, al comparar el año 2012 respecto del año 2014 se observa un incremento sostenido en el consumo. El consumo de drogas crece al menos 3% en promedio por sustancia. Las prevalencias son tabaco 22,2%, alcohol 42,5%, marihuana 8,1%, cocaína 1% y pasta base se mantiene en un 1% (SENDA, 2015).

De esta manera, aun cuando, de acuerdo al Servicio Nacional para la Prevención y la Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA²) (2007), la prevalencia de consumo de drogas es mayor en hombres que en mujeres de todas las edades y poblaciones estudiadas, las tasas de dependencia a la cocaína y pasta base son mucho más altas en las mujeres que en los hombres (SENAME, 2010). La adicción en las mujeres se desarrollaría mucho más rápido y sería de más larga duración, a pesar de que consuman cantidades menores de drogas, por lo que tienden a participar mucho más de tratamientos de rehabilitación (Pérez y Correa, 2011).

Al analizar la entrada de la mujer al consumo de drogas, se descubre que el inicio estaría marcado por la influencia del novio o pareja. Cabe destacar que, aun cuando los hombres tienen prevalencias más altas en el consumo de drogas, las mujeres sufren en un 50-100% más los efectos problemáticos vinculados con su consumo (Pérez y Correa, 2011).

¹ El detalle de prevalencia de consumo por sustancia es la siguiente: el año 2012 el tabaco tenía una prevalencia de 21,9%, alcohol 40,8%, marihuana 7,1%, cocaína 0,9% y pasta base: 0,4%. En cambio, el año 2014 los valores son: tabaco 22,7%, alcohol 48,9%, marihuana 11,3%, cocaína 1,4% y pasta base 0,5%.

² De ahora en adelante se utilizará la sigla para referirse al servicio.

En relación a las mujeres que consumen drogas y que son madres, no se cuenta con cifras nacionales sobre el problema. Sí se cuenta con datos de mujeres embarazadas que consumen drogas.

Lara (2015), en una exposición de mesa de trabajo: “Embarazo, lactancia y drogas”, señala que de un universo de 253 mujeres embarazadas, que consumen drogas, indica que el 66, 5% de ellas consumen pasta base y el 13% cocaína; así como un 83% ha sido diagnosticada por dependencia al consumo de sustancias y a un 34% se le suma además el diagnóstico de trastorno de personalidad y de comportamiento del adulto, al momento de ingresar a tratamiento de rehabilitación. Además, un 44% se encuentra en programas de rehabilitación con enfoque de género (6% en residencial y 74% ambulatorio) y un 55% en programas de población general.

La autora realiza una descripción sociodemográfica de las madres con consumo de drogas que participaron de su estudio: las edades principales van desde los 20 a los 39 años de edad, su escolaridad es enseñanza media incompleta, generalmente se encuentra sin pareja, un 85% de ellas tiene más de 2 hijos, su condición ocupacional son los quehaceres del hogar o se encuentran cesantes, la sustancia principal es en un 67% la pasta base y residen, en su mayoría, en la Región Metropolitana (Lara, 2015).

Si bien existen esfuerzos de políticas sociales que aborden esta situación, aún son insuficientes. Por ejemplo, el total de Programas de Rehabilitación de Drogas con enfoque de género contemplan la atención de menos de un tercio de madres –por madres se entiende a mujeres que están embarazadas y aquellas con hijos- con adicción a sustancias, encontrándose el resto de ellas se insertas en Programas de Población General, los cuales no considera necesariamente sus particularidades y necesidades (Lara, 2015). Esto respondería a que los programas de tratamiento y rehabilitación para sujetos con adicción han sido diseñados por y para hombres, por lo que las necesidades específicas de las mujeres no han sido suficientemente consideradas (Servicio Nacional de Menores [SENAME], 2010).

Problematización

En tal sentido, la problemática de la dependencia de sustancias en mujeres tiene relevancia a nivel de políticas públicas, porque el consumo en ellas conllevaría las siguientes consecuencias: aumento de pacientes crónicos que necesitan tratamiento multidisciplinario, aumento de gasto gubernamental por desnutrición de niños recién nacidos, frecuencia y gravedad de hospitalizaciones y aumento de gasto social por incapacidad laboral, déficit intelectual, disfunción familiar y delincuencia y drogadicción juvenil (SENDA, 2010).

De esta manera, el tema adquiere relevancia debido a los costos sociales implicados pero también, como lo señala el Director Nacional de SENDA Mariano Montenegro (2015, en Lara, 2015), porque si la madre se encuentra fragilizada, todo el sistema familiar lo está. Históricamente se ha adjudicado distintos roles en torno al género y maternidad, eximiendo tradicionalmente a los hombres de los cuidados de los hijos, y se ha condenado a las mujeres por no desempeñarlos a cabalidad (Conejo y Rojas, 2012; Servicio Nacional de Menores [SENAME], 2010).

Pensar el rol materno, sobre todo en contextos de alta vulnerabilidad y de dependencia de drogas, se vuelve relevante debido a la posición de desamparo en que se encuentran estas mujeres y el rechazo que reciben por parte de la sociedad, siendo tildadas muchas veces de “malas madres” y/o “desviadas” (Castilla y Lorenzo, 2012). Si bien la creencia popular considera que las madres que usan drogas son egoístas, indiferentes y negligentes con sus hijos, existen estudios que muestran que estas mujeres valoran altamente su maternidad y mantienen altos estándares para la crianza de los niños, mostrándose preocupadas por los posibles riesgos para sus hijos y defendiendo su identidad materna de las influencias negativas del consumo (Kearney, Murphy y Rosenbaum, 1994).

Desgraciadamente, la situación por la que atraviesan las madres con dependencia no sólo implica una triple exclusión (en tanto se trataría de mujeres pobres, adictas y que abandonan a sus hijos), sino que se les discrimina, cuestiona e incluso anula en la toma de decisiones respecto a sus hijos. Por ejemplo, son objeto de prejuicio y exclusión en las instituciones de salud donde paren a sus

hijos, evento que inaugura una cadena de toma de decisiones que la involucran a ella y su hijo y que, en ocasiones, concluye en la separación de la díada (Schramm, 2007).

De acuerdo a la ley chilena, una de las razones que anula a la madre de la toma de decisiones respecto a su hijo y que además la separa de éste, es la inhabilidad parental, ya sea inhabilidad física o moral frente a “maltrato, descuido u otra causa calificada” (Rodríguez, 2009 p. 547), donde la regla superior es el principio del interés superior del niño (Rodríguez, 2009). Esta inhabilidad puede ser transitoria o permanente de parte de las figuras adultas responsables de los cuidados a los niños, y puede activarse debido a la grave vulneración de derechos de la que han sido víctimas, como por ejemplo problemáticas de maltrato grave, explotación sexual comercial, situación de calle, drogadicción, infracciones a la ley penal de niños/as y adolescentes, entre otras (Martínez et al., 2014).

Más específicamente, las causales para determinar inhabilidad del ejercicio del rol parental -de la madre y/o del padre biológico-, tanto física o moral son: cuando estuvieren incapacitados mentalmente; cuando padecieran de alcoholismo crónico, cuando no velaren por la crianza, cuidado personal o educación del hijo; cuando consintieren en que el hijo se entregue a la vía o en lugares públicos a la vagancia o a la mendicidad, ya sea en forma franca o a pretexto de profesión u oficio; cuando hubieren sido condenados por secuestro o abandono de menores; cuando maltraten o dieran malos ejemplos al menor o cuando la permanencia de éste en el hogar constituyere un peligro para su moralidad; y cuando cualesquiera otras causas coloquen al menor en peligro moral o material (Marchant, Argote, Ossa y Rojas, 2011).

Es por esto, que las madres adictas, son consideradas, muchas veces, inhábiles, ya sea frente a su condición de adicción propiamente tal o sobre conductas derivadas de esta adicción que pueden afectar al hijo/a, se cree cometen descuidos o cualquier otra conducta “desviada” hacia sus hijos (Castilla y Lorenzo, 2012).

Es preciso ahondar más exhaustivamente en torno al fenómeno de las madres que presentan adicción a sustancias, frente a la diversidad de prácticas en torno al problema, implementadas por los equipos de salud o los mismos familiares de las usuarias. Al ser descubiertos públicamente los hábitos de consumo, se sanciona a la madre y se le penaliza por conductas de negligencia y

maltrato, mediante leyes que interponen medidas de protección a favor de los recién nacidos, para que éstos queden al cuidado de un familiar (generalmente la abuela) o ingresen a hogares de la red SENAME (Schramm, 2007).

Cuando las madres adictas se oponen a cualquiera de estas medidas y logran sostener ante los equipos de salud y/o los Tribunales de Familia su motivación por iniciar un proceso de rehabilitación, tienen dos opciones: o bien ingresan a tratamientos residenciales (comunidades terapéuticas cerradas) con sus hijos; o bien son ingresadas a tratamientos de rehabilitación ambulatorios, ya sea en atención primaria, secundaria o terciaria. En muchos casos, todas estas acciones de rehabilitación se encuentran respaldadas no sólo por los equipos de tratamiento y/o los familiares, sino también por la acción de los Tribunales de Familia correspondientes.

Todas estas intervenciones que buscan proteger la integridad del niño o niña y rehabilitar a la madre, si bien tienen un fundamento técnico, pueden estar motivadas por un desconocimiento o falta de preparación por parte de los equipos de salud (Ramírez-Elizondo, 2011), más que por la confirmación de que la madre o el hijo se encuentren corriendo riesgo. De esta manera, darían cuenta de un accionar por incertidumbre, motivado por la complejidad del fenómeno y los diversos factores involucrados en la adicción de una madre, lo que perturba y empaña el proceder de los equipos de salud quienes, a falta de capacitación y manejo de las particularidades de estas pacientes, actúan implementando procesos inadecuados, prejuiciosos y que incluso pueden implicar una trasgresión de los derechos de madres consumidoras (Ramírez-Elizondo, 2011).

En contextos hospitalarios, la etiqueta “madre drogadicta” contempla a mujeres que tienen antecedentes de dependencia de drogas, pero sin especificar en qué momento hubo consumo, ni en qué cantidades, ni qué tipo de droga se consumió, ni si hubo o hay dependencia, ni si todavía existe consumo. Todas las características que pueden ayudar a especificar la particularidad de cada usuaria -pudiendo orientar la forma de abordar la singularidad de cada caso- no son necesariamente consideradas por parte de los equipos de salud, tendiendo a formas de tratamiento homogeneizantes, aunque las realidades de estas “madres drogadictas” sean completamente diferentes (Ramírez-Elizondo, 2011).

No se ha tratado en profundidad el tema de la adicción en madres y, menos todavía, ahondando en sus dinámicas emocionales y sentimientos maternos (Castilla y Lorenzo, 2012). Tales antecedentes fundamentan la necesidad de comprender con mayor precisión cómo se desarrolla la maternidad en mujeres con adicción, pudiendo generar herramientas que mejoren la toma de decisiones en torno a las políticas públicas que buscan abordar este problema, así como sugerencias para enriquecer los programas de tratamiento de rehabilitación. En términos políticos, este estudio busca comprender a la madre adicta como un sujeto social válido, intentando dar voz a mujeres cuya voz ha sido cooptada o silenciada.

Las decisiones judiciales que decretan la separación de la díada madre-hijo -mediante, por ejemplo, mediadas de protección a favor del niño/a-, tan relevantes para la madre y su hijo, deben ser muy bien reflexionadas y considerar la mayor cantidad de variables contextuales presentes. La separación de un niño o una niña de su madre, aún cuando pudiese resguardar su bienestar físico, podría estar introduciendo consecuencias desfavorables para su salud mental (si pensamos, por ejemplo, en los efectos de la separación temprana y los procesos de institucionalización), ya que como señala Marchant, el vínculo que une al niño/a con su madre, le entrega simbolismo, deseo, historia y palabra, aspecto que le permitirá una relación ante el otro e inscribirse como miembro de una comunidad (2007).

Así como también puede afectar la motivación al cambio de una madre dependiente a las drogas, al perder el contacto con su hijo/a, puesto que se debilita el vínculo con el hijo/a (Kearney, Murphy y Rosenbaum, 1994), o como lo describe Marchant, es difícil “reestablecer el vínculo roto” entre la madre y su hijo cuando se han separado por negligencia o maltrato (2007, p. 128).

Como cierre de este apartado, se propone la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuáles son los discursos sobre la maternidad y cuáles son las prácticas de cuidado materno de mujeres con adicción que han ingresado a un Programa Ambulatorio Intensivo? Tal pregunta será abordada en base al relato de madres, sus familias y el equipo de salud a cargo de su tratamiento; así como de observaciones etnográficas llevadas a cabo en el programa y en el hogar.

2. MARCO TEÓRICO

Esta revisión está compuesta por tres ejes temáticos principales. El primero de ellos es *Maternidad y Políticas Sociales*, donde se realizará una revisión de los programas destinados a apoyar la maternidad en nuestro país. Luego se abordará el tema *Maternidad y prácticas de cuidado materno*, en el cual se revisará el concepto de maternidad desde una línea sociocultural y otra psicoanalítica, con énfasis en maternidad en contextos vulnerables. Asimismo, se revisará el concepto de prácticas de cuidado en general y las prácticas de cuidado materno, en particular.

Un tercer eje temático ahondará sobre *Maternidad, consumo de drogas y familia*, en donde se examinará literatura sobre las madres adictas, los cuidados que desarrollan en consumo, razones que las llevan a consumir, así como la dinámica y efectos del consumo. Finalmente, se examinará el proceso recuperación de la madre adicta y la figura de la familia en este escenario.

2.1. Maternidad y políticas sociales

Se describen las principales políticas sociales de protección de la maternidad en Chile, organizadas de acuerdo a los sectores que organizan el diseño y la ejecución de las políticas públicas:

Salud

Las políticas de salud en torno a la maternidad, están orientadas hacia el universo de madres, con una focalización en aquellas que presentan vulnerabilidad socioeconómica y/o madres que se encuentran insertas en el mercado laboral. Estas políticas están destinadas no sólo hacia la madre, sino que están formuladas hacia la díada madre-hijo/a o, al menos, proyectan un impacto también hacia el niño/a (Casas y Valenzuela, 2012).

La maternidad segura de la Red Protege, es potenciada por el trabajo de los profesionales de la salud de la red pública, reforzando el trabajo integrando un enfoque de derechos humanos,

determinantes sociales y participación ciudadana. Aun así, en contextos de alta vulnerabilidad, la maternidad “segura” presenta condiciones especialmente problemáticas, debido a que las condiciones de vulnerabilidad social se asocian a mayores niveles de estrés y ansiedad durante la gestación (Arcos et al., 2011). Arcos et al, en un estudio realizado en la comuna de Pudahuel el año 2011, señala que el 91% de las familias de mujeres embarazadas tienen indicadores de vulnerabilidad, y el 54% de ellas se podía considerar con pobreza dura. Existe evidencia de que los mayores niveles de estrés y ansiedad antes y durante el embarazo asociados a una condición social vulnerable, podrían estar relacionados con prematurez, bajo peso al nacer, rezago o retraso en el desarrollo del niño/a, entre otros. Por ello, la *Red Protege* ha desarrollado el Programa *Chile Crece Contigo*, política pública orientada a disminuir desigualdades desde la gestación hasta los 4 años del niño, especialmente en los contextos más vulnerables del país (Arcos et al., 2011).

El Programa *Chile Crece Contigo* (en adelante, CHCC), disponible en cada uno de los centros de atención primaria, secundaria y terciaria del país, tiene como objetivo principal entregar apoyo a los niños, niñas, familias y/o cuidadores, buscando entrenar y potenciar las habilidades de cuidado de los adultos, con el propósito de estimular y desarrollar al máximo las capacidades de los niños/as, así como buscar estabilidad emocional y autocuidado en los cuidadores, especialmente en la madre (Saavedra, 2015).

El programa busca potenciar la generación de un buen vínculo entre padres e hijos, proponiendo como una de las instancias más favorables para fortalecer el apego en la díada madre-hijo el fomento del apego durante el momento del parto, incluyendo también al padre en este proceso. Se han desarrollado talleres de apego y habilidades parentales, de autocuidado del adulto responsable del niño, de fomento de lactancia materna, etc., todas medidas que buscan vincular a los padres/madres y sus hijo/as (Saavedra, 2015).

Es por ello que CHCC cuenta con pautas de evaluación psicosocial que están dirigidas hacia la madre, con las cuales se espera pesquisar factores de riesgo como depresión post parto (Escala de Edimburgo), consumo de sustancias durante la gestación, problemas habitacionales, problemas o trastornos emocionales, entre otros elementos que puedan afectar el posterior cuidado de los

niños y niñas en gestación. Asimismo, busca potenciar factores protectores como autocuidado en los cuidadores, fomento de habilidades parentales, apego, etc. (Saavedra, 2015).

Cuando en los Centros de Salud Familiar (CESFAM) se pesquisa el factor de riesgo “abuso de sustancias” por parte de la gestante, se despliegan una serie de intervenciones entre las que destacan: diseño de un plan personalizado para la mujer en gestación, taller de preparación del parto y la crianza, visitas domiciliarias integrales durante la gestación y puerperio, ingreso a programa de tratamiento de adicciones, según corresponda (Arriet, Leguas y Saavedra, 2015).

Una vez que se ha detectado abuso o dependencia de drogas, se activan las redes sociales y de tratamiento asociadas. El año 2002, mediante una política pública orientada a mujeres que consumen sustancias, SENDA creó el *Programa Específico de Mujeres*, bajo la necesidad de entregar una atención de calidad y oportuna con intervenciones terapéuticas diferenciadas. Es un programa destinado a mujeres mayores de 18 años, que presenten consumo problemático de drogas, con o sin comorbilidad psiquiátrica, el cual se divide en tres modalidades, de acuerdo a la complejidad del caso: Plan Ambulatorio Básico (M-PAB), Plan Ambulatorio Intensivo (M-PAI) y Plan Residencial (M-PR) (Valencia-Recabarren, 2015).

A los programas residenciales (M-PR) pueden ingresar mujeres que pueden estar embarazadas o no, y el programa les permite incorporar a sus hijos menos de 5 años, al contar con infraestructura para ellas y sus niños (Valencia-Recabarren, 2015). Si bien existen centros de tratamiento privados, también hay instituciones públicas que entregan tratamiento gratuito a mujeres en condición de vulnerabilidad socioeconómica (Valencia-Recabarren, 2015).

Educación

Para aquellas familias vulnerables que cuenten con bajo puntaje en la Ficha de Protección Social (FPS), y por defecto para madres provenientes de sectores vulnerables y que requieran mayores aportes del Estado, tienen la posibilidad de integrar a sus hijos en salas cuna y jardines infantiles de la red Junta Nacional de Jardines Infantiles (en adelante JUNJI), para que reciban atención integral (cuidado, educación y alimentación) en establecimientos cercanos a sus domicilios. Las

edades de ingreso a la institución abarcan desde los 84 días (sala cuna menor) hasta los 6 años de edad (segundo nivel de transición) (JUNJI, 2015).

Al igual que en la Fundación Integra, institución privada sin fines de lucro que pertenece a la Red Fundaciones de la Dirección Sociocultural de la Presidencia de la República. Estos Jardines infantiles reciben a niños entre los 84 días y 4 años, 11 meses y 29 días de edad. En su matrícula, tienen prioridad los niños y niñas beneficiarios/as de los subsistemas Chile Solidario o Seguridades y Oportunidades, los casos de niños y niñas que viven en hogares de menores, derivados de Tribunales de Familia o SENAME. También se priorizan el ingreso de los hijos de madres beneficiarias de Programas de SERNAM (madres jefas de hogar y madres adolescentes). La matrícula y arancel son gratuitas para los niños/as y sus familias (Integra, 2016).

Trabajo

En cuanto a las madres que trabajan fuera del hogar, Casas y Valenzuela (2012) realizan un estudio histórico en torno a los derechos de la infancia y los derechos de las trabajadoras, en el cual describen cómo se van consolidando los derechos de las trabajadoras, desde inicios de siglo XX hasta la actualidad. La protección a las trabajadoras es una forma de contribuir a la mejora de sus condiciones laborales y una mejor calidad de vida de ellas y sus familias (Ansoleaga y Godoy, 2013).

La primera ley aprobada por el Congreso Nacional en Chile, que se enfocan en proteger la maternidad es la Ley de la Sala Cuna, vigente desde el año 1917, que contempla también la disposición de una hora para que las trabajadoras puedan dedicarla a amamantar a sus hijos (Caamaño, 2009; Casas y Valenzuela, 2012), así como la posibilidad de sala cuna para empresas que cuenten con más de 50 mujeres mayores de 18 años de edad (Caamaño, 2009). En la actualidad, se han modificado estas exigencias, y sólo se requiere que la empresa tenga 20 mujeres para contar con acceso a sala cuna (Casas y Valenzuela, 2012).

Otras reformas incorporadas para las madres trabajadoras son el beneficio prenatal, la extensión del postnatal, el fuero maternal y la posibilidad de que se consideren las licencias médicas

asignadas a sus hijos hasta 1 año de edad del niño/a, para que puedan ausentarse al trabajo durante ese período (posibilidad también viable para el padre, desde la década de los 90). Mismo caso que con los 5 días libres que tiene el padre, posteriormente, al nacimiento de su hijo/a (Caamaño, 2009; Casas y Valenzuela, 2012).

A su vez, el área de Mujer y Trabajo del Servicio Nacional de la Mujer (SERNAM, 2015), refiere la existencia de cuatro programas nacionales³ que fomentan la inserción de las mujeres en el ámbito laboral, los cuales si bien no están enfocados exclusivamente en mujeres que son madres, de forma indirecta promueven la compatibilidad entre maternidad y el trabajo.

Muchas de estas leyes se consideran una extensión a la protección de los niños, es por esto que la condición de mujeres trabajadoras embarazadas, en puerperio o amamantamiento tiene vital relevancia (Ansoleaga y Godoy, 2013; Casas y Valenzuela, 2012). La política social chilena, históricamente, ha dado prioridad al complejo madre-hijo y, desde el gobierno de la concertación, se ha enfatizado en la inversión de recursos sociales hacia la gestación y la primera infancia, políticas públicas enfocadas en favorecer la integración social.

El estudio de Casas y Valenzuela (2012) confirma que, a pesar de existir avances en la protección a la mujer trabajadora, estas medidas se encuentran orientadas más bien a proteger la infancia, la familia y la sociedad en su totalidad, más que proteger a la mujer como ciudadana. También concuerdan que se dificulta la empleabilidad de la mujer por el costo de mano de obra para la empresa y limita la gestión de recursos humanos (Casas y Valenzuela, 2012). A lo que Ansoleaga y Godoy (2013) suman la necesidad comprender que los derechos de los niños y la madre no debiesen verse como intereses antagónicos, sino que conjugarse para el bienestar de ambos.

La precariedad laboral de las mujeres que trabajan, quienes mayoritariamente participan del mercado informal, presentando bajos ingresos económicos y baja cobertura de seguridad social, reproducen una maternidad e infancia poco segura, demostrándose una ausencia de beneficios para el ejercicio de la maternidad (Arcos et al, 2011). Y aun cuando existen avances legislativos que protegen el ejercicio de los cuidados maternos, de todas formas, la maternidad real o

³ Programa Mujer Trabajadora y Jefa de Hogar, Programa Buenas Prácticas laborales, Programa 4 a 7 Mujer Trabaja Tranquila y Programa Emprendimiento: Mujer Emprende.

potencial es una barrera para la entrada de las trabajadoras al mercado laboral, obteniendo peores salarios que los hombres, menores posibilidades de ascenso en la escala de las empresas o instituciones, malos tratos y mayor informalidad; concentrándose principalmente en servicios sociales, comunitarios, educacionales, salud y retail (Ansoleaga y Godoy, 2013).

Económicas

Chile Solidario es un sistema de integración social de familias y personas en condición de pobreza extrema, el cual trabaja a través de programas que vinculan a las personas con las redes sociales: por ejemplo, Programa Puente, Programa Vínculos, Programa Calle, entre varios otros (Ministerio de Desarrollo Social, 2015). Específicamente, el Programa Puente es el apoyo psicosocial que implica el acompañamiento a familias en situación de pobreza extrema (con los 225.000 puntajes más bajos de la Ficha de Protección Social), lo que considera visitas periódicas al domicilio de la familia, potenciando condiciones de identificación, educación, salud, trabajo, ingresos, habitabilidad y dinámica familiar (Chile Solidario, 2015).

De igual manera, el gobierno entrega beneficios maternales a aquellas mujeres que requieran apoyo económico y se encuentren en los quintiles más pobres y con altos índices de vulnerabilidad. Uno de ellos son los bonos durante la gestación, subsidio maternal de \$90.000 que se otorga en una única vez y debe gestionarse con la municipalidad correspondiente al domicilio. De igual modo, existe un subsidio al recién nacido, que contempla un monto de \$27.000 pesos, al que pueden acceder mujeres beneficiarias del subsidio maternal que hayan inscrito como carga a su hijo los tres primeros meses de nacimiento; así como el subsidio postnatal llamado Subsidio Único Familiar, el cual corresponde a un monto de \$9.242 pesos por hijo durante 3 años, y que se cobra mensualmente mientras la madre se encuentre bajo 11.734 puntos en la Ficha de Protección Social (Saavedra, 2015).

Es así como se puede constatar la presencia de programas nacionales orientados a invertir recursos económicos y humanos para el apoyo del rol materno y los cuidados de niños y niñas, desde su etapa de gestación (Aedo, 2007).

2.2. Maternidad y prácticas de cuidado materno

Maternidad

La maternidad hace referencia a la relación que se establece entre la madre y su hijo/a, comenzando desde la concepción y extendiéndose hasta los ulteriores procesos fisiológicos de nacimiento, alimentación y asistencia. Si bien las tradiciones clásicas han subrayado las reacciones afectivas que acompañan a la maternidad (Deutsch, 1960), diversas disciplinas han subrayado los aspectos culturales y sociales en juego, las cuales dan soporte a la relación diádica madre-hijo y están estructuradas por la cultura; sin ellas, aspectos sociales y culturales, es como si esta relación ocurriera en un vacío social (Burman, 1998). Es así, como señala Burman (1998), que la maternidad aparenta ser un fenómeno natural o de aparición espontánea, pero es más bien un hecho construido histórica y culturalmente. Es por esto que no resulta posible hablar de la maternidad como un hecho natural, atemporal y universal; ya que se trataría más bien de una práctica (fenomenología y sentido) que está en constante movimiento, conforme al contexto o época (Palomar, 2005).

De esta manera, la maternidad se entiende como una construcción cultural multideterminada de un grupo social y época definida, compuesto por discursos y prácticas sociales (Palomar, 2005) que construyen una representación social ideológica que, en el marco de las culturas occidentales, porta una impronta judeocristiana que justifica y delega el trabajo de cuidado a la mujer (Flores y Tena, 2014). Flores y Tena (2014) señalan que la maternidad, en su acepción como una función y capacidad innata de las mujeres, es producto del patriarcado y la división sexual del trabajo, siendo además fortalecida por distintos actores como el Estado, los medios de comunicación y la Iglesia Católica. No obstante, de acuerdo a una estructura ideológica imperante, durante mucho tiempo se pensó la maternidad como un rol “natural” de la mujer. Aquellas que no cumplieren con ese “deber”, eran consideradas como rebeldes, desviadas o enfermas, esto es, que no actúan de acuerdo a su “naturaleza” (Tubert, 1991). Según la ideología imperante, una madre sabría por naturaleza lo que su niño necesita (Fernández, 1992), y la condición de “buena madre” aparece asociada a cualidades congénitas, naturales hacia el cuidado (Flores y Tena, 2014). Existiendo así

un ideal materno que propone el cuidado como un componente relacional, emocional, permanente y altruista (Flores y Tena, 2014).

Esta ideología se fundamenta principalmente en la consideración de la maternidad como un acto meramente biológico y no cultural, por lo que este “instinto materno” pretendería hacer pensar en un lazo de amor incondicional, indisoluble por parte de la madre hacia su hijo (Schramm, 2007). Sin embargo, hay autores que plantean que la maternidad no se puede reducir a un aspecto netamente biologizante, ya que se pierde la dimensión simbólica de la filiación, debido a que el hijo se inscribe en una cadena de deseos y fantasmas (Guyomard, 2013).

Brown (2006) propone⁴ que es la ideología estereotipada de la maternidad lo que genera la evaluación de ser buena o mala madre, en donde se sitúa a las madres en la posición de auto-sacrificio; la madre sería quien todo lo sabe en referencia a las necesidades de sus hijos; responsable de cualquier conducta fuera de la norma o enfermedad en sus hijos, proveyendo las necesidades materiales, sociales, espirituales y psicológicas de sus hijos.

Como una postura integrativa de los aportes anteriores, Palomar (2005) plantea que la maternidad es un imaginario compuesto por dos elementos que lo sostienen: instinto materno y amor maternal. Ya desde 1960, Deutsch, afirmaba la misma idea, señalando que el carácter maternal tiene componentes como el “instinto maternal” -componente químico-biológico que se encuentra bajo las personalidades individuales e influencias del medio- y el “amor maternal”, expresión afectiva de relación positiva con el niño, donde principal característica es la ternura. Independientemente del consenso respecto a si el amar a un hijo es un hecho natural o cultural, el “amor maternal” se va instalando en la medida que se considere al niño como alguien necesitado de afectos y cuidados, especialmente de cuidados de parte de la madre (Castilla y Lorenzo, 2012).

Durante muchas generaciones, la posibilidad de ser madre, ha sido signo de un estatus social determinado, certificando una construcción de identidad (Lozano, 2001). Según Turiani, Pamplona, Komura y Chávez (2009), esto ocurriría con mayor frecuencia en contextos

⁴ Mediante una etnografía a mujeres rurales afroamericanas.

socioeconómicos bajos, en donde la maternidad entrega reconocimiento social, nuevos vínculos sociales o formas de suplir o resolver carencias afectivas, físicas o económicas.

En los barrios vulnerables, como se señala anteriormente, las mujeres confirman su identidad y se auto-realizan a través de la maternidad, por lo cual su principal actividad está centrada en la supervivencia y bienestar de sus hijos (Castilla y Lorenzo, 2012; Hardesty y Black, 1999). Idea que refuerza Marcús (2003), quien documentó que, en los sectores más pobres y marginales, las mujeres reciben recompensas y gratificaciones mediante el ejercicio del rol maternal.

En los sectores populares, la maternidad funciona como una suerte de mecanismo que concede un rol y un proyecto de vida, que se vuelve su principal destino y objetivo en la vida, debido a la falta de otras oportunidades (p. ej., educacionales o laborales), producto de las desigualdades socioeconómicas (Marcús, 2006). La maternidad se convierte en una manera central de permanecer conectado y sobrevivir a la vulnerabilidad y adversidad cotidiana (Hardesty y Black, 1999). En particular, las madres jóvenes pobres se enfrentan a una lucha constante, en la búsqueda de normas culturalmente deseables sobre la maternidad, sobre todo cuando cargan con el estigma de ser adictas (Kearney, Murphy y Rosenbaum, 1994).

Psicoanálisis

Para los fines del estudio, el psicoanálisis brinda un marco conceptual que permite dar cuenta de los aspectos intrapsíquicos sobre el concepto de maternidad.

A este respecto, Gutiérrez (2013) postula que la maternidad, más que considerarse la expresión de un factor biológico (el denominado “instinto maternal”), debe situarse en el campo del deseo de hijo por parte de la mujer que toma la decisión de ser madre. Este campo, este deseo de hijo, Freud lo aborda desde el desarrollo sexual de la niña y su organización intrapsíquica a partir de éste.

Comienza señalando la complejidad del desarrollo sexual femenino, desde la infancia hasta la vida adulta. En su texto sobre “La organización genital infantil” (1923), Freud propone que la

organización de la vida sexual infantil de la niña, no sólo contempla una elección de objeto, sino que en la niñez no alcanza a unificar sus pulsiones parciales y su subordinación al primado de los genitales. Esta organización genital infantil muestra la primacía del falo (Freud, 1923) y, dado que el clítoris es la zona erógena predominante en la niña, el advertir la diferencia tan evidente de los sexos entre el niño y la niña provoca consecuencias psíquicas (Freud, 1933).

La niña logra discernir la diferencia anatómica de los sexos, lo que la lleva a apartarse de la masculinidad y el onanismo masculino, pasando a desplegar su feminidad (Freud, 1925). “El descubrimiento de su castración es un punto de viraje en el desarrollo de la niña. De ahí parten tres orientaciones del desarrollo: una lleva a la inhibición sexual o a la neurosis; la siguiente, a la alteración del carácter en el sentido de un complejo de masculinidad, y la tercera, en fin, a la feminidad normal” (Freud, 1933, p.117). Es aquí donde se inicia el complejo de castración en la niña, donde ésta culpabiliza a la madre de su falta de pene, no la perdona y se siente muy perjudicada (Freud, 1933). La niña ve el pene, toma juicio y decisión: sabe que no lo tiene (castración consumada, a diferencia del niño al que se le presenta como amenaza de castración) y quiere tenerlo, por lo que Freud (1925) llama a este hecho complejo de masculinidad de la mujer, puesto que la niña espera poder obtener un pene para poder equipararse al niño.

El complejo de castración, en el caso de la niña, prepara al complejo de Edipo –en el cual permanece un tiempo indeterminado-, en vez de destruirlo como ocurre con el niño (Freud, 1933). En el complejo de Edipo, la libido de la niña se cambia desde el deseo de pene al deseo de hijo (Freud, 1925) y, en el desarrollo normal de la situación edípica, el padre pasa a ser el objeto de amor de la niña -puesto que en la etapa preedípica, el objeto de amor fue la madre (ligazón-madre)-, pasando de su fase masculina a la femenina (Freud, 1933).

“La renuncia al pene no se soportará sin un intento de resarcimiento. La muchacha se desliza —a lo largo de una ecuación simbólica, diríamos— del pene al hijo; su complejo de Edipo culmina en el deseo, alimentado por mucho tiempo, de recibir como regalo un hijo del padre, parirle un hijo” (Freud, 1924, pág.186).

No obstante, según Castoriadis-Aulagnier, el “deseo de hijo” de la niña, era en primer lugar el “deseo de tener un hijo de su madre”, el que luego al desarrollarse normalmente su infancia se pasa a “deseo de hijo del padre”, mutándose a “deseo de hijo” de un padre imaginario (2007).

“...el hijo «real» es el sucesor historizado del «hijo» de un deseo originario, los sentimientos que se experimentan en relación con él son también, los sucesores históricos de los «afectos» tal como se los experimentó en su momento” (Castoriadis-Aulagnier, 2007, p. 85).

Manitta, Ochoa y Ortiz (2013), también desde una perspectiva psicoanalítica, refieren que la procreación humana es un fenómeno cultural, ya que no obedece a las leyes del instinto, sino al deseo. Interpretando que Freud cuestiona la naturalidad de la maternidad como destino para el sujeto femenino, puesto que hace de esta procreación un destino posible de la pulsión “... y a la operación mediante la cual éste se engendra un *acto*, metaforizado por la cultura y ligado a la valoración social o moral de la época” (Manitta, Ochoa y Ortiz, 2013, p. 777).

Que la maternidad sea un destino sublimatorio para la mujer, se pudiese afirmar si ésta ocupa el lugar culturalmente asignado, es decir, encargada de los intereses sexuales de la humanidad. Aunque, cabe aclarar que no toda mujer que llega a ser madre sublima, pues hay algunas que se confinan a la reproducción de los ideales culturales dominantes (Manitta, Ochoa y Ortiz, 2013).

No obstante, la procreación puede ocurrir de forma inesperada, como un acto de creación en donde no se busca llenar el vacío central en el que se produce el nuevo ser, sino que, muy al inverso, hace de ese vacío un eje por el cual se organizan desde la distribución de las funciones paternas y/o maternas hasta la inscripción del hijo/a en la cultura (Manitta, Ochoa y Ortiz, 2013). Lo novedoso que contribuye la perspectiva psicoanalítica al estudio del ingreso a la maternidad, es que para este enfoque la madre no recubre necesariamente lo femenino, por el contrario, la femineidad será para cada mujer una acción de invención, cuyo resultado es siempre singular (Manitta, Ochoa y Ortiz, 2013).

Cuando una mujer opta por ser madre, la maternidad no sólo se basaría en poder tener un hijo, sino en desear el hijo, o sea, la maternidad ubica simbólicamente a la mujer (Robles, 2012). De

esta manera, la maternidad se construye psíquicamente desde muy temprana edad, “a partir de los apuntalamientos sexuales otorgados por los imaginarios sociales” (Robles, 2012, p. 129).

Los imaginarios sociales en torno al género, promueven formas de maternidad. Según Assoun (2006) el género se compone por dos mitades: lo masculino y lo femenino y, según explica Freud, la bisexualidad es atribuida a ambos sexos, es decir que en todo ser existe lo masculino y lo femenino. Señala en su texto “Lecciones sobre masculino y femenino” que la actitud pasiva o activa son modos de posicionarse respecto de la castración (Assoun, 2006).

Desde una perspectiva crítica, Assoun (2006) señala que lo femenino es visto como una “segunda vida” (p. 57), ya que la feminidad es considerada la segunda fase de la vida sexual. Para la niña, la primera fase es la primacía del falo y su carácter masculino, viviendo masculinamente se da cuenta de la castración y de su “herida narcisita”, buscando conquistar la feminidad, para lo cual debe suprimir la masturbación (actividad masculina), puesto que es condición para desarrollar la feminidad (Assoun, 2006).

En términos generales, al abordar lo masculino y lo femenino, se ha asociado a los términos “activo” y “pasivo” (Assoun, 2006). En el caso del niño, sus vivencias sexuales son catalogadas de pasivas, incluso cuando la madre realiza actividades de cuidado como alimentar, limpiar, vestir, etc. Es decir, en el pequeño se observa una lluvia de “pasividades”, por lo que su madre debe realizar todas las funciones biológicas de forma activa (Assoun, 2006). Si bien con la niña pasa lo mismo, debido a que la madre también satisface sus necesidades biológicas (Assoun, 2006), la niña juega un rol pasivo ya que cumple todos los cuidados de la madre (Castoriadis-Aulagnier, 2007). Aspecto que se aprecia al momento de jugar a las muñecas, donde ésta intercambia roles a uno activo, ella es la madre y la madre la muñeca. En este sentido, en una persona existirían aspectos masculinos y femeninos en juego (Assoun, 2006)

La maternidad en el inconsciente femenino puede mantenerse en una delgada línea entre el deber y el deseo. El límite entre el “deber ser...” y “el querer a...”, así como el de la imagen y la palabra, es frágil como el espejo más débil. Lo difícil justamente es distinguir hacia donde se dirige el sujeto y cuál es este espejo que lo constituye (Robles, 2012, p. 120).

Deutsch estampa que la relación al deseo, a la sexualidad y a la maternidad están fuertemente influenciadas por la cultura. Así, según Deutsch (1960), la psicología de la maternidad estaría influenciada por aspectos inconscientes y conflictos no resueltos de la madre (que buscan solución y satisfacción en la maternidad), así como determinada por factores culturales y del ambiente. Comprende procesos de considerable intensidad, nuevas obligaciones y relaciones afectivas, que “movilizan temores y desplazan las fronteras existentes tanto en la psique individual como en sus relaciones con el medio” (Deutsch, 1960, p. 25).

Para Deutsch (1960), en este afecto maternal existirían componentes masoquistas, tales como autosacrificio (sometimiento al dolor en beneficio de su descendiente). Para Freud (1931), aparentemente el masoquismo es propiamente femenino, puesto que la mujer por constitución sofoca su agresión -aspecto también impuesto por la sociedad-, plasmando en ella mociones masoquistas.

El masoquismo puede neutralizarse gracias al sentimiento de generoso premio por el hijo y los goces que se desprenden de las experiencias maternas (Deutsch, 1960). Mociones pulsionales de naturaleza sexual se transforman en ternura maternal, la agresividad se transforma en actividad protectora, la excesiva necesidad narcisista se transforma en amor maternal y las tendencias masoquistas se transforman en voluntad de la madre para el sacrificio (Deutsch, 1960).

Asimismo, Freud plantea que la mujer posee altos grados de narcisismo, por lo que necesita más que amar, ser amada, aspectos propios de la femineidad (1933). Deutsch (1960), al tratar de establecer una identidad de mujer maternal, propone que el deseo narcisista de ser amada se traslada desde el yo hacia el hijo –aun cuando sigan existiendo elementos narcisistas en la mujer-. Ejemplos de esto último, en donde se observa el componente narcisista, se aprecian cuando la madre se considera absoluta e indispensable para el hijo, o bien la antipatía que puede sentir la madre por el ambiente, cuando se trata del hijo (Deutsch, 1960).

A esta nueva organización psíquica, Winnicott (1999) la caracteriza o reconoce como *preocupación maternal primaria*, en donde la madre mantiene una condición especial de replegamiento o disociación, de sensibilidad exaltada (que incluso es catalogada por el autor como una enfermedad), pero de la que puede recobrase luego. Sin embargo, no todas las madres

llegan a este estado, por lo que siguen primando en ellas otros intereses y no necesariamente una dedicación exclusiva al cuidado de sus hijos. Winnicott (1999) plantea que la identificación masculina sería muy intensa en las mujeres que no experimentan la condición de preocupación maternal primaria, por lo que les sería prácticamente imposible cumplir con la función materna.

El estado de preocupación maternal primaria aporta un marco de constitución y desarrollo del niño, estableciendo una continuidad existencial suficiente. Winnicott (1999) propone la tesis de que la madre del bebé es la persona más apropiada para ejercer cuidados, debido a que puede alcanzar el estado de preocupación primaria, adaptarse suficientemente y mostrar capacidad de identificarse con su hijo/a. En caso que la madre “fracase” en este estado, puede generar angustias primitivas en el niño y presentar problemas para la instauración de la base del yo (Winnicott, 1999).

Esta forma de concebir la maternidad parece un tanto naturalizante respecto del afecto maternal. Aunque es indudable que los niños necesitan relaciones afectuosas, continuas y estables, también en cierto que lo que se requiere para poder cumplir con estas condiciones es, catalogada por Burman, como una violenta discusión, sobre todo por la constante carga de responsabilidad atribuida a la madre (1998). Se ha idealizado mucho la figura de la madre, describiéndola casi como muebles de los ambientes infantiles o complementando las acciones de sus bebés, como si ellas no tuviesen una existencia independiente de sus hijos (Burman, 1998). De hecho, para que una madre no se le censure de “mala madre”, debe ajustar sus propias necesidades a las de sus hijos, de lo posible se espera que la madre sea sumisa e indulgente, de esta forma puede proporcionar un ambiente seguro al hijo para que éste pueda aprender a regular emociones (Burman, 1998).

De la misma forma, Burman (1998) señala que la maternidad se encuentra a expensas de las necesidades económicas, sociales y políticas. En este sentido, se puede promover o limitar el hecho que las mujeres ingresen al trabajo o se mantengan en el hogar, de acuerdo a las necesidades del mercado laboral. Para sostener la idea anterior, Burman (1998) hace hincapié en el caso ocurrido en la Segunda Guerra Mundial, cuando se había impulsado el ingreso de la mujer a la industria pero, una vez finalizada la segunda guerra en los 50´ y cuando los hombres regresan

de luchar, se desincentiva el trabajo de la mujer en las industrias, mediante, por ejemplo, el relevo del apego y de las consecuencias de la privación materna en los niños.

Es por esto que se vuelve relevante considerar los aspectos culturales y sociales, los cuales dan contexto a fenómenos complejos como la maternidad. De lo contrario, es posible encontrarse con elementos que no logran adecuarse a una explicación sustantiva de los hechos. Por ejemplo, en algunas circunstancias se ha entendido como “deprivación materna” a aspectos que se relacionan más con la pobreza y la falta de recursos (económicos, educativos, etc.), que con las “cualidades de maternidad” que tengan las madres.

Prácticas de cuidado materno

El concepto de prácticas de cuidado involucra un conjunto de actividades, tareas o atenciones que cubren necesidades personales, biológicas o emocionales indispensables para el mantenimiento de la especie humana, tales como alimentación, vestimenta, limpieza y conservación del hogar, así como también actividades marcadas por atenciones, afectos, emociones y sentimientos (Alarcón, 2007). Estas actividades han sido históricamente invisibilizadas, por prácticas culturales que evitan su reconocimiento (Alarcón, 2007). Flores y Tena (2014), por el contrario, proponen que, el cuidado constituye un trabajo que debiese valorarse y ser digno de reconocimiento y remuneración, como cualquier otra labor.

En términos más específicos, los cuidados maternos se asocian con las actividades tendientes a asegurar el mantenimiento del hijo/a. Tal como lo señala Deutsch (1960), los cuidados maternos implican la reacción afectiva de la mujer frente a la impotencia y necesidad de soporte del niño. Los cuidados maternos suprimen o desvían todo exceso de agresión y sensualidad sexual en la personalidad de la mujer, desde el niño hacia el medio, en defensa y a favor del hijo (Deutsch, 1960). Dichos cuidados, desde un punto de simbólico, se asocia con el origen de la familia, la perennidad de los sentimientos y la existencia de un compromiso (Turiani, Pamplona, Komura y Chávez, 2009). Así, estos cuidados maternos son acompañados de ingredientes activos específicos, tales como actividades protectoras, defensivas y de crianza (Deutsch, 1960).

2.3. Maternidad, adicción y familia

Las madres adictas

La literatura actual sobre consumo de sustancias por parte de madres, tiende a relacionarse con las consecuencias e interferencias que dichas sustancias provocarían en la capacidad de ser un padre o madre. Mucho de los autores hacen alusión a los efectos perjudiciales sobre la salud, el nacimiento y el desarrollo postnatal de los niños, la calidad del vínculo y la interacción madre-hijo, así como los efectos que se reflejan en la atención materna inadecuada y un mayor riesgo de abandono y abuso (Azócar y Calcagni, 2000; Calvo, 2004; Conejo y Rojas, 2012; Hörmann, Lavados y Silva, 1988).

Evidentemente el consumo y/o la adicción de drogas en madres puede influir o afectar su desempeño materno o influir en los cuidados hacia los hijos en comparación a una madre que no consume. Tal como lo señala Clavo (2004), la adicción en madres puede afectar la capacidad de responder a las necesidades físicas y emocionales del niño/a y de ofrecerle estimulación apropiada a lo largo de su desarrollo, ya que los efectos farmacológicos de las distintas sustancias y los ciclos de intoxicación-abstinencia pueden afectar la interacción de la díada, al producir en la madre alteraciones perceptivas, afectivas y conductuales (Calvo, 2004).

No obstante, como bien señalan Silva, Pires y Gouveia (2015), la revisión de la literatura es a veces incongruente, carece de mayores elementos y le cuesta diferenciar todos los factores que inciden en el fenómeno. Así, hacen falta estudios que observen las interacciones cotidianas de las madres y sus hijos, que ayuden a dilucidar los factores que pueden poner en riesgo la díada y los factores protectores que permitan a la madre desarrollar habilidades de crianza, a pesar del problema de la adicción.

La revisión sobre maternidad en mujeres adictas muestra que existe una considerable falta de sistematización de los estudios. Asimismo, hasta que no existan investigación que estudien los aspectos más específicos de la interacción madre-hijo en contextos de dependencia a drogas, seguirán existiendo aspectos no aclarados del fenómeno (Silva, Pires y Gouveia, 2015). Hasta ahora, las investigaciones han priorizado la evaluación indirecta de la conducta de los padres, a

través de trastorno del comportamiento o desarrollo socioemocional en los niños (Silva, Pires y Gouveia, 2015)

Desde un enfoque más comprensivo, la dependencia de sustancias en sujetos de contextos vulnerables, precarios y marginales, Miguez (2002) la denomina “doble exclusión”, debido a que se trata de sujetos pobres y adictos. Pero, en el caso de las mujeres, señala que existiría una triple exclusión: pobres, adictas y madres que abandonan a sus hijos. Si a aquello se le suma la estadística revelada de que el 60% de las mujeres con antecedentes de consumo de drogas perciben la maternidad como una obligación, un compromiso y una responsabilidad, o sea, como lo socialmente esperado (González en Conejo y Rojas, 2012), pasa a ser una maternidad mucho más problemática y conflictiva para estas mujeres y madres en exclusión.

La maternidad en mujeres con dependencia a sustancias, funda la necesidad de recuperar el vínculo perdido o suspendido con sus hijos y, de cierta manera, reparar esta ausencia maternal (Castilla y Lorenzo, 2012). De esta forma, estas mujeres imitan patrones ideales de lo que consideran “buena maternidad” pero, al mismo tiempo, crean nuevos sentidos de maternidad que no necesariamente son considerados socialmente (Castilla y Lorenzo, 2012).

El hecho de convertirse en madres, además de generar sentimientos positivos, proporciona un orgullo y deseos de rehabilitación, que las hace pensar que si estuviesen libres de la adicción serían buenas madres, esperando ser un ejemplo para sus niños y buscando un ambiente agradable y libre de factores de riesgo para estos últimos (Bernal, Frari y O’Brien, 2005).

El lograr un nuevo estatus social gracias a la maternidad, hace emerger sentimientos de propiedad hacia el hijo. Así, expresan deseos de no separarse de ellos y luchar contra las adversidades de la posible separación de sus hijos (Bernal, Frari y O’Brien, 2005). Posesión que afirma el lugar de madre como dadora de identidad a estas mujeres (Castilla y Lorenzo, 2012).

Algunas madres ven el consumo como un aspecto positivo, debido a que reconocen su efecto como un mecanismo para evadir su realidad, pero también visualizan la influencia negativa, ya que les conflictúa poder ejercer su maternidad de manera adecuada o la eventualidad de que les arrebaten el cuidado de sus niños (Bernal, Frari y O’Brien, 2005).

Prácticas de cuidado en consumo

Un estudio etnográfico realizado por Brown el año 2006, con un total de 30 participantes de una comunidad rural Afroamericana, de las cuales 21 eran madres de niños menores de edad, menciona que, a pesar de que ellas usaran drogas (cocaína), consideraban que sus comportamientos maternos eran buenos porque se encargaban de la socialización de sus hijos, disciplina, la enseñanza de los límites sexuales, desplegaban estrategias de protección hacia otras personas y, en menor medida, asistían las funciones. También, conductas que protegieran a los niños de su propio consumo son vistas como una buena maternidad, las que se traducen en la enseñanza de no consumir drogas, tratando de ocultar su consumo o bien disminuir o cesar el consumo, especialmente cuando estaban embarazadas (Brown, 2006).

De igual forma, Kearney, Murphy y Rosenbaum (1994), en un estudio de teoría fundamentada, realizado en contextos urbanos pobres de California (Bahía San Francisco), afirman que las mujeres adictas (heroína) mantenían un fuerte compromiso por las responsabilidades de crianza hacia sus hijos. Descubren, además, que si éstas no logran alcanzar los objetivos que se han propuesto como madre, atraviesan por una profunda angustia emocional (Kearney, Murphy y Rosenbaum, 1994).

Según Kearney, Murphy y Rosenbaum (1994), si bien reconocen un enorme compromiso de las madres adictas respecto del cuidado de sus hijos, enfatizan que el consumo de drogas en estas mujeres es una forma de respiro a la carga de los cuidados y preocupación por los hijos, así como una manera de lidiar con el juicio social negativo. El comportamiento de una madre que consume drogas se ve afectado por el estrés ambiental y psicosocial propio de su dinámica de vida, y puede afectar la forma de responder frente a las necesidades de sus hijos (Rueda, 2004).

Las madres expresan sentimientos de vergüenza cuando los hijos las han visto consumir drogas, de esta manera utilizan su propia historia de consumo para concientizar a sus niños. Otras refieren que es mejor consumir o salir sólo por las noches, para que los hijos no las vean, como una forma de resguardarlos (Brown, 2006).

Las madres que manifiestan problemas para realizar cuidados hacia sus hijos, reconocen ausencia de contacto positivo con sus propias madres y haberse criado en un ambiente de crianza violento (Miguez, 2002; Rueda, 2004), lo que podría indicar desconocimiento de prácticas de crianza positivas.

Qué las lleva a consumir

Martínez y Carvalho (2004) explican que las razones que motivan a las mujeres para hacer uso de drogas es la sensación de soledad, presentar conflictos familiares, como forma de diversión. Asimismo, se visualiza el consumo como una expresión de alivio a la falta de afecto y la sensación de incertidumbre como mujeres y como madres (Bernal, Frari y O'Brien, 2005).

Factores socio-culturales que influyeron al consumo en edad temprana -adolescencia- fueron: “la pobreza, desempleo, bajo nivel educativo, hostigamiento sexual, violencia doméstica, abuso físico, verbal, económico, sexual y las condiciones del origen de la familia” (Bernal, Frari y O'Brien, 2005, p.1124). Bernal, Frari y O'Brien (2005) caracterizan a las mujeres que consumen drogas como generalmente desempleadas o con trabajos esporádicos, de niveles socioeconómicos bajos y nivel escolar básico y/o medio.

Si bien Calafat (2000) señala que el consumo en mujeres es, por lo general, una forma de evadir su realidad, ya sea por roles a desempeñar (esposa, madre, ama de casa), acontecimientos vitales, estrés, etc.; hay otros que señalan que lo hacen, al igual que los hombres, sólo por diversión y evadirse de los problemas (Pérez y Correa, 2011).

Los autores sugieren que el consumo de drogas en mujeres puede deberse al contexto familiar de consumo o de tráfico, es decir, una socialización primaria en el consumo de drogas, lo que muchas veces influye en la elección de parejas/esposos con la misma problemática (Bernal, Frari y O'Brien, 2005).

Efectos del consumo

Consecuencias físicas

El consumo intenso de las sustancias es retratado como:

...rapidez e intensidad del efecto; la compulsividad del consumo; la delgadez extrema; las quemaduras en los labios y los dedos de la mano; los cambios en el color de la piel que oscilan entre la palidez amarillenta y el grisáceo; el desaliño y la falta de aseo personales; y la venta de bienes y objetos personales para sustentar el consumo (Castilla y Lorenzo, 2012, p.75).

Este agotamiento, producto de no comer, dormir, beber o descansar por varios días, implicaría la inhibición de sensaciones corporales, generando que sus cuerpos no resistan y se queden dormidos en las calles, o si tienen suerte llegar a pernoctar en casa de amigos o familia (Castilla y Lorenzo, 2012).

Consecuencias afectivas

Una investigación realizada el año 2012 por Castilla y Lorenzo a mujeres madres adictas a la pasta base, mediante un estudio etnográfico realizado en un barrio del área Metropolitana de Buenos Aires -destaca por altos índices de vulnerabilidad, pobreza y marginalidad-, señala que las madres que experimentan adicción a la pasta base o “paco” experimentan malestares emocionales como soledad, angustia, inseguridad, culpa y vergüenza, igualmente sentimientos de amenaza y miedo, “y fuertes deseos de recuperar las redes afectivas y las prácticas de cuidado y atención de sus hijos” (p. 71).

Las madres que se encuentran bajo el efecto de la pasta base experimentan alucinaciones –como escuchar a sus hijos-, lo que podría suponer que es una forma de expresar sentimientos de amor materno que se asocian a la preocupación por el bienestar de sus niños (Castilla y Lorenzo, 2012). Se trataría de lazos invisibles o una conexión filial que unirán a la madre y su hijo, los

cuales se insertan bajo la dinámica de un ciclo de la adicción al consumo, donde hay emociones adormecidas e intensas intermitentemente (Castilla y Lorenzo, 2012).

Cuando las madres están en fases de consumo agudo no sienten afecto ni alegría, lo que se extrapola también al vínculo con sus hijos, por lo que existe una supresión transitoria de las emociones maternas (Castilla y Lorenzo, 2012). Resultado concordante es lo que afirma la investigación de Ramírez-Elizondo (2011), el cual discute sobre el estado emocional de las madres adictas y concluye que, si bien muchas de ellas manifiestan su deseo de estar con sus hijos, otras refieren no estar en condiciones de vincularse con sus hijos, ya sea por sentimientos ambivalentes o por la abstinencia.

El ser madre con dependencia, provoca de cierta forma culpabilidad por la propia adicción, así como respecto a los cuidados entregados a los hijos -porque algunas de ellas refieren no haber cuidado de buena forma a los niños-, incurriendo en negligencias como dejarlos solos, no haberlos alimentado, no entregarles higiene, incluso haberles ofrecido droga, o sea, la sensación de que la droga está por encima de sus sentimientos maternos (Bernal, Frari y O'Brien, 2005).

Roberts (1999) devela la sensación de inseguridad de las madres adictas a las drogas frente a la posibilidad de pérdida de sus hijos, en donde sienten que se les ha negado la oportunidad de dar y recibir amor, así como baja autoestima y confianza en sí mismas y en otros. Sin embargo, las mujeres perciben la maternidad como un papel difícil, toman la decisión de ceder por un período de tiempo los cuidados de sus hijos a terceros, habitualmente familiares (Bernal, Frari y O'Brien, 2005).

Las frustraciones de la crianza de los hijos, especialmente en entornos de pobreza en el que los recursos para la crianza de los hijos son limitados, pueden conducir a sentimientos de fracaso y acelerar un comportamiento autodestructivo, como abuso de drogas y el abandono de los niños (Hardesty y Black, 1999).

Cuando hay posibilidades de cambio

La importancia del embarazo y el nuevo rol materno destacan como un factor protector y predisponente para el inicio del tratamiento y la recuperación de la adicción a las drogas (Martínez y Carvalho, 2004; Pérez y Correa, 2004; Silva, Pires y Gouveia, 2015). “...el embarazo y el puerperio constituyen un período fértil para el inicio de tratamientos en relación al abandono de la adicción” (Moraes et al. 2010, p. 6), ya que es en este período que las mujeres embarazadas eliminan o bajan el consumo de sustancias (Martínez y Carvalho, 2004; Pérez y Correa, 2011; SENAME, 2010). El 90% de las madres residentes en la comunidad terapéutica Hogar Crea, manifiesta haber comenzado el proceso de rehabilitación por el bienestar de sus niños, debido a que son su razón de vida, no precisamente por ellas mismas (Conejo y Rojas, 2012).

Aspecto que también afirma Ramírez-Elizondo en su estudio de 2011, en el cual señala que mujeres que, a pesar de no haber planificado su embarazo, al darse cuenta de su estado, tratan de dejar la droga o disminuir su consumo, postulando tener una razón de lucha -sus hijos-, debido a que les preocupaba que les pudieran quitar a sus niños o que presentaran alguna malformación producto del consumo de droga.

Un factor muy relevante para disminuir el consumo de drogas y fortalecer el vínculo entre la madre y el hijo es la lactancia materna (Conejo y Rojas, 2012). Asimismo, Hardesty y Black (1999) descubren en su estudio con madres adictas puertorriqueñas, que favorece su proceso de recuperación al consumo de sustancias y que potencia su rol materno, que las madres desempeñen actividades de cuidado hacia sus hijos.

De acuerdo a lo que han podido observar estos autores (Hardesty y Black, 1999), en torno a las madres con adicción que se encuentran en proceso de rehabilitación, señalan que las mujeres atraviesan por distintas etapas en el proceso de recuperación. En la primera etapa, las madres tratan de responsabilizarse de sus hijos, pero manteniendo y haciendo “malabares” para continuar con sus actividades de consumo. En una segunda etapa, ellas advierten que es imposible mantener su adicción y la maternidad, ya que fracasan en su rol de madres, siendo desplazadas y

tildadas de “malas madres” por su entorno. Finalmente, y en su camino a la recuperación, estas madres lidian con la imagen de buena y mala madre (esto último empuja a tener recaídas), no obstante, al mantener conexión con sus hijos y los cuidados maternos, reclaman su ideal de “buenas madres”. Es decir, su trabajo como madre, evolucionó sobre el curso de su adicción (Hardesty y Black, 1999). De esta manera, la maternidad para madres que se encuentra en proceso de rehabilitación y que atraviesan por las etapas antes mencionadas, aparece como un salvavidas; que propicia la continuidad de una vida discontinua y sostiene a la mujer a través de las etapas de la recuperación de la adicción (Hardesty y Black, 1999).

Cuando se cuenta con la familia

Los entornos familiares y comunitarios definen a las mujeres adictas como madres desviadas de lo que implica ser una “buena madre”; la sociedad, asimismo, condena más a las madres que a los padres por la dependencia a las drogas y el abandono de sus hijos (Castilla y Lorenzo, 2012). Esta situación incita a reflexionar acerca de la presión social a la que se ven expuestas las madres con dependencia a sustancias, ya que no sólo existe la posibilidad de un juicio moral propio, sino de su entorno inmediato y de la sociedad en general.

En algunas ocasiones, ese juicio moral negativo se materializa en alguna medida judicial, ya sea por un familiar o por alguna institución relacionada con la madre o el niño, en donde se interpone una medida de protección a favor del niño pues, cuando los padres tienen un consumo problemático de sustancias, son considerados inhábiles para ejercer el cuidado sobre sus hijos (Schramm, 2007).

Los vínculos entre una madre adicta y su familia también se ven comprometidos por distintas prácticas que se relacionan directa e indirectamente con el consumo de sustancias, por ejemplo, extraer objetos de las casas de sus familiares, robar dinero o generar conflictos familiares, propios de la excitación y/o agresión que manifiestan los usuarios de pasta base (Castilla, Olsen y Epele, 2012). La forma de relacionarse de los adictos a la pasta base, es traducida por sus familiares,

amigos y vecinos como por una “falta de códigos” cuando ejercen robos hacia ellos, debido a que generalmente la familia les brinda ayuda cada vez que puede (Castilla, Olsen y Epele, 2012).

La familia de un adicto trata de hacer “vista gorda” a los constantes hurtos que realiza para poder revender posteriormente y así contar con recursos para comprar droga, no obstante, esta vista gorda los familiares la adoptan como un mecanismo para no generar conflictos, enfrentamientos y agresiones con sus familiares adictos a la pasta base (Castilla, Olsen y Epele, 2012). Sin embargo, en muchas ocasiones se aprecia un deterioro en las relaciones interpersonales, generando finalmente que la familia decida desvincularse del consumidor, como medida de cuidado para sí mismos, debilitándose el apoyo que pueda entregarle al adicto (Castilla, Olsen y Epele, 2012).

De acuerdo a la investigación de Ramírez-Elizondo (2011), la familia de una madre adicta es fundamental para sus hijos, pues hay momentos en que la madre pudiese no estar disponible para los cuidados hacia estos, y la familia pudiese suplir esta falta. Muchas veces, cuando una madre adicta no pueden cumplir con sus responsabilidades maternas, ellas entregan los cuidados y/o custodia a algún miembro de la familia (Kearney, Murphy y Rosenbaum, 1994).

Ya sea por la adicción o por algún otro factor (por ejemplo, ser madre primeriza o adolescente), el rol de la familia es fundamental en los cuidados porque la madre se siente sostenida y portada por una familia que se moviliza en pos de la madre y sus hijos (Turiani, Pamplona, Komura y Chávez, 2009).

En cuanto al proceso de rehabilitación de una madre adicta, el impacto del involucramiento en su recuperación, es un factor de protección muy importante para el éxito del tratamiento (Moraes et al, 2010). Este acompañamiento es fundamental, ya que facilita la recuperación y la integración del adicto en la familia y sociedad (Mosquera, 2010). Mosquera (2010), señala que de cierta forma la familia actúa como co-terapeuta en el proceso de rehabilitación de la madre adicta.

En los dispositivos de salud para el parto

La situación en contextos de atención de urgencia maternal es un tanto tenso para las madres que se van a atender en ellos. En el post parto inmediato, las mujeres se encuentran temerosas de perder a sus niños, creen las que consideran incapaces de hacerse cargo de sus hijos, además sienten rechazo por parte de los equipos de salud (Ramírez-Elizondo, 2011), impidiéndoles sumergirse en los cuidados hacia sus recién nacidos, situación que afecta el vínculo materno (Ramírez-Elizondo, 2011).

Las atenciones entregadas por los profesionales de la salud, quienes muchas veces son dirigidos por prejuicios y discriminación, no consideran las necesidades de estas usuarias, restándolas de la toma de decisiones que las atañen (Ramírez-Elizondo, 2011). Sin duda, este entorno provoca mucho estrés, tensión y miedo a estas mujeres, lo que responde a falta de políticas, protocolos o guías para el manejo de usuarias dependientes de sustancias que son madres, dejando en evidencia la falta de preparación del personal de salud y sus prácticas de trato deficiente (Ramírez-Elizondo, 2011).

En el estudio de Ramírez-Elizondo (2011), las madres que asistieron a los servicios de salud a ser atendidas, explicitaron sentir un trato negativo por parte de los equipos de salud durante el parto, el cual califican de grosero y poco diligente, postergando una atención oportuna a sus necesidades. Es por ello que sugieren que el trato brindado a las usuarias consumidoras de sustancias sea enfocado en sus necesidades afectivas, donde mediante un manejo socio-afectivo se entable una comunicación entre las madres y profesionales (Ramírez-Elizondo, 2011).

En los dispositivos de salud para rehabilitarse

La maternidad es a menudo la única opción de carrera accesible para las mujeres en la pobreza urbana. Para las madres que consumen drogas, la principal forma de ayuda es prestar apoyo para su rehabilitación y que puedan mantener a sus hijos, quienes son la única fuente de estabilidad y autoestima de estas madres (Kearney, Murphy y Rosenbaum, 1994). Utilizar la culpabilidad o el reconocimiento de “mala madre” por parte de las adictas, las motiva para buscar ayuda y sirve

para planificar programas de intervención (Brown, 2006). No obstante, hay que considerar que la presión externa y el miedo a las acciones punitivas por los técnicos, puede influir en la trayectoria de la madre embarazada o su tratamiento del consumo (Silva, Pires y Gouveia, 2015).

La intervención debe, sobre todo, actuar más allá de los mitos, denegar la imagen y los argumentos que se refieren a madres drogadictas como "malas madres" para así poder combatir las prácticas de creación y mantenimiento que estigmatizan, en lugar de hacer algo útil para estas madres y sus hijos (Silva, Pires y Gouveia, 2015).

Por lo tanto se pone de relieve la necesidad de políticas y programas centrados en la mujer, los cuales contemplen acceso a vivienda libre de drogas, cuidado de su salud, cuidado de los niños y ayuda en empleo (Kearney, Murphy y Rosenbaum, 1994).

Evitar la separación de la madre con sus hijos, que la madre complete sus estudios, reciba tratamiento de rehabilitación, apoyo económico y de crianza, son aspectos que ofrecen salud a la madre y el niño. Dichos planteamientos se han empezado a integrar en los diseños de programas residenciales y ambulatorios (Kearney, Murphy y Rosenbaum, 1994).

Los niños que son llevados a hogares, por alguna acción judicial, se ha observado que se debilita el vínculo con la madre (Kearney, Murphy y Rosenbaum, 1994; Marchant, 2007). Los autores Kearney, Murphy y Rosenbaum, proponen que un trabajo persistente con la madre, es fundamental para ayudar a la rehabilitación de la madre y el vínculo con su hijo. Aspecto que puede desarrollarse, incluso con madres que reconocen problemas en el ejercicio de su maternidad (1994).

Las madres adictas consideran un comportamiento positivo estar o salir con los hijos el "día después" del consumo (Brown, 2006), por lo que es relevante que los equipos de salud integren la relación madre-hijo en sus programas, ya que motiva al tratamiento.

Esto tiene implicancias para los equipos de salud que trabajan con estas madres, ya que, si bien los tratamientos de rehabilitación tratan de incluir a la familia, muchas veces estas madres son solteras (Brown, 2006), siendo en algunas ocasiones sólo los hijos su red de apoyo familiar.

Las madres pueden sentirse más cómodas con otras madres que consumen, y los niños pueden llegar a ser solidarios entre sí, es por esta razón que los equipos de salud indudablemente debiesen incluir estos aspectos en su quehacer terapéutico (Brown, 2006)

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo general:

Caracterizar los discursos sobre la maternidad y las prácticas de cuidado a sus hijos de madres con dependencia a drogas.

3.2. Objetivos específicos:

- ✓ Describir la experiencia de la maternidad de mujeres con dependencia a drogas.
- ✓ Describir las prácticas cotidianas de cuidado a sus hijos de madres con dependencia a drogas, tanto en el dispositivo de rehabilitación como en sus hogares.
- ✓ Caracterizar el discurso de la familia sobre las prácticas de cuidado a sus hijos de madres con dependencia a sustancias.
- ✓ Localizar el rol que la familia desempeña en el ejercicio de esta maternidad.
- ✓ Identificar el discurso del equipo de salud sobre la maternidad en mujeres con adicción.
- ✓ Identificar las prácticas de cuidado a los hijos que reconoce el equipo de salud en la usuaria.

4. MARCO METODOLÓGICO

Para fundamentar el método utilizado en este estudio, es necesario sentar las bases epistemológicas desde la que se observará la problemática (Sandoval, 2002). Tal como lo señalan Taylor y Bogdan (1992 en Sandoval, 2002), el enfoque metodológico no sólo tiene relación con la perspectiva desde la que se ubica el problema, sino también con la forma en que se busca la respuesta de ese problema.

Para este estudio se consideran dos enfoques metodológicos: teoría fundamentada y etnografía. La teoría fundamentada, que analiza la experiencia de vida, los significados subjetivos de sus manifestaciones y, de acuerdo a Glaser y Strauss (1967), se organiza de acuerdo a las premisas del interaccionismo simbólico (Blumer, 1981 en Valles, 1999), en donde el planteamiento básico es que la teoría surge de los datos obtenidos en el estudio (más que de investigaciones anteriores) y que, por esa vía, posibilita la comprensión del fenómeno (Salgado, 2007). De acuerdo a los enfoques etnográficos, con ellos se busca describir fenómenos, analizar ideas, significados y prácticas de grupos y culturas (Salgado, 2007).

La estrategia de investigación en este estudio contempla dos áreas: etnografía y estudio de caso (Páramo y Otálvaro, 2006). Etnografía, porque implica el estudio de la conducta en el escenario natural donde ocurre, para poder acceder al “mundo simbólico” (tejido de significados) en el cual las personas viven (Sandoval, 2002). Y estudio de caso, dado que investiga un fenómeno contemporáneo dentro de su contexto real de existencia, cuando los límites del fenómeno y el contexto no son claramente evidentes y en los cuales existen múltiples fuentes de evidencia que pueden usarse (Yin, 1984, en Sandoval, 2002). Se propone un estudio de caso único, en tanto releva y da preferencia al conocimiento profundo del caso y sus especificidades, por sobre la generalización de los resultados (Vasilachis, 2006).

4.1. Diseño

El diseño en la investigación será emergente, ya que podrá ir modificándose sobre la marcha de la entrada al campo, debido a que la investigadora irá tomando decisiones metodológicas en función

de sus hallazgos (Salamanca y Martín-Crespo, 2007; Salgado, 2007). Dichas decisiones no se determinan previamente, aunque sí existe una planeación que apoya el diseño, pues sin dicha planificación la flexibilidad del mismo se ve obstaculizada (Salamanca y Martín-Crespo, 2007).

4.2. Muestra

“La selección del tipo de situaciones, eventos, actores, lugares, y temas que serán abordados en primera instancia... el muestreo es progresivo y está sujeto a la dinámica de los propios hallazgos de la investigación” (Sandoval, 2002, p. 120). En tal sentido, la estrategia de selección muestral es de tipo intencional, es decir, no probabilística, ya que los participantes han sido escogidos fundamentalmente por condiciones de oportunidad y accesibilidad (Flick, 2007), seleccionándose a sujetos que cumplen con todos los criterios de inclusión definidos para el estudio.

Respecto a los criterios de elección de la muestra, tenemos los incluyentes: mujeres entre 20 y 39 años de edad (debido a que es el rango de edad más esperable en mujeres con consumo) que fuesen madres, con hijos menores de edad, que hubiesen ingresado a un Programa Ambulatorio Intensivo (PAI) por diagnóstico de adicción al consumo de drogas, y que residieran en la misma comuna donde estaba ubicado el PAI. En cuanto a criterios de exclusión, no se consideraron a aquellas mujeres previamente diagnosticadas por el equipo tratante con un trastorno psicótico, trastorno neurológico y/o retraso mental.

En cuanto al tamaño de la muestra, se incluyó a dos participantes, ya que si bien se esperó realizar un estudio de caso único, se contempló la inclusión de más de un caso debido a la alta deserción de los tratamientos de rehabilitación, como estrategia para evitar la pérdida muestral.

El Programa Ambulatorio Intensivo (PAI) se compone de distintas actividades desarrolladas por un equipo multidisciplinario, que tienen por objetivo terapéutico intervenir a personas con diagnóstico de consumo perjudicial o dependencia a sustancias (Senda, 2012). Se propone generar motivación al cambio, problematizar el consumo de sustancias, fortalecer los factores protectores, desarrollar habilidades sociales, integrar socialmente, preparar a la persona para el egreso y realizar seguimiento (SENDA, 2012). El Centro de Tratamiento (CT) donde se

desarrolló el estudio, si bien opera por medio de una licitación obtenida por una fundación privada, se rige por las normas y orientaciones técnicas SENDA. Está ubicado en una comuna de la III Región de Atacama, cuenta con 20 cupos para población general (personas mayores de 19 años) y 10 cupos exclusivamente destinados para mujeres, denominados “Programa Específico Mujeres”.

4.3. Procedimiento

Inicialmente, se realizaron todos los protocolos exigidos por el Director del Centro de Tratamiento de Rehabilitación y por el Directorio de la Fundación -de la cual el centro es parte-, para llevar a cabo la investigación. Se presentó la documentación requerida (incluyéndose el proyecto de investigación, las pautas de entrevista, pautas de observación y consentimientos informados) y, una vez que se cuenta con las autorizaciones del Directorio de la Fundación y del Director del Centro para desarrollar el estudio, se presentó el proyecto a las participantes.

De esta manera, gracias al apoyo de los profesionales de PAI, se definió la elección de dos madres que estuvieran en calidad de usuarias del programa y que cumplieran con los criterios pretendidos. Una vez que esto sucedió, se contactó a las usuarias y sus familias y se procedió a consultar y pedir su autorización para participar del estudio. En los casos en que sus respuestas fueron afirmativas, se le entregó para su conocimiento el documento de consentimiento informado, se realizó una lectura en conjunto con la investigadora y se dio el espacio para que pudiesen formular todas las dudas asociadas a su participación en la investigación. Una vez que las implicancias del estudio fueron comprendidas y manifestaron su acuerdo con la participación, se firmó el Consentimiento Informado por parte de las usuarias, sus familias y el equipo de salud.

El proceso de recolección de datos se desarrolló en dos vías paralelas. Por un lado, se solicitó al equipo de salud entrevistas en profundidad, así como participar de sus actividades terapéuticas con las usuarias seleccionadas (intervenciones psicosociales grupales, visitas domiciliarias). Por otra parte, se realizó entrevistas en profundidad a las usuarias y a miembros de su familia.

Respecto de la recolección de datos en torno al componente etnográfico del estudio, luego de un mes de conocer a las participantes y buscar generar un vínculo con ellas, se discute con el equipo de salud acerca de la madre que posiblemente acceda a participar de las observaciones etnográficas. Es por ello que se consulta a una de las usuarias que ya había aceptado ser parte del estudio, su interés de participar de observaciones etnográficas en el Centro de Tratamiento y en su hogar. Se explica a la participante y su familia los objetivos que busca esta observación, se les da espacio para que puedan realizar y resolver las dudas que emergen de esta propuesta y, luego de aclarar todas sus dudas, deciden también participar y firman el Consentimiento Informado.

Durante los dos meses en que se desarrolla la etnografía, se observa a la díada madre hijo al menos 15 veces, tanto en el Centro de Rehabilitación (en instancias individuales de estudio e intervenciones psicosociales grupales) como en el hogar, en visitas de observación a la madre y su hijo desarrolladas por la investigadora, de frecuencia semanal. Se lleva un diario de campo durante las observaciones, en el cual se registra de forma discreta los aspectos relevantes durante la visita de observación, completándose el registro una vez acabada la observación, en un espacio diferente, fuera del hogar de la participante y del Centro de Tratamiento. Una vez que se cuenta con material suficiente, se da inicio al análisis de las entrevistas y diarios de campo, mientras se continuó recogiendo información.

4.4. Técnica de producción y recolección de datos

La producción de datos se realizó por medio de entrevistas en profundidad a las pacientes, a su red de apoyo familiar y al equipo de salud, efectuándose un total de nueve entrevistas: una a cada participante (dos en total), una a la familia de cada participante (dos en total) y una a cada miembro del equipo de salud (cuatro profesionales), con salvedad que uno de ellos fue entrevistado como informante para ambos casos (un total de cinco entrevistas). Taylor y Bogdan (1998, en Cruzat et al., 2010) definen la entrevista como el encuentro entre el investigador y el informante cara a cara, donde este último trata de acceder a las experiencias y vivencias de los primeros, con la finalidad de comprender su perspectiva. Este encuentro se realiza con la guía de una pauta de entrevista realizada previamente, que contempla dos secciones: una pregunta

generativa, orientada a abrir el diálogo con el/la entrevistado/a, y preguntas más direccionadas, que fueron construidas de acuerdo al grupo de interés (madre, familia, equipo de salud) (ver Anexos). De esta manera, se accedió a la dimensión discursiva de los actores involucrados, en torno a la maternidad y al ejercicio de la misma (práctica de cuidado materno).

También, se consideró pertinente la descripción densa (Páramo y Ótalvaro, 2006) como propósito para la observación que se desarrolló por un período de un mes y medio. Se observó a la madre su hijo, tanto en Centro de Tratamiento, como en su hogar, a fin de observar las prácticas de cuidado que desplegó hacia su hijo. Este trabajo etnográfico también implicó la observación de la relación de la madre con su red de apoyo familiar (específicamente su pareja) y con el equipo de salud, con el propósito de conocer la incidencia de las redes de apoyo familiar y social sobre su ejercicio de la maternidad.

Cabe destacar, entonces, que los instrumentos utilizados en esta investigación fueron dos: las entrevistas en profundidad y las observaciones de campo.

4.5. Análisis de datos

El análisis de los datos y posterior sistematización, se realizó mediante el procedimiento analítico de la Grounded Theory. Este procedimiento analítico contempla la comparación constante de los datos, con lo cual se generan categorías conceptuales (con un denominador común) (Valles, 1999), sus propiedades (causas, condiciones, dimensiones, tipos, procesos, etc.) (Glaser y Strauss, 1967 en Valles, 1999) o relaciones entre ellas, hasta saturar la información (Valles, 1999).

“Al método de comparación constante se le considera más aplicable a cualquier tipo de información cualitativa (“observaciones, entrevistas, documentos, artículos, libros, etc.”) en un mismo estudio. De ahí, que se le atribuya una comparación analítica de mayor alcance...” (Valles, 1999, p. 348).

Existen dos puntos fuertes en la Grounded Theory: el énfasis en la generación de teoría y el entrelazamiento de la recogida de datos, codificación, análisis y la interpretación de la

información (Valles, 1999). Contempla cuatro fases: comparación de “incidentes” (observaciones, fragmentos, entrevistas, documentos), integración de categorías y sus propiedades, delimitación y escritura de la teoría (Valles, 1999).

4.6. Consideraciones éticas

Como fue señalado previamente, el estudio fue presentado al Director del Centro de Rehabilitación y al Directorio de la Fundación a la que pertenece el centro, quienes evaluaron las implicancias y los posibles riesgos para los participantes. Luego de valorar el estudio, autorización la ejecución del mismo.

Una vez que se contó con la aprobación de todas las instancias requeridas, se invitó a los sujetos a participar a través de una invitación formal de manera verbal y con el escrito del Consentimiento Informado que detalla y explica la investigación. Para quienes manifestaron interés en colaborar voluntariamente con el estudio, se revisó y procedió a la firma del Consentimiento Informado /ver Anexos).

Cabe destacar que se resguardó y resguardará en todo momento el material recogido durante el estudio, el cual es manipulado sólo por la investigadora.

5. RESULTADOS

A continuación, se presentarán los temas emergentes del análisis de nueve entrevistas y observaciones etnográficas, realizadas por un período de un mes y medio. Las entrevistas analizadas se presentan mediante categorías y propiedades, las cuales se fundamentan a través de citas extractadas de las entrevistas de los distintos informantes: mujeres usuarias, familiares y equipo de salud. Por otra parte, las observaciones de campo se concentrarán en un relato breve, redactado en un estilo más literario (al modo de un cuento), el que da cuenta del material producido durante las observaciones sobre las prácticas de cuidado materno desarrolladas en el centro de tratamiento y en el hogar de la participante.

5.1. Descripción de casos:

5.1.1. María

El primer caso será identificado con el nombre de fantasía María, con el propósito de resguardar la identidad de la participante. Se trata de una mujer de 20 años de edad, quien durante su infancia estuvo en situación de calle por abandono de padres y posteriormente fue institucionalizada, una vez que SENAME advierte esta situación. Tiene escolaridad básica incompleta. Convive con su pareja desde hace 2 años, actualmente se desempeña como dueña de casa, el grupo familiar cuenta con bajos ingresos económicos. Tiene un hijo de 1 año de edad, y hace 1 año inicia tratamiento en Programa Ambulatorio Intensivo (PAI). El diagnóstico de ingreso a PAI es trastorno por dependencia de sustancias, la sustancia de consumo predominante es la pasta base, presentando un compromiso biopsicosocial severo. Ingresa voluntariamente al centro en dos oportunidades: una entre los 14 y 15 años, en calidad de “cuposolidario”, ya que el programa sólo recibe a adultos sobre los 19 años de edad. Su segundo ingreso fue a los 19 años de edad, momento en que se encontraba embarazada, y su motivo de ingreso fue “rehabilitarse por su hijo”. Sin tratamientos de rehabilitación en otro centro. Su segundo proceso de rehabilitación duró aproximadamente un año y medio, y es egresada del programa por rehabilitación exitosa.

5.1.2. Juana

En el segundo caso también se utilizará un nombre de ficción, Juana, como manera de proteger la identidad de la participante. Juana tiene 29 años de edad, convive con su pareja y padre de sus cuatro hijos desde hace 11 años. Tiene escolaridad media completa, actualmente sin actividad laboral remunerada, el grupo familiar cuenta con bajos ingresos económicos. Tiene dos niños de 11 y 3 años de edad y dos niñas de 8 y 5 años de edad, está en tratamiento hace 3 años en Programa Ambulatorio Intensivo (PAI). El diagnóstico de ingreso a PAI es trastorno por consumo perjudicial de sustancias, con comorbilidad de trastorno de la personalidad y del comportamiento, la sustancia de consumo predominante es la pasta base, con compromiso biopsicosocial moderado. Ingresó condicionada al centro, por medida de protección a favor de sus hijos, interpuesta por su madre. Ingresó al centro a los 26 años de edad y su motivo de ingreso fue “rehabilitarse para recuperar el cuidado personal de sus hijos”. Con un tratamiento de rehabilitación residencial anterior. Al momento de la realización del estudio, continúa en tratamiento en el programa.

5.2. Tablas descriptivas de los participantes:

Se presentan dos tablas que reúnen una caracterización de los participantes del estudio. En la primera de ellas, se organizan datos relacionados con las dos mujeres estudiadas y sus respectivos familiares. En la segunda tabla, se entrega una caracterización de los integrantes del equipo de salud.

5.2.1. Tabla 1: Participantes y familia

En esta tabla se presentan los datos sociodemográficos relevantes de los participantes del estudio, junto con el código o etiqueta con el cual se identificará los extractos de sus entrevistas en la presentación de los resultados. Asimismo, se da cuenta del parentesco de cada uno de los familiares entrevistados. Finalmente, se detalla el número de hijos de cada madre participante, así

como el diagnóstico que realiza al momento de ingresar al centro, el número de tratamientos de rehabilitación previos y el motivo por el cual consulta al momento de solicitar ingreso a PAI.

Tabla 1: Caracterización de las participantes y sus familiares				
Participantes	Caso María	Familiar Caso María	Caso Juana	Familiar Caso Juana
Sexo	F	M	F	F
Edad	20	34	29	50
Actividad	Dueña de casa	Recolector de huiro/pescador	Cesante	Dueña de casa
NSE	Bajo	Bajo	Medio-bajo	Medio-bajo
Parentesco	NA	Pareja	NA	Madre
N° hijos	1		4	
Diagnóstico	Dependencia al consumo de sustancias		Dependencia al consumo de sustancias	
Tratamientos anteriores	1		1	
Motivo consulta	Rehabilitarse por hijo		Rehabilitarse por hijos	
Código resultados	P1	F1	P2	F2

5.2.2. Tabla 2: Equipo de Salud

La tabla 2 reúne información de los integrantes del equipo de salud que participan del estudio. Así, se detalla la profesión de cada uno de ellos, el cargo que tienen en el centro, el tiempo de ejercicio laboral en el centro, así como el caso del que da cuenta en las entrevistas. Por último, el código o etiqueta con el que serán identificados los fragmentos de entrevistas seleccionados y presentados en los resultados.

Caracterización Equipo de Salud					
Participantes	Profesión	Cargo	Tiempo en el centro	Caso que informa	Código resultados
1	Psicólogo	Director	8 años	Caso María	E1
2	Psicóloga	Psicóloga	5 meses	Caso María	E2
3	Asiste social	Asistente social	6 meses	Casos María y Juana	E3
4	Secretaria	Administrativa	4 años	Caso María	E4

Para la presentación de los resultados y posterior análisis, los fragmentos de citas fueron etiquetados según informante: P para la participante, F cuando la cita proviene de la familia y E al equipo de salud.

5.3. Construcción de categorías y sus dimensiones

Luego de la identificación de códigos o temas emergentes en relación a los datos recogidos, se construyeron cinco categorías principales, las que a su vez están conformadas por dimensiones. A continuación, se presenta el listado de categorías y dimensiones, organizados jerárquicamente:

I. Historia del consumo

- a. Desencadenamiento de la adicción
- b. Dinámica de consumo

II. Percepciones y experiencias sobre la maternidad

- a. Entrada en la maternidad
- b. Una nueva identidad: madre
- c. Experiencia de la maternidad
- d. Maternidad en consumo
- e. Maternidad sin consumo
- f. Expectativas sobre la maternidad
- g. Valoración de su desempeño como madre

III. Cuidados maternos

- a. Prácticas de cuidado
- b. Prácticas de cuidado durante el consumo
 - i. Estrategias para minimizar el impacto de la adicción en el cuidado de los hijos
 - ii. Pérdida de control: cuando las estrategias de cuidado fracasan
 - iii. Agresividad asociada al consumo
- c. Prácticas de cuidado durante la rehabilitación

IV. “Pasta Basta”

- a. Maternidad como motor de cambio
- b. Percepción de apoyo familiar
- c. Percepción de apoyo social

V. Expectativas futuras

- a. Prácticas de cuidado a mejorar
- b. Recomendaciones a los equipos de salud

I. Categoría N° 1. Historia del consumo

La primera categoría se construyó de la siguiente manera, con dos dimensiones:

Historia del consumo	Dimensiones
	- Desencadenamiento de la adicción - Dinámica de consumo

a. Desencadenamiento de la adicción

Esta propiedad da cuenta de las razones o explicaciones que los informantes dan acerca del comienzo del consumo de la participante y la posterior dependencia a las drogas.

Para el caso de María, se extraen las siguientes citas:

P1: ...por andar tirada en la calle, nadie se preocupaba de mí, cosas así...

P1: ...es que mi mamá en la casa cuando yo iba, tenía fiestas, asados, mis hermanos tomaban, uno aprende de ejemplos de cuando uno es chico, el mismo ejemplo que yo no le voy a dar a mi hijo, él a los 15 años no va a tomar, entonces yo cuando tenía 10 años en mi casa tomaban, entonces qué ejemplo... yo salía a un carrete y todos tomaban, entonces qué iba a hacer, tomar, para ir a la misma onda de ellos...

La participante señala que el hecho de no haber contado con personas adultas que se preocuparan de ella, haber vivido en situación de calle y presenciar conductas de consumo, operan como elementos que, desde su perspectiva, explican el desencadenamiento de su consumo de drogas.

Su familiar visualiza que el consumo deriva de la situación de institucionalización y el entorno social, especialmente la influencia de los amigos:

F1: ...las malas juntas, vivía en un hogar, el entorno más que nada...

El equipo identifica la influencia del consumo transgeneracional, la situación de abandono, vulneración de derechos y el haber sufrido violencia intrafamiliar como razones que habrían desencadenado el consumo. El hecho de haber vivido en un hogar de menores, también es percibido como un elemento que se asocia al consumo: modelaje por pares, placer asociado al efecto de las sustancias. El consumo actúa como mitigante del sentimiento de soledad, así como la dinámica de consumo con sus pares “hermanos”, genera un sentido de pertenencia:

E4: ...esa misma conducta (maltrato) hace muchas veces... la parte mamá o papá, que sea, que los mismos niños busquen a... como el caso de María al final. Busquen a... a sus pares que también son... también son maltratados como ellos y se crean esos vínculos. A veces no son positivos, pero son sus vínculos, los que tienen ellos más cercano al afecto.

Los informantes concuerdan en que la separación de Juana con su pareja, ocurrida hace 3 años, fue un hecho que desencadenó el consumo de sustancias por parte de ésta. Sin embargo, Juana

hace hincapié en la exposición a distintos estresores en esa misma época –pérdidas económicas en negocio familiar y mal comportamiento de sus hijos- que habrían favorecido el consumo:

P2: ...a ver, yo estaba vieja ya, tenía 28, no 27 años, y me separé... a mí siempre me ha gustado carretear, vacilar, bien buena para el trago pero no al límite, a veces se me pasaba la mano pero como cualquier persona, yo creo que eso detonó un poquito porque tomaba mucho, me separé y empecé a carretear, a llorar con el copete al lado hasta que conocí en un carrete a un amigo, yo primero jalaba así fui como un mes, un mes jalé, me quedó gustando y como yo tengo un negocio sólido donde recibía lucas, nos alcanzaba para comprar cocaína, carrete, todo hasta que empecé a consumir pasta basta, pasta basta⁵.

De acuerdo a lo que señala la madre de Juana, como una forma de explicar el desencadenamiento de su adicción, consideran que la separación con su pareja jugó un rol relevante. Asimismo, su madre subraya que Juana ha tenido distintos episodios de malestar emocional (“depresión”) y sentimientos de abandono por parte de su padre y de ella misma, ya que dejaba a Juana mucho tiempo sola, a cargo del cuidado de sus hermanos, por extensas jornadas de trabajo. De todas maneras, la madre señala que Juana ha tenido conductas de consumo asociados a fiestas “desde siempre”, actividades que desarrollaban en la propia familia:

F2: ...que la Juana, el papá de ella cuando ella lo quiso conocer la rechazó, ella fue a los 23 años cuando fue a conocerlo a Antofagasta... entonces la negó, se negó totalmente a tener una conversación con él y nunca más la buscó, entonces dicen que también puede haber sido por eso, no le encuentro, no, no le encuentro... desilusión no más, pero no creo que podría haber sido mucho eso y la infancia que tuvo ella, claro, fue fome, porque yo trabajaba, eh, ella se criaban 4 niños chicos, ella tenía 10 años cuando empecé a trabajar y quedaba sola, la más chica tenía 9 meses, entonces, yo dejaba lo que tenía que dejar y ella era la que se cuidaba a sus hermanos chicos... fue mamá también chiquitita, también fue mamá porque cuidaba a sus hermanos.

⁵ “Pasta basta” sería un lapsus de la participante, que se presenta reiteradamente a lo largo de la entrevista. Al parecer, está tratando de referirse a la *pasta base*, pero el estatuto de su lapsus resulta más bien enigmático.

El equipo de salud también comparte la explicación que se da la madre respecto de los desencadenantes del consumo, y propone además el desequilibrio emocional que atraviesa la participante, aparentemente Juana atraviesa por sentimientos de soledad y miedo, los cuales posiblemente se modifican con el efecto del consumo. El equipo refiere que la sensación de que Juana habría perdido la “familia feliz” luego de la separación con pareja:

E3: Yo creo que el tema como del papá, ella cuando era chica el papá nunca estuvo y ella quería formar, ella siempre ha querido formar una familia feliz, en el momento que Carlos⁶, la pareja, la dejó, pa' ella fue como que ya no tenía su familia feliz, de hecho, ella se quería ir [de la ciudad] ...

E3: ...el motivo que ella dijo que la había dejado la pareja, entonces se empezó a meter con el copete, y cuando empezó con el copete, empezó a probar la pasta base. Y entonces como que siempre que toma copete, toma pasta base y entonces ahí ya, como que deja la embarrada, pero bien grande. ...y ahora de nuevo, hace ya como un par de meses atrás que volvió con la pareja, pero aun así es como que... el tema de la comunicación en su casa es como que ella siempre tiene que tener la razón, tiene que ser el centro de atención y si no lo es, se lanza al consumo, ahí ese es otro problema que ella tiene, ella ha hecho que no, no, no acepta las opiniones distintas, que tengan distinta porque si su mamá tiene una opinión distinta o dice algo, o la empieza a encarar, diciéndole cosas que son verdad, y ahí ella quiere desmentirlo, la excusa perfecta, es como excusa que busca para irse al consumo.

⁶ Nombre de fantasía de la pareja.

b. Dinámica de consumo

Dentro de esta categoría, se identificó la dimensión *Dinámica del consumo*, que hace referencia a hechos o situaciones que propician o facilitan el inicio de consumo. Emerge información tal como la edad de inicio de consumo de drogas, los tipos de drogas, la frecuencia y el contexto en el cual se desarrollaba el consumo.

Para el caso de María, se recogen los siguientes extractos:

P1: ...yo fumaba pasta base, pero ahora ya no fumo. Antes fumaba acompañada con otra gente, quedé embarazada a los 19 y la dejé a los 19...

F1: ...nosotros consumíamos juntos, quedaba como atrapada, como ansiedad, pero hace más de un año que gracias a Dios no hay consumo...

E3: ...en el inicio de consumo... desde que era pequeña, pequeña. Drogas: alcohol, pasta base (ríe), cigarro, yo dir-, marihuana, creo que de todo ella ha consumido, de hecho, hasta prostitución diría yo, en algunas ocasiones. Cantidad y frecuencia: yo diría que era como tod-, cada vez que tenía plata, era “oh, ya, vamos”, era como su fiesta, ella trabajaba algunas veces en el huiro, en lo que fuera, ella todo se lo gastaba en... en consumo. Y siempre era social...

En cuanto a los datos encontrados en el caso de María, se aprecia policonsumo (drogas fuertes) diario desde muy pequeña, cercano a los 11-13 años de edad, el cual se desarrolla en grupo, inicialmente con niñas también institucionalizadas en hogares de SENAME, el que luego se extiende a grupos de pares que también experimentan situación de calle, incluyendo a su actual pareja. Se indican también posibles antecedentes de prostitución, como forma de subsistencia y consecución de drogas.

En el caso de Juana, se señala que siempre estuvo inserta en contextos de consumo de drogas lícitas (alcohol), ya sea con familia o amigos. Asimismo, de acuerdo a lo que explica Juana, desde el inicio de su maternidad ella mantuvo largas jornadas de trabajo, por lo que busca

opciones para activarse que le permitan mantener ese ritmo, comenzando por el consumo de cocaína pero posteriormente, por el alto costo, experimenta con pasta base:

P2: ...como trabajaba igual le hacía a la cocaína, porque trabajaba mucho, mucho, yo trabajaba en el día...entonces en la noche ocupábamos cocaína, igual de repente eran todos los días, y nunca yo me hice adicta... será que yo sabía que... (Silencio)...es que yo estaba en un momento que no la necesitaba, si había, había, si no, no.

La madre de Juana asocia la ingesta de alcohol como un factor desencadenante para el consumo de pasta base. Efecto que provoca cambios en el comportamiento de Juana:

F2: ...al menos en el alcohol yo me doy cuenta, imagino que cuando ella toma alcohol consume droga poh', es una cosa que uno aprende aquí mismo, porque yo antes decía "no, mi hija no... si tomó" pero no sabía cómo era, pero ahora yo creo que sí debe consumir poh' pero siempre se ha preocupado, siempre ha querido pero esa mugre es como más fuerte, no sé qué sentirán ellos en su mente, qué pensarán, no sé, porque se encierran, se encierran en su mundo...

F2: Aunque estén los niños. El trago para ella es más fuerte, cuando está con trago ahí sí que no, no... es menos respeto para los niños. No le interesa que estén los niños, y ahí yo me he dado cuenta si cuando llega con trago ella es, es distinta. No importa que estén los niños. Habla puras cabezas de pescao' no más.

El equipo de salud identifica la misma situación que los otros informantes, señalando el consumo de alcohol desde pequeña, tanto en contextos familiares como asociado a trabajos vespertinos.

II. Categoría N° 2. Percepciones y experiencias sobre la maternidad

	Dimensiones
Percepciones y experiencias sobre la maternidad	<ul style="list-style-type: none">- Entrada en la maternidad- Una nueva identidad: madre- Experiencia de la maternidad- Maternidad en consumo- Maternidad sin consumo- Expectativas sobre la maternidad- Valoración de su desempeño como madre

a. Entrada en la maternidad

En cuanto a la entrada en la maternidad, los actores dan cuenta de las condiciones que existían al momento de embarazarse, ya sean condiciones internas/psicológicas de la participante, proyectos de vida, condiciones contextuales como relaciones familiares, de pareja, y economía familiar.

Para el caso de María, se rescatan los siguientes fragmentos:

PI: ...me quería cortar el pelo, me quería rapar, nunca se me pasó por la cabeza suicidarme o abortar, quería ver la mezcla del papá conmigo y el hijo...

E1: ...para empezar, María es madre, es decir, se coloca en un rol, lo asume gustosa, se identifica con, eh... no lo asume desde una otredad, no lo asume como una carga, no está en ella eso. Lo asume.

La participante no planifica ni decide conscientemente su embarazo, por lo que la noticia de su estado fue inesperada, generando un impacto, un remezón en ella. Aun así, aceptaría gustosa la maternidad ya consumada y desempeña este rol aspirando a armar una familia, un hogar como el que nunca tuvo con sus propios padres.

Respecto al caso B, se señala lo siguiente:

P2: ...cuando tuve mi primer hijo, fue súper joven cuando tuve a mi primer hijo. Primero, no estaba en mis planes ser mamá, entonces yo decía que iba a viajar a otro mundo, conocer países, otra cosa.

P2: ...eso, la solvencia de decir acá tengo hartito de lo que quiero, tengo mi pareja, tengo mi casita, tengo un hijo, entonces pucha yo quiero tener una guagua dije yo, porque económicamente estábamos bien y dije sí, porque necesitaba otra guagua en mi vida, como que me llenaba, es que en realidad siempre fue el saber, sentirse que yo... el tener el segundo hijo pa' mí fue como que, qué se siente tener tú un hijo, criarlo, estar ahí siempre, tú cuidarlo, a pesar que el otro ya había nacido, pero no fue igual... no fue igual.

P2: ...todos, el deseo de sentirme mamá, constituir mi hogar bien serio, el trabajo, estaba todo bien, entonces encontré que era la guinda de la torta para que fuéramos felices.

F2: ...ella (Juana)... siempre está presente, o sea, pero económicamente, porque donde trabajaba lo cuidaba la suegra y aparte era muy niña, (lo) tuvo como a los 18-19 años la Juana.

E3: Igual ella siempre quiere como como formar la familia feliz, el sueño de ella es como irse con su... con su pareja, el papá de los niños, ir lejos, eh... tener a los niños, como algo que nunca tuvo.

De acuerdo a cómo se logra apreciar en el caso de Juana, se reconocen dos entradas a la maternidad, una “en conflicto” y otra buscada. La primera ocurre con el primer hijo, hecho no planificado, que acontece cuando la participante todavía es muy joven y que viene a cambiar el proyecto de vida que tenía hasta ese momento. Desde la perspectiva de la madre de Juana, cuando ella no ha planificado sus embarazos se muestra presente en términos de aporte económico, entregando el cuidado de los niños a un tercero. La segunda entrada a la maternidad (nacimiento de su segunda hija), la cual es planificada y esperada por la pareja, es relatada como una forma de constituir el hogar “bien serio” y feliz, brindando un escenario muy distinto para ejercer su maternidad. Esta segunda de experimentar la maternidad, es relatada por Juana como una actividad para la cual está capacitada, que espera sentir y desempeñar en pareja, una vez que una serie de factores están cubiertos o satisfechos: buena situación económica, vivir en su casa con pareja, pareja presente.

b. Una nueva identidad: madre

Esta dimensión informa acerca de la forma en que las participantes adoptan la nueva identidad de madre, la que implica cambios en su vida personal e incorpora nuevas experiencias placenteras y displacenteras, en juego en la adquisición de este nuevo rol.

Extractos que grafican el caso de María:

P1: ...bacán... no tan bacán tampoco, no te dejan carretear, no podí dormir bien, eso no más, podí salir con tu bebé, dormir, no tan bien, pero dormir, hay que ser más sana no más, yo podía ir donde mis amigos pero no tomar, no fumar, nada, cosas más sanas, buscar tus amigos, no podí ir al mismo lugar obviamente, puedes ir a visitarlos pero no quedarte.

F1: ... cambió 100% de cuando yo la conocí en la droga...

E2: ...se desespera poh, se frustra, en verdad eso debe tener que ver con que no tiene más actividades que cuidarlo a él poh, a falta de no sé, de jardín infantil, de guardería y ella misma

lo dice poh, siempre dice que “le hace falta como tiempo para ella, gente con quien hablar, siempre dice que a pesar que lo quiere no puede hablar con él”, entonces se aburre.

E1: ... en el fondo dependía, y esto es muy importante para su organización femenina, dependía de cómo ella viviera su embarazo el si iba a terminar siendo una mujer igual o mejor que su madre, no menor tema para la construcción de la subjetividad femenina, el ser, lograr, que es lo que suele pasarle al final, ser devorada por la figura de la madre...

Aunque el caso de María parece adaptarse a este nuevo rol y esforzarse por desempeñarlo del mejor modo posible, no es ajena a las transformaciones asociadas al mismo: dejar de “carretear” y llevar una vida más sana, así como privarse de sueño por atender al hijo, cambios que involucran estrés y cansancio. Sobre todo, por el desconocimiento e incertidumbre sobre el ejercicio de la maternidad, por tratarse de una madre primeriza y por no contar con un referente materno de apoyo. Lentamente, se encuentra apropiándose del nuevo rol de madre y, si bien se encuentra con dificultades (se desespera y frustra en la relación con su hijo), logra cambios (mejor organización del tiempo, educación, trabajo), así como adquirir una serie de responsabilidades que María atribuye y cree que debe desempeñar una (buena) madre.

En el caso de Juana, aparecen las siguientes significaciones:

P2: ...me quería matar, si tenía 16 años, entonces todos mis planes de todo se fueron a la mugre, aparte tenía ofertas para otros tipos de trabajo, no estaba estudiando, no, sí estaba estudiando, tenía ofertas- porque antes yo tenía muy bonito cuerpo, entonces me llamaban para modelar y mi sueño siempre irme a otro lado, modelar, no sé, viajar, conocer, como era alta siempre decía que iba a vivir de mi cuerpo literalmente, entonces eran otras aspiraciones más po’, no eran estas, mi prioridad nunca fue ser mamá, me sentí devastada, se me cayó el mundo, no quería nada...

F2: ...por eso yo digo que ser mamá es difícil y más si son solas, pero no imposible. A veces uno como mamá tiene que dejar de ser mujer para llegar a ser madre, pero hay que hacerlo...

En el caso de Juana, ser madre es un trabajo complejo para una mujer, sobre todo si no cuenta con redes de apoyo. Implica abandonar las particularidades de ser sola, soltera: viajar, ir a bailar, ir a fiestas, velar por sí misma; a cambio de asumir más y nuevas responsabilidades, que no necesariamente son compatibles con los proyectos de soltera o de mujer sin hijos. En cambio, para su familiar, la situación es completamente distinta, ya que se es madre en la medida que se deja de ser mujer: esto es, más que una conciliación entre la condición de mujer y la de madre, ser madre es una superación posible de la categoría “mujer”.

c. Experiencia de la maternidad

Esta subcategoría da cuenta de las satisfacciones y dificultades que experimentan las participantes al momento de desempeñar su maternidad, con respecto al cuidado de sus hijos.

De acuerdo a las citas más representativas del caso de María, nos encontramos con las siguientes:

E1: ...creo que, dentro de lo que me ha tocado ver, es esto que te señalo, esa acción de permanente mejoramiento... ha pedido poder conversar, poder tener sesiones y en esas sesiones aparecen estos temas, aparece que se siente rabiosa, que no sabe qué hacer con eso, cómo mejorarlo, cómo calmarlo...

E1: ...yo creo que lo logré, yo veo a José⁷ y José es un niño eh... que no muestra indicadores – por lo menos hasta la fecha- de apego inseguro, es un chico capaz de confiar, capaz de, con un control afectivo bastante alegre, eso se logra, son logros, sobre todo considerando lo que viven, así que como mamá veo esa lucha, veo sí, yo lo definiría como una persona que está permanentemente eh... mejorándose.

E4: Entonces de verdad... querer darle afecto, pero se me da la impresión que ella todavía no sabe, o sea, ella en sí no sabe ni siquiera cómo hacerlo, aunque yo creo que sus propias trancas la... la mandan a la miercale’.

⁷ Nombre de fantasía del hijo.

E3: ...por ejemplo, en todas las terapias su hijo se pone a gritar, se pone a llorar y ella no sabe tampoco cómo actuar, porque su hijo no se calla y es: “cállate ya, cállate ya” y no, así no porque se supone que una buena madre, tu hijo debería comportarse bien en los lugares públicos y por ejemplo eso ahí, no pasa. Y se pone nerviosa también porque ve que la gente como que “hay un bebé llorando”. Entonces no sabe mucho como actuar con su hijo, cuando está con la gente.

E3: ...a veces paga su frustración con él, cuando no corresponde poh’, si es un niño poh’, si un niño no sabe por qué, tiene hambre y llora poh’, si quiere andar o quiere salir del carro, no sabe si, todavía no reacciona bien. Y ella como que no se da cuenta, es como: está mal “no quiero que llore, no quiero que grite”, que el niño no va a saber si es un niño y...

El equipo de salud, luego de haberla observado y estar durante meses acompañándola, aprecia avances en la forma en que María va desarrollando su maternidad. Uno de los profesionales del centro, en función de su experticia, observa que habría un buen apego del niño con María. A su vez, el equipo plantea que se observa que a ella le satisface estar con el niño, estar cerca, darle afecto.

Ellos evidencian que la participante experimenta dificultades en su ejercicio, como desconocer un buen manejo con el niño o reconocer las necesidades del niño, sobre todo cuando está en presencia de un tercero, generándole nerviosismo y que aparezcan sentimientos negativos o respuestas correctivas de índole agresiva hacia el niño. Respecto a este discurso, el equipo percibe la maternidad de manera normativa, ya que espera que una “buena madre” formara en un niño de 1 año de edad, conductas adultizadas (evitar llantos en público). Asimismo, y en relación al proceso de rehabilitación, se puede extraer de las citas que el contexto terapéutico no se adecuaba muy bien a las exigencias para un trabajo de mujeres que son madres y que llevan a sus hijos. El hecho el equipo destaque “se pone nerviosa” cuando observan en su performance con el niño, da indicios de que el equipo espera respuestas acorde a las exigencias normativas sobre la maternidad, la cual debe tener experiencias positivas madre-hijo.

En el trascurso de las citas del equipo de salud, se aprecia que entre ellos no tienen un mismo discurso, algunos se contradicen, por lo que se supondría que el equipo lo que observa en las

prácticas de cuidado de María es, nada más y nada menos, la exigencia de su propia normatividad.

En cuanto al caso de Juana, la familia señala:

F2: Orgullosa de sus niños, que ella se siente bien con sus niños, como que su ego se levanta mucho cuando sus niños salen en actividades y... y ella está ahí, quiere lucharla, pero esas cosas son como muy importantes para ella, que sus hijos pasen un buen cumpleaños y que salgan en una actividad muy bonitos, que se destaquen por lo lindos que van, eso sí que le gusta.

La madre de la participante percibe la satisfacción que a Juana le generan ciertos aspectos de la maternidad, mencionando el disfrute por estar con ellos, compartir actividades y festejos.

En ambos casos se logra visualizar que la maternidad no ha sido una experiencia fácil pero que, a pesar de los inconvenientes, las participantes aprecian una satisfacción en este rol. Sería conveniente poder vincular los contenidos de ambos casos con la categoría “Valoración de su desempeño como madre”, para que se comprenda en mayor profundidad la experiencia de la maternidad y su valoración.

d. Maternidad en consumo

En ambos casos, la maternidad se ha desarrollado en contextos de consumo de drogas. Esta dimensión refleja aspectos asociados a la manera en que las entrevistadas vivencian los cuidados a sus hijos, estando bajo los efectos de sustancias o en períodos cercanos al consumo agudo de sustancias.

Respecto al caso de María, se aprecia que el consumo de drogas concluye durante el puerperio, por lo que las citas se concentrarán en el período de gestación y los primeros meses de vida de su hijo. De acuerdo a lo que relata su familiar y el equipo de salud, María no siempre habría

cumplido con los cuidados médicos (tomar las vitaminas recomendadas y evitar el consumo de drogas), por lo que su bebé habría sido expuesto al efecto de sustancias. Situación que María interrumpe cuando siente presión de parte de las instituciones de salud (consultorio, hospital):

F1: (Durante su embarazo era) como relajada...

E4: ...a María yo la conocí estando ya embarazada... mucha motivación... mucho contento con su embarazo, pero lamentablemente, eh... descuidada en el sentido de que... ella seguía en consumo.

En el caso de Juana, la madre mantiene cuidados intermitentes, por lo que, si bien no se encuentra presente en todo momento, tampoco se visualiza como una madre completamente ausente de los cuidados de sus hijos. Cuando la madre se ausenta de los cuidados, de acuerdo a la visión de su familiar, esto se explica debido al retorno al consumo de drogas, o bien por centrarse en conflictos internos (incluyendo el bajo estado anímico). Razón por la cual tiende a sentirse inservible o muy desconectada de sus hijos. Este escenario provoca sentimientos de culpa: por despreocuparse de los cuidados, por mostrarse como un mal ejemplo para sus hijos - y que en el futuro éstos la reprochen- y por miedo a que le “quiten” a sus hijos:

P2: ...la maternidad con consumo encuentro que es una mierda. Cuando uno está consumiendo y tiene hijos porque no... habiendo drogas en tu casa, con que una persona en tu casa consume, destruye completamente todo. Por eso con mis hijos soy más pesada, más así como que... más al lado mío como pollo, porque me da miedo que vayan creciendo y vayan mirando... y también que mi hijo mayor me diga “¿qué, si tú... y cómo tú?” por eso te digo que mi maternidad fue súper... fue súper complicada desde el principio, imagínate ahora como es de complicada...

F2: Como maternidad yo encuentro que, que más que nada es la no sé, no sé qué pensarán ellos cuando están drogados, pero ella piensa sí en sus niños, piensa porque uno la nota a veces mirándolos, y en una de esas uno le dice “Mira Juana, los niños necesitan de ti, a veces necesitan que salgai’ con ellos, que te vean lavando la ropa” “Ah ya, mañana” me dice, cuando está bien lo hace, cuando está bien, cuando está bien yo la felicito, a veces le digo “Ah, buena

onda” “Buena Juana” le digo yo, a veces le echamos talla “Mira cómo dejaste hoy día porque tendiste ropa y la secaste”.

E3: Es que cuando ella llega con consumo a la casa, como que pesc-, no quiere saber nada de los niños, nada, se encierra en la pieza y, hasta el día siguiente, se tira todo un día entero encerrada en la pieza, no sale para nada.

e. Maternidad sin consumo

En cambio, la experiencia de maternidad cuando no existe consumo de drogas por parte de las madres, es descrita de manera completamente distinta. Para el caso de María, la totalidad de los informantes concuerdan en que la participante está atenta a las necesidades del hijo en todo momento, buscando cubrir todos sus requerimientos básicos, como lo son la alimentación o la vivienda. No obstante, el equipo de salud propone seguir mejorando la preparación de María para desplegar su maternidad, como por ejemplo potenciar la sensibilidad maternal, ya que a pesar de que se observa que María se encuentra en todo instante con su hijo, tiende a responder de manera hostil frente a ciertas demandas del niño:

F1: ...es que he visto personas que son dejadas con sus hijos, ella no poh’, es pendiente todo el día de su niño chico...

E2: Eh... a que tiende a ser más agresiva que asertiva, poh’. Sí, es como torpe. Sí, pero en realidad eso yo creo que habla como de la crianza que ha tenido ella, si nunca tuvo como figuras contenedoras, se nota que se esfuerza por tratar de leer las señales y aunque no responda de las maneras más, más adecuadas.

La experiencia de maternidad en el caso de Juana refleja preocupación y dedicación hacia sus hijos, satisfaciendo principalmente necesidades básicas de vestimenta y alimentación. Asimismo, Juana destaca una experiencia satisfactoria de la maternidad:

P2: ...entonces me regalaban a la guagua, todo, se sentía bien, venía alguien que todos querían, y nosotros vivíamos en nuestra casa, con nuestras cosas y nuestras reglas... éramos una familia y los otros no poh', porque con mi Roberto⁸ lo veía re poco, porque yo trabajaba de día en el restaurant, de noche trabajaba en la discoteque, si no lo veía casi nada... y el poco tiempo que lo veía, tomaba siesta con él porque... es estresante entonces yo estaba cansada poh'...

F2: Mmmm... la Juana cuando antes que consumiera, ella siempre fue trabajólica, ella... hizo siempre el papel de hombre, de trabajo, preocuparse mucho por sus hijos, por su vestimenta, que tuvieran buena alimentación...

f. Expectativas sobre la maternidad

Esta subcategoría apunta a retratar las expectativas o el ideal de maternidad esperado. Recoge la comparación de las expectativas previas a la maternidad con la experiencia vivida una vez que están a cargo de los hijos.

De acuerdo a lo que se recoge en el caso de María, sus expectativas de maternidad y las de su pareja se cumplen en el rol que desempeña, subrayando su atención con el niño y el esfuerzo por satisfacer necesidades, proyectando que María estará incondicionalmente con su hijo:

P1: ...sí, mucho, yo pensaba que iba a ser así y así es...

F1: ...es más atenta que lo que fue mi mamá conmigo, o sea yo lo veo a futuro que no... ella está pendiente que a su hijo nada le falte, nunca, nunca, nunca...

El equipo de salud, si bien trata de evitar juzgar negativamente el ejercicio de la maternidad de María, creen que un apropiado rol materno supone un mejor cuidado del hijo, en donde el niño se ubique en el escalón más alto de las prioridades en su vida. De igual manera, el equipo describe las proyecciones en torno a la maternidad de María, sugiriendo que sus expectativas sobre la

⁸ Nombre de fantasía de su primer hijo.

maternidad no se cumplen, debiendo trabajar por conseguir ciertos objetivos, en un escenario que sería más adverso, al no contar con una figura materna positiva:

E1: ...la idea es que ella logre las cosas que, en algún grado, las cosas que quiere y vivir la maternidad en el estilo que ella sienta y que le permita instruirse de una manera distinta y diferente a la que le tocó y a la cual escapa.

Lo interesante de esta cita es que el equipo proyecta una exigencia normativa en un (supuesto) deseo de la paciente.

Por el contrario, en el caso de Juana, al contar con expectativas más altas respecto a su desempeño como madre, se siente frustrada ya que cree haberse entrenado con los cuidados que entregó a sus hermanos menores, por lo que su madre y ella sienten que su actual ejercicio materno no se condice su “experiencia previa”. Ambas hablantes concuerdan también en que Juana pudiese mejorar todavía más sus capacidades maternas, con constancia y convicción, pudiéndose apropiarse de su rol completamente y, de esta manera, su madre (abuela materna) volvería a desempeñar el rol de abuela:

P2: ...no, nunca pensé que iba a ser así como mamá... yo crie a mis hermanos, era estricta, pesada, los mandaba a la escuela... con mis hijos no logré ser 100% mamá, no, mamá el 70% el viernes, sábado el 20% y el domingo el 10%, pero siento que aún no es tarde para poder lograrlo, cachai, porque... voy a luchar, seguir saliendo adelante, parar mi negocio para que tengan una buena educación y no pasen por lo que yo pasé...

F2: ...ahora ella me gustaría que fuera mamá, que yo fuera a visitarla, que viera que ella que está cansá' y yo reírme de ella, así como uno, yo siempre he dicho, yo, yo me miraba mucho yo, yo lo que quería con mi hija era verla llegar a su casa y que me dijera “que está cansá’, estos cabros me tienen aburrida, se han portado mal” y yo reírme y decirles a mis nietos “bien, tu mamá también me hizo lo mismo a mí”, es una cadena...

Respecto al extracto de las citas, es interesante que el equipo de salud no aborde la “rivalidad” que existe entre Juana y su madre en cuanto al tratamiento que desarrollan en el centro. De acuerdo a lo que señala el equipo se han tratado temas de comunicación efectiva, pero no se ha abordado esta temática. Uno podría pensar este desencuentro entre ambas como “devuelta de mano”, en donde Juana crió a sus hermano, ahora su madre cría a sus hijos.

Por otro lado, el equipo de salud conjetura que muy posiblemente la usuaria, en su condición de adicta, no logrará ejercer a cabalidad su rol de madre. Por tal razón, sería menester explicitarle un mínimo de competencias a desarrollar (normas, valores y educación), que Juana debe promover en sus hijos. Esta situación se dificulta porque la madre no admitiría correcciones, ya sea provenientes de su familia o el equipo de salud:

E3: ...la Juana se lo toma mal porque ella quiere hacer y deshacer con sus niños, no quiere que nadie le enseñe o que nadie le diga...

Cabe destacar que el equipo de salud cuenta con expectativas sobre la maternidad de Juana, inalcanzables, según mencionan, mientras no supere su adicción a drogas.

g. Valoración de su desempeño como madre

En este apartado se mencionan las opiniones, juicios y evaluación que realiza la participante, su familiar y equipo de salud, en torno a sus competencias en su rol de madre y cuidadora de sus hijos.

En el caso de María, se extraen las siguientes menciones:

P1: ...yo me encuentro que soy una muy buena mamá...

F1: ...ser buena mamá...

E2: (Silencio) Puta, yo creo que le faltan caleta de competencias, pero igual la entiendo, porque sí poh', piensa que es una niña que vivió en hogares de SENAME, así que todo podría ser peor de como se ve, eh... es poco asertiva con el niño, pero en realidad como que eh... tampoco lo vulnera, tampoco es como para que le quiten al cabro chico poh', ¿cachai?

En términos globales, la evaluación que hacen los hablantes coincide en que María desempeña su maternidad mejor de lo esperado, en relación a la crianza que recibió, la situación de institucionalización que vivió y la ausencia de una figura materna positiva. Los informantes señalan que María se comporta de forma responsable y diligente en los cuidados hacia su hijo. No obstante, el equipo de salud propone que, de acuerdo a su concepción de maternidad, María debiese afinar más sus competencias maternas puesto que, a pesar de que dedica bastante tiempo a estar con el niño, no responde asertivamente a sus demandas, siendo hostil en el trato con el niño y sobreprotectora.

El caso de Juana contiene extractos de entrevistas que retratan dos posiciones: la suya y la de su madre y, por otro lado, la del equipo de salud. En la evaluación que realiza Juana y su familiar respecto a su desempeño como madre, mencionan que no es mala madre y que antes era excelente, ya que siempre estaba disponible cuando la necesitaban, o en su defecto su madre. Que sus hijos muestran signos físicos de bienestar, como una buena nutrición y ausencia de discapacidad. Que este período de consumo de sustancias es más bien un lapso de tiempo negativo, efecto que Juana atribuye principalmente a la sanción social “madre drogadicta”, aclarando que preferiría no existir a dañar o dar malos ejemplos a sus hijos:

P2: ...me gusta cuando mis hijos me dicen “te vamos a poner una nota”, yo creo que es para no decir “ay, mamá, estás bien”... “a ver, un 6.9 no más” y eso me hace darme cuenta que lo estoy haciendo bien... porque la gente dice “ella es drogadicta, cómo sufren esos niñitos” pero la gente no sabe cómo vives, no ven las cosas, cuando la Francisca⁹ me hace sus cartas, me da

⁹ Nombre de fantasía de la segunda hija.

rabia la gente que habla así, los míos estarían desnutridos, creen que porque uno pasa por esas cosas... son como lapsus...

F2: Pero yo encuentro que ella no es mala, porque ella nunca ha dañado a sus hijos, de ninguna forma, o sea, eh... ella sabe que están con nosotros.

La posición del equipo de salud, por otra parte, es una evaluación más bien negativa sobre su desempeño como madre. Esta imagen proviene principalmente de la apreciación de falta de cuidados hacia sus hijos durante el consumo de sustancias de Juana, delegándolos la mayor parte del tiempo a su madre (abuela materna). Asimismo, la relación con los niños sería definida como basada en el consumo o en la realización de actividades lúdicas, más que la enseñanza de valores o hábitos:

E3: Juana intenta a veces ser como la mamá perfecta, pero como que a veces los quiere comprar, como que con la plata que ella tiene, ya salgamos, gastemos, pah' arriba, pah' abajo, el darle, darle, pero a eso le falta más como la educación, enseñarle los valores, las normas, como que esas cosas Juana no sabe, nunca se las ha enseñado a los niños.

III. Categoría N° 3. Cuidados maternos

Cuidados maternos	Dimensiones
	<ul style="list-style-type: none">- Prácticas de cuidado- Prácticas de cuidado durante el consumo<ul style="list-style-type: none">• Estrategias para minimizar el impacto de la adicción en el cuidado de los hijos• Pérdida de control: cuando las estrategias de cuidado fracasan• Agresividad asociada al consumo-Prácticas de cuidado durante la rehabilitación

a. Prácticas de cuidado

En esta dimensión, que da cuenta de las habilidades o destrezas que reconoce la participante, su familiar y/o el equipo de salud como parte de un ejercicio materno que desarrolla prácticas de cuidado en torno a su(s) hijo(s). Es decir, son acciones que los actores visualizan como óptimas, valiosas o apropiadas respecto del cuidado que una madre ejerce hacia el cuidado de hijos y que les permite sobrevivencia, bienestar y desarrollo a estos últimos.

Respecto al caso de María, los entrevistados concuerdan en que ella se encuentra atenta a los cuidados del niño, dedicada a entregarle cariño y tiempo. Tanto la pareja como el equipo de salud subrayan las acciones de cuidados, refiriendo que María se preocupa mucho de la higiene personal y del hogar para el bebé, que satisface necesidades de alimentación, entrega buenas condiciones habitacionales, médicas y de protección de terceros. Así como promoción de juego y mejor educación:

F1: ...la limpieza, súper higiénica con él, nunca se ha cocido desde que nació... la limpieza de su casa en general, pasa lavando, no sé poh'... igual es cariñosa con su hijo...

E2: Un tema de, no sé poh', de la alimentación, por ejemplo. Igual está pendiente de las cosas que come, cuando viene acá al programa pregunta si se puede llevar como agua de bidón, porque no le gusta que tome agua de la llave, eh... igual lo lleva al médico, siempre está pendiente, igual está pendiente de esas cosas si el tema es que es torpe en el trato no más poh', pero sí se preocupa a nivel de salud, a nivel de alimentación, yo creo que eso.

Al igual que en el caso de María, el caso de Juana hace mención a conductas de cuidado durante el embarazo, así como protección a los hijos de terceros, buscando siempre la cercanía física con ellos:

P2: ...me cuidaba mi guatita, incluso me gustaba tener guata porque yo no soy de esas mujeres que le sale guata ¿cachai? Yo pesaba esa vez... como era embarazo de alto riesgo tuve que estar tres meses acostada, entonces subí 80 kilos... 80 kilos llegué a pesar.

La madre de Juana resalta conductas de higiene y vestimenta, lo que el equipo de tratamiento complementa con conductas de alimentación, preocupación por el juego y los cuidados de salud:

F2: ...la Juana tiene tantas... yo creo que... que siempre quiere que sus crías, que sus hijos anden bonitos, impecables, que anden bien vestidos, que ella, ella se empeña en las niñas bien bonitas, bien arreglaítas, le fascina que todas las niñas las miren. Ella siempre... siempre está

preocupada de los zapatos, siempre está preocupada de esas cosas, siempre el detalle... mmm... (silencio), eso, no veo nada más.

E3: Igual ella es súper preocupá' cuando sus hijos a veces se, se enferman o les pasa algo grave como que ella ahí está siempre, siempre, siempre, siempre, eh... como que a veces demasiado protectora, como un extremo a otro, a veces demasiado protectora...

b. Prácticas de cuidado durante el consumo

i. Estrategias para minimizar el impacto de la adicción en el cuidado de los hijos

Las prácticas de cuidado que María realiza en períodos de consumo o bajo el efecto de las drogas, y que buscan disminuir el riesgo para su hijo son: que el niño no se encuentre presente en el espacio donde la madre consume (por ejemplo, lo acuesta previamente), para evitar que el niño normalice el consumo o que se vea expuesto a la sustancia y ésta pueda afectarlo de alguna manera. De acuerdo a lo que señalan la pareja de María y el equipo de salud, si bien durante el último período María ha tenido un consumo ocasional de alcohol de forma recreativa o social, durante el embarazo y los primeros meses de vida de José experimentó recaídas y consumió pasta base, buscando en esos episodios que un tercero cuide en su lugar al niño, para poder consumir tranquila:

P1: ...que no saliera pa' fuera, que no aspirara el humo del asado, darle su almuerzo normal, los cuidados normales, no se me pasó la mano con la cerveza, ni fumar cigarro, nada, un asado familiar, así como normal.

F1: ...no, se tomará una cerveza, pero cuando toma está más pendiente, no lo hace si está el niño, un día nos queríamos tomar un trago, lo llevamos a la casa de la madrina, hicimos un asado con el Francisco¹⁰, y nos tomamos entre los tres un display de cervezas, es exagerada en

¹⁰ Nombre de fantasía de amigo de María.

ese sentido, se persigue por eso, que “me puede ver una asistente, de la municipalidad, del centro”, no transa eso.

E1: ...hay oportunidades en las cuales el consumo, esto fue después de tenerlo, eh... tuvo un episodio de consumo, creo que no sé si fueron los primeros meses, tuvo un período de consumo importante, eh, y que lo hizo fundamentalmente porque tuvo el apoyo de otra familia de usuarios a los cuales les dejaba y les transfería el cuidado del niño...

E3: O lo deja acostado o a veces lo deja con algún conocido, lo ha hecho a veces, pero al principio cuando ella tuvo al bebé, al principio que empezó a consumir, ahí, o hubo veces en que pagaba porque le cuidaran al hijo y ella se iba a consumir...

En el caso de Juana, las prácticas de cuidado que minimizan el riesgo de sus hijos son, por ejemplo, consumir en otro lugar donde los hijos no puedan verla, o consumir durante las noches, cuando los hijos están dormidos. Asimismo, evita que los niños observen a terceros que consumen, por eso tampoco les permite salir a la calle. Juana se preocupa de comprobar que los niños se hayan alimentado, estén mudados, se hayan acostado a una hora prudente o que se encuentran en buen estado de salud.

P2: ...por ejemplo, mis niños no salen a la calle, si quieren jugar con barro, con tierra, en el patio, pero no salen a la calle. A pesar que yo consuma, yo no dejo que mi hijo ande en una esquina, y cuando pasan fumando al lado de mi hijo le digo “¿Qué te pasa? ¿No te podí’ ir a tu casa a fumar?”, ¿cachai? Porque yo no lo haría, tampoco dejo que se acerquen a mucha gente, tíos, entorno social, borrachos, cuando se toma un trago en mi casa es con familia cercana, mis hermanos y sus parejas, sus respectivas parejas y sus primitas, esas son las fiestas familiares, pero siempre...

F2: Cuando está drogada. Siempre les pregunta a los niños si están comidos, si tomaron leche, como que se preocupa en dentro de su éste, si acaso los niños han comido. Siempre, o llegar con un chupete que sea, como no sé, sentirse culpable ya con un chupete a la niña pa’ sentirse menos culpable.

ii. Pérdida de control: cuando las estrategias de cuidado fracasan

Cuando María ha perdido el control de la abstinencia por su deseo de consumo, ha dejado a su hijo con un tercero o lo ha llevado en la noche al lugar de consumo:

[¿Qué prácticas podría observar de María hacia su hijo cuando está en consumo? Dejarlo donde la madrina es una práctica de cuidado] *F1: ...es que fue una sola vez, fortuita, o sea, puntual...*

E4: ...la una de mañana... y... María anda con el niño en la calle. Entonces para mí, eso no es responsabilidad porque hay un niño chico que todavía no cumple un año y el frío, y ella no asimila siquiera que pueda tener frío en un coche... entra a una casa donde hay gente, o sea, donde se sabe que venden droga. Entonces no le veo otra (ríe) alternativa de para qué va ella.

Juana, igualmente, trata de consumir durante las noches, programando el consumo durante el día. Muchas veces, posterior a una noche de consumo, llega a su casa, se baña y se encierra en su dormitorio para que sus hijos no la vean. Cuando no logra programarse, ha consumido en la casa, exponiendo a los niños al olor y al contacto con la sustancia:

P2: ...nunca los olvido (hijos), nunca, nunca los he olvidado, nunca dejarlos ahí, de hecho, mis consumos son prácticamente en las noches cuando están durmiendo o en el día cuando no estén, no son programados tampoco, pero si estuvieran ahí, yo me encierro porque no me gusta que me vean así, me baño y me encierro porque no me gusta que me vean así toda esta...

F2: Aunque estén los niños. El trago para ella es más fuerte, cuando está con trago ahí sí que no, no... es menos respeto para los niños. No le interesa que estén los niños, y ahí yo me he dado cuenta si cuando llega con trago ella es, es distinta. No importa que estén los niños. Habla puras cabezas de pescao' no más.

E3: Y de hecho ha hecho varias negligencias como consumir en la pieza con su niño chico, caso que ella ha contado, que la mamá también, ha consumido en la casa con los niños, los niños se

dan cuenta del olor, una de las hijas estuvo también muy enferma mucho tiempo y no diagnosticaron qué era, pero igual dicen que a lo mejor podría haber sido porque la niña había cogido algo, alguna sustancia y se la había tomado, entonces son cosas como graves.

iii. Agresividad asociada al consumo

En el caso de Juana, tanto ella como el equipo de salud perciben conductas agresivas hacia los niños cuando está en consumo:

P2: ...me daba una pena cuando les miraba su carita tan triste, cuando llegaban a la pieza “mamá ¿vai a almorzar?”, “mamá ¿querí’ comer?” yo los echaba porque uno se pone violenta, uno se pone agresiva entonces todas esas cosas ellos la vivieron conmigo, entonces...

E3: Sí, a veces es agresiva, de hecho, llega a la casa con consumo y es como: “no me miren, no me hablen”, de hech-, ella tiene una mirada como, los mira y al tiro se esconden los niños en la pieza, yo creo que le tienen miedo, su hijo mayor a veces ha ido incluso en la calle la ha seguido y la ha visto en consumo, consumiendo, de hecho, se pone detrás de la puerta, la mira y a veces, a veces llora.

c. Prácticas de cuidado durante la rehabilitación

Las prácticas de cuidado hacia su hijo que María ha realizado durante su proceso de rehabilitación, implican principalmente evitar el consumo, sobre todo frente a él:

P1: ...no darle malos ejemplos, eso me dicen las asistentes del hospital, que no te mire, que no te vea fumando cigarros, bueno es que no me junto con gente que fume pasta base, me junto con gente trabajadora, que no va a tirar todo por la borda por la droga, adulta.

Pero también ha significado una mejora en las atenciones hacia el niño, una modulación del trato agresivo, ensayando un manejo físico y un tono de voz más suave, promoviendo la realización de ejercicios, la elaboración de alimentos y el cuidado del aseo:

F1: ...en las atenciones hacia él, antes estaba metida en la droga porque igual genera dependencia la droga, entonces era compartida, cuando estai drogado te olvidai de todo, no te importa nada en ese momento, ahora está bien...

E1: ...desde la suavidad en el trato, tono de voz, acercamiento, la calidad de los ejercicios que pudiese ser, la confección de la alimentación, desde técnicas de aseo, es súper preocupada del aseo, pero dentro de los estándares que ella se crió...

Por su parte, respecto de Juana se menciona que. en el contexto de rehabilitación, ella ha retomado actividades de cuidado hacia sus hijos como labores domésticas, de nutrición, de entretenimiento, formación (llevarlos y retirarlos de la escuela), así como regular el trato hacia ellos a uno más paciente, empático y con correctivos más suaves, tal como lo señala su familiar y el equipo de salud:

F2: Porque cuando yo he trabajado, he llegado a la casa y está todo limpio poh', ella hace el papel de mamá poh'. Tenía a los niños almorzando y todo poh' y esto fue, cuando ya estaba con la droga firme, yo la dejé porque me tocó trabajar y no la podía cuidar nadie más, la dejé y ya no estaba drogá poh' estaba con sus hijos, haciendo todo lo que sea aseo, yo creo que a lo mejor tal vez, no sé poh', dejarla sola un tiempo para que ella haga el rol completo.

E3: Mira yo, con respecto a mí, que soy la trabajadora social, sí... le he dicho en varias ocasiones: "Juana, no es la forma que un niño esté revolucionado juagando, y es normal que grite, si es un niño. Y es que le grite y que le pegue, si es, no es la manera que él te va a entender. No porque le grites más, el niño te va a hacer más caso" y, y, yo sí, delante mío nunca ha vuelto como a gritarle, a hablarle mal a los niños. Y de hecho los niños son, yo se lo he dicho muchas veces: "Juana, si a los niños le hablas con más paciencia, te hacen caso", sus niños son súper obedientes...

Los informantes advierten que las prácticas de cuidado hacia los hijos contemplan más dedicación de tiempo y tienden a mejorar una vez que ha ingresado al centro de tratamiento, ocurriendo lo contrario cuando dejan de asistir a tratamiento. Sin embargo, la participante señala que tratar de recuperar estas funciones maternas no ha sido fácil, sobre todo porque se pierde conexión con los hijos, subrayando la necesidad de estar con ellos, en especial cuando se trata de tratamientos de rehabilitación residencial:

P2: ...porque todos me dicen “Juana intérnate, intérnate” pero ellos no saben que puedo estar un año sin ver a mis hijos, me voy a internar en un lado donde no voy a verlos, y créeme... que después de estar un año sin ver a tus hijos, pierdes la chispa, la preocupación, es difícil, vuelves y no cachas ni una porque todo se lo van a decir a la persona que los está cuidando, a lo más te van a decir “Ah, mamita llegaste” y hasta ahí no más... y a ti de repente no te van a dar ganas de estar con ellos porque vas a estar acostumbrada a estar sola entonces cuando se van dices “qué tranquilidad más grande”...

IV. Categoría N° 4. “Pasta basta”

“Pasta basta”	Dimensiones
	<ul style="list-style-type: none"> - Maternidad como motor de cambio - Percepción de apoyo familiar - Percepción de apoyo social

La categoría *Pasta basta* hace mención al proceso de rehabilitación que vivencian las participantes, y está compuesta por tres dimensiones que se desarrollan a continuación.

a. Maternidad como motor de cambio

Desde la noticia de embarazo de María, existe en ella la decisión de cambiar y rehabilitarse del consumo de drogas por el bienestar de su hijo, ingresando al centro de adicciones a los cinco meses de gestación, tal como lo mencionan la usuaria y su familiar:

PI: ...desde el día que nació mi hijo cambié totalmente, no fumar drogas, no fumar cigarro, nunca jalé, la pasta base, la marihuana, me hace sentir mal.

F1: ...ella se puso como meta que cuando naciera José dejaba de consumir y José tiene un año y días...

El equipo de salud, por su parte, afirma que efectivamente la maternidad funciona como un facilitador para el proceso de rehabilitación de María. Frente a la posibilidad de perder los cuidados de su hijo debido al consumo de sustancias, su maternidad actúa como un motivador de cambio en el proceso de rehabilitación del consumo de sustancias. Asimismo, genera una problematización del consumo y la promoción de un nuevo proyecto de vida más saludable, en pos del bienestar de su hijo:

E2: Eh... yo creo que el motor del tratamiento de María es el hecho que sea madre poh', es lo que hizo que viniera para acá y que se mantenga, sí, porque si no fuera madre, eh... andaría con las mismas conductas que tenía antes de ser madre, con conductas de calle, con conductas ESCI [Explotación Sexual Comercial Infantil], así que sí poh', si eso fue lo que genera el giro, en su... en su existencia, sí.

Se puede entender que el equipo de salud visualiza a María reemplazando un rol por otro, es decir, dejar de ser adicta para dejar de ser madre.

Juana mantiene una base similar a María: también siente presión a rehabilitarse y dejar el consumo de sustancias por sus hijos porque, de lo contrario, perderá los cuidados personales de sus hijos. Como fue señalado previamente, su madre solicitó una medida de protección a favor de los niños, por el consumo problemático y cotidiano que presentaba Juana, situación que afectaba el cuidado de los niños, descuidándolos o entregándolos a su madre. Juana considera que no ha sido fácil tener a sus hijos (desde el parto hasta el presente), por lo que cree ser capaz de recuperarse para evitar que los niños estén solos. Ella considera que el cambio debe ser paulatino, y la motivación no debe ser sólo por sus hijos o por su familia, sino por ella misma. La motivación de rehabilitación por sus hijos también se evidencia en el sentimiento de culpa posterior al consumo (por despreocuparse de los niños), así como por necesitar tener cercanía con los hijos. Aunque, a veces, esta motivación no resulta suficiente y recae en el consumo, por lo cual ha llegado a pensar que es mejor dejar de existir, por el bienestar de los hijos:

P2: ...si quiero ingresar a este centro es para ayudarme a mí misma, porque si no me ayudo a mí misma no voy a poder ayudar a mis hijos, tengo que estar bien yo para ser algo para ellos porque mientras siga intermitentemente consumiendo es como darle y quitarle, darle una mamá de unos meses y “ah, la mamá” y después “ah, la mamá” necesitan una mamá 24/7, sino para qué...

P2: ...por es siento que lo que estoy haciendo ahora tendrían que ser pasos cortos para no equivocarme no más poh', y seguir así más para ellos...

P2: ...que siempre... uno dice lo voy a hacer por mis hijos, no, no por el tío, la mamá, la abuela, no, tiene que ser por uno, cuando llegas a la etapa que te miras en el espejo y dices, esta sí soy yo... pero lo esencial es recuperarse por uno, mientras tú te veas bien, ellos van a estar bien, por qué lo voy a hacer por mis hijos, por mi mamá, hasta que llegó el día que dije que lo iba a hacer por mí, y empecé de a poco, en tres años idas y vueltas y ahora voy a cumplir ocho meses que me he mantenido bien...

F2: ...hay momentos que, en eso hay momentos y momentos que ellas se apegan mucho a ellos que, necesitan hasta dormir con ellos, cuando están así pa' sentirse que ellos son parte de ella y hay momentos que no poh'.

b. Percepción de apoyo familiar

De acuerdo a lo señalado en el caso de María, las redes de apoyo familiar son escasas: cuenta principalmente con su pareja, padrastro del niño, quien contribuye económicamente y en apoyar algunos cuidados del niño, como p. ej. acompañarla al médico si el niño se enferma, o hacer mamaderas. Pero, en lo sustancial, los cuidados los desarrolla casi en su totalidad la madre:

P1: El Manuel¹¹, que es el padrastro de José, que lo toma, pero a veces cuando llega está cansado...

F1: ...económicamente, yo en la noche llego a descansar no más, si puedo faltar a la pega por ir al hospital cuando se enferma, lo hago, nos pasó una vez que lo tuvimos que llevar por fiebre al hospital, la acompaño...

De igual manera, el equipo de salud advierte que la madre y el niño no cuentan con mayores redes de apoyo familiar, donde su pareja aporta principalmente con dinero para la mantención del hogar. Luego que María inició el proceso de rehabilitación, su hermana se ha contactado con ella. El equipo de salud propone, incluso, que la rehabilitación ha sido tan drástica y efectiva por la falta de red familiar: esto es, porque la usuaria se ve sola en los cuidados de su hijo y no cuenta con tiempo libre:

E3: Sus hermanos hacen su vida y como que no están ni ahí con ella. Y... Manuel¹² de repente, si está en la casa le hace un poco de caso al niño, pero él hace su vida, si él trabaja, le pasa plata y listo, pero no, ella se, ella es la única que cuida a su hijo.

E2: Siempre ha dicho que no tiene redes de apoyo entonces yo creo que eso mismo ha generado que haya tenido una, un cambio tan drástico poh', cuando supo que iba a tener al José¹³. Porque no hay nadie más, como que si no lo hace ella, no, nadie más la va a apoyar poh'.

¹¹ Nombre de fantasía para la pareja de María.

¹² Nombre de fantasía para el amigo de María.

¹³ Nombre de fantasía del hijo.

Como red de apoyo familiar, en el caso de Juana se visualiza a la madre (abuela materna de los niños), hermanos, suegra, primo y su pareja. En el primer embarazo no contaba con el apoyo de su pareja, circunstancia por la que Juana trabaja durante este embarazo. Visualiza a su madre como una ayuda, tanto para el cuidado de sus hijos como para su propia rehabilitación.

P2: ...mi mamá, mi pilar fundamental de mi vida es mi madre, a pesar de que nos llevamos un poco mal por este tema, pero si ella no me hubiese rescatado de eso, a lo mejor mis hijos estarían en otro lado, ella me dio la oportunidad de nuevo de ser madre porque ella no debería haberse hecho cargo de prácticamente cinco hijos conmigo, me ha ayudado en todo, y la mamá de- mi suegra, ella me ha ayudado a cuidarlos, pero ella no era un pilar fundamental para mis hijos tampoco... y mi mamá me dio todo el apoyo del mundo para mis hijos...

La madre tiene un discurso orientado en la misma línea que Juana, pero desde una perspectiva más autocrítica. Asume que ha apoyado los cuidados de los niños tal como lo realiza una madre y también el proceso de rehabilitación de Juana, pero destaca que ha asumido roles que no le corresponden respecto de los niños, lo que ha restado protagonismo a la madre.

F2: Bueno, lo he hecho como he criado a mis hijos no más poh'. Lo he hecho cuidándolos, protegiéndolos, que lo vea su mamá, en nada que yo no vea que no es algo que es de la edad de ellos, evitando, de repente hay cosas que se me escapan, porque a veces uno es persona y te da rabia y a veces llegai' y hablai' y no te dai' cuenta y están los niños y he cometido errores, yo siempre he dicho que no soy perfecta, no lo hago muy seguido, pero sí lo hago, porque de repente me... digo cosas y no me doy cuenta que están los niños, pero siempre evito que los niños vean cosas, es lo que más me interesa. Siempre el cuidado de ellos, en ayudarlos en todo, en criar un hijo: su ropa, su comida, su aseo personal, que la escuela no falte, que sus tareas, en todo, como una mamá, pero... pero uno es, y siempre se lo digo a la Juana que "yo soy abuela, no soy mamá", que me gustaría ser abuela y no mamá...

Por su parte, el equipo de salud evidencia que la usuaria cuenta con redes de apoyo, destacando por sobre todo a su madre (abuela materna), quien realiza a cabalidad el rol de madre de los

niños. La suegra, hermanos, pareja también apoyan los cuidados, pero son roles secundarios. De acuerdo a la proyección del equipo, de no ser por la madre de Juana, ella tendría más dificultad para cuidar a sus hijos, menos apoyo en su tratamiento y muy probablemente los niños habrían sido referidos en un hogar de SENAME:

E3: De hecho, yo creo que si no hubiera apoyo, los hijos estarían en un residencial... Entonces... que su mamá no estuviera ahí o que, por ejemplo, no sé, el Carlos¹⁴ no le aportara dinero, el hermano no estuviera también apoyándola, de hecho, el hermano dejó su trabajo por venirse con ella acá, para ayudar a ella, a sus hijos y a su mamá, sino tuviera esas redes, o la suegra tampoco hubiera estado ahí, los niños estarían en un residencial porque Juana no es capaz hoy día de hacer el rol de mamá adecuado.

c. Percepción de apoyo social

En cuanto a las redes de apoyo social, para el caso de María, al igual que en el caso del apoyo familiar, la participante cuenta con escasas redes. Su contención proviene de parte de un “amigo”, quien le apoya económicamente y con el transporte. Asimismo, visualiza al centro como otra red de apoyo, ya que asiste cada vez que siente deseos de consumo, estrés o necesita contención:

P1: ...el Francisco¹⁵ que le compra ropa, que lo toma, que le compra juguetes, eso...

F1: ...no sé si influyen, pero sí son un apoyo (centro de rehabilitación)... igual el apoyo ha sido bueno porque te ayuda a no consumir, a ver qué está bueno o qué está malo...

Según el equipo, María se muestra abierta a recibir consejos de crianza (ser menos brusca, gritarle menos, tener más paciencia y estar tranquila y no desahogarse con el niño) y lograr un espacio de contención. El centro ayuda a ser un referente que entrega herramientas para armar su vida y generar un sentido, de acuerdo a ciertos roles sociales esperados. Aun así, no se detectan otras redes de apoyo en el proceso de rehabilitación, pero se le da un valor incluso positivo

¹⁴ Nombre de fantasía de pareja de Juana.

¹⁵ Nombre de fantasía.

debido a que, si existieran por ejemplo amistades, serían las que tenía antes de la rehabilitación (es decir, de consumo). Otras instituciones, como la municipalidad y la gobernación provincial, apoyan económicamente a María de forma esporádica. Y, de un modo más coercitivo, las instituciones de salud y municipales tratan de problematizar el consumo y buscan que María genere cambios:

E2: ...pero también está abierta, depende de cómo uno le hable obviamente, está abierta a como recibir, como consejos u observaciones en torno a la crianza, sabiendo tratarla sí poh', por el perfil medio agresivo y saltón que tiene.

E1: ...María no se caracteriza por ser capaz de socializar con pares, como diría Freud “una afectividad tierna desexualizada” o sea del único lugar donde ella puede experimentar, yo creo que los profesionales eh... con los que ha tratado acá en el centro son quizá los únicos hombres mayores con que ella ha podido interactuar sin follar, sin que haya comercio sexual o que haya interés sexual, no hay mucho, no hay otro en verdad.

E3: ...por ejemplo, la Municipalidad, de otra parte, otras redes, sí a veces le ha aportado, y la Gobernación con pañales, alimentación, con cuestiones para... el cuidado de su hijo.

E3: Y de hecho, cuando luego tiene a su hijo, sigue consumiendo, hasta que ya las redes... sea del municipio o la asistente social le comienzan a decir que si sigue en consumo, va a perder a su hijo. Y ya cuando ahí se entera de eso, le da tanto miedo que ahí empieza a darse cuenta de... lo perjudicial que puede llegar a ser el consumir.

E2: Si no contara (con el Centro)... (Silencio) claro, social en este caso, yo creo que sí poh', que habría diferencias. De hecho ella dice que “le hace bien venir para acá” cuando anda mal igual viene cachai, eh... no es como “ando mal” y no ha ido, de hecho por lo general, eh... cuando anda un poco colapsada viene para acá a descargarse poh' y claro para el equipo es como pucha, para el equipo de repente es complejo cuando llega como llega tan exaltada cachai, pero al final esa es la forma en que tiene que llegar, significa que está haciendo buen uso del espacio, porque o si no, no sé dónde iría a drenar sus frustraciones, sus rabias, todo. No tendría dónde poh' y no estaría muy bonito ese panorama.

De acuerdo a lo que se puede extraer de las citas del equipo, se evidencia que las voces de los profesionales del equipo no conforman un único discurso, ni las mismas prácticas.

En cuanto a Juana, las redes de apoyo social son igualmente escasas: el centro, que en gran parte ha sostenido el proceso de rehabilitación (no es igual a cuando entró) y las formas de comunicarse con la familia y mejorar la crianza de los niños. Juana propone un mayor refuerzo en el trato a los hijos, por lo que considera que asistir a talleres, terapia, charlas la ayudaría a desempeñar mejor el rol de madre, ya que así lo ha vivido en el centro:

P2: (El equipo de salud influye) en lo que te decía de la forma de expresarse, ellos (hijos) no hablan garabatos, porque resulta que siempre digo, yo digo los garabatos que quiera porque soy tu mamá, tú no porque soy mi hijo, si se portan mal, oye tal por cual, bájate, súbete, entonces igual hablé con la psicóloga para ver cómo tratarlos...

El tribunal de familia, con la medida de protección interpuesta a favor de los niños, coacciona a la madre a rehabilitarse, medida valorada como una buena opción de cambio por parte de la familia de la usuaria. Sobre todo, por desconocer que existía el centro de rehabilitación y que se podía ingresar de forma voluntaria. La madre de Juana se arrepiente de haber tomado medidas judiciales, pero cree que evidentemente fue un acierto ingresar a Juana al centro, tanto por ella como por los niños:

F2: ...entonces, de repente me arrepiento de haber llevado a la Juana al Juzgado, no sabía que existía el centro, no sabía que yo podía venir con la Juana, no sabía cómo era la gente del centro, no sabía que yo podía internarla o que ella se podía internar sola, no tenía idea...

El equipo también se define a sí mismo como un apoyo para la madre y sus niños, pero esperan más de su adherencia al tratamiento: evitar recaídas, llevar a los niños a terapia para mejorar la comunicación, corregir conductas (gritos, golpes). Se identifican otras redes, especialmente instituciones que se relacionan con la infancia, pero cuyo operar no se percibe como un apoyo efectivo al proceso:

E3: Mira, al principio trabaja [Programa de Intervención Breve] con ellos, ya, es un centro, y sí iban a hacerle visitas, pero no era como algo formal, de repente iban como dos veces y si veían algo mal, hacían un informe que la casa mal, y era lo que llevaban a tribunales y tampoco era como lo correcto porque, yo entiendo, si hay cuatro niños por eso la casa va a estar sucia poh', si son niños. Y ahora trabaja la OPD de acá... y la OPD como que trabaja sólo el psicólogo, que ni siquiera tiene trabajadora social, el coordinador se fue y ni siquiera han ido a hacerle visita, con eso te lo digo todo, por eso te digo, hacer un informe como que, saben que los niños están bien cuidados, que no les falta de na', así que eso es lo que trabajan con ellos. Y luego están, así como redes sociales de amistades, no hay muchas amistades que a ellos los apoyen.

V. Categoría N° 5. Expectativas futuras

Expectativas futuras	Dimensiones
	<ul style="list-style-type: none"> - Prácticas de cuidado a mejorar - Recomendaciones a los equipos de salud

a. Prácticas de cuidado a mejorar

Para el caso de María, los extractos de las entrevistas son:

PI: ...yo creo que por ejemplo... mejorar los gritos, grito mucho, de repente los nervios, no le pego a mi hijo sí, pero sí los gritos para que entienda “José”, pero ni eso me hace caso.

La participante propone cambiar los gritos, la forma irritable de responder y evitar “darle malos ejemplos al niño”. Por parte del equipo, propone que la madre debiese tratar de estimular mucho más al niño: que camine, que responda a señales, que verbalice más, por lo cual el ingreso a un jardín infantil se vuelve imperioso. Esto también contribuiría a generar más espacios de descanso a la madre, disminuyendo el estrés que genera el cuidado constante. De acuerdo a la perspectiva del equipo, es necesario que se fomenten más habilidades maternas, que practique, sea autocrítica para ser mejor madre:

E3: Podría mejorar... el no ser tan sobreprotectora, el... tener más paciencia porque es un niño, de repente ella: “ya cállate, no grites, no... no hagas esas cosas”, pero es un niño, tienes que entenderlo, entonces no gritándole, no queriéndolo lo que tú quieres ya en el momento, te va a entender porque es un niño. Entonces, a veces, empatizar más con él, tener más paciencia, porque de hecho no tiene ninguna (ríe). Se descontrola a la primera, no puede ahogar su frustración con él. Eh... y estimular, yo creo que le falta mucha estimulación a ese bebé.

Para el caso de Juana, la totalidad de los informantes proponen que la madre debe aprender y generar hábitos, rutinas, valores, mejorar la expresión y empatía y promover la alimentación saludable. La madre de Juana agrega la necesidad de que Juana misma aprenda autonomía, asuma responsabilidades y obligaciones como madre. Y el equipo de salud agrega que la madre debe aprender a coordinarse con la abuela en los cuidados de los niños:

P2: ...crearles hábitos, yo siempre he sido de esas mamás que, según yo, modernas, mentira, es que soy media flojita, prefiero que todos se vengan a comer a la cama, no soy de las que se sienta a comer a la mesa, tienen malos hábitos, ellos van al refri y comen a las doce, una de la mañana y yo también po, eso a mí nunca me ha afectado en el peso, pero a ellos sí, son todos gordos...

F2: Pero yo creo que a la Juana le hace falta un hábito y estar sola para ella saber que en la mañana se levantan y van a la escuela, que hay que cumplir en la escuela, de los jardines, que a veces piensa que los jardines... porque es jardín, pero no poh' porque ahí el niño empieza a

darse un hábito de ir a la escuela y todo y... son hábitos no más, de lavar un día domingo o un día de la semana no sé poh', hacerte hábitos de, para que las cosas sean más fáciles...

E3: Mira, podría mejorar el tema de... de, de darles una alimentación sana, de estar, de no estar haciendo lo contrario que la abu-, que la mamá hace porque entonces como también, como que los niños no saben las cosas que están bien, las cosas mal, pero sí ella hace cosas contradictorias a lo que su mamá hace, los niños no saben lo que es bueno, lo que es malo, entonces como un poco más de una educación como más correcta.

b. Recomendaciones a los equipos de salud

Basándose en el caso de María, el equipo de salud grafica que, si bien deben fomentarse habilidades maternas en usuarias con problemas asociados al consumo de sustancias y por supuesto su rehabilitación, debiese sopesarse “el mal menor”, ya que es mejor trabajar en estos objetivos con las usuarias que ingresar a los niños a residencias.

E2: ...cuidarlo en el sentido que no se lo quiten como decís, en definitiva, el, es como, el mal menor es que esté con una mamá que le falten competencias a que esté en una residencia poh', ¿cachai?

Siempre que no se vulnere a los derechos de los niños, y de acuerdo al equipo, esta situación no sucede:

E2: ... es poco asertiva con el niño, pero en realidad como que eh... tampoco lo vulnera, tampoco es como para que le quiten al cabro chico poh'...

El equipo cree que las participantes, al sentir la presión por parte de las instituciones, tienden a ocultar su realidad de consumo: las madres reaccionan minimizando los riesgos o permanecen hipervigilantes, por temor a las instituciones:

E1: Mira, en general ha sido más un tema de amenazada, ha sido sobretudo el tema de SENAME y todo este tema de instituciones siniestras que pudieran ser maravillosas y que en realidad que existan cosas así, pero... pero no de la forma siniestra en la que se han materializado... la

relación de ella con las redes siempre ha sido de amenaza, ha sido hostil, y no hay mucho aporte por esa línea.

El equipo, de acuerdo a lo mencionado, no está en desacuerdo con las instituciones que resguardan el bienestar de los niños. Sin embargo, recalcan la forma en la que a veces proceden, tildada de hostil, pudiese actuar como una amenaza más que un motivador de cambio en el proceso de rehabilitación.

Finalmente, respecto a las recomendaciones que se dan en el caso de Juana, la madre realiza una crítica a la sociedad:

P2: ... la sociedad no logra comprender que, porque uno cometió un error una vez, te van a juzgar siempre, yo creo que saldría tan fácil rehabilitar a las mamás que andan por ahí en vez de tener a tanto cabro chico encerrado en el SENAME y que sean futuros delincuentes...

Similar postura adopta su familiar, quien defiende que dejar a la madre en las drogas es promover un sistema que se encuentra mal, es fomentar el consumo y desamparar a quien lo necesita: Juana. De igual manera, su madre indica que los niños se observan felices con Juana, independientemente del problema que presente, es por ello que ayudarla a rehabilitarse sería una forma de entregar buenos ejemplos a los niños. Se plantea como obvio que hay que mantener ciertos resguardos, como evitar que los niños vean la dinámica de consumo y se afecten por ella.

Para los niños y la madre, es mejor saber que hay alguien apoyándolos: la familia. Los derechos se enfocan sólo en los niños y no en la madre, a veces las instituciones y profesionales interpretan mecánicamente:

F2: Solamente los niños se... necesitan a su papá, que la mamá esté acostada en la cama, pero saben que su mamá está ahí y saben que, si la abuela la reta, va a ir y se van a acostar al lado de su mamá, pero saben que tienen un apoyo.

F2: ...con los derechos del niño se enfoca mucho en los niños poh', pero no en la madre drogadicta... por ser usted va a una casa y no sé, la mamá es drogadicta y va un asistente social

a la casa y ve que los platos estaban en la mesa, que la cama está sin hacer ya es problema, hacinamiento, que los niños están en una infección total, pero si usted va a una casa y hay una mamá con cuatro hijos, me pasa a mí poh', yo no consumo droga, no tomo alcohol, pero a veces tengo los platos mugrientos y tengo la cama desarmá' porque no me alcanza el tiempo...

F2: ...entonces yo digo que a veces la ley esa para mí es estúpida, de los niños se nota cuando un niño tiene mal cuidado porque los piojitos le corren por su cara, todos los niños han tenido piojos, pero hay niños que tienen los piojitos en su cara y... yo pienso que se lo habrían quitado, por el hecho de haber consumido, nada más por eso, porque lo buscan, le buscan...

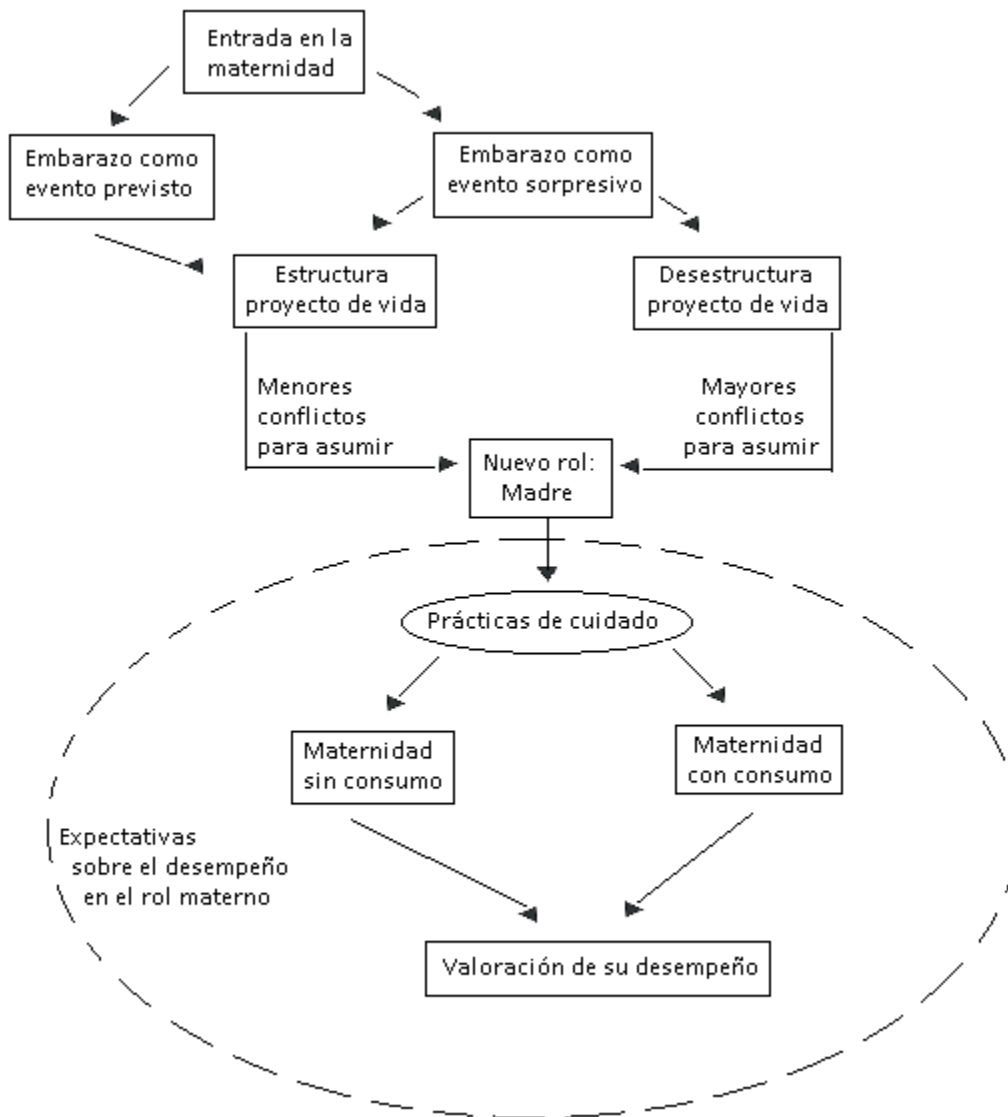
El equipo de salud, por su parte, señala:

E3: Mira, cuando... le van a quitar a los niños sí, cuando llega a una audiencia, intenta como hacer algo, pero como una semana antes, pero el resto del tiempo le da igual, pero sabes lo que pasa, que mira como que le dan muchas oportunidades, yo pienso como que, ya tribunal hace como mucho, mucho, como que mucha espera, yo siento que a veces tiene que actuar un poco más antes para que la persona reaccione, el tema de "o te internas o sí o sí mañana vamos y le quitamos a los niños", así como que no darles tantos plazos porque piensa, la Juana se acomoda: "ah no, si no me los van a quitar, si esto es como una amenaza", a lo mejor algún día pasa, pero ya ha llegado a muchas audiencias como que le dicen cosas y luego tribunales tampoco hacen nada, entonces la persona sigue metida ahí y ahora parece que le están dando el ultimátum de "si ingresa o ellos van a empezar a tomar medidas de que le van a poner una orden de alejamiento". Pero yo pienso que esto lo pueden haber hecho hace más tiempo, entonces ella se hubiese ingresado, pero ella sí es verdad que espera al límite, al límite como de que la amenacen pa' actuar, sino, no hace nada.

De esta manera, en el caso de madres con adicción a las drogas, el equipo de salud visualiza a las instituciones de protección de la infancia, más que como un apoyo efectivo a los procesos de rehabilitación de las madres, como una suerte de presión moral para el cambio.

5.4 Análisis relacional

5.4.1. Esquema 1: Prácticas de cuidado



Se ha identificado el fenómeno *Prácticas de cuidado*, el cual está fuertemente por dos aspectos: la entrada en la maternidad y la apropiación del nuevo rol materno.

En cuanto al primero, se identifica que de acuerdo a la *Entrada en la maternidad* que tuvieron las participantes, se generan dos posibles respuestas: si la entrada en la maternidad de la participante fue un *Evento previsto*, y con el suceso se *Estructura un proyecto de vida* en torno al hijo, muy probablemente la madre experimentará menores conflictos para asumir el *Nuevo rol materno*:

P2: ...eso, la solvencia de decir acá tengo hartito de lo que quiero, tengo mi pareja, tengo mi casita, tengo un hijo, entonces pucha yo quiero tener una guagua dije yo, porque económicamente estábamos bien, y dije sí, porque necesitaba otra guagua en mi vida, como que me llenaba, es que en realidad siempre fue el saber sentirse que yo- el tener el segundo hijo pa' mí fue como que, qué se siente tener tú un hijo, criarlo, estar ahí siempre...

Si, por el contrario, la entrada en la maternidad opera más bien como un *Evento sorpresivo*, emergen dos posibles respuestas: si la noticia *Estructura un proyecto de vida*, la madre tendrá menores conflictos para asumir el nuevo rol materno:

P1: ...me quería cortar el pelo, me quería rapar, nunca se me pasó por la cabeza suicidarme o abortar, quería ver la mezcla del papá conmigo y el hijo.

Pero también se da el caso en que la noticia de embarazo pudiese *Desestructurar el proyecto de vida* que se tiene hasta ese momento, provocando mayores conflictos para asumir el nuevo rol materno:

P2: ...cuando tuve mi primer hijo, fue súper joven cuando tuve a mi primer hijo. Primero, no estaba en mis planes ser mamá, entonces yo decía que iba a viajar a otro mundo, conocer países, otra cosa.

Asumir el rol materno, ya sea con mayores o menores dificultades, se encuentra íntimamente relacionado con el ejercicio de esta maternidad y las *Prácticas de cuidado* que pueda desempeñar

la madre. Ahora bien, las prácticas de cuidado están teñidas por las expectativas de maternidad que se tenga y por el escenario en el que se desarrollan, vale decir si la maternidad se desarrolla en condiciones de consumo de drogas:

P2: ...la maternidad con consumo encuentro que es una mierda. Cuando uno está consumiendo y tiene hijos porque no... habiendo drogas en tu casa, con que una persona en tu casa consume, destruye completamente todo.

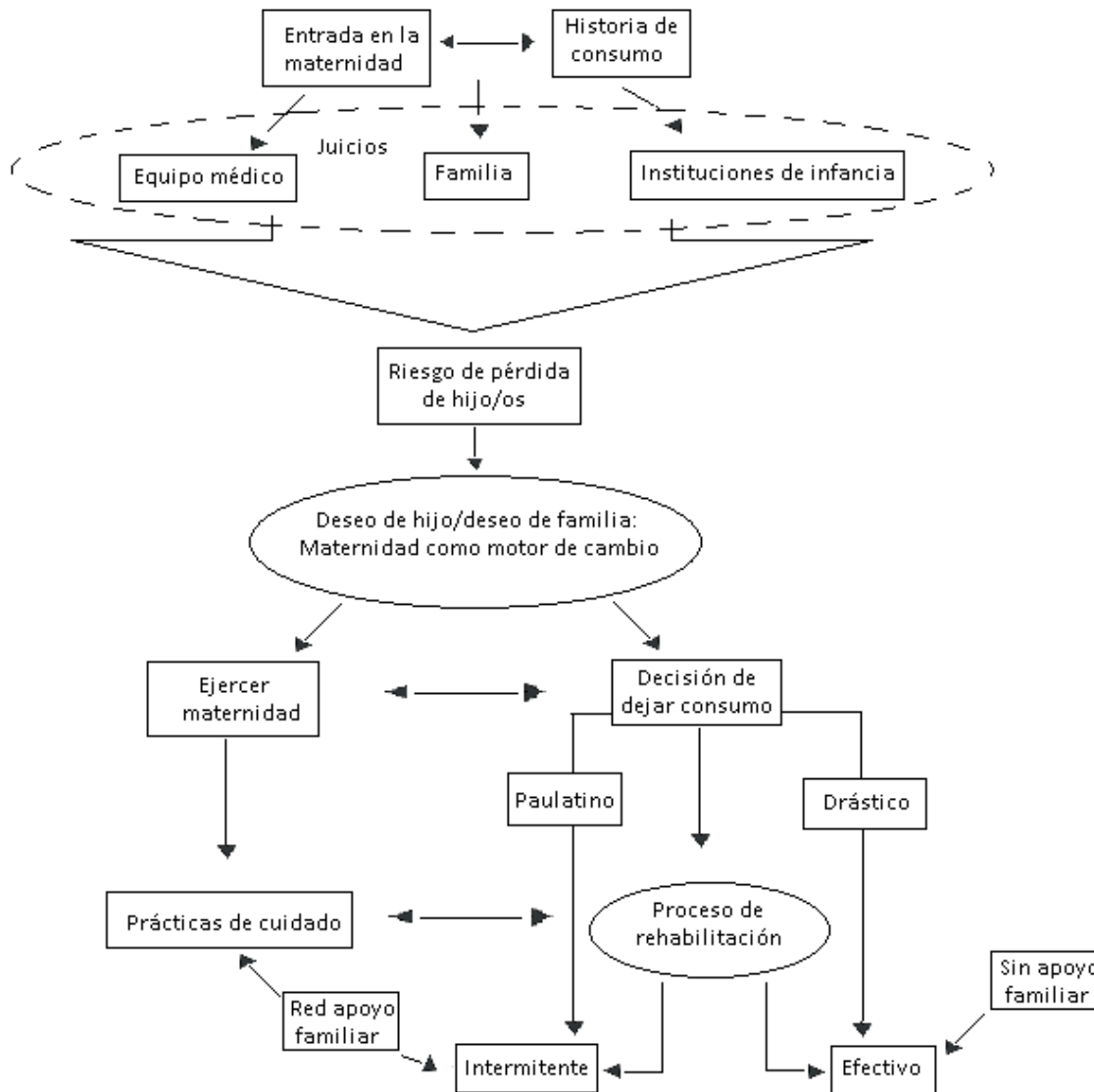
O sin esta adicción:

F2: Mmm... la Juana cuando antes que consumiera, ella siempre fue trabajólica, ella... hizo siempre el papel de hombre, de trabajo, preocuparse mucho por sus hijos, por su vestimenta, que tuvieran buena alimentación...

Estas prácticas de cuidado hacia los hijos, que se dan en el contexto de maternidades con consumo de drogas o sin consumo, estando a su vez influidas por las expectativas sobre el desempeño en su rol materno, provocan un juicio valórico acerca de dicho desempeño.

5.5. Análisis de codificación axial

5.5.1. Esquema 2: Maternidad y proceso de rehabilitación



La *Maternidad como motor de cambio* para iniciar un *Proceso de rehabilitación* es un fenómeno compuesto fundamentalmente por dos momentos. Se emprende cuando la mujer, se instala en el escenario de su *Historia de consumo* y su *Entrada en la maternidad*, lo que genera un conjunto

de juicios por parte de los distintos actores sociales que se encuentran próximos a la futura madre. Estos juicios provocan en la madre la atmósfera de posible riesgo de pérdida de los hijos.

E3: Y de hecho, cuando luego tiene a su hijo, sigue consumiendo, hasta que ya las redes... sea del municipio o la asistente social le comienza a decir que si sigue en consumo, va a perder a su hijo. Y ya cuando ahí se entera de eso, le da tanto miedo que ahí, empieza a darse cuenta de... lo perjudicial que puede llegar a ser el consumir.

Es en esta instancia es donde se aprecia el segundo momento, cuando la mujer se encuentra en la encrucijada de perder a su hijo, es que se redobla la decisión de ejercer la maternidad decidiendo, también, dejar el consumo de drogas:

P1: ...desde el día que nació mi hijo cambié totalmente, no fumar drogas, no fumar cigarro, nunca jalé, la pasta base, la marihuana, me hace sentir mal.

Pero esta decisión de cambio, según lo comprobado en las experiencias de las participantes, puede darse de dos maneras: cuando la madre asume la posición de cambio, pero de forma *drástica*, su *proceso de rehabilitación* se desarrolla con logros más efectivos: sobre todo cuando la madre está convencida de querer superar su adicción a las drogas y no cuenta con redes de apoyo familiar, se visualiza a sí misma como la única alternativa cuidadora de su hijo.

E2: Siempre ha dicho que no tiene redes de apoyo entonces yo creo que eso mismo ha generado que haya tenido una, un cambio tan drástico poh', cuando supo que iba a tener al José¹⁶. Porque no hay nadie más, como que si no lo hace ella, no, nadie más la va a apoyar poh'.

A diferencia de lo que acontece cuando la madre propone cambiar su consumo de drogas, pero realizándolo de manera *paulatina*. Es ahí donde su proceso de rehabilitación se despliega de modo intermitente, apreciándose recurrentes recaídas hacia el consumo. Esta situación se facilita cuando la participante tiene la certeza de contar con redes de apoyo familiar, en quienes se apoya, en gran medida, para proveer prácticas de cuidado hacia sus hijos.

¹⁶ Nombre de fantasía para hijo.

P2: ...por es siento que lo que estoy haciendo ahora tendrían que ser pasos cortos para no equivocarme no más poh' y seguir así más para ellos...

P2: ...que siempre... uno dice lo voy a hacer por mis hijos, no, no por el tío, la mamá, la abuela, no, tiene que ser por uno, cuando llegas a la etapa que te miras en el espejo y dices, esta sí soy yo... pero lo esencial es recuperarse por uno, mientras tú te veas bien, ellos van a estar bien, por qué lo voy a hacer por mis hijos, por mi mamá, hasta que llegó el día que dije que lo iba a hacer por mí, y empecé de a poco, en tres años idas y vueltas y ahora voy a cumplir ocho meses que me he mantenido bien...

5.6. Observación etnográfica

Este extracto es una construcción de un relato breve, redactado a la manera de un cuento, basado en los meses de observación etnográfica que realizados con María, su hijo y su familia. La escritura es más bien un giro literario a lo ya presentado, buscando entregar una presentación atractiva del análisis de las notas de campo registradas por la investigadora.

Una linda casa de muñecas que cualquier niña quisiera haber recibido para navidad. El color lila de sus paredes envolvía de femineidad a sus habitantes, y el blanco de sus cortinas realzaban la delicadeza de María. Aunque la “morada” carecía de murallas que delimitaran cada habitación, la dueña de casa se había encargado de organizar cada rincón de esos diez benditos metros cuadrados. Por una esquina, la cocina con su respectivo linóleo, que simulaba los azulejos que pondrá en su casa definitiva -ya que ésta es sólo de “emergencia”, por la villa que se instaló luego del aluvión-, en la otra esquina el closet con la cama, en otro rincón la cuna del niño y, finalmente, en la otra punta el baño, cerrándose así el cuadrilátero.

Sin duda me sorprendió lo pulcro que se veía la casa. Cada objeto en su lugar, la limpieza era tal que uno se reflejaba en el piso de madera, daban ganas de sacarse los zapatos para no manchar nada. Era la mejor casa del barrio, equipada a más no poder, hasta pantalla plana tenía. Pero eso no era nada comparado con los planes que María tenía para su casa definitiva, la que le

entregarían por subsidio a fin del próximo año, “esa casa sí que iba a ser linda”, decía ella. Y me invitó a sentarme a los pies de la cama: a falta de sillas, buenas son las orillas.

Era evidente que se sentía evaluada y desconfiada de mi presencia, mil veces la habían ido a visitar de la Municipalidad, la Gobernación, el Consultorio, el Hospital, del mismo Centro... y estas *redes de apoyo*, en realidad ella no siempre las veía como un apoyo... a veces pensaba que más bien venían a “sapiar” si estaba cuidando bien a su hijo o no, por ser una madre con consumo. Igual, muchas veces se “rajaban” y le pasaban unas bolsas de pañales, cajas de mercadería, cosas que a ella le servían para su hijo: por eso les permitía el paso a su casa, la cosa era “pasando y pasando”. Es por esto que a la familia le costó adaptarse a mi presencia. Pero al cabo de unas semanas, era menos incómodo para todos.

Ella se encargaba de tener todo para su hijo: tele, cocina, comida, pañales, agua purificada, ropa nueva, remedios, de todo, todo, porque así es la *maternidad*, “querí salir adelante” decía, y bueno, yo lo veía... una cuna llena de pañales. No, es que su hijo no le iba a pasar lo mismo que ella, nada de hogares ni de vivir en la calle, ella no va a tener “la cabeza conectada con el pote”, como su mamá... esos antecedentes distales, esas experiencias que pasó de niña y que esperaba nunca ocurrieran con su hijo. *Expectativas sobre la maternidad* quizás, porque ella decía estar atenta en todo momento hacia su hijo, tratando de cuidarlo, protegerlo y satisfacer todas sus necesidades.

Todo esto me lo contaba recostada sobre la cama, con su hijo al lado suyo, ambos tapados con una abrigadora manta morada (al igual que la casa), y yo todavía en la orilla de la cama. Me contaba que esta *nueva identidad de madre*, que significaba haber aprendido a cocinar -con una cocina antigua que explotaba de vez en cuando- comidas con mayor elaboración para su hijo y su pareja y su amigo taxista, y hacer andar toda una casa con lo justo; no había sido un papel muy simple. Harto se estresa con todas las nuevas responsabilidades que tiene, se le hace poco el tiempo, si hasta de pinta quiere cambiar porque si no en el “Poli”, no la pescan mucho. Antes se preocupaba de ella, su pinta, sus amigos, vacilar un rato; pero ahora sus prioridades eran otras, su hijo especialmente. Entonces, a veces pensó en ir a visitar amigas, pero como las “minas”

consumen ahí mismo, ese no era lugar para su hijo, menos por las viejas cahüíneras de la pobla, que podrían contar a la asistente social.

De sólo acordarse de ese día que fue a tener a José al hospital y que, por culpa del chofer de la ambulancia, que la acusó con la asistente social porque era *madre con consumo*, casi le quitan al niño. Y que a punta de rezo y ruego se lo entregaron, con la condición de que se *rehabilitara*, se le sale el alma del cuerpo, que susto pasó. Es como si viera a su *hijo como el principal motor de cambio*, de lo contrario estaría en la misma todavía. Me muestra su casa y dice: “ves todas estas cosas, nada de esto tendría si no fuera por José”, prefiero encalillarme con muebles o electrodomésticos, para que Manuel (pareja) no se gaste la plata en otra cosa. Es como una forma de empujar a mi *red de apoyo familiar*.

De repente abren la puerta, era Manuel que venía a almorzar. Me invitan a almorzar y acepto. María se estresa ordenando la casa y le exige apoyo en el orden a Manuel, porque pronto llegará su amigo Francisco y quiere tener todo perfecto. En ese momento existe una discusión entre ellos, María comienza a levantar cada vez más la voz, ante lo que trato de intervenir para apaciguar las cosas, diciendo que yo también podía ayudarla. Al par de minutos golpea un hombre adulto mayor, Francisco, amigo de María, quien venía a almorzar -como cada día- con la pareja. La comida se desarrolla en silencio, aunque estaba todo muy rico, era evidente la tensión entre Manuel y Francisco. A este último se le invitaba por el aporte que hacía en los almuerzos, se ponía con la mitad de las lucas. La contribución no era menor, porque Manuel trabajaba en el huiro y ahí no se hace mucha plata.

Cuando se van los dos hombres a sus respectivos trabajos, María me cuenta que su “amigo” la quería de señora, pero que ella no acepta porque es muy viejo y porque es su ex cuñado... antes pololeaba con el hermano mayor de Francisco. De todas formas, quiere a su amigo cerca de su hijo, “él se preocupa tanto de José”. María no lo dice, pero el secreto a voces que se comenta en el pueblo es que este “amigo” Francisco, es en realidad el padre de José. Sin embargo, María jamás lo ha confirmado.

Mientras continuamos la conversa, la madre se levanta a realizar las labores de orden posterior al almuerzo, y es ahí donde despierta el niño. Ella acude inmediatamente a meterle la pechuga, para

ver si se vuelve a dormir, pero el niño rechaza la leche: “ya, no hay caso, despertó”, dice María. Lo sienta en la cama y le pasa unos aros de ella para que juegue, qué mejor juguete pienso, mientras vigilo que no se los trague.

Vuelve a las labores domésticas y me cuenta que el taxista (Francisco) es para ella tremenda *red de apoyo social*, gracias a éste puede trasladarse con el niño de un lado para otro en el pueblo, la pasea cuando está aburrida, acude en su ayuda cada vez que se lo pide, le ha hecho los mansos regalos a su hijo -y me muestra orgullosa todas las cosas- y que, lo más importante, le prestará mucha plata para postular al subsidio habitacional, para tener su casa propia.

El niño busca bajarse de la cama, pero ella lo sienta de golpe, nuevamente sobre la cama. Dice “yo tengo ciertas *prácticas de cuidado* con este cabro chico. Lo traigo de punta en blanco” y se sienta con él, tapándose ambos con la frazada de polar. “Por lo mismo, no lo dejo estar en el piso. Menos que ande en andador, porque se me va a la cocina y se puede quemar”. Apunta hacia una pared donde hay una repisa y dice: “ve todos esos juguetes, son de José, pero no se los paso para que no los rompa... sí, quizás los use cuando sea grande”, mientras el niño sigue metiéndose los aros en la boca.

“La gente del consultorio que me dice que soy mala madre porque no le permito movilidad, pero si lo dejara en el piso y anduviera todo sucio, también dirían que soy mala. La *valoración que tengo sobre mi maternidad* es que soy re-buena madre, lo cuido todo el rato, está gordo, ¿ve?”, me dice. “En cambio, hay mujeres que consumen con los niños ahí mismo en la casa, que hasta duermen en el piso, ellas sí que están más mal que yo”. Manuel me dice que soy bacán como mamá, que su mamá nunca fue así con él.

María hace cosquillas al niño, le mueve las piernas, le aprieta los muslos. José se pega de vez en cuando en la boca con el movimiento brusco de su madre, pero no llora, más bien se ríe. Decide cambiarle el pañal, porque debemos ir al Centro. Ahí veo los *cuidados* hacia el niño.

Llama por celular a su amigo Francisco, quien llega a los minutos a la puerta de su casa. Nos subimos todos en dirección al Centro, María tiene hora con los profesionales para estudiar, porque debe dar exámenes libres y porque tiene terapia de grupo en la tarde. La asistente social

(*red de apoyo social*) le pasa el material de estudio y comienzan a leer sentadas en una estación de trabajo, mientras su hijo está en su regazo. Al rato su hijo comienza a lloriquear, por lo que la madre le hace caballito, pero por accidente se pega en la boca con la mesa y comienza a sangrar y llorar. Ella responde y dice: “qué le hizo la vieja mala”, mientras la asistente social le explica que debe tener más cuidado. Ella, la madre, se molesta por la corrección.

La ayudo tomando al niño en brazos, comprendo que José esté muy aburrido, así la madre sigue sus estudios. No lleva ni media hora y exclama que tiene hambre, y pide al director del Centro si puede aportar con “algo” al estudio. Creo ver en su petición una forma de evadir el estudio, porque es evidente que tiene problemas de lectura. Se pone a cocinar un brazo de reina en la cocina del Centro. Me pide le lea las instrucciones de un libro de cocina. Este pastel será un insumo para la terapia de grupo, que se desarrollará a continuación.

El verla cocinar pone casi histérica a la asistente social, por la forma en que lanza todos los implementos de cocina. Ella intenta regularla con palabras, porque hace mucho ruido y asusta al niño. Detesta el producto final de su trabajo, “más fea la wea” dice María, pero se le trata de reforzar positivamente. No muy convencida, le pide a los profesionales del Centro que le saquen una foto al pastel.

Al comenzar la terapia de grupo familiar del Centro, María no pasa inadvertida, tiende a decir en voz muy alta su opinión o a hablarle a su hijo, de forma que interrumpe a quien se encuentra hablando. El niño se pone a llorar y ella reacciona nerviosa, porque no logra hacerlo callar. Trata de distintas formas, metiéndole la pechuga, pasándole un lápiz, haciéndole caballito, pero nada funciona. Lo reta y le habla como si eso fuera suficiente, hasta lo maneja de forma brusca, hasta que otra usuaria le dice: “no lo trates así, si debe estar aburrido”. La asistente social le susurra al oído al psicólogo: “esas *prácticas de cuidado hay que ir mejorando* con ella”, el cual asiente.

María trata de hacer las actividades que señala el terapeuta, pero con bastante dificultad por los llantos del niño. Al cabo de un rato se aburre y dice que debe irse. Termina de comer algunas cosas y recibe una llamada. Se despide, la acompaña a la puerta con el coche, afuera la espera su “amigo” taxista, suben ella y el niño, mientras Francisco mete el coche en el porta maletas y se pierden los tres al doblar la esquina.

6. CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

En este apartado, retomaremos los resultados principales del estudio, los que serán discutidos con los antecedentes recogidos en el marco teórico.

En primer lugar, se definió la categoría *Historia del consumo*, la cual considera la dimensión *Desencadenamiento de la adicción*, donde se obtuvieron los siguientes resultados:

Respecto al caso de María, la participante atribuye su ingreso al consumo de drogas por sentirse abandonada por sus padres, quienes no se preocupan de ella y la echan de la casa. Asimismo, cree que el hecho de presenciar a un mundo adulto (padres, hermanos) insertos en la dinámica del consumo, sirvió de patrón a seguir y estableció una suerte de pertenencia a la dinámica familiar. La familia explica que el grupo social (amigos) y su período de institucionalización generan cierta influencia en el ingreso y adicción a las drogas de María. El equipo de salud también hace alusión al consumo transgeneracional de su familia, a los antecedentes de VIF y vulneración de parte de sus padres, así como su permanencia en un hogar de menores (modelaje de pares), eventos que afectan a la participante y la instan al consumo. Sus amigos, que se encuentran en su misma condición, actúan como un soporte afectivo a pesar que también consumen.

Los informantes concuerdan que la historia de vida de abandono, situación de calle y posterior ingreso a hogar de menores son factores que la derivan al consumo, ya sea por patrón, modelaje o pertenencia grupal. Esta situación es documentada por Bernal, Frari y O'Brien (2005), quienes sugieren que una socialización primaria (contexto familiar drogadicto) e historia de abusos físicos puede ser la causa de consumo de drogas de mujeres.

Por otra parte, en cuanto al caso de Juana, la participante señala que, si bien su consumo siempre se insertó en instancias de esparcimiento y socialización, tal como lo plantean Pérez y Correa (2011), asociando el consumo sólo por diversión y “aguantar” la fiesta. Pero este consumo se agudiza en su separación, momento en que, de acuerdo a la atribución de Juana, el alcohol detona su consumo de drogas, como una manera de disminuir su malestar. En instancias de fiestas se suma la cocaína, luego por problemas económicos opta por la pasta base. También considera

como detonantes el hecho de que su negocio fuese menos rentable que antes, y el estrés asociado a la crianza de sus hijos, surgiendo el consumo como un escape.

La familia considera que el abandono del padre y la separación con su pareja fueron hechos que la afectaron, también su infancia pues tuvo que hacerse cargo del cuidado de sus hermanos. Y el equipo de salud visualiza el abandono de su pareja y el padre, porque se trataría de eventos que marcan un quiebre de “la familia feliz”, representación idealizada de la familia, de alto valor afectivo para Juana. Con la separación comienza a consumir alcohol en exceso, luego pasta base, lo que generaba problemas en casa. Todos los informantes concuerdan que el desencadenante en su adicción fue el conflicto que causa la separación con su pareja, la que se facilita por la exposición social y familiar que tiene de consumo. Aparentemente, las frustraciones en su vida (que el negocio vaya mal, que no pueda controlar a sus hijos, la separación con su pareja) la llevan a abusar de las drogas como una forma de calmar los sentimientos que experimenta tiene en ese momento.

Los casos de María y Juana no resultan comparables, ya que sus historias de vida y consumo son distintas. Para el caso de María, el consumo de drogas tiene su origen en la niñez, con la vulneración que sufre y las consecuencias derivadas de ella (institucionalización), tal cual lo retratan Bernal, Frari y O’Brien (2005), quienes lo afirman como factores socio-culturales que influyen y disponen al consumo.

En cambio, en el caso de Juana, como describe Calafat (2000), un acontecimiento vital o situación de estrés puede motivar el desencadenamiento de la adicción de una mujer, como fue el caso de Juana con su separación. Igualmente, el ejercicio de maternidad, que Juana describe como una experiencia compleja y problemática, genera un alto estrés en Juana, relacionada según Bernal, Frari y O’Brien (2005) con una sensación de incertidumbre de ser como madre, recurriendo al consumo como forma de disminuir la ansiedad.

En ambos casos el sentimiento de abandono es un aspecto doloroso (caso de María, de parte de sus padres; caso de Juana, de su pareja), el que según Martínez y Carvalho (2004) tendría incidencia en el consumo. Tal cual señala Calafat (2000), el consumo se erige como una forma de evadir su realidad.

Respecto a la categoría *Percepciones y experiencias sobre la maternidad*, emerge en primer lugar la propiedad *Entrada en la maternidad*, en la cual se describe la experiencia del inicio de la maternidad en ambas usuarias. Para María, el embarazo fue inesperado y tuvo un impacto en ella, pero lo aceptó con curiosidad narcisista. El equipo de salud marca el acento en que María es madre, se desenvuelve como tal, asumiendo y desempeñando su rol sin el calificativo de una carga. Los hablantes concuerdan en que María acepta el embarazo y, ya sea que lo asuma por curiosidad y/o por agrado, es cierto que genera una nueva identidad, que no deja de tener complicaciones.

Respecto al caso de Juana, la entrada en la maternidad es percibida desde dos aristas en el relato de los informantes: en primer lugar, para la participante y su familia, la maternidad ha sido problemática por distintos factores (su juventud, responsabilidades laborales, cambios en el proyecto de vida). En segundo lugar, para la participante existe otra entrada en la maternidad que es aceptada y planificada, la cual genera la constitución del hogar o familia idealizada.

Luego surge la propiedad *Una nueva identidad: madre*, en donde María, se apropia del nuevo rol y trata de desempeñarlo lo mejor que puede, no sin consecuencias, como lo es dejar su antigua vida de “carrete”, buscando una vida más sana, privándose de sueño y sumando estrés y cansancio; sintiendo incertidumbre y frustraciones por nuevo rol. De todas formas, adquiere o se esfuerza por adquirir responsabilidades que, según la participante, debiese desempeñar una madre. Proceso que detalla Deutsch (1960), en donde explica que la maternidad implica nuevas obligaciones y relaciones afectivas. Es decir, deja de ser adicta para ser madre, reemplazando un rol por otro.

María se ajusta lo mejor que puede a las exigencias, las que incluso se dejan ver en el equipo de salud, quienes proponen una maternidad de tiempo completo, sin descanso. Esto da cuenta de la exigencia normativa del equipo, quienes depositan expectativas muy altas para una mujer (particularmente, atendiendo a su propia historia infantil). Asimismo, el equipo atribuye el carácter de una buena o mala maternidad de acuerdo a cómo la madre haya vivido su embarazo, lo que impresiona como otra forma de aminorar el peso de la historia (tanto la historia previa de María, como la historia de intercambios que ha construido con su hijo).

En cambio, para Juana, esta *nueva identidad* sería más bien un proceso, una transformación donde se muta, se abandona algo “más simple” -ser mujer- para asumir un lugar social más complejo: ser mamá. Para la familia, específicamente para la abuela, el nuevo rol materno se adquiriría en la medida que se abandona la categoría mujer; es decir, ser madre significaría superar la categoría mujer. Las categorías mujer y madre operan como categorías excluyentes. Frente a este contraste entre la madre y la abuela, Brown (2006) aporta elementos comprensivos a esta tensión. La autora sugiere que es la ideología estereotipada sobre la maternidad lo que llevaría a la madre de Juana a generar pautas de lo que implica ser buena o mala madre, ciñéndose la maternidad a la ideología imperante: esto es, madre en posición de auto-sacrificio, que todo lo sabe en referencia a las necesidades de sus hijos, responsables de todo (Brown, 2006). De cierta forma, la abuela ve a la madre abnegada y volcada a sus hijos como un sujeto que no contempla espacio para sí misma como persona, mujer con necesidades.

Mismo aspecto que subrayan Kearney, Murphy y Rosenbaum (1994), quienes plantean que las madres pobres estarían en todo momento buscando adaptarse a las normas culturalmente deseables de la maternidad. De esta manera, la abuela tendría un estereotipo más apegado a la ideología socialmente impuesta. Esto no excluye a Juana, que proviene de las mismas condiciones que la abuela, pero que a pesar de intentar comportarse de acuerdo a patrones ideales de maternidad (y probablemente por las dificultades que ha tenido en este proceso), puede haber creado nuevos sentidos de maternidad, que no necesariamente son considerados socialmente (Castilla y Lorenzo, 2012).

Al realizar una comparación de los casos de María y Juana, se aprecia que, en ambas madres, en menor o mayor medida, la enterada en la maternidad es un proceso complejo, aun cuando María parece más gustosa del nuevo rol. Esto podría explicarse, tal como lo plantea Marcús (2006), que para María la maternidad ha significado la construcción de un proyecto de vida, y la consecución de un rol que cree puede entregarle satisfacciones. Esto no quiere decir que para Juana la maternidad sea un espacio carente de satisfacciones, no obstante, debido a que su proyecto de vida se había construido antes y sin dar un lugar relevante a la maternidad, la noticia del embarazo implicó una problemática acomodación de sus proyectos vitales (la que impresiona aún en curso).

Una tercera propiedad es la *Experiencia de la maternidad*. Para el caso de María, se aprecia que le satisface la relación con su hijo, ajustándose a lo que señala Deutsch (1960), quien refiere que la maternidad implica la reacción afectiva de la mujer frente a la impotencia del niño y la necesidad de cuidarlo. Pero también se aprecian dificultades en reconocer al niño como otro (necesidades), exteriorizando, en ocasiones, respuestas poco sensibles al niño, incluso agresivas. Calvo (2004) señala que la adicción en madres puede afectar su sensibilidad materna para percibir e interpretar las señales del infante, así como su capacidad de emitir claves apropiadas. En torno a estas dos últimas ideas, se puede introducir dos reflexiones críticas. ¿Se trata de la influencia de las drogas o se trata del peso de la historia? Es decir, ¿en base a qué experiencias María podría apelar a una sensibilidad maternal? Estas interrogantes permiten repensar la sensibilidad maternal como el resultado de una historia, más que la expresión de un hecho natural que se vería enturbiada por las sustancias.

Por otro lado, respecto a la visión del equipo de salud, muy semejante a Calvo (2004), parte de sus relatos perpetúan maternidades y práctica de cuidado normativas y alineadas con la ideología imperante (Brown, 2006). La referencia a esta última idea no tiene relación con un juicio moral, sino con lo complejo que parece ser el sostener maternidades tan problemáticas, no sólo para las madres estudiadas, sino para el equipo que trabaja con ellas. Es decir, apearse a estándares universales (Palomar, 2005), muchas veces tan exigentes como lo es la “sensibilidad materna” (Burman, 1998), cerrando las opciones de maternidad, más diversificándolas.

A diferencia del caso de Juana, donde su maternidad parece basarse más en las satisfacciones que provoca el reconocimiento de sus pares respecto de su rol de madre, que en la relación afectiva con sus hijos. Juana parece disfrutar de actividades sociales respecto de sus hijos, más que mantener una relación íntima con ellos.

Al relacionar los casos, la posición subjetiva de ambas madres parece distinta, en donde Juana espera que la medida de protección se haga real, a diferencia de María, cuyo actuar parece anticiparse a ello. De cierta forma, pareciera que Juana, mediante la medida de protección, buscara ser reconocida y posicionada como madre (o “mala madre”, en este caso) por el discurso de la institución de tratamiento.

Otra propiedad es *Maternidad en consumo*, en donde los informantes del caso de María refieren poco compromiso con la maternidad. Ahora bien, este juicio pudiese formarse debido a los discursos e imagen que se crea de las mujeres adictas (Silva, Pires y Gouveia, 2015). De cierta forma, es como si el dato “drogas” tiñese inmediatamente el juicio de las personas sobre el desempeño de María en su rol materno, no consiguiendo ver más allá.

Para el caso de Juana, la maternidad en consumo tiene dos caras: por un lado, que sea aceptada y se desarrolle con refuerzos o reconocimientos, tal como lo documentó Marcús (2003), aludiendo que, en los sectores empobrecidos, las mujeres reciben recompensas y gratificaciones mediante el ejercicio del rol maternal. Pero, por otro lado, cuando se tiene problemas de aceptación y es percibida como complicada, los cuidados hacia sus hijos son más intermitentes, aunque se aprecian esfuerzos por tratar de ajustarse a la maternidad según la entiende su madre (abuela materna de los niños).

Los tres informantes coinciden en que, cuando hay efectos de las drogas, Juana desiste de su maternidad. Silva, Pires y Gouveia (2015) indican que la maternidad en consumo implica que las madres se centren más en sus propias necesidades, mostrando dificultades para controlar sus emociones, siendo menos sensibles, responsables y cariñosas, y más laxas con las necesidades físicas de sus hijos.

En relación a la perspectiva de Juana, cabe destacar y cuestionarse ¿qué conciliación puede haber entre ser una mujer adicta, si para ser madre hay que dejar de ser mujer? Este cuestionamiento en torno a la subcategoría *Nueva identidad: mujer*, en donde la madre de Juana sitúa las dos categorías (mujer y madre) como dimensiones excluyentes. Si bien para la participante no es así, proponiendo más bien la figura de un continuo (de mujer a madre), esto no logra resolverse porque siendo mujer adicta, también es madre. Es como si Juana tratara de sortear ambas identidades pero, tal como señalan Hardesty y Black (1999), fracasa por lo exigente que resulta el rol materno. Más aún, si se consideran las expectativas de la madre Juana, que propone la figura de una madre totalmente idealizada. ¿Cómo soportar los aspectos menos satisfactorios del rol, el malestar de la vida cotidiana, si la meta es ser una familia feliz perfecta? Aparentemente no

resulta posible, podemos hipotetizar que Juana, tal como menciona Calafat (2000), utiliza o recae en el consumo como una forma de evadir las presiones.

La *Maternidad sin consumo* es una propiedad que habla sobre la experiencia de maternidad de las participantes. Para el caso de María, la totalidad de los informantes concuerdan que la madre se encuentra atenta a las necesidades de su hijo. Esta situación se adecúa al ideal terapéutico del equipo, en donde la usuaria inicia tratamiento luego del nacimiento de su hijo y está abstinentes desde el inicio del programa. Este “idilio” con la ideología terapéutica favorece que sus prácticas de cuidado maternas sean vistas como mejores que las previas. Ya lo señalaban Hardesty y Black (1999), quienes proponen que la mujer adicta pasa por distintas etapas, partiendo por hacerse cargo del hijo, atravesando por las dificultades del consumo y su rol materno, pero finalmente logrando rehabilitarse porque su rol materno evoluciona respecto de su adicción.

Respecto de los datos recabados por la etnografía, la situación descrita por el equipo de salud sobre la atención entregada hacia el niño efectivamente ocurre. Ahora bien, se puede debatir la eficacia de estas atenciones, puesto que el niño en algunas ocasiones sufre percances o accidentes estando al cuidado de su madre, o bien las acciones de ésta no parecen, necesariamente, dar respuesta a las necesidades del niño.

En cuanto al caso de Juana, la madre habla de dos tipos de maternidad, una prevista y otra inesperada. Respecto de la maternidad prevista Juana, al sentir que cuenta con todas las condiciones económicas, habitacionales, afectivas, toma la opción de la maternidad como una forma de “completar” su ideal de familia. De acuerdo a Tubert (1991), la ideología imperante propone la maternidad como un devenir de las mujeres. De esta forma, Juana logra obtener su familia deviniendo madre. Esta postura es mucho más acorde a la visión de su propia madre (abuela materna).

Respecto de la maternidad inesperada, Juana asume más un rol proveedor, cediendo la crianza a terceros (abuela materna). Si bien no se explica la asunción de este rol por parte de los hablantes, pudiese hipotetizarse que la identidad de mujer maternal que propone Deutsch (1960), en el caso de Juana, no ocurre de ese modo, pareciendo que el deseo de Juana es el deseo de una familia, más que el deseo de hijo/a.

En relación a las *Expectativas sobre la maternidad*, Tanto María como su familia refieren cumplir con las expectativas de maternidad que previas. Para el equipo de salud, si bien creen que María desarrolla prácticas de cuidado hacia su hijo, consideran que puede seguir mejorando su manejo respecto al niño. Asimismo, piensan que María tiene una perspectiva distinta de la maternidad que vivenció con su propia madre, por lo que trata de escapar de esa representación y busca construir su propia forma. Es difícil para ella, ya que el cuidado, desde un punto de simbólico, posee asociaciones con el origen de la familia, como bien lo señalan Turiani, Pamplona, Komura y Chávez (2009).

Juana se siente frustrada por no cumplir con sus expectativas, ya que al criar a sus hermanos (siendo estricta, rutinaria), se siente con una práctica previa que no logra realizar con sus propios hijos. No se siente completa, aspecto que empeora si se considera la influencia de su adicción, ya que estando en consumo delega el rol maternal. Para la familia, la maternidad es un trabajo que cansa y Juana no lo realiza. El equipo propone lo mismo, pero suma que la maternidad y la adicción son categorías excluyentes. Cabe señalar que la totalidad de los informantes atribuyen la adicción a las drogas como la principal problemática para el desempeño de la maternidad de Juana. Aspecto totalmente comprensible cuando se posiciona el fenómeno en un contexto social y cultural que promueve estereotipos, sobre todo en aspectos que tienen que ver con el consumo, especialmente cuando se trata de la mujer-madre (Castilla y Lorenzo, 2012). Los actores sociales, dentro de su paradigma normativo, no logran ver más que la adicción de forma negativa; tal como señalan Hardesty y Black (1999), los informantes no logran despegarse de la imagen de “mala madre” de la adicta.

Aquí se dan distintos temas a desarrollar. Por un lado, evidentemente la madre se sentirá incompleta si no logra cumplir con los estándares judeocristianos impuestos ideológicamente, que delegan el cuidado a las mujeres (Flores y Tena, 2014), aspecto que le genera una profunda angustia cuando no ha logrado sus objetivos maternos, sobre todo por la evaluación que hacen de ella al ser adicta (Kearney, Murphy y Rosenbaum, 1994). Asimismo, cuando las prácticas de cuidado son tan valoradas por una cultura (Tubert, 1991) y no las realiza una mujer que, además, es adicta, se obtiene como resultado la triple exclusión: pobre, adicta y que abandona a sus hijos

(Schramm, 2007), y con ello un juicio social del que no es fácil desligarse (Kearney, Murphy y Rosenbaum (1994).

Al comparar los casos de Juana y María, se aprecia que María cumple en mayor medida con las expectativas de los informantes, respecto del caso de Juana. Esta situación podría deberse a que ejerce más actividades de cuidado, lo que la posicionaría como “más” madre respecto de Juana y porque, al no consumir drogas, se evaluaría menos negativamente por las responsabilidades que asume. El que las drogas no estén presentes en su cotidianidad, es un plus para tener mejores expectativas sobre su desempeño, sobre todo de parte del equipo de salud. Aquí surge la reflexión: ¿es sólo el hecho de ejercer prácticas de cuidado ajustadas a la exigencia normativa, lo que resulta suficiente para considerar madre a una mujer? ¿Es posible una apertura? El equipo de salud, por su ideología explícita e implícita, valorará las prácticas de cuidado que se desarrollan en abstinencia. Ahora bien, esta visión desconoce y obtura una compleja serie de matices respecto a las prácticas de cuidado.

La última propiedad de esta categoría es *Valoración de su desempeño como madre*. Para el caso de María, tanto ella como su familia creen que es una buena madre; sin embargo, el equipo de salud cree que le faltan muchas competencias, debido a haber sido una niña institucionalizada y no contar con los cuidados de sus padres, situación que la pondría en desventaja para desempeñar rol materno. Esta postura dialoga muy bien con lo señalado por Miguez (2002) y Rueda (2004), quienes señalan que las mujeres que manifestaron problemas para realizar cuidados hacia sus hijos, reconocen no haber recibido contacto positivo con sus propias madres.

El equipo de salud, al tener estos antecedentes, justificará ciertas “incompetencias” y brinda una mejor evaluación del cuidado que ella realiza. O sea, hace una valoración considerando su historia de vida, por eso creen que su desempeño es mejor del esperado, más responsable y diligente con los cuidados al hijo.

En cuanto al caso de Juana, hay dos posiciones en conflicto en relación a la visión del equipo de salud: una, en la que Juana califica como una madre, al menos, aceptable frente a la visión que el equipo tiene sobre la maternidad (Brown, 2006). Otra, también representada por el equipo de salud y apegada a los estereotipos de género, que evalúa negativamente su desempeño como

madre. Conejo y Rojas (2012) suman más elementos para entender esta segunda tensión, refiriendo que, desde una perspectiva de género, históricamente se ha adjudicado distintos roles en torno al género y la maternidad. Para ello, se espera un despliegue de actividades de cuidados hacia los hijos (nutrición, cuidados corporales, gobernar instintos), descrita por Deutsch (1960), que la madre delega a un tercero. Además, asume un rol tradicionalmente asignado al hombre, ser proveedora. Frente a esta situación, surge la siguiente pregunta: ¿un padre adicto, que se comportara del mismo modo con sus hijos, sería juzgado por un equipo de rehabilitación como un mal padre?

Al realizarse una comparación de los casos de María y de Juana en torno a las valoraciones que realizan los informantes respecto de su desempeño como madres, se puede evidenciar que los informantes valoran mucho mejor la maternidad de María. Esto puede deberse a que María se ajusta mucho mejor al estereotipo de género desde la normatividad cultural dominante (Brown, 2006). Por ende, tiende a cumplir con lo esperado, no sólo como mujer sino como madre; es decir, tener cercanía física con el niño, entregar disciplina, protección, cesar el consumo de drogas (Brown, 2006).

Continuando con las categorías, la tercera es *Cuidados maternos*, donde se describen las distintas prácticas de cuidado hacia sus hijos que desarrollan las participantes. Esta contempla la dimensión *Prácticas de cuidado* donde, para el caso de María, tanto la familia como el equipo destacan prácticas de cuidado ligadas a la salud, como es la nutrición, higiene, cuidados médicos; así como prácticas ligadas a la salud mental, como lo es el afecto y el juego (Deutsch, 1960; Turiani, Pamplona, Komura y Chávez, 2009).

Respecto al caso de Juana, los actores destacan *prácticas de cuidado* a los hijos asociados a la salud (embarazo, higiene, nutrición), así como a la salud mental (cercanía, juego, protección). La madre de Juana habla de enseñanza (actividades educativas), aspecto que destacan Turiani, Pamplona, Komura y Chávez (2009). La familia destaca la importancia que tiene para la madre la evaluación social respecto a su maternidad (Bernal, Frari y O'Brien, 2005), por eso la necesidad de mantenerlos “bien presentados”, pues serían el reflejo de su identidad de madre (Castilla y Lorenzo, 2012).

En la intersección de ambos casos, las madres generan prácticas de cuidado materno asociadas a la salud física y mental. El caso de Juana, además, involucra aspectos de enseñanza y preocupación por la evaluación del entorno social respecto de su desempeño. Como se señaló anteriormente, muestra preocupación por el juicio social que realicen de ella (Kearney, Murphy y Rosenbaum, 1994).

Respecto a la dimensión *Prácticas de cuidado durante el consumo*, específicamente *Estrategias para minimizar el impacto de la adicción en el cuidado de los hijos*, en el caso de María, los tres hablantes señalan que la madre evita el consumo frente al niño, haciéndolo dormir o dejándolo a cargo de un tercero. Cuando el consumo es controlado y de carácter social y recreativo, trata de mantener las mismas rutinas que realiza en el cotidiano sin consumo, incluso se encuentra más atenta. Cuando ha consumido pata base, su conducta ha sido dejarlo con un tercero. Estas acciones son destacadas por Kearney, Murphy y Rosenbaum (1994) y Brown (2006), quienes las consideran como prácticas de cuidados que se realizan bajos los efectos de las drogas.

María percibe de forma tan amenazante el mensaje de las instituciones respecto a que su ejercicio maternal debe ser libre de consumo que, cuando existen ocasiones de consumo de drogas (incluso drogas lícitas), ella actúa de manera persecutoria, ante la posibilidad que las instituciones de salud o municipales se enteren de su consumo. Esta percepción es descrita por Silva, Pires y Gouveia (2005) quienes, al estudiar madres adictas, advierten que las madres temen a acciones punitivas y la presión externa experimentada puede afectar su embarazo, maternidad o recuperación.

Cuando Juana está en consumo, tiende a comportarse de forma más protectora frente a posibles amenazas a sus hijos, por ejemplo, que puedan presenciar su consumo.

Por su parte, la familia hace hincapié, más que en conductas de cuidado, en comprobar que estén cubiertas sus necesidades. Como incluyen un componente de culpa, evidencian conductas compensatorias de Juana hacia sus hijos. Castilla y Lorenzo (2012) señalan que las mujeres experimentan malestares emocionales o culpa, posteriormente a episodios de consumo agudo que no pueden controlar.

En ambas madres (María y Juana) se aprecian conductas de cuidado en relación a la protección de sus hijos, sobre todo evitar que presencien actos de consumo. Para esto, ambas madres tienen la misma estrategia: hacerlos dormir o dejarlos a cargo de un tercero. Misma estrategia que describe Brown (2006) en su estudio, en donde las madres adictas refieren que es mejor consumir o salir sólo por las noches para que los hijos no las vean, lo cual es entendido como una medida para resguardarlos.

La segunda categoría de tercer orden es la *Pérdida de control: cuando las estrategias de cuidado fracasan*. Los informantes del caso de María indican que las prácticas de cuidado hacia el niño es dejarlo a cargo de un tercero, o bien llevarlo con ella.

La única práctica de cuidado que visualiza la madre de Juana cuando ella ha perdido el control de la abstinencia, es no dejar solos a sus hijos. Sin embargo, la familia y el equipo de salud mencionan que esta situación ha expuesto a los niños a verla en consumo y al contacto con la sustancia.

Al realizar la comparación de ambos casos, se observa que las dos madres han consumido en presencia de los niños o los han dejado a cargo de un tercero, tal cual lo retrata Brown (2006) en su estudio. La única diferencia es que María no ha consumido en su propio hogar. De esta forma, se aprecia que, a pesar del compromiso que tienen con su maternidad, el consumo puede ser una forma de respiro a la carga que significan los cuidados (Kearney, Murphy y Rosenbaum, 1994). Del mismo modo, considerando la perspectiva de Brown (2006), la práctica de las madres de dejar a sus hijos a cargo de terceros, puede ser considerada una práctica de cuidado asociada a la reducción de daños asociados al consumo.

Una tercera dimensión de la categoría Cuidados maternos, es *Prácticas de cuidado durante la rehabilitación*. Respecto al caso de María, tanto la familia como el equipo hacen referencia a la mejora en las atenciones que brinda al niño durante su proceso de rehabilitación, es como si fuese perfeccionándose. Kearney, Murphy y Rosenbaum (1994) plantean que las políticas y programas orientados a la mujer, deben contemplar apoyo en los cuidados a los niños.

De acuerdo a lo observado en la etnografía, si bien por parte del equipo de rehabilitación existían pequeñas intervenciones sobre aspectos vinculados a los cuidados de su hijo, este elemento no llega a plasmarse en la propuesta de intervención desarrollada en el centro de tratamiento, siendo un componente más presente en las prácticas de otras instituciones (por ejemplo, CESFAM u Hospital). Parece como si María ha desarrollado una comprensión respecto de los procesos emotivos del niño (Deutsch, 1960) derivada de su relación de la madre con el niño, que ha podido generar en ella una reacción afectiva frente a la impotencia y necesidades del niño.

María, por su parte, menciona que el hecho de haber eliminado el consumo y las relaciones sociales que lo promovían, constituye una práctica de cuidado. La maternidad en mujeres pobres y adictas, como señalan Hardesty y Black (1999), es un salvavidas para su recuperación.

En el caso de Juana, la participante y su familia destacan que, durante el proceso de rehabilitación, ha tratado de retomar aspectos del cuidado hacia sus hijos que había perdido, ya sea por una conexión o vínculo con ellos, o debido a que un tercero los realizaba. Castilla y Lorenzo (2012) señalan que la maternidad en mujeres adictas requiere recuperar el vínculo perdido o suspendido con los hijos ya que, debido al consumo, las madres abandonan sus responsabilidades y suprimen emociones maternas.

Contrastando los casos de María y Juana, ambos son descritos como en vías de mejora: en el caso de María, la madre perfecciona sus prácticas de cuidado de la salud física y mental en paralelo a su recuperación de la adicción. En cambio, en el caso de Juana, ella se encuentra recién reconectándose con el rol materno que siente había perdido, y mejorando el trato hacia los niños.

Una cuarta categoría, denominada “*Pasta basta*”, hace alusión al proceso de rehabilitación de la madre. Una primera dimensión es *Maternidad como motor de cambio*. En el caso de María, todos los hablantes mencionan que la presencia del hijo es la causa de la decisión de dejar el consumo, la que se gesta en el embarazo y se pone en práctica una vez que nace el niño. El equipo menciona el nuevo proyecto de vida y la problematización que hace del consumo, una vez que tiene a su hijo.

Para el caso de Juana, los informantes concuerdan que los hijos son una motivación para que la madre pueda recuperarse del consumo de las drogas. Los hijos toman un rol central en la madre, quien los percibe como una extensión de ella y necesita sentirlos para evitar el consumo, recuperando la custodia que actualmente tiene su madre (abuela materna) por orden de tribunales, acción que realiza como una forma de presionar su rehabilitación. Si bien es claro que la acción judicial fue una iniciativa de su madre (abuela), se podría pensar que la madre, en un ámbito más involuntario, empuja a su madre a tomar estas medidas, quizás por la complejidad que ve en este trabajo maternal (ya descrito en la categoría *Nueva identidad: madre*). Bernal, Frari y O'Brien (2005) proponen que las mujeres que perciben la maternidad como un papel difícil, ceden a sus hijos.

Si a este contexto se agrega el proceso de recuperación, Juana podría estar experimentando lo que Hardesty y Black (1999) describen acerca de proceso de rehabilitación, destacando que existen momentos en que la madre trata de combinar su maternidad y el consumo, fracasando en esta enmienda y experimentado dificultades en su maternidad. Sus hijos son relevantes para ella, ya que son quienes sostienen la abstinencia, pero aparentemente esta motivación tiene límites. Y a pesar de que a veces los hijos son suficientes para mantener la abstinencia, hay momentos en que la motivación narcisista impera y confía en cambiar para y por ella.

En la comparación de los casos de María y Juana, se observa que en ambos el “factor hijo” contribuye a la recuperación, particularmente con la presión ejercida por terceros (familia, instituciones) de poder perder los cuidados de los niños. Tal como grafica Roberts (1999), en donde se devela la sensación de inseguridad de las madres que consumen drogas frente a la posibilidad de pérdida de sus hijos, así como baja autoestima y confianza en sí mismas y en otros.

Una segunda dimensión es la *Percepción de apoyo familiar* que reconocen las madres de este estudio. En el caso de María, los hablantes coinciden en que el único apoyo con el que cuenta la madre es su pareja, siendo su contribución más bien de índole económica. Aspecto relevante según Moraes et al. (2010), quienes plantean que, si la pareja se hace parte de la recuperación, es un factor que promueve el éxito. Ahora bien, no existen más redes familiares que la apoyen. De esta manera, la madre se ve a sí misma como la única alternativa de cuidados al niño, lo que

favorece que su cambio sea tan drástico. Así, aun cuando no cuenta con redes de apoyo familiar, su deseo materno la moviliza y la sostiene en la recuperación.

Respecto al caso de Juana, la red de apoyo familiar se despliega en dos sentidos: por una parte, son un soporte en los cuidados cotidianos a los hijos (incluso responsables judicialmente de los niños) y en el proceso de rehabilitación. Por otra parte, la familia actúa como una suerte de obstáculo para la maternidad autónoma de Juana ya que, al visualizarla como un resguardo, parece permitirse más licencias en su desempeño como madre. De cierta manera, es como si el contar con redes de apoyo hiciese menos problemático el vacilar respecto a su proceso de recuperación.

Es evidente que, para una persona que presenta adicción, el involucramiento de su familia es un factor protector y que contribuye al éxito de su proceso de rehabilitación (Moraes et al, 2010). Así, el hecho de que la familia de Juana se encuentre presente, le proporciona un soporte para su recuperación. Ahora, esto no impide el juicio moral negativo que hacen frente a su desempeño como madre adicta, por lo que materializan una medida judicial para resguardar los cuidados de los hijos de Juana, tal como señala Schramm (2007).

Sin embargo, el soporte parece dejar de operar como tal cuando se ve a la familia como un obstáculo para desarrollar la maternidad de forma independiente. De esta manera, si bien la literatura apunta a enfatizar el rol de la familia como un apoyo para la recuperación del consumo, cabría preguntarse si dicho factor es universal. En el caso de Juana, es como si la presencia de su madre traspasara las fronteras del apoyo y se convirtiese en un espacio que le permite delegar los cuidados maternos, cuando este rol se torna intolerable para ella.

Cuando se comparan los casos de Juana y María, se describen dos situaciones completamente distintas. María, al no contar con redes de apoyo familiar, tener deseos de cuidar a su hijo y sentir la presión de terceros para comenzar su rehabilitación, toma el proceso de recuperación de forma radical, como única manera de mantenerse a cargo de los cuidados de su hijo. Sin embargo, Juana, al contar con redes de apoyo familiar que se hacen cargo de los cuidados cotidianos y son el resguardo ante el Tribunal de Familia, gana cierta libertad respecto al proceso de cambio. Sobre todo, porque el motor “hijos” no resulta suficiente para sostener la abstinencia, así como

por considerar que todo proceso de rehabilitación debe ser paulatino, por lo que su recuperación es más bien intermitente.

La literatura propone que si bien, en la mayor parte de los casos, las madres con adicción se sienten impulsadas al cambio por factores como mantener o recuperar el cuidado de sus hijos, sentir la presión de la familia o aceptación de los pares, estos factores con el tiempo se van modificando, por lo que los programas de tratamiento tienen que ir desarrollando nuevas estrategias terapéuticas de motivación al cambio (Valdivieso, 2014).

Esto, debido a que ni los condicionamientos legales, ni el deseo de ser “buenas madres”, ni el acompañamiento familiar son suficientes para mantener la motivación y adherencia al tratamiento de rehabilitación. Sobre todo, cuando la madre debe combinar su recuperación a la adicción, labores maternas y labores domésticas. De esta forma, Núñez y Rendón (2012) señalan que las labores tradicionalmente asociadas al género se vuelven un obstáculo para la adherencia al tratamiento, e impulsan al abandono.

Una tercera dimensión de “*Pasta basta*” es la *Percepción de apoyo social*. Los hablantes del caso de María concuerdan en que la participante no cuenta con mayores redes de apoyo social, las que se reducen al centro y a un amigo. Ambas apoyan limitadamente con recursos económicos, así como apoyo en modelar la crianza.

Los hablantes del caso de Juana visualizan escasas redes de apoyo social, principalmente el centro de rehabilitación y otras instituciones asociadas a la infancia. Ven al centro como una instancia de apoyo, no así a otras instituciones que presionan, p. ej., instituciones ligadas a la atención primaria, que se basan más en pesquisar y prevenir riesgo más que tratarlo (Arriet, Leguas y Saavedra, 2015).

El contraste de los casos de María y Juana muestra que ambos cuentan con escasas redes sociales. En el caso de María, las redes se asocian a aportes económicos y a ser un modelador de conductas de cuidado al hijo. El caso de Juana, las redes se orientan a presionar su ingreso y adherencia al tratamiento de rehabilitación, así como a regular el trato hacia los hijos. En ambos casos se puede observar cómo operan las políticas sociales en torno a usuarias mujeres de nivel socioeconómico

bajo, madres y con problemas de adicción. Si bien Valencia-Recabarren (2015) señala que, una vez que se ha detectado a madres con abuso o dependencia de drogas, se activan las redes sociales y de tratamiento; es evidente que los recursos no dan abasto (Lara, 2015), por lo que las participantes del estudio parecen desatendidas por las políticas. Lo que llama la atención, es que las pocas instituciones que se encuentran presentes, son percibidas tanto por las madres como por sus familiares como coactivas más que un apoyo real.

Par el caso de María, las políticas sociales satisfacen necesidades económicas, la usuaria ha podido acceder a beneficios y subsidios de Chile Solidario (2015). A su vez, María refiere apoyo o refuerzo en conductas de cuidado, las cuales provienen de políticas de salud orientadas a fomentar las habilidades parentales, como las propuestas en el Programa Chile Crece Contigo (2015). Al incluir los datos de la etnografía, se aprecian distintos recursos económicos e insumos que la madre guardaba en su casa para su hijo, como juguetes, pañales y libros de estimulación. Incluso, en ocasiones se la ve utilizar la alfombra de juego entregada por Chile Crece Contigo.

Juana también hace uso de recursos entregados por el gobierno, pero el fuerte de las políticas en este caso tiene que ver con las de salud, específicamente con las de rehabilitación al consumo de sustancias. Es aquí donde SENDA, mediante su Programa Específico Mujeres (Valencia-Recabarren, 2015), es un aporte a su proceso de recuperación.

Finalmente, una cuarta categoría es *Expectativas futuras*, la que contempla dos propiedades *Prácticas de cuidado a mejorar* y *Recomendaciones a los equipos de salud*.

Sobre *Prácticas de cuidado a mejorar*, los informantes del caso de María ponen acento en ir puliendo prácticas de cuidado, organizando mejor las rutinas para evitar efectos negativos en la cuidadora. Es decir, mantener la misma estrategia de rehabilitación, pero tratando de ajustarse aún más al estereotipo de maternidad normativa (Brown, 2006). Vale decir, dejar cualquier resquicio de su consumo, y tratar de agudizar la baja sensibilidad materna de las madres adictas (Calvo, 2004).

En relación al caso de Juana, los hablantes concuerdan en que la madre debe integrar prácticas de educación, salud y salud mental respecto a los niños. No obstante, la familia se preocupa que

logre una maternidad autónoma y el equipo que, en este proceso, se logre una coordinación entre madre y abuela. En este caso, se le exige a la madre que cumpla las funciones estipuladas para su rol de madre, de acuerdo a la estructura ideológica existente (Tubert, 1991) desde el punto de vista de su entorno inmediato: su familia y centro de tratamiento. De cierta forma, se le solicita pueda integrar componentes como el autosacrificio o sometimiento al dolor en beneficio de su descendencia (Deutsch, 1960), o darse por completo a sus hijos, como lo habría hecho su propia madre (abuela materna).

El cruce y comparación de ambos casos, nos muestra que, para María, al ejercer más prácticas de cuidado, las observaciones sobre aspectos a mejorar incluyen matices de forma (sutileza, mejor organización de tiempos); en cambio a Juana, se le exige integrar prácticas de cuidado más estructurales (que asuma responsabilidades, educación). Aunque es evidente que todo lo propuesto apunta a asumir y desarrollar cuidados desde el punto de vista ideológico imperante sobre la maternidad (de cierta forma, una maternidad más clásica).

Sobre la segunda propiedad, *Recomendaciones a los equipos de salud*, para el caso de María los actores señalan que los programas de salud que trabajan con la díada, debiesen buscar fomentar las habilidades parentales en la madre y velar que los niños no estén siendo vulnerados. Como respuesta, María siente presión, esconde o minimiza dificultades, atraviesa por estrés. De esta forma impresiona que los programas son percibidos por María como una amenaza más que un motivador.

Para el caso de Juana, el equipo de salud visualiza a las instituciones relacionadas con la infancia como una presión moral para el cambio, más que ejerciendo un apoyo a los procesos de rehabilitación de las mujeres.

Para ambos casos, la maternidad en contexto de consumo ha sido un proceso difícil y con una fuerte presión del entorno para el cambio, como bien lo grafican Silva, Pires y Gouveia (2015) en su revisión de la literatura, esta presión externa influye de sobre manera en su maternidad y en el tratamiento.

Las instituciones, más que ejercer un efectivo apoyo a los procesos de rehabilitación, ejercen una presión moral y normativa, la cual se rige por los discursos y prácticas culturales derivadas del patriarcado (Flores y Tena, 2014). Es decir, por una ideología biologizante, que propone a la maternidad como un hecho natural (Schramm, 2007; Tubert, 1991). De esta manera, empujan mediante valoraciones sobre lo que implica ser una “buena madre” o “mala madre” (Brown, 2006), dando poca libertad de acción y generando altos niveles de angustia por no alcanzar las exigencias normativas (Kearney, Murphy y Rosenbaum, 1994).

Es posible pensar que las instituciones, al presionar de esta forma, actúan de manera contraproducente, no sólo por los sentimientos negativos que producen en las madres, sino porque los programas asociados a madres consumidoras debiesen intervenir de manera más inclusiva, combatiendo estigmas, derribando la imagen y argumentos que tildan a madres drogadictas como "malas madres" (Silva, Pires y Gouveia, 2015).

Esta presión a la separación de los hijos no debiese ser una estrategia utilizada por las instituciones ligadas a la infancia ya que, como bien señalan Kearney, Murphy y Rosenbaum (1994), más aportan a la políticas centradas en la díada los lineamientos que eviten la separación de la madre con sus hijos. Por otra parte, el favorecer que la madre complete sus estudios, reciba tratamiento de rehabilitación, apoyo económico y de crianza, son aspectos que ofrecen salud a la madre y al niño.

En este sentido, las prácticas terapéuticas debiesen promover y favorecer la participación de la madre y el fortalecimiento del vínculo madre-hijo, tal como lo refuerzan Kearney, Murphy y Rosenbaum (1994), quienes subrayan la necesidad de que estos dos aspectos sean considerados en el diseño de las políticas públicas y programas centrados en la mujer. En vista a la evidencia derivada de investigaciones que muestran lo favorecedor que es para la madre adicta el mantener y potenciar su rol materno (Hardesty y Black, 1999), paradójicamente, la dimensión “madre” no es abordada por el equipo de salud durante el proceso de tratamiento, cuyo quehacer se organiza casi exclusivamente en torno a la adicción.

Respecto a los resultados obtenidos en la investigación, se puede dar cuenta que existe coherencia entre los objetivos del estudio y los resultados encontrados.

El objetivo principal, que se enfocaba en la caracterización de los discursos sobre la maternidad de los distintos actores y las prácticas de cuidado de los dos casos estudiados, se cumple en la medida que se logra discernir las narraciones de los distintos informantes. Para todos los informantes, la maternidad se asocia a la entrega de los cuidados de la madre a los hijos, tal cual describen los autores revisados. Si bien sigue patrones estereotipados producto de la ideología imperante, también incluye una relación afectiva en la díada madre-hijo. Para las madres participantes y sus familias, ellas cumplían en buena medida con estas exigencias, pero el equipo de salud no lo supone necesariamente así, advirtiendo la influencia negativa que el consumo de drogas tiene sobre las representaciones de la maternidad.

Frente a los objetivos específicos, se logra describir prácticas de cuidado cotidiano de las usuarias, realizadas en el hogar y en el centro de tratamiento, las que se recogen de los discursos de los distintos informantes y, principalmente, de las observaciones de campo realizadas. Dentro de las prácticas de cuidado, se pueden ver aquellas realizadas cuando la madre se encuentra sin consumo, que son principalmente asociadas a la salud física (nutrición, higiene) y mental de los hijos (juego, afecto). Cuando las madres se encuentran en consumo, las prácticas se dividen en tres aspectos: aquellas estrategias para minimizar el impacto de la adicción en el cuidado de los hijos -principalmente, evitar que los niños observen o estén expuestos a las drogas (los hacen dormir por las noches o los encargan a terceros)-; aquellas prácticas que se realizan cuando las estrategias de cuidado fracasan, por ejemplo cuando no logran controlar su deseo de consumo, estar con ellos mientras consumen o dejarlos con un tercero; y la agresividad asociada al consumo, se traduce en que la madre evita el contacto con los hijos para protegerlos de posibles agresiones.

Sobre las prácticas de cuidado durante la rehabilitación, son las mismas prácticas de salud física y salud mental que se han ido mejorando, como por ejemplo la sensibilidad materna.

Frente al objetivo que busca describir la experiencia de la maternidad, se describe desde su entrada -cuando la mujer prevé o no su embarazo-, así como las dificultades de asumir el nuevo

rol de madre frente a la estructuración de un proyecto de vida ligado a su nueva identidad. Atravesando por las satisfacciones y dificultades que experimenta en su maternidad, vivenciándola estando en consumo o sin consumo, y las expectativas y valoración sobre su desempeño como madre.

Un tercer objetivo del estudio fue descubrir el discurso de la familia de las participantes, en el que se aprecia una valoración positiva de su desempeño materno, con evidentes graduaciones según las obligaciones que asuma la madre y cuán cercana esté al estereotipo de maternidad presente en la familia.

Por otra parte, un cuarto objetivo específico alcanzado fue ubicar el rol de la familia en el ejercicio de la maternidad. La familia, de acuerdo a los hallazgos, tiene una doble función. Por una parte, actúa como un sostén frente a la condición vulnerable en que se encuentran las usuarias y apoya la recuperación y cuidados de los hijos. Pero, por otro lado, funciona como un obstaculizador de los procesos de recuperación ya que, al ser vista como su reemplazante en los cuidados, la madre vacila en su recuperación. Existe el caso en que hay ausencia de familia y esto empuja a la madre a rehabilitarse, para hacerse plenamente cargo de los cuidados de su hijo.

Existe un quinto objetivo específico, el cual implica describir las prácticas de cuidado que reconoce el equipo de salud. El equipo hace referencia a prácticas que se asocian fundamentalmente a cuidados relacionados con la salud física (cuidados corporales, alimentación, vivienda, protección) y mental de los hijos (apego, juego, entrega de afectos). No obstante, recalcan la necesidad de mejorarlas, con el propósito de que ciñan a una “mejor maternidad” desde su ideología de maternidad.

Finalmente, el último objetivo específico del estudio hace relación al discurso sobre la maternidad del equipo de salud, en donde se revela que el equipo ensalza la maternidad que se desarrolla libre de la adicción, reconociendo mejores prácticas de cuidado a los hijos en aquellas usuarias que se ajustan a los objetivos terapéuticos y logran mantener la abstinencia. De igual forma, objetan o desvaloran las prácticas de cuidado que se desarrollan estando en consumo, a pesar de que puedan ser las mismas que *sin consumo*. O sea, para el equipo, maternidad y consumo de drogas son categorías que no pueden cruzarse. Otro aspecto que emerge, es que el

equipo de salud no valora otras actividades de cuidado que pudiesen estar más asociadas al rol masculino, como por ejemplo proveer recursos.

En cuanto a las limitaciones del estudio, se puede plantear que la comparación entre las prácticas de cuidado no se realizó en igualdad de condiciones, ya que con sólo una participante se realizó etnografía, lo que limitó la observación de prácticas de cuidado cotidianas en el hogar de la otra participante. Aspecto relevante a la hora de contrastar los casos y comprender el desempeño del rol materno con sus hijos en el hogar. De igual manera, si bien en ambos casos se recogieron los discursos de las participantes, de sus familias y del equipo de salud, para el caso de María se obtuvo la visión de todos los integrantes del centro de tratamiento; en cambio, para el caso de Juana se obtuvo la visión de sólo una parte del equipo.

De igual modo, sería interesante poder profundizar en futuras investigaciones con mujeres-madres con otras características, como por ejemplo que no hubiesen ingresado a un centro de tratamiento, para comprender cómo van desarrollando su maternidad y qué cuidados otorgan a sus hijos, si es que lo hacen. Igualmente, sería interesante incluir la perspectiva de los hijos/as, como una forma de enriquecer la comprensión del fenómeno y destacar el rol activo que tiene el niño/a en sus propias prácticas de cuidado.

Frente a la revisión de las discusiones y objetivos, se puede concluir que las mujeres que se encuentran en rehabilitación del consumo de sustancias desarrollan prácticas de cuidado de sus hijos, las que pueden ser catalogadas como buenas o malas de acuerdo a la ideología sobre la maternidad. Si bien este desempeño se ve afectado por la propia vivencia de crianza, así como por las expectativas y valoraciones que realice la mujer; también incide el juicio externo -ya sea de la familia, amigos, instituciones de protección de la infancia-, el cual muchas veces constituye una importante fuente de presión que fuerza al cambio.

Se observa que la maternidad es un proceso complejo, no sólo por su condición de dependencia a sustancias y las consecuencias que esto tiene para la subjetividad de la madre, sino también por

los deseos que entran en juego, la construcción o deconstrucción de proyectos de vida a partir de la maternidad y problemático que puede ser para una madre asumir el nuevo rol.

En el proceso de rehabilitación, tal como afirman distintos autores revisados, la maternidad puede ser vista como un motor de cambio, sobre todo para aquellas mujeres que manifiestan una motivación por ejercer su maternidad, actuando como la principal causa de éxito en su recuperación. Como se logra apreciar mediante la etnografía, la díada madre-hijo en el centro de tratamiento no recibe un apoyo específico de parte del equipo, esto es, a una madre adicta no se le facilita la estadía en la institución.

No obstante, para aquellas madres cuya motivación no esté centrada en los hijos necesariamente, como recurso para soportar su abstinencia y motivar a la posterior recuperación, la situación se vuelve más compleja. No sólo porque la maternidad es un factor más que sopesar en su rehabilitación, sino por la posible disposición negativa que pueda tener el equipo frente a la maternidad en consumo. Y si a este escenario se suma una maternidad que se aleja del estereotipo impuesto –por ejemplo, una madre que asume conductas asociadas a un rol masculino-, aumenta la complejidad y presión que pueda sentir la madre.

Se cree preciso promover una apertura a las formas de concebir la maternidad, reflexionando acerca de prácticas que pueden ir en beneficio de los hijos, como por ejemplo el cumplimiento de una función proveedora (tradicionalmente asociada al género masculino). La consideración de las prácticas de cuidado que desarrollan las “madres drogadictas”, podría promover su inclusión en políticas diseñadas para madres e hijos, que brinden ayuda a ambos con igual importancia. La idea sería que no se opte por uno u otro, ya que ambos sujetos de derechos atravesando problemáticas complejas que requieren de programas terapéuticos específicos. De esta manera, se podrá generar políticas o programas que logren ver la totalidad del fenómeno y den respuesta a todos los implicados, no de forma parcelada como ocurre en la actualidad. La crianza que un niño pueda tener junto a su madre, puede ser significativa para su desarrollo físico y socioemocional cuando la madre está recibiendo apoyos adecuados para su salud física y mental.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aedo, C. (2007). Evaluación económica de la prolongación del postnatal. *Rev Chil Pediatr*, 78 (1), 10-50. Recuperado el 22 de agosto de 2015, de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062007000600003.

Alarcón, E. (2007). Las prácticas de cuidado en las sociedades prehistóricas: La cultura argárica. *Revista @arqueología y Territorio*, (4), 233-249. Recuperado el 28 de agosto de 2016, de <http://www.ugr.es/~arqueologyterritorio/PDF4/Alarcon.pdf>

Ansoleaga, E. y Godoy, L. (2013). La maternidad y el trabajo en Chile: Discursos actuales de actores sociales. *Revista Latinoamericana*, 12 (35), 337-356. Recuperado el 31 de julio de 2015, de http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-65682013000200015&script=sci_arttext

Arcos, E., Muñoz, L., Sánchez, X., Vollrath, A., Latorre, C., Bonatti, C. y Jauregui, J. (2011). Vulnerabilidad social en mujeres embarazadas de una comuna de la Región Metropolitana. *Rev Med Chile*, (139), 739-747. Recuperado el 31 de julio de 2015, de http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872011000600007&script=sci_arttext

Arriet, F., Leguas, J. y Saavedra, C. (2015). *Orientaciones Técnicas para la Gestión de Redes Chile Crece Contigo. Primera Edición*. Gobierno de Chile - Ministerio de Desarrollo Social. Sistema de Protección Integral a la Infancia Chile Crece Contigo. Recuperado el 31 de agosto, de <http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2016/02/OT-Redes-VF.pdf>

Assoun, P.L. (2006). *Lecciones psicoanalíticas sobre masculino y femenino*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.

Azócar, X. y Calcagni, X. (2000). *Adopción: realidad y desafíos*. Santiago de Chile: Tiberiades.

Baker, P. y Carson, A. (1999). "I take care of my kids": Mothering practices of substance-abusing women. *Gender & Society*, 13 (3), 347-363. Recuperado el 01 de septiembre de 2016, de <http://gas.sagepub.com.uchile.idm.oclc.org/content/13/3/347.full.pdf+html>

Burman, E. (1998). *La deconstrucción de la psicología evolutiva*. Madrid: Visor.

Bernal, M.C., Frari, S.A. y O'Brien, B. (2005). Percepción del papel maternal de las mujeres que viven en el contexto de la droga y de la violencia. *Revista Latino-americana*, 13(2), 1118-1126. Recuperado el 21 de mayo de 2015, de <http://www.revistas.usp.br/rlae/article/download/2186/2288>

Brown, E. (2006). Good Mother, Bad Mother: Perception of Mothering by Rural African-American Women Who Use Cocaine. *Journal of Addictions Nursing*, (17), 21-31. Recuperado el 02 de septiembre de 2016, de <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/10884600500505802>

Caamaño, E. (2009). Los efectos de la protección a la maternidad para la concreción de la igualdad de trato entre hombres y mujeres en el trabajo. *Revista de Derecho*, 23, 175-214. Recuperado el 21 de mayo de 2016, de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-68512009000200004

Calafat, A. (2000). *Cultura de la diversión y consumo de drogas en España. Características diferenciales con Europa*. Ponencia encuentros nacionales sobre drogodependencias y su enfoque comunitario. Recuperado el 21 de mayo de 2015, de <http://www.drogascadiz.es/AdminMancLaJanda/UserImages/c1141e4c-946c-4bd5-a2abff092c323e77.pdf>.

Calvo, H. (2004). Maternidad, infancia y drogas: implicaciones clínicas. *Revista Adicciones*, 2004, 16 (4), 295-314. Recuperado el 21 de mayo de 2015, de <http://www.documentacion.edex.es/docs/1101CALmat.pdf>

Casas, L. y Valenzuela, E. (2012). Protección a la maternidad: una historia de tensiones entre los derechos de infancia y los derechos de las trabajadoras. *Revista de Derecho*, 25 (1), 77-101. Recuperado el 31 de julio de 2015, de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-09502012000100004

Castilla, V. y Lorenzo, G. (2012). Emociones en suspenso: Maternidad y consumo de pasta base/paco en barrios marginales de Buenos Aires. *Cuadernos de Antropología Social*, 36, 69-89. Recuperado el 21 de mayo de 2015, de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1850-275X2012000200005&script=sci_abstract

Castilla, M., Olsen, M. y Epele, M. (2012). Dinámicas familiares, prácticas de cuidado y resolución de problemas asociados al consumo intensivo de pasta base/paco en Buenos Aires, Argentina. *Antipod. Rev. Antropol. Arqueol.*, 14, 209-229. Recuperado el 21 de mayo de 2015, de http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1900-54072012000100010&script=sci_arttext

Castoriadis-Aulagnier, P. (2007). *La violencia de la interpretación. Del pictograma al enunciado*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Conejo, A. y Rojas, A. (2012). Fortalecimiento del vínculo materno en mujeres con problemas de adicción. *Revista de Enfermería en Costa Rica*, 33 (2), 90-93. Recuperado el 07 de octubre de 2014, de <http://www.binasss.sa.cr/revistas/enfermeria/v33n2/art5.pdf>

Cruzat, C. et al. (2010). Significados y Vivencias Subjetivas Asociados a la Presencia de un Trastorno de la Conducta Alimentaria, desde la Perspectiva de Mujeres que lo Padecen. *Revista Psykhe (Santiago)*, 19 (1), 3-17. Recuperada el 17 de junio de 2013, disponible en <http://www.scielo.cl/pdf/psykhe/v19n1/art01.pdf>

Fernández, A. (1992). *Las mujeres en la imaginación colectiva: una historia de discriminación y resistencias*. Buenos Aires: Paidós.

Flores, R., Tena, O. (2014). Maternalismo y discursos feministas latinoamericanos sobre el trabajo de cuidados: un tejido en tensión. *Íconos. Revista de Ciencias Sociales*, (50), 27-42. Recuperado el 17 de mayo de 2016, de <http://revistas.flacsoandes.edu.ec/iconos/article/view/1426/1212>.

Flick, U. (2007). *Introducción a la investigación cualitativa*. Madrid: Ediciones Morata

Freud, S. (1923). La organización genital infantil. En *S. Freud Obras completas*. Vol. XIX. Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, S. (1924). El sepultamiento del complejo de Edipo. En *S. Freud Obras completas*. Vol. XIX. Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, S. (1925). Algunas consecuencias psíquicas de la diferencia anatómica entre los sexos. En *S. Freud Obras completas*. Vol. XIX. Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, S. (1931). Sobre la sexualidad femenina. En *S. Freud Obras completas*. Vol. XXI. Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, S. (1933). 33° Conferencia. La feminidad. En *S. Freud Obras completas*. Vol. XXII. Buenos Aires: Amorrortu.

Glaser, B. & Strauss, A. (1967). *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. Chicago: Aldine. Recuperado el 31 de Agosto de 2016, de http://www.sxf.uevora.pt/wp-content/uploads/2013/03/Glaser_1967.pdf

Gutiérrez, O. (2013). *Adicciones y psicoanálisis*. Buenos Aires: Letra Viva.

Guyomard, D. (2013). *Nace una madre. Del vínculo a la relación*. Santiago de Chile: Catalonia.

Hardesty, M. y Black, T. (1999). Mothering Through Addiction: A Survival Strategy Among Puerto Rican Addicts. *Qualitative Health Research*, 9 (5), 602-619. Recuperado el 31 de Agosto de 2016, de <http://newfirstsearch.oclc.org/ECOPDFS/SAGEPUBL/B0497323/Q9H5R4.PDF>

Hörmann, M., Lavados, L., y Silva, M. (1988). *Estudio exploratorio de los estilos vinculares en madres que ceden un hijo para adopción*. Tesis para optar al título de doctor en psicología. Pontificia Universidad Católica de Chile: Santiago de Chile, Chile.

Integra. (2016). *Integra. Red de Salas Cuna y Jardines Infantiles*. Dirección Sociocultural Presidencia de la República. Recuperado el 31 de agosto de 2016, de <http://www.integra.cl/inicio>

JUNJI. (2015). *Junta Nacional de Jardines Infantiles [JUNJI]*. Ministerio de Educación. Recuperado el 16 de agosto de 2015, de <http://www.junji.cl/>.

Kearney, M., Murphy, S. y Rosenbaum, M. (1994). Mothering on crack cocaine: a grounded theory analysis. *Social Science & Medicine*, 38 (2), 351-361. Recuperado el 31 de agosto de 2016, de http://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/45810297/0277-9536_2894_2990405-720160520-849-1atdct0.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAJ56TQJRTWSMTNPEA&Expires=1472791803&Signature=wZh5H13qbVaZZGfyRikrN5rHKuY%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DMothering_on_crack_cocaine_A_grounded_th.pdf

Lara, M. (2015). *Exposición en mesa de trabajo: Embarazo, lactancia y drogas*. Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol [Senda]. 24 de Junio. Santiago de Chile.

Lozano, M. (2001). *La construcción del imaginario de la maternidad en Occidente. Manifestaciones del imaginario sobre la maternidad en los discursos sobre las Nuevas Tecnologías de Reproducción*. Tesis para optar al título de doctor. Universidad Autónoma de Barcelona: Valencia, España.

Manitta, G., Ochoa, D. y Ortiz, J. (2013). Maternidad y sublimación: una lectura psicoanalítica de la maternidad tardía. *Revista Estudios Feministas*, 21 (3), 773-791. Recuperado el 18 de junio de 2016, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2013000300002

Marchant, M., Argote, L., Ossa, C. y Rojas, C. (2011). *Resumen proyecto. Sistematización de los procesos para declarar susceptible de adopción por la causal de inhabilidad parental en organismos de la red metropolitana*. Fundación San Carlos de Maipo. Recuperado el 03 de septiembre de 2016, de <https://es.scribd.com/document/122641209/Resumen-Ejecutivo-Estudio-Sobre-La-Inhabilidad-Parental-en-Chile>

Marchant, M. (2007). Reflexiones en torno a los procesos de institucionalización y separación afectiva temprana en el contexto de un hogar de protección de lactantes. *Revista de Psicología*, 16 (1), 123-146. Recuperado el día 03 de septiembre de 2016, de <http://www.redalyc.org/pdf/264/26416105.pdf>

Marcús, J. (2006). Ser madre en los sectores populares: una aproximación al sentido que las mujeres le otorgan a la maternidad. *Revista Argentina de Sociología*, 4 (7), 99-118. Recuperado el 28 de agosto de 2016, de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1669-32482006000200005

Marcús, J. (2003). "Por nuestras hijas": vínculos afectivos en las familias. En: Margulis y otros *Juventud, cultura, sexualidad. La dimensión cultural en la afectividad y la sexualidad de los jóvenes de Buenos Aires* (pp. 263-278). Buenos Aires: Editorial Biblos.

Martínez, L., Castillo, C., López, T., Orellana, J., Matamala, T., Navarro, M., Vega, K., Contreras, L., Muñoz, C., Rojas, P., Vera, P. y Lioi, M. (2014). *Anuario Estadístico 2014*. SENAME Ministerio de Justicia. Recuperado el 06 de septiembre de 2016, de <http://www.sename.cl/anuario-estadistico2014/ANUARIO-2014.pdf>

Míguez, H. (2007). El uso de paco y la segunda exclusión. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*. 53 (1), 18-22. Recuperado el 21 de mayo de 2015, de <http://www.hugomiguez.com.ar/paco2.pdf>

Moraes, M., Ghione, A., Gonzalez, G., Umpiérrez, E., Gonzalez, S., Pascale, A. y Sosa, C. (2010). *Recién nacido expuesto a drogas psicoactivas*. Recuperado el 07 de octubre de 2014, de http://www.neonatpr.fmed.edu.uy/documentos/pdf/rn_expuesto_a_sust.pdf

Mosquera, A. (2010). *Relaciones entre hijos y madres alcohólicas y/o adictas a sustancias psicoactivas*. Trabajo de grado para optar al título de trabajadora social. Corporación Universitaria Minuto de Dios: Antioquia, Colombia.

Ministerio de Desarrollo Social. (2015). *Beneficios sociales*. Recuperado el 18 de junio de 2016, de <http://www.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/beneficios-sociales/>

Núñez, G. y Rendón, A. (2012). Género y adherencia al tratamiento: Mujeres drogodependientes de un centro de integración juvenil en el norte de México. *Cultura y Droga*, 17 (19), 205-236. Recuperado el 15 de septiembre de 2016, de https://www.researchgate.net/profile/Guillermo_Nunez/publication/264861006_GNERO_y_ADHERENCIA_AL_TRATAMIENTO_MUJERES_DROGODEPENDIENTES_DE_UN_CENTRO_DE_INTEGRACION_JUVENIL_EN_EL_NORTE_DE_MXICO/links/53f3af8c0cf2dd4895114cf7.pdf

Palomar, C. (2005). Maternidad: historia y cultura. *Revista de estudios de género: La ventana*, 2 (22), 35-68. Recuperado el 28 de agosto de 2016, de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5202329>

Páramo, P. y Otálvaro, G. (2006). Investigación alternativa: Por una distinción entre posturas epistemológicas y no entre métodos. *Revista de epistemología de ciencias sociales*, (25), 1-7.

Recuperado el 01 de junio de 2015, de <http://www2.facso.uchile.cl/publicaciones/moebio/25/paramo.htm>

Pérez, A. y Correa, M. (2011). Identidad femenina y consumo de drogas: Un estudio cualitativo. *LIBERABIT*, 17(2): 211-222. Recuperado el 01 de junio de 2015, de <http://www.scielo.org.pe/pdf/liber/v17n2/a10v17n2>

Ramírez-Elizondo, N. (2011). Experiencia de las mujeres consumidoras de droga en el posparto inmediato. Atención obstétrica a la luz de Imogine King. *Revista Enfermería en Costa Rica*, 32 (1), 3-10. Recuperado el 21 de mayo de 2015, de <http://revista.enfermeria.cr/sites/default/files/Experiencia%20de%20las%20mujeres%20consumidoras%20de%20drogas%20en%20el%20posparto%20inmediato.pdf>

Roberts, C. (1999). Drug use among inner-city African American women: the process of managing loss. *Qualitative Health Research*, 9 (5), 620-38. Recuperado el 10 de Octubre de 2015, de <http://qhr.sagepub.com/content/9/5/620.full.pdf+html>

Robles, R. (2012). Maternidad: ¿Un deseo femenino en la Teoría freudiana? *Revista Nomadías*, 16, 119-135. Recuperado el 16 de junio de 2016, de <http://www.nomadias.uchile.cl/index.php/NO/article/viewFile/24966/26317>

Rodríguez, M. (2009). El cuidado personal de niños y adolescentes en la familia separada: criterios de resolución de conflictos de intereses entre padres e hijos en el nuevo derecho chileno de familia. *Revista Chilena de Derecho*, 36 (3), 545 – 586. Recuperado el día 03 de septiembre de 2016, de <http://www.scielo.cl/pdf/rchilder/v36n3/art05.pdf>

Rueda, S. (2004). Habitabilidad y calidad de vida. *Cuadernos de investigación urbanística: Madrid*, (42), 29-34, 2004. Recuperado el 10 de Octubre de 2015, de [file:///C:/Users/Kato/Downloads/Dialnet-HabitabilidadYCalidadDeVida-1333780%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Kato/Downloads/Dialnet-HabitabilidadYCalidadDeVida-1333780%20(1).pdf)

Saavedra, C. (2015). *¿Qué es Chile Crece Contigo?* Gobierno de Chile - Ministerio de Desarrollo Social-Sistema de Protección Integral a la Infancia Chile Crece Contigo. Recuperado el 16 de agosto de 2015, de <http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2015/10/que-es-Chile-Crece-2015.pdf>

Salamanca, A. y Martín-Crespo, C. (2007). El diseño de la investigación cualitativa. *Nure Investigación*, (26), 1-6. Recuperado el 01 de junio de 2015, de http://www.nureinvestigacion.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/F_METODOLOGICA/FMetodologica_26.pdf.

Salgado, A. (2007). Investigación cualitativa: diseños, evaluación del rigor metodológico y retos. *Liberabit*, 13 (13), 71-78. Recuperado el 21 de mayo de 2015, de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-48272007000100009

Sandoval, C. (2002). *Investigación cualitativa*. Bogotá: Arfo editores e impresores Ltda.

Schramm, N. (2007). ¿Madres en conflicto con la maternidad? La entrega de un hijo en adopción o la transgresión de un ideal materno. *Revista de psicología*, XVI (1), 147-170. Recuperado el 21 de mayo de 2015, de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=26416106>

Servicio Nacional de la Mujer [SERNAM]. (2015). *Área mujer y trabajo*. Recuperado el 18 de junio de 2016, de <http://portal.sernam.cl/?m=programa&i=2>

Servicio Nacional de Menores [SENAME]. (2010). *Orientaciones técnicas específicas. Modalidad residencias de protección para lactantes o preescolares con madres internas en comunidades terapéuticas*. Recuperado el 21 de mayo de 2015, de <http://www.sename.cl/wsename/otros/proteccion/Residencias%20proteccion%20Lactantes%20y%20Preescolares.pdf>

Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol [SENDA] (2015). *Décimo primer estudio nacional de drogas en población general. Principales resultados*. Observatorio chileno de drogas, Servicio nacional para la prevención y rehabilitación del consumo de drogas y alcohol (SENDA): Santiago de Chile. Recuperado el 12 de julio de 2015, de <http://www.senda.gob.cl/xi-estudio-nacional-de-consumo-de-drogas-en-poblacion-general/>

Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol [SENDA] (2013). *Décimo estudio nacional de drogas en población general. Principales resultados*. Observatorio chileno de drogas, Servicio nacional para la prevención y rehabilitación del consumo de drogas y alcohol (SENDA): Santiago de Chile. Recuperado el 21 de mayo de 2015, de <http://www.senda.gob.cl/wp-content/uploads/2013/10/InformeEjecutivoENPG2012.pdf>

Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol [SENDA] (2012). *Normas y orientaciones técnicas de los planes de tratamiento y rehabilitación para personas adultas con problemas derivados del consumo de drogas. Convenio de colaboración técnica y financiera SENDA-MINSAL*. Recuperado el 31 de marzo de 2016, de http://www.senda.gob.cl/wp-content/uploads/2012/08/OrientacionesTecnicas_CentrosdeTratamiento.pdf

Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol [SENDA, Ex CONACE] (2010). *Mujeres y tratamiento de drogas: Sugerencias para el abordaje de mujeres embarazadas con problemas de drogas*. Consejo nacional para el control de estupefacientes. Recuperado el 21 de mayo de 2015, de http://www.bibliodrogas.gob.cl/biblioteca/digitales/publico/TRATAMIENTO_CL_6469.PDF

Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol [SENDA, Ex CONACE] (2007). *Mujeres y tratamiento de drogas: Guía de asesoría clínica para programas de tratamiento y rehabilitación de drogas en población específica de mujeres adulta. Área técnica de tratamiento y rehabilitación*. Consejo nacional para el control de estupefacientes.

Recuperado el 21 de mayo de 2015, de http://www.bibliodrogas.gob.cl/biblioteca/digitales/publico/TRATAMIENTO_CL_5716.PDF

Silva, S., Pires, A. y Gouveia, M. (2015). Toxicodependência e maternidade: uma revisão de literatura. *Psicologia Clínica*, 27 (1), 83-100. Recuperado el 31 de agosto de 2016, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-56652015000100083

Tubert, S. (1991). *Mujeres sin sombra: maternidad y tecnología*. Madrid: Siglo Veintiuno de España Editores.

Turiani, M., Pamplona, V., Komura, L. y Chávez, R. (2009). El cuidado del niño: Representaciones y experiencias de la madre adolescente de bajos recursos. *Revista Index de Enfermería*, 18 (2), 90-94. Recuperado el 17 de mayo de 2016, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962009002200004

Valdivieso, M. (2014). *Sistematización de las prácticas de un programa de rehabilitación en drogas y alcohol para mujeres, con enfoque de género, que ha venido realizando el equipo de profesionales y técnicos del CTR del Hospital de Peñablanca*. Memoria para optar al Título de Psicóloga. Universidad de Chile: Santiago, Chile.

Valencia-Recabarren, P. (2015). *Boletín N°9: Caracterización de la población femenina atendida en el Programa de Tratamiento Específico de Mujeres*. Observatorio Chileno de Drogas. SENDA. Recuperado el 30 de agosto de 2016, de <http://www.senda.gob.cl/media/boletines/Boletin%209%20Caracterizaci%C3%B3n%20de%20la%20poblaci%C3%B3n%20femenina%20atendida%20en%20el%20Programa%20de%20Tratamiento%20Espec%ADfco.pdf>

Vasilachis, I., (2006), *Estrategia de investigación cualitativa*. Barcelona: Gedisa.

Valles, M. (1999). *Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexiones metodológicas y práctica profesional*. Madrid: Editorial Síntesis, S.A.

Winnicott, D. (1999). *Escritos de pediatría y psicoanálisis. Cap. 14. Preocupación maternal primaria*. Buenos Aires: Paidós.

8. ANEXOS

8.1. CONSENTIMIENTO INFORMADO USUARIA

A. CONSENTIMIENTO INFORMADO USUARIA

Usted ha sido invitada a participar en el estudio “Experiencia de maternidad y rehabilitación del consumo de sustancias”, a cargo de la investigadora Katherin Rojas, postulante a Magíster en Psicología Clínica Infanto Juvenil de la Universidad de Chile.

Este documento señala los objetivos de esta investigación, para que pueda decidir de manera informada su participación.

¿Cuál es la idea de esta investigación?

La idea es conocer su experiencia de la maternidad.

¿En qué consiste su participación y cuánto tiempo durará?

Se le hará una entrevista de aproximadamente una hora, para conocer su visión sobre la experiencia de ser madre. Asimismo, se le acompañará en algunas sesiones de talleres grupales, para conocer su proceso de rehabilitación en el centro.

¿Qué riesgo corro al participar?

Ninguno.

¿Qué beneficio tendré?

De manera directa usted no tendrá beneficio alguno, sin embargo, los resultados que se puedan obtener de este estudio ayudarán a desarrollar el conocimiento científico, lo que podrá mejorar las prácticas de los equipos de salud hacia madres con dependencia al consumo de sustancias.

¿Qué pasará con la información que entregue?

La entrevista, que será grabada en audio, estará protegida en todo momento y se utilizará sólo para fines del estudio. Esto quiere decir que ni su voz ni ningún dato de identificación suyo aparecerán en publicaciones ni en ninguna otra instancia. Además, ni su familia ni el equipo que la atiende tendrán acceso a la información que usted entregue.

¿Es obligación participar? ¿Puedo arrepentirme una vez que ha comenzado la investigación?

Su participación en el estudio es voluntaria. Asimismo, usted tiene el derecho de retirarse de la investigación cuando lo desee, sin dar explicaciones y, por su supuesto, esta decisión no tendrá consecuencia alguna en su tratamiento de rehabilitación.

He leído el documento, he podido hacer las preguntas que me han surgido y me han respondido como yo necesitaba, y acepto participar de la investigación.

Nombre y firma del participante
Fecha:

Nombre y firma de la investigadora

B. CONSENTIMIENTO INFORMADO RED FAMILIAR

Usted ha sido invitado/a a participar en el estudio “Experiencia de maternidad y rehabilitación del consumo de sustancias”, a cargo de la investigadora Katherin Rojas, postulante a Magíster en Psicología Clínica Infanto Juvenil de la Universidad de Chile.

Este documento señala los objetivos de esta investigación, para que pueda decidir de manera informada su participación.

¿Cuál es la idea de esta investigación?

La idea es conocer su visión respecto de la experiencia de la maternidad de su _____ (indicar parentesco).

¿En qué consiste su participación y cuánto tiempo durará?

Se le hará una entrevista de aproximadamente una hora, para conocer su visión acerca de la maternidad de su _____ (indicar parentesco).

¿Qué riesgo corro al participar?

Ninguno.

¿Qué beneficio tendré?

De manera directa usted no tendrá beneficio alguno, sin embargo, los resultados que se puedan obtener de este estudio ayudarán a desarrollar el conocimiento científico, lo que podrá mejorar las prácticas de los equipos de salud hacia madres con dependencia al consumo de sustancias.

¿Qué pasará con la información que entregue?

La entrevista, que será grabada en audio, estará protegida en todo momento y se utilizará sólo para fines del estudio. Esto quiere decir que ni su voz ni ningún dato de identificación suyo aparecerán en publicaciones ni en ninguna otra instancia. Además, ni su _____ (indicar parentesco) ni el equipo que la atiende tendrán acceso a la información que usted entregue.

¿Es obligación participar? ¿Puedo arrepentirme una vez que ha comenzado la investigación? Su participación en el estudio es voluntaria. Asimismo, usted tiene el derecho de retirarse de la investigación cuando lo desee, sin dar explicaciones, hecho que no tendrá consecuencia alguna para el tratamiento de rehabilitación de su _____ (indicar parentesco).

He leído el documento, he podido hacer las preguntas que me han surgido y me han respondido como yo necesitaba, y acepto participar de la investigación.

Nombre y firma del participante
Fecha:

Nombre y firma de la investigadora

C. CONSENTIMIENTO INFORMADO EQUIPO DE SALUD

Usted ha sido invitado/a a participar en el estudio “Experiencia de maternidad y rehabilitación del consumo de sustancias”, a cargo de la investigadora Katherin Rojas, postulante a Magíster en Psicología Clínica Infanto Juvenil de la Universidad de Chile.

Este documento señala los objetivos de esta investigación, para que pueda decidir de manera informada su participación.

¿Cuál es la idea de esta investigación?

La idea es conocer su visión sobre la experiencia de la maternidad de la usuaria en tratamiento de rehabilitación al consumo de sustancias.

¿En qué consiste su participación y cuánto tiempo durará?

Se le hará una entrevista de aproximadamente una hora, para conocer su visión acerca de la experiencia de la maternidad de la usuaria.

¿Qué riesgo corre al participar?

Ninguno.

¿Qué beneficio tendré?

De manera directa usted no tendrá beneficio alguno, sin embargo, los resultados que se puedan obtener de este estudio ayudarán a desarrollar el conocimiento científico, lo que podrá mejorar las prácticas de los equipos de salud hacia madres con dependencia al consumo de sustancias.

¿Qué pasará con la información que entregue?

La entrevista, que será grabada en audio, estará protegida en todo momento y se utilizará sólo para el estudio. Esto quiere decir que ni su voz ni ningún dato de identificación suyo aparecerán en publicaciones ni en ninguna otra instancia. Además, ni la usuaria ni su familia tendrán acceso a la información que usted entregue.

¿Es obligación participar? ¿Puedo arrepentirme una vez que ha comenzado la investigación? Su participación en el estudio es voluntaria. Asimismo, usted tiene el derecho de retirarse de la investigación cuando lo desee, sin dar explicaciones.

He leído el documento, he podido hacer las preguntas que me han surgido y me han respondido como yo necesitaba, y acepto participar de la investigación.

Nombre y firma del participante
Fecha:

Nombre y firma de la investigadora

8.2. PAUTA DE ENTREVISTA NARRATIVA A USUARIAS

A. PAUTA DE ENTREVISTA NARRATIVA A USUARIAS

Consigna:

“Existe un aumento en el consumo de sustancias en mujeres en Chile. Los programas de rehabilitación de sustancias, históricamente, han sido diseñados para hombres. Frente a esto, se hace necesario considerar las necesidades terapéuticas específicas de las mujeres, más aún cuando estas son madres”.

Pregunta generativa:

"Quiero saber cómo ha sido su experiencia de ser madre. Quiero que me cuente cómo ha sido la maternidad para usted, desde el momento de su vida que usted quiera hasta la actualidad, que me cuente todo lo que se le ocurra sobre este tema, con todo el detalle que pueda. Comience desde donde le parezca importante a usted".

B. PAUTA DE ENTREVISTA EN PROFUNDIDAD A USUARIAS

Experiencia de maternidad	<ol style="list-style-type: none">1. ¿En qué momento usted piensa o recuerda que aparece la maternidad como opción a seguir?2. (De haber sido una opción la maternidad) ¿Qué la lleva a optar por querer ser madre?3. (De haber sido una opción la maternidad) ¿Cómo se sintió cuando opta por ser madre? / (De no haber sido una opción) ¿Cómo se sintió cuando supo que iba a ser una madre?4. ¿Planificó su(s) embarazo (s)? ¿Qué elementos tomó en cuenta? (por ej. deseo de ser madre, pareja estable, situación económica, etc.)5. Si tuviese que describirse a usted misma como mamá, ¿Cómo se describiría?6. Para usted ¿qué sería lo más reconfortante y lo más difícil de ser madre?7. ¿Qué prácticas de cuidado hacia su(s) hijo/a(s) considera más valiosas en usted?8. ¿Considera que hay alguna(s) práctica(s) de cuidado hacia su(s) hijo/a(s) que usted podría mejorar?9. ¿Ha habido personas que apoyen el cuidado de su(s) hijo/a(s)? ¿Quiénes son? ¿Cómo han apoyado?
Breve historia de consumo	<ol style="list-style-type: none">10. Cuénteme brevemente acerca de sus inicios en el consumo de sustancias (Qué edad tenía, qué droga(s) consumía, en qué cantidad y frecuencia. ¿Consumía sola o

	acompañada?). 11. ¿Por qué razón(es) cree que comenzó a consumir drogas? 12. ¿Recuerda algún(os) episodio(s) de su vida que pueda haberla acercado al consumo de drogas?
Experiencia de maternidad en dependencia al consumo de sustancias	13. La noticia de su embarazo, ¿influyó en la forma que usted consumía? De responder afirmativamente, ¿Cómo? 14. ¿Cree usted que la forma en que cuida a su(s) hijo/a(s) cambia cuando consume pasta base? 15. ¿Qué prácticas de cuidado hacia su(s) hijo/a(s) ejerce cuando está en consumo? 16. ¿El consumo de drogas interfirió los cuidados hacia su(s) hijo/a(s)? ¿De qué forma? 17. En momentos de consumo activo, ¿ha habido otras personas que apoyen el cuidado de su(s) hijo/a(s)? ¿Quiénes son? ¿Cómo la han apoyado?
Experiencia de maternidad en tratamiento de rehabilitación al consumo de sustancias	18. ¿Existe relación entre su maternidad y el querer ingresar al Centro de Tratamiento? ¿Por qué? 19. ¿Cree usted que el hecho de ser madre ha influido de alguna forma en su tratamiento? ¿Cómo? 20. ¿Han participado familiares y/o amigos en su proceso de rehabilitación? ¿Qué ha significado esto para usted? 21. Durante su proceso de rehabilitación ¿ha habido personas que apoyen el cuidado de su(s) hijo/a(s)? ¿Quiénes son? ¿Cómo la han apoyado? 22. ¿Usted considera que la forma en que cuida a su(s) hijo/a(s) ha cambiado desde que está en el centro? De responder afirmativamente, ¿En qué lo nota? ¿Con qué cree usted que tiene que ver? 23. ¿Siente que los profesionales del centro puedan influir en la forma que usted tiene de ser madre o las prácticas de cuidado que usted realiza hacia su(s) hijo/a(s)? 24. Esta forma de ser madre ¿se acerca a la idea que usted tenía sobre ser madre antes del nacimiento de su primer hijo/a? (Si el relato termina muy depresivo, puedo darle la opción de dar recomendaciones: a otras madres que están iniciando tratamiento de rehabilitación, a las familias y a los equipos que trabajan con ellas).

C. PAUTA DE ENTREVISTA NARRATIVA A RED FAMILIAR

Consigna:

“Existe un aumento en el consumo de sustancias en mujeres en Chile. Los programas de rehabilitación de sustancias, históricamente, han sido diseñados para hombres. Frente a esto, se hace necesario considerar las necesidades terapéuticas específicas de las mujeres, y más aún cuando estas son madres”.

Pregunta generativa:

"Quiero conocer sus impresiones sobre la experiencia de la maternidad de su ____ (indicar parentesco). Me gustaría que me cuente cómo percibe su maternidad, desde cualquier momento de la vida de su ____ (indicar parentesco) hasta la actualidad, que me cuente todo lo que le parezca pertinente al respecto, con todo el detalle que pueda. Comience desde donde le parezca importante a usted".

D. PAUTA DE ENTREVISTA EN PROFUNDIDAD A RED FAMILIAR

Experiencia de maternidad	<ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Cómo describiría a su ____ (indicar parentesco) como madre? 2. De los cuidados que realiza su ____ (indicar parentesco) hacia su(s) hijo/a(s) ¿Cuál(es) considera más valiosos? 3. ¿Y qué prácticas cree usted que su ____ (indicar parentesco) podría mejorar en su rol de madre? 4. ¿Existe diferencia entre lo que dice y hace su ____ (indicar parentesco) como madre? 5. ¿Usted ha apoyado el cuidado del hijo/a de su ____ (indicar parentesco)? ¿Cómo lo ha hecho?
Breve historia de consumo	<ol style="list-style-type: none"> 6. ¿En qué momento nota que su ____ (indicar parentesco) se encuentra consumiendo drogas? ¿Cómo se da cuenta? 7. ¿Por qué razón(es) cree que su ____ (indicar parentesco) comenzó a consumir drogas? 8. ¿Conoce algún(os) episodio(s) de la vida de su ____ (indicar parentesco) que pueda haberla acercado al consumo de drogas?
Experiencia de maternidad en dependencia al consumo de sustancias	<ol style="list-style-type: none"> 9. Cuando su ____ (indicar parentesco) se enteró de su embarazo, ¿cambió la forma de consumo? De responder afirmativamente, ¿cómo lo notó usted? 10. ¿Usted cree que la forma en que su ____ (indicar parentesco) cuida a su(s) hijo/a(s) cambia cuando consume drogas? 11. ¿Qué prácticas de cuidado usted puede observar de su ____ (indicar parentesco) hacia su(s) hijo/a(s) cuando está

	<p>en consumo?</p> <p>12. ¿El consumo de drogas de su _____ (indicar parentesco) interfirió los cuidados hacia su(s) hijo/a(s)? ¿De qué forma?</p> <p><i>(De haber respondido afirmativamente a la pregunta 5, se realizan preguntas 13-15)</i></p> <p>13. (Preguntas 14 a 16 se realizan si responde afirmativamente a la pregunta 6) Si responde afirmativamente a la pregunta ¿Por qué decide apoyar los cuidados del (la) hijo/a de su _____ (indicar parentesco)?</p> <p>14. Si usted no estuviese apoyándola ¿habría diferencia?</p> <p>15. ¿Quién ejerce más labores de cuidado hacia el(la) niño/a? ¿Su _____ (indicar parentesco) o usted?</p>
<p>Experiencia de maternidad en tratamiento de rehabilitación al consumo de sustancias</p>	<p>16. ¿Cree que exista relación entre la maternidad de su _____ (indicar parentesco) y el querer ingresar al Centro de tratamiento? ¿Por qué?</p> <p>17. ¿Usted cree que el hecho de ser madre ha influido de alguna forma en el tratamiento de su _____ (indicar parentesco)? ¿Cómo?</p> <p>18. ¿Usted considera que la forma en que su _____ (indicar parentesco) cuida a su(s) hijo/a(s) ha cambiado desde que ingresa al centro? De responder afirmativamente, ¿En qué lo nota? ¿Por qué cree que pasa?</p> <p>19. ¿Usted ha participado en el proceso de rehabilitación de su _____ (indicar parentesco)? ¿Por qué?</p> <p>20. Durante el proceso de rehabilitación de su _____ (indicar parentesco) ¿la ha apoyado el cuidado su(s) hijo/a(s)? ¿Cómo?</p> <p>21. ¿Le parece que los profesionales del centro puedan influir en la maternidad de su _____ (indicar parentesco) o en los cuidados que ella realiza hacia su(s) hijo/a(s)? ¿Qué piensa usted de esto?</p> <p>22. Esta forma de ser madre de su _____ (indicar parentesco), ¿se parece a la idea que usted tiene sobre ser madre?</p>

E. PAUTA DE ENTREVISTA NARRATIVA A EQUIPO DE SALUD

Consigna:

“Existe un aumento en el consumo de sustancias en mujeres en Chile. Los programas de rehabilitación de sustancias, históricamente, han sido diseñados para hombres. Frente a esto, se hace necesario considerar las necesidades terapéuticas específicas de las mujeres, más aún cuando estas son madres”.

Pregunta generativa:

"Quiero conocer sus impresiones sobre la experiencia de la maternidad de (nombre de la participante del estudio). Me gustaría que me cuente cómo percibe su ejercicio de la maternidad, tanto aquí en el dispositivo de salud como en el hogar, que me cuente todo lo que le parezca pertinente al respecto, con todo el detalle que pueda. Comience desde donde le parezca importante a usted".

F. PAUTA DE ENTREVISTA EN PROFUNDIDAD A EQUIPO DE SALUD

Experiencia de maternidad	1. ¿Cómo describiría a _____ (nombre de usuaria) como madre? 2. De los cuidados que realiza _____ (nombre de usuaria) hacia su(s) hijo/a(s) ¿Cuál(es) considera más valiosos? 3. ¿Qué prácticas podría mejorar _____ (nombre de usuaria) en su rol de madre? 4. ¿Percibe usted discrepancias entre lo que dice y hace _____ (nombre de usuaria) como madre?
Breve historia de consumo	5. Cuénteme brevemente acerca del inicio en el consumo de sustancias de _____ (nombre de usuaria) (Edad de inicio, tipo(s) de droga(s), cantidad y frecuencia. Consumo social o individual). 6. ¿Cuáles son los motivos o razones que reconoce _____ (nombre de usuaria) al momento de acercarse al consumo de drogas? 7. ¿Sabe si existe algún(os) episodio(s) de la vida de _____ (nombre de usuaria) que pueda haberla acercado al consumo de sustancias?
Experiencia de maternidad en dependencia al consumo de sustancias	8. De acuerdo al relato de _____ (nombre de usuaria), ¿Sabe si ella cambió su forma de consumo cuando se enteró de su embarazo? 9. ¿Qué prácticas de cuidado hacia su(s) hijo/a(s) refiere _____ (nombre de usuaria) cuando están en consumo? 10. ¿El consumo de drogas interfieren en los cuidados que despliega _____ (nombre de usuaria) hacia su(s) hijo/a(s)?

	<p>¿De qué forma?</p> <p>11. En momentos en que _____ (nombre de usuaria) se encuentra en períodos de consumo agudo, ¿sabe si existen otras personas que apoyen el cuidado de su(s) hijo/a(s)? ¿Quiénes son? ¿Cómo la apoyan?</p>
Experiencia de maternidad en tratamiento de rehabilitación al consumo de sustancias	<p>12. De acuerdo a lo que ha podido observar en su ejercicio laboral, el que una mujer adicta sea madre ¿actúa como factor facilitador u obstaculizador para el proceso de rehabilitación?</p> <p>13. ¿Cree que exista relación entre la maternidad de _____ (nombre de usuaria) y el querer ingresar al Centro de Tratamiento? ¿Por qué?</p> <p>14. ¿Le parece que el hecho de ser madre ha influido de alguna forma en el tratamiento _____ (nombre de usuaria)? ¿Cómo?</p> <p>15. ¿Sabe si las prácticas de cuidado de _____ (nombre de usuaria) hacia su(s) hijo/a(s) ha cambiado desde que ingresa al centro? De reconocer el cambio, ¿Por qué cree que ocurre?</p> <p>16. ¿Le parece que usted o sus colegas puedan influir en la maternidad de _____ (nombre de usuaria) o en los cuidados que ella realiza hacia su(s) hijo/a(s)? De responder afirmativamente, ¿Esta influencia es intencionada, es decir, se la han propuesto como objetivo de tratamiento?</p>
Rol de las redes familiares y/o apoyo	<p>17. ¿Qué rol cumplen las redes familiares o sociales en los cuidados hacia los hijo/a(s) de _____ (nombre de usuaria)?</p> <p>18. ¿Durante el proceso de rehabilitación de _____ (nombre de usuaria) cuenta con el apoyado de algún(os) familiar(es) para cuidar a su(s) hijo/a(s)? ¿Quiénes son? ¿Cómo la ayudan?</p> <p>19. La presencia de familia o amigos presentes en el proceso de rehabilitación, ¿inciden en el ejercicio de maternidad de _____ (nombre de usuaria)? ¿De qué forma?</p> <p>20. Si _____ (nombre de usuaria) no contara con red de apoyo familiar o social ¿Habría diferencia? ¿Por qué?</p> <p>21. Esta forma de ser madre de _____ (nombre de usuaria), ¿se parece a la idea que usted tiene sobre la maternidad?</p>