

ADVERTIMENT. L'accés als continguts d'aquesta tesi queda condicionat a l'acceptació de les condicions d'ús establertes per la següent llicència Creative Commons:  <https://creativecommons.org/licenses/?lang=ca>

ADVERTENCIA. El acceso a los contenidos de esta tesis queda condicionado a la aceptación de las condiciones de uso establecidas por la siguiente licencia Creative Commons:  <https://creativecommons.org/licenses/?lang=es>

WARNING. The access to the contents of this doctoral thesis it is limited to the acceptance of the use conditions set by the following Creative Commons license:  <https://creativecommons.org/licenses/?lang=en>

Katherin Rojas Espínola

Maternidades, paternidades y prácticas de cuidado en dinámicas de consumo de sustancias:

Una mirada desde la perspectiva de género e
interseccionalidad



Tesis para optar al grado de Doctora en
el Programa de Doctorado de Persona y
Sociedad en el Mundo Contemporáneo
de la Universitat Autònoma de Barcelona
Año 2025

Dirigida por Jenny Cubells Serra

Maternidades, paternidades y prácticas de
cuidado en dinámicas de consumo de sustancias:
Una mirada desde la perspectiva de género e
interseccionalidad

Katherin Rojas Espínola

Tesis dirigida por
Jenny Cubells Serra



**Universitat Autònoma
de Barcelona**

Dedicada a todas las mujeres que alguna vez escuché en el pino

A mi familia, Salvador, Alejandra, Salvador y Julia

A mi madre, a mi padre y a mis hermanos/as

Agradecimientos

A mi directora de tesis, Jenny Cubells, por estar siempre disponible, apoyándome en cada duda y orientando mi proceso; ha sido una enorme ayuda. Gracias por interesarse en mi tema de investigación, recibirme fraternalmente y contribuir sustancialmente a mi proyecto.

A la Subdirecció General d'Addiccions, VIH, Infeccions de transmissió sexual i Hepatitis Vírique, de la Agència de Salut Pública de Catalunya, especialmente al Programa Embarazo sin alcohol y sin drogas por incluirme como colaboradora y financiar parte de las investigaciones. Especialmente a Lidia, Anna y Carla por brindarme su calidez humana cuando me encontraba como extranjera en sus tierras, por acogerme, entregarme su mirada crítica y opiniones, las que fueron fundamentales para completar mis estudios doctorales.

A las organizaciones participantes: Mujeres Cannábicas, Metzineros, Hospital Clínic y Associació Conexus, por mostrarse dispuestos a comprender más sobre las personas que consumen sustancias y fomentar conocimiento construido conjuntamente.

A las mujeres y hombres que participaron de la investigación, quienes con su voz fueron los actores/as claves para conocer más sobre este fenómeno, pero también para comprender sus subjetividades y necesidades, las que aportan una visión más realista destinada a las políticas públicas.

A la familia donde crecí, por ser un pilar fundamental en mi vida. A Elizabeth y Luis por haberme entregado amor, apoyo y las herramientas con las que he podido ir creando mi futuro. A Diana y Luis Gustavo por ser incondicionales y compartir toda una vida conmigo.

A mi familia. A Salvador, por ser mi compañero de vida, quien me ha acompañado durante este largo y difícil proceso académico y que me ha alentado y dado fuerzas para poder llegar a este momento. Gracias por alegrar mis días y construir una familia conmigo. A mis hijos/as, Salvador, Alejandra y Julia, a quienes amo y me dan su amor, y por quienes busco contribuir para construir un mundo más justo.

Índice

| | |
|--|-----|
| Agradecimientos | 5 |
| Resumen | 7 |
| Introducción | 10 |
| Orígenes de la investigación | 10 |
| Problematización | 11 |
| Problema de investigación | 12 |
| Perspectiva de género e interseccionalidad | 13 |
| Tesis por compendio | 15 |
| Objetivos | 16 |
| Metodología | 19 |
| Paradigma epistemológico | 19 |
| Perspectiva de la investigación | 20 |
| Enfoques de género e interseccional | 21 |
| Diseño de la investigación | 22 |
| Diseño teórico: Revisión Sistemática Cualitativa | 22 |
| Diseño empírico: Construcción de Estudios Empíricos..... | 31 |
| Técnica de recolección de datos | 34 |
| Trabajo de campo y procedimiento,,,..... | 35 |
| Análisis de los datos | 36 |
| Consideraciones éticas y políticas | 39 |
| Capítulo 1: Perspectiva de género en la intervención en drogodependencias | 43 |
| Capítulo 2: Experiencias de maternidades, prácticas de cuidados y consumo de sustancias | 62 |
| Capítulo 3: Experiencias de paternidad de hombres consumidores de cocaína y/o policonsumo.... | 90 |
| Discusiones | 108 |
| Conclusiones | 115 |
| Anexos | 121 |
| Documentos éticos | 121 |
| Consentimiento informado | 126 |
| Guiones de entrevistas | 128 |
| Hoja informativa | 135 |

Resumen

El aumento del consumo de sustancias es un hecho que aqueja a la población a nivel mundial. Genera consecuencias negativas para la salud de la población, siendo una de las 10 causas de pérdida de años saludables en las personas. El consumo no sólo genera problemas fisiológicos, emocionales, económicos y sociales en las personas que las usan, sus familias y la sociedad, sino que implica un enorme gasto para la salud pública. Los gobiernos han invertido en políticas y programas para mitigar el impacto/daño en esta población, pero a pesar de los esfuerzos, los tratamientos no obtienen resultados que reviertan esta situación. Se ha comprobado que el consumo en mujeres y hombres se presenta de forma distinta, y se complejiza aún más cuando se trata de madres y padres, puesto que los efectos indeseados del consumo afectan directamente también a sus hijos/as. Al considerar distintos elementos que pudiesen afectar en la efectividad de los tratamientos, se considera el género como un elemento central que hasta ahora no ha sido incluido en los tratamientos de drogas. Por ello, esta investigación busca comprender desde la perspectiva de género las necesidades madres y padres insertos/as en dinámicas de cuidado y consumo de sustancias que reciben intervenciones en drogas. La metodología desde el cual se desarrolla este estudio es cualitativa y tiene un enfoque de teoría fundamentada constructivista. Se realizaron 4 grupos focales a mujeres y hombres mayores de edad que consumían sustancias, obteniéndose una muestra de 24 personas. El análisis de los datos se hizo mediante teoría fundamentada y perspectiva de género e interseccionalidad. Los resultados sugieren que los tratamientos reducen la perspectiva de género casi exclusivamente al trabajo con mujeres. Además, la aplicación de esta perspectiva en los tratamientos se reduce a la desagregación de datos sociodemográficos. Muchos de las prácticas profesionales son sexistas y carecen de capacitaciones en género. Las mujeres necesitan una mirada más comprensiva de parte de sus redes y la sociedad, así como mantener el contacto con sus hijos/as. El no cumplir con los mandatos de género, las convierte en “malas madres, malas esposas, malas personas”, puesto que se les exige obligaciones de cuidado, por lo que se les exige más que a los hombres, estigmatizándolas, discriminando y castigándolas más. En el caso de los hombres, el consumo está ligado a la masculinidad hegemónica, por lo que se les facilita el ingreso en rituales familiares y sociales. El consumo actúa como una forma de integración social y formas de afrontar presiones sociales. La paternidad no está incluida en los tratamientos de drogas y casi no se pesquiza el consumo en ellos en recursos sanitarios. Los hombres esperan puedan fomentar la responsabilización y el cuidado de sus hijos/as, puesto que actúa como motor de cambio. Se concluye que las experiencias de maternidades y paternidades en contextos de consumo de sustancias están marcadas por el estigma, la discriminación y aislamiento, aunque se configuran diferente según construcción de género. En las mujeres, el consumo es castigado socialmente, lo que refuerza sentimientos de culpa y el ocultamiento, mientras que en los hombres suele ser tolerado como expresión de masculinidad. Los tratamientos y programas históricamente se construyen sin perspectiva de género ni enfoque interseccional, por lo que se presentan con grandes barreras, reproducen desigualdades y pierden oportunidades de intervención. Se propone diseñar programas sensibles al género, que incluyan las necesidades de la población (como la maternidad y la paternidad), que validen, comprendan y acompañen, en lugar de sancionar y castigar las maternidades y paternidades afectadas por el consumo de sustancias.

Palabras claves: Maternidad, paternidad, crianza, consumo de sustancias, drogas, tratamientos.

Resum

L'augment del consum de substàncies és un fet que afecta la població a nivell mundial. Genera conseqüències negatives per a la salut de la població, i és una de les 10 causes de pèrdua d'anys saludables en les persones. El consum no només genera problemes fisiològics, emocionals, econòmics i socials en les persones que les usen, les seves famílies i la societat, sinó que implica una enorme despesa per a la salut pública. Els governs han invertit en polítiques i programes per mitigar l'impacte/dany en aquesta població, però malgrat els esforços, els tractaments no obtenen resultats que reverteixin aquesta situació. S'ha comprovat que el consum en dones i homes es presenta de manera diferent, i es complexitza encara més quan es tracta de mares i pares, ja que els efectes indesitjats del consum afecten directament també els seus fills/es. En considerar diferents elements que poguessin afectar l'efectivitat dels tractaments, es considera el gènere com un element central que fins ara no ha estat inclòs en els tractaments de drogues. Per això, aquesta investigació busca comprendre des de la perspectiva de gènere les necessitats mares i pares inserits/des en dinàmiques de cura i consum de substàncies que reben intervencions en drogues. La metodologia des del qual es desenvolupa aquest estudi és qualitativa i té un enfocament de teoria fonamentada constructivista. Es van realitzar 4 grups focals a dones i homes més grans que consumien substàncies, obtenint-se una mostra de 24 persones. L'anàlisi de les dades es va fer mitjançant teoria fonamentada i perspectiva de gènere i d'interseccionalitat. Els resultats suggereixen que els tractaments redueixen la perspectiva de gènere gairebé exclusivament a la feina amb dones. A més, l'aplicació d'aquesta perspectiva en els tractaments es redueix a la desagregació de dades sociodemogràfiques. Moltes de les pràctiques professionals són sexistes i no tenen capacitacions en gènere. Les dones necessiten una mirada més comprensiva de part de les xarxes i la societat, així com mantenir el contacte amb els seus fills/es. El fet de no complir amb els mandats de gènere, les converteix en “males mares, males esposes, males persones”, ja que se'ls exigeix obligacions de cura, per la qual cosa se'ls exigeix més que als homes, estigmatitzant-les, discriminant i castigant-les més. En el cas dels homes, el consum està lligat a la masculinitat hegemònica, per la qual cosa se'ls facilita l'ingrés a rituals familiars i socials. El consum actua com a forma d'integració social i maneres d'afrontar pressions socials. La paternitat no està inclosa en els tractaments de drogues i gairebé no se'n perquisirà el consum en recursos sanitaris. Els homes esperen que puguin fomentar la responsabilització i la cura dels seus fills/es, ja que actua com a motor de canvi. Es conclou que les experiències de maternitats i paternitats en contextos de consum de substàncies estan marcades per l'estigma, la discriminació i l'aïllament, encara que es configuren diferent segons la construcció de gènere. En les dones, el consum és castigat socialment, cosa que reforça sentiments de culpa i l'ocultació, mentre que en els homes sol ser tolerat com a expressió de masculinitat. Els tractaments i els programes històricament es construeixen sense perspectiva de gènere ni enfocament interseccional, per la qual cosa es presenten amb grans barreres, reproduïxen desigualtats i perden oportunitats d'intervenció. Es proposa dissenyar programes sensibles al gènere, que incloguin les necessitats de la població (com la maternitat i la paternitat), que validin, compreguin i acompanyin, en lloc de sancionar i castigar les maternitats i les paternitats afectades pel consum de substàncies.

Paraules clau: Maternitat, paternitat, criança, consum de substàncies, drogues, tractaments.

Abstract

The rise in substance use is a global problem. It has negative consequences for people's health, being one of the 10 causes of loss of healthy years. Drug use not only generates physiological, emotional, economic, and social problems for users, their families, and society, but also entails enormous public health costs. Governments have invested in policies and programs to mitigate the impact/harm on this population, but despite these efforts, treatments fail to achieve results that reverse this situation. It has been proven that drug use occurs differently in women and men, and it becomes even more complex when it comes to mothers and fathers, since the unwanted effects of drug use also directly affect their children. When considering various factors that could affect the effectiveness of treatments, gender is considered a central element that has so far not been included in drug treatment. Therefore, this research seeks to understand, from a gender perspective, the needs of mothers and fathers involved in caregiving and substance use who receive drug interventions. This study is conducted using a qualitative methodology based on a constructivist grounded theory approach. Four focus groups were conducted with adult women and men who used substances, yielding a sample of 24 participants. Data analysis was conducted using grounded theory and a gender and intersectionality perspective. The results suggest that treatments reduce the gender perspective almost exclusively to working with women. Furthermore, the application of this perspective in treatments is limited to the disaggregation of sociodemographic data. Many professional practices are sexist and lack gender training. Women need a more comprehensive perspective from their networks and society, as well as the ability to maintain contact with their children. Failure to comply with gender mandates turns them into "bad mothers, bad wives, bad people," since they are required to fulfill caregiving obligations, which leads to greater demands than men, stigmatizing, discriminating, and punishing them more. In the case of men, drug use is linked to hegemonic masculinity, which facilitates their entry into family and social rituals. Drug use acts as a form of social integration and a way of coping with social pressures. Fatherhood is not included in drug treatment, and drug use is rarely screened for in health resources. Men hope they can foster responsibility and care for their children, since it acts as a driving force for change. It is concluded that the experiences of motherhood and fatherhood in contexts of substance use are marked by stigma, discrimination, and isolation, although these are configured differently according to gender construction. In women, substance use is socially punished, reinforcing feelings of guilt and concealment, while in men it is often tolerated as an expression of masculinity. Treatments and programs have historically been designed without a gender perspective or intersectional approach, resulting in significant barriers, reproducing inequalities, and missing opportunities for intervention. We propose designing gender-sensitive programs that include the needs of the population (such as motherhood and fatherhood), that validate, understand, and support, rather than sanction and punish, motherhood and fatherhood affected by substance use.

Keywords: Motherhood, parenting, parenting, substance abuse, drugs, treatment.

Introducción

Orígenes de la investigación

El tema de investigación surgió a propósito del ejercicio laboral que desarrollé durante varios años en un hospital público de Santiago de Chile. Durante ese período desempeñé funciones como psicóloga en el Programa Chile Crece Contigo (CHCC), debiendo intervenir los “casos sociales” que eran derivados desde los servicios de maternidad, neonatología y pediatría. El programa CHCC se encontraba enfocado en brindar a todo niño o niña del país las condiciones óptimas para desarrollar al máximo sus potencialidades, manteniendo una orientación más bien preventiva. En el caso del enfoque que se logra entregar en los hospitales, este programa funciona más bien de forma paliativa, es decir, la mayoría de las veces se interrumpe la exposición a daños (factores de riesgo) que podría estar afectando a los/as niños/as.

En los centros hospitalarios, aun cuando existen diversos factores de riesgo que definen un caso como “caso social”, el que genera mayor preocupación y tiene mayor frecuencia es el consumo de sustancias de las mujeres que son gestantes o son madres. Se considera que la exposición a sustancias en los/as niños/as durante su gestación es una forma de maltrato (o maltrato prenatal) y, por ende, se busca detener esta situación (vulneración) mediante la realización de medidas de protección a favor de los/as niños/as en instituciones judiciales. En muchas ocasiones estas situaciones de vulneración implican que los/as progenitores/as pierdan los cuidados de sus hijos/as y se busque apoyo en las redes familiares y sociales para resguardar a los/as niños/as provisoriamente.

De esta forma, el trabajo que desempeñé implicaba detener el daño y evaluar cada caso, lo que podría significar la separación de los/as progenitores/as y sus hijos/as, especialmente, las díadas madres-hijos/as, cuando las madres o padres incurrieran en negligencia y vulneración. A pesar de que podía visualizar la detención de la exposición de riesgo en los/as niños/as, durante mucho tiempo me cuestioné sobre el futuro de los/as niños/as, sus madres y padres y sobre la efectividad del accionar de los equipos de salud para abordar los casos que se nos presentaban.

Este cuestionamiento surgió a propósito de la repetición de historias de vida similares entre las madres que entrevisté durante años, en las cuales las situaciones de abandono, negligencia, violencia, abuso, consumo de sustancias se reproducían transgeneracionalmente. Así, se presentaba ante mí un círculo vicioso donde abuelas, madres e hijas experimentaban dinámicas de vida equivalentes. Entonces cabía preguntarse sobre las causas de estos patrones transgeneracionales, la reproducción que se mantenía y las posibles formas de detenerlo. ¿Las medidas que tomaba el hospital no rompían con el círculo? ¿Los equipos de salud y judiciales ayudaban a resolver el problema o a largo plazo contribuían a mantener el círculo vicioso que visualizaba?

Por esta razón, inicialmente me enfoqué en las madres que consumían sustancias y el vínculo que establecían con sus hijos/as. Pero a medida que fue avanzando la investigación me fui cuestionando muchas cosas, entre ellas, el rol de la mujer como principal cuidadora de sus hijos/as y sus familias. ¿Por qué se les tilda a las mujeres que consumen sustancias como “malas madres”? ¿Por qué se les delega el rol de cuidado de sus hijos/as exclusivamente a las mujeres? ¿Por qué no se les exige lo mismo a los padres? ¿Por qué a ellos se les exime del cuidado?

Frente a estos cuestionamientos, realicé ajustes sobre el sujeto de estudio, enfocándome ya no sólo la madre, sino también el rol del padre, respecto del cuidado de su propia salud como la de sus hijos/as. Así, pasé a redefinir el papel del cuidado que entregan los/as progenitores/as que consumen sustancias y la relación que existe con las dinámicas de consumo, y cómo estas se afectan mutuamente.

El interés por estudiar la relación entre las dinámicas de crianza/cuidado y consumo de sustancias y cómo estas pueden influirse mutuamente, se gestó como una forma de comprender este círculo vicioso de vulneración y maltrato que reconocí en los muchos discursos de mujeres, pero también como una manera de buscar alternativas para romper el círculo transgeneracional de maltrato y vulneración de las madres intervenidas.

Igualmente, las intervenciones en salud y judiciales actúan de forma parcelada en los actores involucrados, donde unos programas se encargan de apoyar a los/as niños/as y otros a las madres. Por ello, sería interesante indagar alternativas de intervención conjunta, pensando en tratamientos integrados que involucren a las diádas madres/padres-hijos/as y no resolver como hasta ahora: separándolas.

Presentación del problema, Problematicación

El consumo de sustancias es una problemática en salud pública a nivel mundial, la cual no sólo implica problemas para el desarrollo y la seguridad de la población (UNODC, 2010), sino que implica problemas para la salud física y mental, generando millones de muertes cada año (OMS, 2024). Las consecuencias del consumo, además de los daños individuales que causan en las personas que las usan, generan consecuencias en las familias y comunidades, como en los/as hijos/as, delitos, accidentes, abuso de menores y violencias (OMS, s/f).

Por ello, las políticas se centran en generar programas y tratamientos que aborden, contengan y reduzcan esta problemática (OMS, 2024). Si bien los programas se han masificado, no son del todo efectivos. Esto podría deberse a que los objetivos que se proponen son muy exigentes o porque no incluyen las necesidades de las personas que consumen o tienen expectativas poco realistas, adoptando un modelo más rígido en las intervenciones (Galaviz, 2015). En cuanto a las necesidades de las madres y padres que consumen sustancias, los programas se adecúan menos a esta realidad y requerimientos (Stover et al., 2018). Muy pocos tratamientos consideran la maternidad y la paternidad dentro del diseño de sus intervenciones, a pesar de que muestran evidencia de efectividad si se les incluye (Stover et al., 2018).

Frente a este contexto, se considera indispensable contemplar en los programas y tratamientos las necesidades de progenitores/as que consumen sustancias y que buscan modificar su consumo, por lo que definir sus requerimientos, identificar factores de adherencia y reconocer las barreras de acceso, incluyendo su maternidad y paternidad, pasan a ser esencial en el diseño de estos. Para poder llevar esto a cabo, utilizar la perspectiva de género y el enfoque interseccional se vuelve fundamental para lograr los objetivos antes propuestos. La perspectiva de género porque permitiría entregar precisión de las necesidades de madres y de padres, que pasan a ser muy distintas entre ellos, incluyendo los tratamientos de drogas. Y la interseccionalidad porque además de reconocer similitudes y diferencias, devela las relaciones de poder existentes, discriminaciones y opresiones entre ellos/as y con los/as otros/as.

El consumo de sustancias se desarrolla distinto entre mujeres y hombres (Cardoso et al., 2020; Ruiz-Olivares y Chulkova, 2016), así también entre madres y padres, las cuales son construidas en oposición (Arroyo, 2020). El consumo en las mujeres puede generar dependencia de manera más rápida y severa, asimismo, produce daños emocionales y sociales, lo que se traduce en rechazo de parte de sus redes y desamparo (Ruiz-Olivares y Chulkova, 2016). En cambio, en los hombres el consumo es facilitado por la socialización (masculinidad hegemónica) (Curtis et al., 2022; Toiber-Rodríguez et al., 2022; Critchlow et al., 2019), es compartido por las redes cercanas como familia y

amigos/as (Toiber-Rodríguez et al., 2022), y una vez que se ha pasado a ser un consumo problemático, cuentan con redes de apoyo si desean modificar su consumo y mejorar su paternidad (Toiber-Rodríguez et al., 2022).

La perspectiva de género pasa a ser una herramienta primordial para reconocer problemáticas (Esquivel et al., 2012), motivaciones, consecuencias, características (Jeifetz y Tajer, 2010 y Romo, 2010) de personas que consumen sustancias y esperan modificar su consumo; puesto que los tratamientos hasta ahora disponibles no se adecúan a las necesidades de esta población y se proponen intervenciones y objetivos desajustados (Galaviz, 2015; Jeifetz y Tajer, 2010; y Núñez y Rendón, 2012) que no logran su propósito. Es decir, tratamientos sin distinciones de género (Díaz et al., 2021). Todo esto, llevaría a una invisibilización del consumo (Chang et al., 2019) y con ello, la cronificación de la problemática.

Problema de investigación

El fenómeno del consumo de sustancias en personas que son madres o padres resulta ser un tema complejo, no sólo por el daño físico, psicológico, familiar y social que causan las sustancias en quienes la consumen de forma problemática, sino por lo dificultoso que se vuelve su rehabilitación, también por las repercusiones que tiene sobre sus hijos/as, familias y amigos/as, y por el desafío que se vuelve para las políticas públicas y lograr cambiar esta situación (Rojas-Espínola et al., 2024).

A pesar de que existen lineamientos en las políticas que buscan revertir esta problemática, traducidos en programas y tratamientos (OMS, 2024) y que actualmente se observa una oferta mayor de tratamientos en drogas que en tiempos anteriores (90') (Generalitat de Catalunya, 2024), el consumo no se reduce, por el contrario; aumenta (UNODC, 2024). De esta manera, es válido el cuestionamiento acerca de lo efectivo que son estas intervenciones, inclusive, reflexionar por qué todas las acciones desplegadas en los programas y tratamientos no demuestran los resultados esperados o si en algún sentido llegan a ser contraproducentes para abordar el consumo en personas progenitoras.

Como una forma de dar respuesta a este cuestionamiento, la utilización de la perspectiva de género en la comprensión del fenómeno del consumo de sustancias en mujeres y hombres (Lagarde, 1996), madres y padres, así como su inclusión en el diseño y planificación de intervenciones en drogas, es fundamental si se espera obtener buenos resultados y efectividad de las acciones (Instituto de La Mujer, 2007, en Arbelo y Puyol, 2015; SENDA, 2018, en Díaz et al., 2021). La perspectiva de género es una herramienta que se vuelve primordial si lo que se busca es igualdad de género (ONU Mujeres, s/f). Esta se entiende como una estrategia global para conseguir igualdad (Lamas, 1996), siendo un conjunto de enfoques específicos y estratégicos (ONU Mujeres, s/f); los que permiten comprender y analizar las diferencias y similitudes entre hombres y mujeres (Lagarde, 1996). Con ella se identifican los problemas de la relación entre hombres y mujeres, y se reconoce que una cosa es la diferencia sexual y otra las atribuciones y prescripciones sociales (Lamas, 1996). Según Marcela Lagarde (1996), la perspectiva de género reconoce una humanidad diversa y democrática (reconoce a hombres y mujeres).

Igualmente, la perspectiva de género permitiría ampliar la mirada sobre las prácticas de cuidado hacia los/as hijos/as de padres/madres que consumen sustancias. Si bien, históricamente se ha adjudicado el cuidado a las mujeres, Carol Gilligan reitera que este no es exclusivo de ellas, sino de interés humano (Gilligan, 2013). El cuidado que implica actividades como escuchar, poner atención y responder con integridad y respeto, debiese ser de responsabilidad colectiva, una ética humana

(Gilligan, 2013). De esta manera se vuelve necesario universalizar las obligaciones del cuidado (Gilligan, 2013).

Si bien la investigación se enfoca en un marco determinado, es decir, el consumo de sustancias; el tema del cuidado y crianza de los/as hijos/as debiese pensarse de forma más amplia, colectiva, para la supervivencia de la especie (Hrdy, 2009 en Gilligan, 2013), traspasando los roles tradicionales de género, hacia una mirada más equitativa sobre el desempeño de cuidado a los/as hijos/as, es decir, tanto de las madres como de los padres como de otros actores como la familia y la sociedad en su conjunto (Gilligan, 2013).

El objetivo de esta investigación implica ahondar en profundidad desde una mirada de género las dinámicas de consumo en personas que son madres o padres y las prácticas de cuidado que desempeñan hacia sus hijos/as, de forma tal de comprender cómo se afectan mutuamente. Con esta información se espera poder contribuir al tratamiento de adicciones que intervienen con esta población. No obstante, el reto se encuentra en pensar de forma más integrativa esta problemática, incluyendo a los involucrados de manera conjunta y no de forma separada como se ha estado interviniendo hasta ahora.

Una de las posibles formas de resolver esta problemática podría tener que ver con comprender las dinámicas de consumo de sustancias de madres y padres que buscan modificar esta realidad, además, identificar sus necesidades y proponer alternativas de solución para contribuir a su recuperación.

Por ello se propone la siguiente pregunta de investigación: ¿La perspectiva de género puede exponer en profundidad las necesidades de madres y padres insertos/as en dinámicas de cuidado y consumo de sustancias que reciben intervenciones en drogas?

Perspectiva de género e interseccionalidad

La perspectiva de género es una estrategia propuesta para ocuparse de que las preocupaciones y experiencias de mujeres y hombres sean integradas en el diseño y aplicación de leyes, políticas y programas de diversos tipos, de forma que desaparezcan las desigualdades y se pueda beneficiar a todos/as por igual (ONU Mujeres, s/f). Su objetivo primordial es generar igualdad entre los géneros (ONU Mujeres, s/f). Tiene como uno de sus fines contribuir a la reconstrucción subjetiva y social de nuevas formas de configuración histórica, sociocultural y política desde y con las mujeres (Lagarde, 1996). Pero también reconoce la diversidad de géneros que construyan una humanidad diversa y democrática (Lagarde, 1996).

La perspectiva de género se basa en la teoría de género y se inscribe en el paradigma teórico histórico-crítico y cultural del feminismo (Lagarde, 1996). “Esta perspectiva se estructura a partir de la ética y conduce a una filosofía posthumanista, por su crítica de la concepción y androcéntrica de humanidad que dejó fuera a la mitad del género humano: a las mujeres” (Lagarde, 1996, p13).

La perspectiva de género como término, en América Latina, surge en la década de los 90, Marta Lamas (1996) fue una de las primeras autoras en nombrarlo y definirlo; aunque como concepto es fundado en los 80’ por Joan W Scott (1990), historiadora estadounidense. Sin embargo, Scott no habla de perspectiva de género, sino más bien de género, describiendo una categoría analítica (Scott, 1990) y sentando las bases teóricas para desarrollar esta perspectiva.

Marta Lamas (1996), señala que “La perspectiva de género implica reconocer que una cosa es la diferencia sexual y otra cosa son las atribuciones, ideas, representaciones y prescripciones sociales que se construyen tomando como referencia a esa diferencia sexual” (p. 5). Aun cuando es cierto que

existen diferencias biológicas entre mujeres y hombres, considerar que este aspecto es el origen y razón de las diferencias entre ellos/as, sin contemplar otros aspectos, es un error, ya que no determinan de forma exclusiva el comportamiento o características de personalidad que superpongan a un sexo sobre otro, ni menos que lo dominen (Lamas, 1996). Lamas (1996) y Scott (1990) explican que, si bien las diferencias sexuales estructuraron la vida social; y cultural de las personas, y con ello, sus roles y funciones, estas diferencias no posicionan a un sexo sobre otro (Lamas, 1996). De esta forma, no existen diferencias biológicas, sociales, psicológicas, que posicionen a los hombres sobre las mujeres o viceversa (Lamas, 1996).

Mediante la utilización de la perspectiva de género es posible reconocer las diferencias entre las mujeres y hombres, la desigualdad estructural y otros sistemas de dominación (Scott, 1990). También puede identificar el origen cultural de las personas y buscar alternativas de solución para ellas, permite eliminar discriminaciones, redistribuir tareas entre hombres y mujeres, revisar y diseñar políticas que establezca condiciones equitativas (Lamas, 1996). Es decir, es una herramienta analítica y crítica. De acuerdo con Lagarde (1996) es “visión científica, analítica y política creada desde el feminismo” (p. 15), gracias a la cual se puede examinar las relaciones de poder existentes entre mujeres y hombres y los estereotipos y roles asociados a cada uno/a. Asimismo, esta mirada posibilita vincular las condiciones de vida de mujeres y hombres con los tipos de organización social, los períodos históricos, la diversidad cultural y los modelos de desarrollo en los que se insertan.

En suma, de acuerdo con Lagarde (1996):

“... desde la perspectiva de género feminista hay una relación entre desarrollo, democracia y derechos humanos. Satisfacer las necesidades vitales de las mujeres implica un reordenamiento profundo y complejo de las relaciones con los hombres y cambios en las normas, así como la redefinición de la economía y de la distribución de los recursos sociales, económicos y culturales. Significa también una transformación profunda de las normas de participación social que excluyen a las mujeres y una redefinición del espacio político y de los poderes de las mujeres en su relación con los hombres en la sociedad civil y en la sociedad política” (p. 164).

Por otro lado, en cuanto al concepto de interseccionalidad, este surge a finales de los años 80' con la autora Kimberlé Crenshaw (1989, 1991), quien lo acuñó para evidenciar que mujeres negras quedaban igualmente invisibilizadas en contextos jurídicos y feministas dominantes. Crenshaw (1989) evidenció que las políticas antidiscriminatorias analizaban raza y género como categorías separadas, sin captar las experiencias singulares de quienes estaban en su cruce. Desde esta autora, la interseccionalidad se define como un instrumento que facilita entender el funcionamiento del cruce de distintas formas de discriminación y experiencias de opresión, con la finalidad de corregir las limitaciones de los discursos hegemónicos sobre la discriminación.

Rodó-Zárate (2021) en la misma línea, la define como una herramienta analítica crítica que permite conocer la forma en que entrecruzan distintos ejes de desigualdad. Sin embargo, no es una suma de ejes discriminativos y opresivos (raza, género, clase), sino una interacción entre ellos (Collins, 1990). Collins (1990) señala que las características principales de la interseccionalidad son su dimensión epistémica, experiencial, colectiva y emancipadora, en tanto busca transformar los modos de saber y las estructuras de poder que reproducen opresión, así como rescatar la voz de los/as sujetos/as históricamente marginalizados.

Posteriormente, May (2015) propuso la interseccionalidad como una práctica que desestabiliza imaginarios dominantes y modos hegemónicos de producir conocimiento. Así, la interseccionalidad se caracteriza por ser dinámica, crítica e inacabada, y por plantear una práctica transformadora que

cuestiona la producción de conocimiento e interpela a las estructuras de poder y a la investigación social.

Finalmente, Rodó-Zárate (2021) incorpora otros elementos a la interseccionalidad, estas son dos dimensiones: el lugar y la emoción. Señala que las desigualdades interseccionales no se experimentan en abstracto, sino en espacios concretos (la calle, el hogar, la escuela, el trabajo), y que dichas experiencias están atravesadas por emociones como la vergüenza, el miedo o el orgullo, lo que, a su vez, condiciona las formas en que se experimentan privilegios y opresiones. Ella plantea también una propuesta metodológica incluye herramientas visuales como los Mapas de Relieves (Relief Maps), que permiten representar de manera situada la interacción entre desigualdades y afectos. Con ello, la interseccionalidad se entiende no solo como una perspectiva estructural o epistémica, sino también vivencial, afectiva y política.

Tesis por compendio

Para facilitar y guiar la travesía del lector o lectora se detallará la estructura de la tesis, la cual cuenta con un apartado metodológico, tres capítulos de contenidos y otro de discusiones y conclusiones. Cabe destacar que esta tesis se desarrolla en modalidad por compendio de artículos, lo que implica que cada capítulo (1-2-3) corresponden a artículos ya publicados (1 y 3) o por publicarse (2). Por ello, cada uno cuenta con un formato determinado dependiendo de los requerimientos de la revista donde fue enviado (estilo de letra, tamaño, referencias, etc.) y tiene su propia estructura: introducción/antecedentes, metodología, resultados y discusiones y conclusiones. A su vez, cada capítulo (artículo) responde de forma parcial al propósito general de la tesis, los que en conjunto lo abordan completamente.

Se comienza con la metodología, en ella se explicita la perspectiva de la investigación, el trabajo de campo, el tipo de análisis de los datos y las consideraciones éticas. Si bien cada artículo cuenta con su sección metodológica, se cree necesario contar con este apartado inicial que exponga el procedimiento global con que se desarrolla el trabajo investigativo.

En cuanto a los capítulos¹ de contenido, en el primero de ellos titulado “Artículo Perspectiva de género en la intervención en drogodependencias” se muestra un estado del arte de los tratamientos de drogas y la inclusión o no la perspectiva de género, centrándose en las necesidades de las mujeres y las características con las que debiese contar un tratamiento específico para ellas. Se continúa con el capítulo 2 “Experiencias de maternidades, prácticas de cuidados y consumo de sustancias” el que aborda las necesidades de 3 grupos de mujeres que son madres (o no) y que consumen cánnabis, alcohol y cocaína o que son policonsumidoras; a través del capítulo se podrá conocer las experiencias que tienen ellas de la maternidad, el consumo, creencias sobre el daño del consumo, la visión de la sociedad y las redes de apoyo profesional y familiar. El capítulo 3 “Artículo Experiencias de paternidad de hombres consumidores de cocaína y/o policonsumo” se trata la experiencia de paternidad en contexto de consumo y cómo se influyen mutuamente; asimismo se develan sus necesidades, la visión que tienen sobre la paternidad y la masculinidad, los tratamientos de drogas y el rol de las redes de apoyo. En resumen, con el capítulo 1 se presenta el estado actual en que se trata la perspectiva de género, con el capítulo 2 se retrata las experiencias de madres que ejercen cuidado

¹ Cada capítulo de esta tesis corresponde a una investigación diferente financiada por la Generalitat de Catalunya, específicamente la Subdirecció General d'Addiccions, VIH, Infeccions de transmissió sexual i Hepatitis Víriques, Agència de Salut Pública de Catalunya.

y consumen sustancias y con el capítulo 3 se muestra la realidad de los padres en estas mismas circunstancias.

Finalmente, se exponen las discusiones y conclusiones de la investigación, integrando los tres artículos, donde se revisan las conclusiones por objetivos, las conclusiones generales y propuestas de buenas prácticas de intervenciones e investigación en drogas.

Objetivos

Esta investigación tiene los siguientes objetivos general y específicos que espera poder descubrir durante el desarrollo de esta y que se detallan a continuación:

Objetivo general

Comprender desde la perspectiva de género la maternidad, paternidad y prácticas de cuidado de personas que consumen sustancias

Objetivos específicos:

- Conocer la aplicación de la perspectiva de género en los tratamientos de drogas.
- Identificar las necesidades de las mujeres/madres que consumen sustancias
- Identificar las necesidades de los hombres/padres que consumen sustancias
- Examinar la relación entre las prácticas de cuidado y el consumo de sustancia en madres y padres

Bibliografia

- Collins, P. H. (1990). *Black feminist thought: Knowledge, consciousness, and the politics of empowerment*. Routledge.
- Crenshaw, K. (1989). Demarginalizing the intersection of race and sex: A Black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory and antiracist politics. *University of Chicago Legal Forum*, 1989(1), 139–167.
- Crenshaw, K. (1991). Mapping the margins: Intersectionality, identity politics, and violence against women of color. *Stanford Law Review*, 43(6), 1241–1299. <https://doi.org/10.2307/1229039>
- Galaviz, Gloria (2015). Mujeres, adicción y rehabilitación: Reflexiones desde la frontera noroeste de México. *Salud Colectiva*, 11(3), 367-379. <https://doi.org/10.18294/sc.2015.722>
- Generalitat de Catalunya (2024). *Sistema d'informació sobre drogodependències a Catalunya. Informe anual 2023*. Agència de Salut Pública de Catalunya, Subdirecció General d'Addiccions, VIH, Infeccions de Transmissió. <https://drogues.gencat.cat/web/.content/minisite/drogues/professionals/observatori/2024/Informe-OCDA-2023.pdf>
- Gilligan, C. (2013). *La ética del cuidado*. Barcelona: Fundació Víctor Grífols i Lucas.
- Lamas, M. (1996). La perspectiva de género. *La Tarea, Revista de Educación y Cultura de la Sección 47 del SNTE*. No. 8. Enero-marzo 1996. https://www.ses.unam.mx/curso2007/pdf/genero_perspectiva.pdf
- Lagarde, M. (1996). *Género y feminismo*. Desarrollo humano y democracia. España: Editorial horas y HORAS, pp. 13-38.
- Lázaro, R. y Jubany, O. (2017). Interseccionalidad del género y mercado de trabajo postfordista. *La ventana. Revista de estudios de género*, 5(46), 202-243. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-94362017000200202&lng=es&tlng=es.
- May, V. M. (2015). *Pursuing intersectionality, unsettling dominant imaginaries*. Routledge.
- Organización de las Naciones Unidas Mujeres [ONU Mujeres] (s/f). *Incorporación de la perspectiva de género*. <https://www.unwomen.org/es/how-we-work/un-system-coordination/gender-mainstreaming>
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2024). *Cada año fallecen más de tres millones de personas, sobre todo varones, debido al consumo de alcohol y drogas*. <https://www.who.int/es/news/item/25-06-2024-over-3-million-annual-deaths-due-to-alcohol-and-drug-use-majority-among-men#:~:text=El%20Dr.,muertes%20que%20se%20podr%C3%ADan%20evitar>
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (s/f). *Discurso de la Directora General de la OMS ante las Naciones Unidas sobre el problema mundial de las drogas*. <https://www.who.int/es/director-general/speeches/detail/who-director-general-addresses-un-on-the-world-drug-problem#:~:text=El%20consumo%20de%20drogas%20perjudica,y%20otros%20tipos%20de%20violencia>

- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito [UNODC] (2024). *Informe Mundial sobre las Drogas 2024 de UNODC: los daños del problema mundial de las drogas siguen aumentando en medio de la expansión del consumo y los mercados de drogas*. <https://www.unodc.org/lpomex/es/noticias/junio-2024/informe-mundial-sobre-las-drogas-2024-de-unodc-los-daos-del-problema-mundial-de-las-drogas-siguen-aumentando-en-medio-de-la-expansion-del-consumo-y-los-mercados-de-drogas.html>
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito [UNODC] (2010). Programa conjunto UNODC/OMS sobre el tratamiento y la atención de la drogodependencia. La visión Un tratamiento eficaz y humano para todas las personas que padecen trastornos relacionados con el consumo de drogas. Nada menos de lo que se esperaría en el caso de cualquier otra enfermedad. https://www.unodc.org/docs/treatment/unodc_who_programme_brochure_spanish.pdf
- Rodó-Zárate, M.R (2021) *Interseccionalitat. Desigualtats, lloc I emocions*. Barcelona: Tigre de Paper.
- Scott, J. W. (1990). *Gender and the Politics of History*. Columbia University Press.
- Stover, C. S., Carlson, M., Patel, S., y Manalich, R. (2018). Where's Dad? The Importance of Integrating Fatherhood and Parenting Programming into Substance Use Treatment for Men. *Child abuse review* (Chichester, England: 1992), 27(4), 280–300. <https://doi.org/10.1002/car.2528>

Metodología

Para comenzar este capítulo es necesario señalar que la metodología que se utiliza es flexible y ecléctica, por lo tanto, se usa una “caja de herramientas metodológicas” durante el proceso investigativo que permite utilizar distintas estrategias para acceder al objeto de estudio de acuerdo con sus necesidades.

Este apartado se estructura en dos partes, en la primera, se elabora una revisión bibliográfica sistemática de la temática estudiada, donde con una estrategia rigurosa se identifican y valoran estudios disponibles y actuales, en los que se privilegia el contexto y la profundidad de los datos (Booth et al., 2016); designada *Revisión Sistemática Cualitativa*. Y en una segunda parte, se describe el proceso de construcción de los estudios empíricos que se realizan a la población estudiada, denominada *Construcción de los Estudios Empíricos*.

Es importante señalar que las investigaciones de mi tesis doctoral se enmarcan en un trabajo colaborativo con la Subdirecció General d'Addiccions, VIH, Infeccions de transmissió sexual i Hepatitis Vírique, de la Agència de Salut Pública de Catalunya, específicamente con el Programa Embarazo Sin Alcohol y sin Drogas, con quienes se diseña todo el proceso investigativo (incluyendo los resultados y revisión de artículos científicos publicados). Igualmente, cabe destacar, que, en el marco de este estudio, se obtuvo un dictamen favorable del comité de ética de la Universidad Autónoma de Barcelona (UAB).

Paradigma epistemológico

El paradigma epistemológico en el que está basada esta investigación es el constructivista, que plantea que la realidad no es objetiva ni externa, sino que se construye socialmente a través del lenguaje, las relaciones y las estructuras de poder (Guba y Lincoln, 1994; Burr, 2015). Esta visión es consistente tanto con la perspectiva de género como con el construccionismo social (Burr, 2015; Gergen, 2009), pues reconoce que los significados atribuidos a la maternidad, la paternidad, las prácticas de cuidado y el consumo de sustancias no son universales, sino que se asocian a contextos específicos.

Desde esta perspectiva, el conocimiento generado es interpretativo y contingente, y surge indefectiblemente del diálogo entre los/as investigadores/as y los/as participantes (Charmaz, 2006). Una vertiente de esta perspectiva corresponde al socioconstruccionismo, desarrollado por Kenneth Gergen, y sostiene que el conocimiento, la verdad, la identidad y la realidad social no son descubiertos, sino contruidos socialmente mediante el lenguaje, las relaciones y los contextos culturales (Gergen, 2009). A su tiempo, en lugar de considerar al conocimiento como una representación objetiva del mundo, lo presenta como el efecto de procesos colaborativos (Gergen, 2009). Asimismo, propugna que el lenguaje no sólo describe la realidad, sino que la funda, creando, las comunidades, significados compartidos que cimentan su comprensión del mundo (Gergen, 2009). De esta manera, el rol de los/as investigadores/as es acceder a los datos mediante un diálogo con las mujeres y hombres entrevistados, quienes presentan y construyen su realidad mediante los discursos, relaciones y contexto que los preceden.

Se utiliza el construccionismo social fundamentalmente porque se condice plenamente con la perspectiva de género e interseccionalidad, posibilitando cuestionar categorías de género socialmente impuestas, como las de “mujer” y “hombre” (Burr, 2015). Así, al ocupar esta perspectiva se facilita el conocimiento de los constructos elaborados por mujeres y hombres respecto de sus identidades y categorías de maternidad y paternidad, así como de sus diferencias y necesidades sobre las prácticas de cuidado y el consumo de sustancias.

Frente a esto, a medida que avanzó la investigación de la tesis doctoral, se optó por incluir a los padres, con el objetivo de conocer el contraste entre mujeres, pero también para conocer las necesidades de cada grupo, en especial, a los hombres porque a estos se les ha escindido socialmente del cuidado los/as hijos/as.

La perspectiva de género e interseccionalidad presentan una mirada crítica a este paradigma, al analizar cómo las disímiles relaciones entre hombres y mujeres estructuran las condiciones materiales y no materiales en las que las personas crían a sus hijas/os y consumen sustancias, expresándose de esta manera en los discursos y prácticas (Scott, 1990; Lamas, 1996; Lagarde, 1996), así como también en las experiencias y saberes de las personas (Lamas, 1996; Lagarde, 1996).

Sin embargo, el género no se aborda exclusivamente como diferencia entre mujeres y hombres, sino también como una fuente de desigualdad estructural, vinculado a otros sistemas de dominación (Scott, 1990). De esta manera, pasa a ser un instrumento basal para entender las problemáticas de las personas que consumen sustancias y que buscan modificar sus patrones de consumo (Esquivel et al., 2012). Ello es particularmente notorio en contextos de recuperación de consumo de sustancias, dado que los modelos de atención obvian la dimensión de género (Díaz et al., 2021), favoreciendo así la invisibilización de estas formas de consumo (Chang et al., 2019) y contribuyen a perpetuar el problema. Por todo lo antes expuesto, cabe señalar que la utilización de la perspectiva de género es una herramienta fundamental cuando se tiene como objetivo primordial la igualdad de género (ONU Mujeres, s/f).

Dentro de este paradigma, se considera pertinente escoger la Teoría Fundamentada Constructivista, la cual fue desarrollada por la autora Kathy Charmaz (2006, 2014). Esta es una visión contemporánea de la teoría fundamentada, a diferencia de la versión clásica de Glaser y Strauss (1967), la que destaca el papel activo del/la investigador/a en la construcción de conocimiento, considerando que los datos no emergen de forma neutral, sino que se co-construyen durante la interacción con los/as participantes. Así, el rol del o la investigadora implica tener una postura reflexiva durante todo el proceso y productos del estudio, mostrando que los datos y el análisis son constructos sociales (Charmaz, 2006).

La Teoría Fundamentada Constructivista es apropiada en este estudio, pues investiga las experiencias de grupos marginados o estigmatizados, como es el caso de madres y padres que consumen sustancias. De esta manera, permite desarrollar categorías analíticas inductivas y crear teoría a partir de los datos, desde una perspectiva situada y reflexiva. Esta estrategia metodológica coincide con el interaccionismo simbólico (Blumer, 1969) al buscar comprender los significados que las personas dan a sus acciones, relaciones y contextos cotidianos, reconociendo que el conocimiento se construye en la interacción social. Asimismo, incluir la interseccionalidad (Crenshaw, 1989) permite analizar cómo influyen las desigualdades estructurales y simbólicas que son expresadas en los discursos y prácticas de las personas, y cómo estas intersecciones influyen las prácticas de cuidado, consumo y participación en recursos sanitarios o judiciales.

Perspectiva de la investigación

El estudio se realiza desde una metodología cualitativa, debido a que su objetivo central es comprender, desde una perspectiva de género e interseccionalidad, las necesidades de madres, padres y sus prácticas de cuidado que se encuentran en dinámicas de consumo de sustancias y que están vinculados a redes de intervenciones en drogas. Esta perspectiva es la más apropiada para acceder a

sus experiencias, significados y prácticas cotidianas situadas en contextos desiguales y estigmatizantes (Denzin y Lincoln, 2011).

El enfoque cualitativo se encuentra orientado a la interpretación profunda de los discursos de las personas y sus vivencias, considerando el contexto en que se desenvuelve, su historia y cultura (Flick, 2015). Asimismo, busca comprender el objeto de estudio en sus relaciones sociales, mediante los significados subjetivos y atribuciones individuales de sentido (Flick, 2015). Este enfoque resulta ser coherente con el análisis de fenómenos complejos como lo es el género, las prácticas de cuidado y el consumo de sustancias, los que no pueden reducirse a variables o aislar sus elementos.

Además, se basa teóricamente en el interaccionismo simbólico, el cual tiene como propósito, conocer los significados subjetivos que las personas estudiadas establecen de sus procesos de interacción social (Flick, 2015). Así, el interaccionismo simbólico (Blumer, 1969), se configura como una oportunidad para conocer los significados asociados a la maternidad, paternidad, prácticas de cuidado y consumo de sustancias pueden modificarse mediante procesos interpretativos. En esta perspectiva, el género implica una construcción situada, que no constituye una característica esencial, sino una construcción situada que crea y es creada por las interacciones y prácticas sociales (West y Zimmerman, 1987).

Enfoques de género e interseccional

En coherencia con el paradigma constructivista, se incorporan los enfoques de género e interseccionalidad como lentes analíticas que permiten profundizar en la comprensión de las experiencias de maternidad y paternidad en contextos de consumo de sustancias. La perspectiva de género se entiende como un marco crítico que visibiliza que las diferencias entre mujeres y hombres no se limitan a lo biológico, sino que responden a construcciones sociales, culturales e históricas que estructuran relaciones de poder (Scott, 1990; Lamas, 1996). Desde esta perspectiva, no basta con desagregar datos por sexo, sino que resulta necesario identificar estereotipos, cuestionar roles naturalizados y analizar cómo estas representaciones inciden en las prácticas de cuidado, en los significados atribuidos a la maternidad y la paternidad, y en las trayectorias de consumo (Lagarde, 1996; ONU Mujeres, s/f). De esta manera, la perspectiva de género opera como una estrategia analítica y política orientada a la transformación social y a la promoción de la equidad.

Por su parte, la interseccionalidad amplía esta mirada al mostrar cómo distintos ejes de desigualdad - género, clase, etnicidad, edad o territorio- se entrecruzan y configuran experiencias específicas de opresión y privilegio (Crenshaw, 1989, 1991; Collins, 1990). Este enfoque posibilita superar visiones fragmentadas, permitiendo visibilizar a sujetos históricamente marginados, como mujeres migrantes o madres consumidoras estigmatizadas. Asimismo, autoras contemporáneas destacan su carácter transformador: Vivian May (2015) plantea que la interseccionalidad desestabiliza los imaginarios dominantes y cuestiona las formas hegemónicas de producir conocimiento, mientras que Rodó-Zárate (2021) incorpora la dimensión espacial y afectiva, mostrando que las desigualdades se viven en contextos concretos y atraviesan las emociones cotidianas.

En suma, los enfoques de género e interseccional guían el análisis de los datos de esta investigación al situar las experiencias de las personas participantes en relación con estructuras sociales más amplias, relaciones de poder y vivencias afectivas. Su incorporación asegura una comprensión más compleja y contextualizada del fenómeno estudiado, al mismo tiempo que orienta la reflexión hacia la construcción de políticas y prácticas más equitativas.

Diseño de la investigación

Esta investigación tiene dos diseños diferentes: uno teórico y otro empírico. En el diseño teórico, se describe el proceso de revisión sistemática de la literatura disponible sobre la temática estudiada. Y en el diseño empírico, se detalla el proceso de construcción de la recogida de datos de los dos estudios efectuados a personas que reúnen las características definidas.

Diseño teórico: Revisión Sistemática Cualitativa

En esta primera parte de la metodología, se revisa la literatura disponible sobre la perspectiva de género y su traducción y aplicación en intervenciones de drogas a la población afectada. Debido a la escasa bibliografía disponible, se logra obtener 33 artículos que abordan la temática.

Se utilizan 5 bases de datos para la búsqueda de información: Scielo, Redalyc, Pubmed, Dialnet y Google Académico; y se combinan los siguientes términos de búsqueda: tratamiento, rehabilitación, adicción, atención, drogas, sustancias, drogodependencias, perspectiva de género, enfoque, género, mujeres, madres, embarazadas y comunidad terapéutica (ver en detalle en tabla 1).

En cuanto al procedimiento de selección de los artículos, si bien no se desarrolla metodología PRISMA en formato cuantitativo de revisiones sistemáticas, se utiliza una adaptación de esta técnica para el formato cualitativo. De esto hacen referencia Booth et al. (2016), quienes explican que, para realizar revisiones sistemáticas bibliográficas, incluyendo los estudios cualitativos, se requieren adaptaciones metodológicas, puesto que valoran más la naturaleza interpretativa y contextual de los datos cualitativos.

A diferencia de las revisiones cuantitativas que buscan ser excesivamente detalladas, las revisiones cualitativas se centran más en un enfoque más selectivo y teóricamente informado (Booth et al., 2016). En lugar de usar los esfuerzos en incluir todos los estudios disponibles, se utiliza un muestreo teórico o por saturación, similar al usado en investigaciones cualitativas primarias, para así lograr una comprensión más profunda del fenómeno de estudio (Booth et al., 2016). De esta forma, en vez de tratar de incluir todos los estudios que contuvieran, al menos, una palabra clave, se consideraron sólo aquellos que contemplaran la temática de maternidad/paternidad y su cruce con el cuidado de hijo/as y el consumo de sustancias.

El proceso de selección y tamizaje se realiza de la siguiente manera: Se encuentran 1859 artículos introduciendo una combinación de palabras claves (ver tabla 1), las que, en un segundo momento, cuando se procede a leer los títulos o resúmenes, se descartan aquellos artículos que no consideran las palabras claves o que su uso no aborda el cruce de género y drogas, por lo que se descartan 1.800 y se mantienen 59. En una tercera instancia, en lectura profunda cada uno de los artículos seleccionados, se escogen 26, descartándose 33. Por último, se revisan todas las referencias de los 26 artículos seleccionados y se suman algunos artículos más, quedando un total de 33 artículos, los cuales corresponden a un resultado del cruce del consumo, intervenciones en drogas y género/mujeres/embarazadas/madres.

Tabla 1. Búsqueda de artículos

| 543ew1se de datos | Términos utilizados | Total arrojados | Seleccionados |
|--|---|--------------------|---------------|
| Redalyc | Perspectiva de género OR género AND atención OR tratamiento OR rehabilitación OR comunidad terapéutica AND drogas OR sustancias OR adicción OR drogodependencias AND mujeres OR madre OR embarazada | 235 | 6 |
| Scielo | (Perspectiva de género) AND (tratamiento) AND (drogas) OR (adicción) OR (drogodependencias) AND (mujeres) | 64 | 2 |
| | uso de drogas OR dependencia a drogas AND perspectiva de género AND mujer OR madre | 18 | 3 |
| | (maternidad) AND (consumo de drogas) | 6 | 1 |
| | (perspectiva de género) AND (atención en salud) AND (atención OR tratamiento) | 175 | 1 |
| | (perspectiva de género) AND (salud) AND (profesionales de salud) | 104 | 2 |
| Dialnet | Perspectiva de género AND drogas | 266 | 2 |
| Pubmed | ((gender perspective) AND (drug)) AND (woman)) | 397 | 3 |
| | ((gender perspective) AND (rehabilitation AND drug addiction)) AND (woman)) | 14 | 1 |
| Google Scholar | (Perspectiva de género) + (atención O tratamiento O rehabilitación O comunidad terapéutica) + (drogas O sustancias O adicción O drogodependencias) + (mujeres O madre O embarazada) + (hombres) | 755 | 5 |
| Pre-seleccionados | | 59 | 26 |
| Revisión de referencias de artículos seleccionados | | | 8 |
| Totales | | 1859 | 33 |

Para mostrar en detalle la literatura seleccionada, se presenta una segunda tabla resumen de los artículos seleccionados (tabla 2). En ella se puede encontrar el título del artículo, año, autores/as, país, tipo de metodología, muestra, perspectiva de género y resumen de cada estudio. Como se puede observar, los estudios tienen distintos países de procedencia: 14 de España, 4 de Chile, 4 de Brasil, 3 de México, 2 de Argentina, 1 de Colombia, 1 de Estados Unidos, 1 de Alemania, 1 de Israel, 1 Bélgica y 1 de Uruguay. Así, cerca de la mitad de ellos (16; 48,5%) provienen del continente europeo, la otra mitad (16; 48,5%) son de América, y sólo 1 (3%) procede de Asia.

En cuanto al tipo de metodología, 20 (61%) son cualitativos, 6 (18%) son cuantitativos, 3 (9%) mixtos y 4 (12%) no específica. Respecto al año de publicación: La mitad de ellos (16; 48,5%) corresponden a los últimos 10 años: 2015-2021; 11 (33,5%) están entre el 2009-2014 y 6 (18%) entre 2003-2008. Finalmente, la totalidad de ellos señalaban incluir perspectiva de género.

Tabla 2. Tabla resumen de artículos seleccionados

| N | Título artículo | Año | Autores/as | País | Tipo de metodología | Muestra | Declaran usar perspectiva de género | Resumen del artículo |
|---|---|------|---|----------------|--|-------------------------------------|-------------------------------------|--|
| 1 | Las personas usuarias de drogas especialmente vulnerables y los derechos humanos | 2005 | Arana, Xabier y Germán, Isabel | España | Cualitativa de carácter documental o teórico-analítico | Revisión teórica | Sí | Algunos/as usuarios/as consumidores de drogas, debido a la exclusión social, visualizan vulneraciones a sus derechos fundamentales. Entre ellos, se destacan particularmente los que presentan patologías duales y las mujeres, por su mayor vulnerabilidad. |
| 2 | Características socioambientales y familiares de las mujeres drogodependientes incluidas en el programa de mantenimiento con metadona en la UAD de OFRA | 2015 | Arbelo, Ahinoam y Puyol, Berta | España | Cuantitativa de tipo descriptivo | 30 mujeres | Sí | El estudio analiza a mujeres en situación de drogodependencia en tratamiento con metadona en Ofra, acentuando la necesidad de enfoques de intervención con perspectiva de género, con la finalidad de superar obstáculos como la estigmatización y la exclusión social. |
| 3 | Salud Mental, género, educación social en mujeres reclusas del Centro de Rehabilitación Femenino El Buen Pastor de Barranquilla (Colombia) (2015-2016) | 2016 | Aristizábal, Edith; Ríos, Ana y Del Pozo, Francisco | Colombia | Mixta, investigación-acción | 18 mujeres | Sí | El estudio analiza características de mujeres confinadas en el Centro de Rehabilitación Femenino El Buen Pastor de Barranquilla, Colombia, desde un enfoque de género, focalizándose en la salud mental y educación social. |
| 4 | Effectiveness of substance abuse treatment programming for women: a review | 2003 | Ashley, Olivia; Marsden, Mary y Brady, Thomas | Estados Unidos | Cuantitativa, revisión sistemática de literatura | Revisión de literatura, 38 estudios | Sí | El artículo revisa 38 estudios acerca de programas de tratamientos de drogas dirigidos a mujeres, destacando componentes tales como cuidado infantil, atención prenatal y el enfoque en salud mental, estos se asocian con mayores resultados terapéuticos y sociales, como reducción de consumo, mejor salud mental y reducción del riesgo de contraer VIH. |
| 5 | Evaluación Cualitativa del “Programa de Tratamiento y rehabilitación | 2013 | Bacigalupo, Loreto; Poyanco, | Chile | Cualitativa con un enfoque evaluativo e interpretativo | 6 mujeres, 3 profesionales | Sí | Evaluación cualitativa acerca de un programa de tratamiento y rehabilitación residencial con enfoque de género para mujeres adultas con consumo de drogas, ejecutado en el Centro de Tratamiento y Rehabilitación de |

| | | | | | | | | |
|---|--|------|--|-----------|---|---------------------------|----|---|
| | residencial con perspectiva de género para mujeres adultas con consumo de drogas”, del Centro de Tratamiento y rehabilitación de mujeres con dependencia severa de alcohol y drogas (CTR) del Hospital de Peñablanca | | Cristina y Quaas, Cecilia | | | | | Mujeres con Dependencia Severa de Alcohol y Drogas (CTR) del Hospital de Peñablanca, en Chile. El estudio busca comprender las experiencias de usuarias participantes y en analizar cómo la incorporación de perspectivas de género incluye en sus procesos de rehabilitación. |
| 6 | Diferencias de género en la adicción e implicaciones terapéuticas | 2005 | Blanco, Pilar; Sirvent, Carlos y Palacios, Leandro | España | Cualitativa, enfoque teórico y de revisión narrativa | Revisión de literatura | Sí | Este artículo analiza cómo las adicciones inciden de manera diferente tanto en hombres como mujeres, enfatizando la necesidad de enfoques terapéuticos diferenciados. Se abordan aspectos como mayores índices de prevalencia de trastornos afectivos en mujeres, dependencia relacional y bidependencia, así como la relevancia de programas de tratamiento específicos que consideren estas diferencias de género. |
| 7 | Hombres, mujeres y drogodependencias | 2016 | Cantos, Raquel | España | Cualitativa, análisis documental y discursivo | 9 mujeres, 9 hombres | Sí | Entrevistas en profundidad con personas en situación de consumo y consultas a expertos en la materia para comprender cómo los mandatos de géneros tienen incidencia en patrones de consumo, imagen social, percepción del riesgo y acceso al tratamiento entre hombres y mujeres. Los resultados indican que las mujeres enfrentan una mayor estigmatización y barreras específicas en el tratamiento a causas asociadas a roles sociales tradicionales y expectativas de género. |
| 8 | O acesso ao tratamento de usuárias de crack sob a perspectiva dos profissionais de saúde | 2020 | Cardoso, Tais; Santos, Marcelo y Peres, Simone | Brasil | Cualitativa, entrevistas semiestructuradas y observación participante | 10 profesionales de salud | Sí | El estudio analiza las percepciones de los/as profesionales de salud acerca del acceso al tratamiento de mujeres usuarias de Crack en un Centro de Atención Psicosocial – Alcohol y Drogas (Caps AD) en la ciudad de Río de Janeiro, Brasil. Los resultados destacan las barreras geográficas, organizacionales y socioculturales que enfrentan estas mujeres, así como la necesidad de enfoques más flexibles y sensibles al género en los servicios de salud. |
| 9 | Emociones en suspenso: Maternidad y consumo de pasta | 2012 | Castilla, Victoria y | Argentina | Cualitativa, con enfoque etnográfico | 14 entrevistas a líderes | Sí | Se focaliza en cómo el consumo intensivo de esta sustancia afecta las dinámicas emocionales asociadas con la maternidad. El estudio enfatiza la complejidad de las |

| | | | | | | | | |
|----|--|------|--|--------|--|---|----|--|
| | base/paco en barrios marginales de Buenos Aires | | Lorenzo, Gimena | | | comunitarios y a familiares y 29 entrevistas a usuarios y ex-usuarios | | maternidades en contextos de pobreza y consumo problemático de drogas, y cómo las mujeres negocian sus roles maternos en medio de estas circunstancias. |
| 10 | Retos y perspectivas sobre las drogodependencias y género | 2005 | Del Pozo, Juan | España | Cualitativa, enfoque teórico y de revisión crítica | Revisión de literatura | Sí | En este artículo se revisan las principales áreas de trabajo en el área de las drogodependencias desde un enfoque de género. Analiza datos epidemiológicos diferenciales y aborda la etiología del problema. Así también, proporciona una mirada crítica de la prevención, el tratamiento y la investigación del abuso de drogas en el colectivo femenino. |
| 11 | Reflexiones desde las Terapias Ocupacionales desde el Sur: violencia estructural, derechos humanos y género en procesos de acompañamiento de mujeres durante el embarazo y maternaje | 2021 | Díaz, Mónica; Palomino, Tamara; Quintana, Natalia; Palacios, Mónica y Aracena, Paulina | Chile | Cualitativa, relato de experiencia | Reflexión sobre prácticas de acompañamiento | Sí | El artículo reflexiona acerca de la labor de terapeutas ocupacionales en un programa chileno que interviene a mujeres embarazadas o púerperas en situación de consumo. Estudia cómo la violencia estructural y las desigualdades de género perjudican estos procesos, y plantea prácticas terapéuticas con enfoque de derechos humanos, género e interseccionalidad. |
| 12 | Género y toxicodependencia, Una mirada interseccional | 2019 | Escudero, Carlos | Chile | Cualitativa, con enfoque teórico y reflexivo | Estudios previos y reflexiones del autor | Sí | Este artículo analiza cómo las construcciones sociales de género repercuten en las percepciones y tratamientos de la toxicodependencia. El autor argumenta que las políticas y discursos acerca de drogas han sido históricamente masculinizados, lo que ha invisibilizado las experiencias y necesidades específicas de las mujeres. Se propone una perspectiva interseccional que considere los múltiples factores de desigualdad, como género, clase y etnia, para comprender de manera exhaustiva los procesos de consumo y diseñar intervenciones más inclusivas y efectivas. |
| 13 | Mujeres consumidoras de drogas inyectables y sus problemas de salud | 2012 | Esquivel, Pascuala; Ortiz, María de la Luz y Ortiz, Raúl | México | Cualitativa, entrevistas en profundidad | 11 mujeres | Sí | Por medio de entrevistas en profundidad, se identificaron problemáticas de salud como infecciones por hepatitis B y C, síntomas de abstinencia, y enfermedades de transmisión sexual. El estudio refiere la importancia de abordar estas problemáticas desde una perspectiva de género, tomando en consideración las condiciones de vida |

| | | | | | | | | |
|----|--|------|--|------------------|--|---|----|--|
| | | | | | | | | y la subjetividad de las mujeres afectadas por esta temática. |
| 14 | Mujeres, adicción y rehabilitación: Reflexiones desde la frontera noroeste de México | 2015 | Galaviz, Gloria | México | Cualitativo, etnográfico | 90 mujeres, 5 centros | Sí | Se analiza cómo los modelos de intervención terapéutica predominantes en los centros de rehabilitación para mujeres con consumo problemático de drogas en Tijuana, México, se basan y reproducen el rol tradicional de la mujer. La autora enfatiza la centralidad de la dimensión social en la comprensión de las adicciones, como detonante de comportamientos adictivos y estigmas, y variable que influye en el diagnóstico y tratamiento. |
| 15 | Informe sobre l'indicador d'inicis de tractament amb o sense substància: any 2021 | 2021 | Generalitat de Catalunya. Agència de Salut Pública de Catalunya, Sub-direcció General de Drogodependències | España, Cataluña | Cuantitativo de datos administrativos | 14.137 inicios de tratamiento en los CAS de Cataluña durante 2021 | Sí | El 45% identificados de estos inicios correspondieron al alcohol, continuando por la cocaína (24%) y el cannabis (13%). Solo una de cada cuatro personas que comenzaron el tratamiento eran mujeres, destacando una menor representación femenina en los tratamientos por sustancias ilegales. Así también, se visualizaron diferencias significativas en relación con la edad y la situación socioeconómica, correspondiendo a las personas con dependencia de heroína las que exhiben condiciones más desfavorables. |
| 16 | Barreres per a l'accés al tractament, segons el gènere, entre consumidors i consumidors de substàncies que no busquen ni reben tractament. Un treball tècnic. Departament de Salut: Generalitat de Catalunya | 2012 | Gilchrist, Gail; Blazquez, Alicia; Pons, Alba; Coronado, Marta; Colom, Joan y Torrens, Marta | España, Cataluña | Cualitativa con enfoque aplicado | 26 personas usuarias, 27 profesionales | Sí | El estudio identifica factores de carácter específicos que obstaculizan el acceso al tratamiento para mujeres, tales como: estigmatización social, falta de recursos focalizados a sus necesidades y responsabilidades en contextos familiares, y la insuficiente detección de consumo en servicios de salud. No obstante, se enfatiza la importancia de implementar perspectivas de género en los programas de tratamiento para mejorar la accesibilidad y vigor de las intervenciones. |
| 17 | A qualitative study of barriers and facilitators in treating drug use among Israeli mothers: An intersectional perspective | 2017 | Gueta, Keren | Israel | Cualitativa con enfoque interpretativo | 25 madres | Sí | Este estudio cualitativo investiga los desafíos y facilitadores en el tratamiento del consumo de drogas entre madres israelíes, aplicando una perspectiva interseccional. El estudio enfatiza en la necesidad de políticas y prácticas sensibles al género e interseccionales para optimar tanto los accesos, como la eficacia del tratamiento para mujeres con problemas de consumo de sustancias. |
| 18 | Mujeres en comunidades | 2020 | Hansen, Gisela; Deus, | España, Cataluña | Cuantitativa y transversal, | 114 mujeres | Sí | Analiza los factores sociales y clínicos que influyen en la cotidianidad de las mujeres consumidoras de sustancias y |

| | | | | | | | | |
|----|---|------|---|-----------|--|--|----|--|
| | terapéuticas de adicciones: perfil psicosocial, prevalencia de violencia de género en el ámbito de la pareja y barreras en el tratamiento | | Joan; Gutiérrez, Teresa y Limonero, Joaquín | | análisis descriptivo y comparativo | | | que pueden irrumpir en los resultados de los tratamientos residenciales en las Comunidades Terapéuticas |
| 19 | Actitudes de residentes urbanos hacia las personas con abuso de drogas en cinco distritos de la comuna de Concepcion, Chile | 2019 | Jara-Concha, Patricia y Cumsille, Francisco (2019) | Chile | Cuantitativa, descriptivo y transversal | 121 personas | Sí | El estudio indaga las actitudes de residentes de Concepción (Chile) hacia personas con abuso de drogas. Así también, detecta percepciones ambivalentes, con la presencia de estigma, especialmente entre mujeres y personas con creencias religiosas. Se propone promover la sensibilización comunitaria para reducir prejuicios hacia esta población. |
| 20 | Equidad de género en la adherencia al tratamiento de adicciones. Representaciones y prácticas de profesionales y pacientes en un servicio de internación de un hospital público | 2010 | Jeifetz, Vanesa y Tajer, Débora | Argentina | Cualitativo, exploratorio-descriptivo. | 11 informantes claves y 14 profesionales | Sí | La investigación analiza cómo las representaciones de género tienen una incidencia importante en la adherencia al tratamiento de adicciones en un hospital público de Buenos Aires. A través de entrevistas y observación, se identifican desigualdades en el abordaje de varones y mujeres, y enfatiza en la necesidad de incorporar la perspectiva de género en las prácticas clínicas para promover mayor equidad y representación en salud. |
| 21 | El doble estigma de la mujer consumidora de drogas: Estudio cualitativo sobre un grupo de auto apoyo de mujeres con problemas de abuso de sustancias. | 2013 | Llort, Antoni; Ferrando, Sara; Borrás, Tre y Purroy, Imma | España | Cualitativa, enfoque participativo y crítico | 8 mujeres, 2 entrevistas grupales | Sí | Analiza las experiencias de mujeres con problemas de abuso de sustancias que son partícipes en grupo de autoapoyo. Se identifican y sitúan las desigualdades de género y los estigmas asociados que enfrentan estas mujeres, tanto por su consumo de drogas como por desafiar los roles tradicionales establecidos al género femenino. El artículo enfatiza en la relevancia de los grupos de apoyo como espacios de empoderamiento y mejora en la calidad de vida de participantes. |
| 22 | Dificultades en la atención a mujeres con hijos y trastorno de adicción, desde una perspectiva de género | 2016 | Márquez, Lidia y Lorenzo, Andrés | España | Cualitativa, Reflexiva / Crítica. | Revisión de literatura | Sí | Inspecciona las barreras estructurales, institucionales y culturales que afrontan las mujeres consumidoras de drogas, especialmente aquellas que son madres, insertas en los programas de adicción. |
| 23 | PatientInnenorientierung in der Rehabilitation - Die Genderperspektive | 2008 | Mittag, Oskar y Grande, Gesine | Alemania | Revisión narrativa y análisis teórico | reflexión de estudios previos y | Sí | El artículo analiza carencias de perspectivas de género en la rehabilitación, evidenciando que mujeres y hombres enfrentan necesidades y desafíos distintos. Realiza una |

| | | | | | | | | |
|----|---|------|---|---------|--|------------------------|----|---|
| | | | | | | revisión de literatura | | revisión programas orientados al género y sitúa diferencias en los resultados de rehabilitación, señalando vacíos en la investigación acerca de esta temática. |
| 24 | Género y adherencia al tratamiento: Mujeres drogodependientes de un centro de integración juvenil en el norte de México | 2012 | Núñez, Guillermo y Rendón, Alejandro | México | Mixta, cuantitativa descriptiva y cualitativa exploratoria | 2 mujeres | Sí | El estudio analiza cómo los factores de género influyen en la adherencia al tratamiento de mujeres drogodependientes en un centro del norte de México. Por medio de entrevistas, evidencia que la violencia de género dificulta la adherencia, mientras que el apoyo familiar y la amenaza de perder la custodia de los hijos la favorecen. |
| 25 | Consumo de drogas durante el embarazo: efectos sobre el binomio materno-fetal, recién nacido y primera infancia. Modalidades terapéuticas y estrategias de prevención | 2010 | Pascale, Antonio | Uruguay | Revisión bibliográfica descriptiva | Revisión de literatura | Sí | Examina los efectos del consumo de drogas durante el proceso de gestación de la madre, el feto, el recién nacido y la primera infancia. Así también, advierte acerca de riesgos como malformaciones, peso deficiente al nacer, síndrome de abstinencia neonatal y alteraciones del neurodesarrollo. De igual manera, propone estrategias preventivas y terapéuticas, con evidencia empírica internacional y experiencias del sistema de salud uruguayo. |
| 26 | La mirada de género en el abordaje de los usos y abusos de drogas | 2010 | Romo, Nuria | España | Cualitativa, revisión crítica de literatura | Revisión de literatura | Sí | El presente estudio destaca la relevancia de incorporar enfoques de género en el abordaje disciplinario del consumo de drogas, situando que las mujeres enfrentan vulnerabilidades y estigmas específicos que han sido ignorados por los enfoques tradicionales de intervención y prevención. |
| 27 | Intervención psicológica en mujeres drogodependientes: una revisión teórica | 2016 | Ruiz-Olivares, Rosario y Chulkova, Mina | España | Revisión teórica | Revisión de literatura | Sí | El artículo realiza una revisión de las dificultades de mujeres drogodependientes en el acceso y adherencia al tratamiento, y así también, expone intervenciones psicológicas sensibles al género que consideren factores como la violencia de género, maternidad, estigma y patologías duales. |
| 28 | Women's views on barriers and facilitators for seeking alcohol and drug treatment in Belgium | 2020 | Schamp, Julie; Simonis, Sarah; Roets, Griet; Van Havere, Tina; Gremeaux, Lies y Vanderplasschen, Wouter | Belgica | Cualitativa, mediante entrevistas en profundidad | 60 mujeres | Sí | El estudio analiza los desafíos y facilitadores que enfrentan 60 mujeres en Bélgica para acceder a tratamiento por consumo de sustancias. Entre ellos destacan el estigma, temor a perder la custodia de los hijos/as y la falta de servicios e intervenciones con perspectiva de género. |

| | | | | | | | | |
|----|--|------|---|--------|--|------------------------------|----|--|
| 29 | La perspectiva de género y los profesionales de la salud: apuntes desde la salud colectiva brasileña | 2014 | Schraiber, Lilia y d'Oliveira, Ana | Brasil | Análisis teórico y revisión crítica de literatura | Revisión de literatura | Sí | El artículo analiza cómo se implementa la perspectiva de género en la salud colectiva brasileña, señalando progresos en la investigación y políticas, pero también visualizando limitaciones en su aplicación práctica por parte de los profesionales de la salud. |
| 30 | Estereótipos de gênero no cuidado psicossocial das usuárias de cocaína e crack | 2018 | Silva, Érika; Pereira, Adriana y Penna, Lúcia | Brasil | Cualitativa, utilizando entrevistas semiestructuradas y observaciones sistemáticas | 17 profesionales de salud | Sí | Se lograron identificar estereotipos asociados al género que perciben a estas mujeres como frágiles, emocionalmente dependientes y ubicadas en el ámbito doméstico. Estas creencias tradicionales en relación con el rol de la mujer influyen en prácticas de cuidado reduccionistas, enfatizando en la necesidad de una comprensión más profunda en materias de género en el proceso salud/enfermedad mental. |
| 31 | Drug Use and Gender in the Life Histories of young, middle class adults in Rio de Janeiro, Brazil | 2021 | Silva, Patricia; Souza, Cecília y Peres, Simone | Brasil | Cualitativa, etnografía y entrevistas | 11 personas | Sí | Esta investigación analiza las historias de vida de jóvenes de clase media en Río de Janeiro, situándose en el uso de drogas desde una perspectiva de género. Se visualiza que las mujeres jóvenes enfrentan mayores índices de estigmatización y dependencia social en el acceso a drogas, como violencia de género en propios contextos de consumo. |
| 32 | La mujer drogodependiente: especificidad de género y factores asociados | 2004 | Urbano, Aurora y Arostegi, Elisabete | España | Mixta | 22 profesionales, 56 mujeres | Sí | Esta obra explora las características del consumo de drogas en mujeres, destacando cómo factores de carácter social, culturales y de género influyen en su adicción y en las barreras para acceder a tratamientos adecuados. Mediante testimonios y datos, las autoras señalan la necesidad de enfoques terapéuticos que consideren los diversos factores asociados al género en la atención a mujeres drogodependientes. |
| 33 | Opinions i necessitats respecte a la perspectiva de gènere a la XAD | 2012 | Valls, Ester; Geldschläger, Heinrich y Ginés, Oriol | España | Cuantitativa, mediante encuesta en línea | 74 profesionales | Sí | El informe exhibe los resultados de una encuesta realizada a profesionales de la XAD en Cataluña, con el objetivo de conocer sus narrativas y necesidades respecto a la integración de la perspectiva de género en la atención a las drogodependencias. Los resultados evidencian una concientización general acerca de la importancia de este enfoque, no obstante, identifican barreras tales como la falta de formación específica, recursos limitados y la necesidad de protocolos y planes de intervención concretos para su implementación efectiva. |

Además de la recopilación y revisión del material, se efectúa un análisis de contenido temático -análisis clásico dentro de la metodología cualitativa para analizar material textual-caracterizado por la construcción de categorías que emergen del material obtenido (Flick, 2015). El objetivo es resumir el material recogido buscando realizar una lectura comprensiva e interpretativa de la información (Flick, 2015). El análisis se organiza en torno a categorías temáticas (Flick, 2015).

De esta manera, con el análisis temático se obtienen tres categorías con sus dimensiones, las que se detallan consecutivamente: (1) Características de las mujeres drogodependientes: (a) Daños asociados a la adicción y (b) Dificultad de inicio, adherencia y abandono del tratamiento; (2) Aspectos para considerar en el tratamiento con mujeres: (a) Mujeres y (b) Familia, pareja e hijos/as; (3) Programas y prácticas profesionales con perspectiva de género: (a) Capacitaciones, (b) Supervisiones y (c) Acciones efectivas.

Diseño empírico: Construcción de los Estudios Empíricos

En la segunda parte del acápite metodológico, se describe el proceso de construcción de dos estudios empíricos, los cuales se abordan en siete subapartados. Se comienza con la *Perspectiva de la investigación*, la que incluye la justificación, el enfoque específico y el paradigma epistemológico; luego se trata el *Diseño de la investigación*, con el tipo de diseño y el contexto del estudio; se continúa con los *Sujetos de estudio*, donde se describe los criterios de selección, número de participantes y perfil general. El cuarto apartado es la *Técnica de recolección de datos*, que aborda los grupos focales, protocolos utilizados y duración, frecuencia y contexto de las sesiones; posteriormente, se aborda el *Procedimiento*, donde se particulariza paso a paso la recolección de datos. El sexto apartado es el *Análisis de los datos*, que desarrolla el método y el proceso paso a paso del análisis; y finalmente las *Consideraciones éticas y políticas*, en la que se detalla el consentimiento informado, confidencialidad, autorización del comité de ética y el resguardo de la identidad de los/as participantes.

Tipo de diseño empírico

A continuación, si bien se detallan aspectos del diseño de investigación empírica, es necesario señalar que se parte de la base que esta teoría implica la emergencia de los datos, por lo que no se puede determinar todo de forma preconcebida (Strauss y Corbin, 2002). Por ello, tener la cualidad de variación de los métodos, flexibilidad en el diseño, entrega una ventaja para llegar a una teoría (Strauss y Corbin, 2002).

El diseño metodológico corresponde a un estudio cualitativo de tipo exploratorio, con enfoque de Teoría Fundamentada Constructivista, articulado con un estudio de casos. Esta combinación permite conocer en profundidad las experiencias de madres, padres y sus prácticas de cuidado en relación con el consumo de sustancias, las que se desarrollan también en contextos sanitarios y judiciales, así como en tratamientos de drogas (Yin, 2003).

Teniendo en consideración todo lo antes expuesto, se puede señalar que el estudio de caso es ad hoc al estudio, ya que buscar conocer el fenómeno de estudio en el contexto en que se desarrolla (Sandoval, 2002) y detallar las interacciones en su contexto (Sotelo y Castillo, 2019). Si bien es un estudio de caso, es un estudio de múltiples casos (Sandoval, 2002). “El caso en estudio puede ser una cultura, una sociedad, una comunidad, una subcultura, una organización, un grupo o fenómenos tales como creencias, prácticas o interacciones, así como cualquier aspecto de la existencia humana” (Sandoval, 2002, p. 91).

Se trata de un diseño que no parte de hipótesis previas, sino que busca generar categorías teóricas a partir de los datos empíricos, con el fin de comprender los significados atribuidos por los sujetos a su experiencia como cuidadores/as y consumidores/as en relación con los dispositivos de intervención. A lo que Strauss y Corbin precisan, “Debido a que las teorías fundamentadas se basan en los datos, es más posible que generen conocimientos, aumenten la comprensión y proporcionen una guía significativa para la acción” (2002, p.22).

Este diseño permite que la teoría se construya desde la voz de los/as participantes, validando las distintas experiencias según el género, el rol materno/paterno y el contacto con las redes, al mismo tiempo que se analizan las particularidades de cada caso en su contexto específico.

Sujetos de estudio

La muestra es de tipo estructural, no aleatoria, no probabilística, ya que las personas participantes son seleccionadas por oportunidad y accesibilidad (Duque y Díaz-Granados, 2019). Respecto de los criterios de selección de la muestra, en el marco de la teoría fundamentada, se puede señalar que se basa en un muestreo teórico, es decir, que se va construyendo en la medida que avanza la investigación y lo va requiriendo la teoría emergente (Sandoval, 2002). Sandoval (2002, p.85) lo explica así:

El muestreo teórico es el proceso de recolección de datos que permite la generación de teoría a través de sucesivos estadios, determinados por los cambios en los criterios para seleccionar los entrevistados de acuerdo con los aprendizajes que se hubiesen podido derivar de las fuentes de datos previos. Los participantes se escogen a partir de estos hallazgos más que con base en un diseño previo.

El muestreo de casos homogéneos se propone examinar en profundidad un subgrupo específico. Esta técnica es usada frecuentemente para formar grupos focales, seleccionando a participantes que compartan una experiencia común relacionada con el tema central de la investigación (Sandoval, 2002).

A pesar de la dificultad de planear especificidad, se trazan los siguientes criterios de selección: personas mayores de edad, que tengan/tuvieran consumo de alguna sustancia (cánnabis, alcohol, cocaína, policonsumo), que tuvieran hijos/as o hayan pensado en la maternidad/paternidad, que residieran en Cataluña, que asistieran a alguna de las cuatro organizaciones participantes (Mujeres Cannábicas, Metzineres, Hospital Clínic, Associació Connexus). Se excluyen personas que no hablan castellano, que tuvieran un trastorno mental

grave, un trastorno cognitivo grave o estar bajo el efecto de las drogas al momento del grupo focal.

En el estudio participaron en total 24 personas, 20 mujeres y 4 hombres. La muestra de hombres (4) y el grupo de mujeres que consumen cocaína y alcohol (3) fue menor (7) que los otros dos grupos (17), puesto que se desarrollaron en pandemia y fue más complejo el reclutamiento y la ejecución de los grupos focales. De esta forma, la constitución y distribución de los grupos fue la siguiente: 8 mujeres que consumen cánnabis, 9 mujeres con policonsumo, 3 mujeres que consumen alcohol y cocaína y 4 hombres que consumen cocaína y/o policonsumo. La representatividad teórica en este caso apunta construir categorías que emerjan de los datos, que puedan ser refinadas mediante el muestreo y la saturación teóricos, esta no apunta como en metodología cuantitativa a tener una representatividad estadística que conforme equitativamente el número de participantes en cada grupo (Charmaz, 2014).

El promedio de edad de las personas participantes fue de 41 años, en las mujeres fue de 41 años y en los hombres de 40 años de edad. De las 24 personas, sólo 3 de ellas no tenían hijos/as.

A continuación, se muestran dos tablas, una de mujeres y otra de hombres, donde se recogen los siguientes datos: agrupación a la que pertenecen, tipo de sustancia consumida, edad, orientación sexual, nivel de estudios, actividad, tenencia de hijos/as, unidad de convivencia y origen de procedencia.

Conformación y caracterización de los grupos focales

Tabla Grupos Mujeres

| ID | Grupo | Sustancia | Edad | Orientación sexual | Nivel estudios | Actividad | Hijos/as | Unidad de convivencia | Origen |
|-----|---------|-------------|------|--------------------|--------------------------|--|----------|-----------------------|----------------|
| P1 | REMA** | Cánnabis | 35 | Heterosexual | Máster | Técnica de Género (Administración pública) | 1 | Pareja, hija | Barcelona |
| P2 | REMA | Cánnabis | 40 | Heterosexual | Diplomatura | Autónoma (venta online y grow shop) | 3 | Pareja, 3 hijos/as | Madrid |
| P3 | REMA | Cánnabis | 36 | Heterosexual | Técnica Superior | Autónoma | 1 | Hijo | Barcelona |
| P4 | REMA | Cánnabis | 41 | Heterosexual | Formación profesional | Pensionada | 0 | Pareja | Barcelona |
| P5 | REMA | Cánnabis | 36 | Heterosexual | Bachillerato | Autónoma | 1 | Pareja, hijo | Alemania |
| P6 | REMA | Cánnabis | 50 | Bisexual | Universitario incompleto | Desocupada | 1 | Hijo | Argentina |
| P7 | REMA | Cánnabis | 36 | Heterosexual | Formación profesional | Agricultora | 1 | Pareja, hijo | Ciudad Real |
| P8 | REMA | Cánnabis | 40 | Heterosexual | Universitaria | Panadera | 1 | Pareja, hija | Brasil |
| PM1 | RD *** | Policonsumo | 52 | Personas | Educación básica | Pensionada | 2 | Sola, calle | Barcelona |
| PM2 | RD | Policonsumo | | | | | | | |
| PM3 | RD | Policonsumo | | | | | | | |
| PM4 | RD | Policonsumo | | | | | | | |
| PM5 | RD | Policonsumo | | | | | | | |
| PM6 | RD | Policonsumo | 46 | Heterosexual | Universitaria | Educadora social | 2 | Pareja | Barcelona |
| PM7 | RD | Policonsumo | 45 | Bisexual | Primaria | Desocupada | 1 | Sola, calle | Argentina |
| PM8 | RD | Policonsumo | | | | | | | |
| PM9 | RD | Policonsumo | | | | | | | |
| PC1 | CAS**** | Alcohol | 38 | Bisexual | Licenciatura | Dep. comunicación | 1 | Pareja | Castelldefells |
| PC2 | CAS | Alcohol | | | | | | | |
| PC3 | CAS | Alcohol | 43 | Heterosexual | Secundaria | Peluquera | 0 | Sola | Barcelona |

* No todas las participantes completaron o entregaron la ficha sociodemográfica solicitada previa a la realización del grupo focal.

** Red de Mujeres Anti-prohibicionistas (REMA)

*** Servicio de Reducción de Daños (RD)

**** Centros de atención y seguimiento a las Drogodependencias (CAS)

Tabla Grupo Hombres

| ID | Grupo | Sustancia | Edad | Orientación sexual | Nivel estudios | Actividad | Hijos/as | Unidad de convivencia | Origen |
|----|---------------------|-------------|------|--------------------|------------------|---------------------------|----------|----------------------------------|--------|
| P1 | Hospital Clínic | Cocaína | 46 | | | Trabaja (Gruista de obra) | 2 | Vive con su madre | España |
| P2 | Piso de reinserción | | 27 | | | | 0 | Solo | España |
| P3 | CESAM Manresa** | Policonsumo | 44 | Heterosexual | Graduado escolar | Trabaja (Mantenimiento) | 1 | Solo | España |
| P4 | CAS*** | Cocaína | 43 | Heterosexual | Graduado escolar | Trabaja (Carretillero) | 2 | Solo y sus hijos cuando le tocan | España |

* No todos los participantes completaron o entregaron la ficha sociodemográfica solicitada antes de la realización del grupo focal

** Centro de Salud Mental (CESAM)

*** Centros de atención y seguimiento a las drogodependencias (CAS)

Técnica de recolección de datos

Los datos fueron extraídos desde dos fuentes: bibliografía de distintos países disponibles y actualizadas del fenómeno estudiado, y discursos sobre las experiencias de maternidad y paternidad de personas que consumen sustancias que residen en la comunidad Cataluña, las que fueron recogidas mediante grupos focales.

Los grupos focales son una opción pertinente cuando lo que se busca analizar la discusión de una problemática particular que afecta a un grupo determinado de personas (Sandoval, 2002) como lo es el consumo de sustancias y la maternidad/paternidad. Es un medio colectivo de recolección de información, que se centra en la elección de personas que compartan algunas características particulares en relación con el objeto de estudio y aborden una temática específica (Sandoval, 2002). En este caso, personas mayores de edad que tienen consumo de alguna sustancia y que tienen hijos/as o han considerado tenerlos (o no).

Desde un punto de vista metodológico, la entrevista en el grupo focal es una buena manera de obtener una fuente básica de datos (Sandoval, 2002), así, debido a que es el tema de investigación no ha sido abordado de forma directa ni profunda, se considera que los grupos focales son una buena forma de comenzar a obtener información.

Para poder planificar y constituir los grupos focales, Sandoval (2002) enuncia ciertos criterios básicos:

“a) número de grupos que se estructurarán teniendo en cuenta que cada uno de ellos constituye una unidad de análisis en sí mismos, b) tamaño de los grupos dentro del rango ya planteado de 6 a 8, c) la selección de los participantes, y d) la determinación del nivel de involucramiento del investigador como moderador” (p. 146).

A su vez, el grupo focal considera una entrevista semiestructurada, puesto que a medida que avanza esta, se va enriqueciendo y reorientando (Sandoval, 2002), por lo cual, si bien se cuenta con un guion de preguntas previamente definido, se fueron añadiendo otras temáticas dependiendo de lo que iba apareciendo en el desarrollo cada grupo focal. De acuerdo con Merton (en Sandoval, 2002), la entrevista del grupo focal debe abarcar un máximo de temas relevantes, entregar información lo más específica posible, facilitar la interacción entre los/as participantes que posibilite la exploración de sentimientos con cierta profundidad y considerar el contexto personal desde donde cada participante da sus respuestas.

El guion de preguntas (ver anexo 3) fue transversal a todos los grupos, el cual contempló ocho temas a abordar: experiencias de maternidad, percepciones sobre la política sanitarias y recursos que atienden drogas, conocimientos, creencias y actitudes sobre salud, experiencias de apoyo de las redes, discursos de estigma, necesidades de las personas entrevistadas, e identificación de elementos que facilitan, mantienen o reducen el consumo de sustancias. Así, las preguntas se ciñeron a estas temáticas, las que fueron variando en cada ejecución de los grupos.

Trabajo de campo y procedimiento

La aproximación al fenómeno de estudio se llevó a cabo a finales de 2017 e inicios del 2018, cuando se ingresó al programa de doctorado. Se efectuó un mapeo de las redes en drogas que existían en Barcelona, dando como resultado el contacto y colaboración en una investigación con la Federació Catalana de Drogodependències (FCD). Gracias a esta entidad se logró y luego de un año de trabajo, se vinculó con la Subdirecció General d'Addiccions, VIH, Infeccions de transmissió sexual i Hepatitis Vírique, de la Agència de Salut Pública de Catalunya, con quienes también se procedió a colaborar en distintas investigaciones con el Programa Embarazo Sin Alcohol y Sin Drogas y que conforman la tesis doctoral.

Se conformó el protocolo de la investigación, el cual diseñó todas las etapas, desde el objeto de estudio, participantes, guiones de entrevistas, consentimientos informados, análisis de datos, entre otros. Asimismo, se confeccionó el material a utilizado (informativos, invitaciones, consentimientos, etc.).

Como parte del trabajo de campo, se presentó la documentación de la investigación en el Comité de Ética en la Experimentación Animal y Humana de la universidad Autònoma de Barcelona (CEEAH), la cual fue aprobada, momento en que se contactó a los/as participantes. Se procedió a la difusión para el reclutamiento, se realizó un listado, se firmaron los consentimientos informados, se completaron las fichas de datos personales y se ejecutaron los grupos focales.

La Subdirecció facilitó el contacto con distintas organizaciones ligadas al consumo de sustancias interesadas en estudiar a mujeres y hombres que son madres o padres, sus dinámicas de consumo y necesidades para poder intervenirlas. La convocatoria se puso en

práctica por medio de las cuatro organizaciones participantes (Mujeres Cannábicas, Metzineres, Hospital Clínic y Associació Conexus).

La convocatoria reunió 24 de personas adultas interesadas de participar del estudio, conformándose cuatro grupos focales según sustancia principal de consumo: El grupo de mujeres consumidoras de cánnabis (8 mujeres) fue convocado por la Asociación de Mujeres Cannábicas; El grupo de mujeres policonsumidoras (9 mujeres) fue llamado por Metzineres; el grupo de mujeres consumidoras de alcohol (3 mujeres) fue reclutado por el Hospital Clínic; y el grupo de hombres consumidores de cocaína y policonsumidores (4 hombres) fue reunido por la Associació Conexus.

El primer grupo focal se celebró en diciembre 2019 de manera presencial en dependencias de la Asociación de Mujeres Cannábicas. Este grupo lo conforman 8 mujeres consumidoras de cánnabis, quienes discuten el tema de la maternidad y el consumo de sustancias por más de 2 horas cronológicas. El segundo grupo focal fue del grupo mujeres policonsumidoras. Este se ejecutó en enero 2020 y se compuso de 9 mujeres usuarias de Metzineres, un Servicio de Intervención Especializado en Violencias Machistas que incorpora la reducción de daños, también con una duración de 2 horas cronológicas aproximadamente. El tercer grupo focal fue de 3 mujeres consumidoras de alcohol que se atendían en la unidad de adicciones del Hospital Clínic se desarrolló de forma virtual durante una hora y media cronológica, debido a la imposibilidad de reunirse presencialmente por restricción de contacto que genera la pandemia COVID-19. Finalmente, el cuarto grupo focal correspondió al grupo de hombres consumidores de cocaína y policonsumidores, el que se efectuó en noviembre 2022, participando 4 hombres de forma virtual (también por la pandemia) durante dos horas cronológicas.

Análisis de los datos

Los datos recopilados en los grupos focales fueron analizados desde la teoría fundamentada, la cual es entendida como “una teoría derivada de datos recopilados de manera sistemática y analizados por medio de un proceso de investigación” (Strauss y Corbin, 2002, p. 21), buscando pensar de manera abstracta y analizar las situaciones críticamente (Strauss y Corbin, 2002). El método que utiliza es la comparación constante de fragmentos de datos con otros, los que se extraen de transcripciones verbales, así, se identificaron conceptos relevantes que fueron codificados (Sandoval, 2002).

El proceso de análisis siguió las etapas clásicas de la teoría fundamentada, adaptadas a la mirada constructivista (Strauss y Corbin, 1990; Charmaz, 2006). Con este enfoque tanto la recogida de datos, el análisis como la teoría guardaron estrecha relación entre los tres procesos (Strauss y Corbin, 2002):

Codificación abierta: fueron descompuestos los datos en unidades de significado para generar códigos iniciales inductivos. Esto quiere decir que se identificaron conceptos y se logra determinar sus propiedades y dimensiones. Para ello, se requiere abrir el texto que descubra,

nombre y desarrolle los conceptos relevantes que permitan revelar ideas, pensamientos y significados contenidos en el texto.

Codificación axial: se establecieron relaciones entre las categorías con sus subcategorías, es decir, se enlaza las categorías con sus propiedades y dimensiones.

Codificación selectiva: se desarrolló una categoría central que articule el significado global del fenómeno estudiado, donde se integra y refina la teoría.

El análisis se realizó de forma tradicional, es decir, todo el proceso de análisis en distintas etapas antes descrito; se realiza de forma manual (Saldaña, 2021). Así, se trabaja directamente con las transcripciones impresas (Saldaña, 2021), sin apoyo de programas digitales especializados. Se opta por esta manera sólo por preferencia, ya que entrega una conexión más directa y profunda de los datos, y también porque la persona que investiga puede captar los significados de mejor manera, así como por la riqueza interpretativa que permite (Saldaña, 2021).

Se comenzó con el análisis de los grupos focales de mujeres, luego el de hombres, debido a que el de las mujeres se efectuaron primero y el grupo de hombres fue el último en llevarse a cabo. Se realiza un análisis por cada grupo (mujeres y hombres) debido a que se busca reconocer las necesidades de mujeres y hombres según la perspectiva de género; lo que permitió comprender las diferencias en distintos aspectos como atribuciones y prescripciones sociales y problemas de relación entre ellos/as (Lamas, 1996). Esto es beneficioso porque se reconocen sus motivaciones y características (Jeifetz y Tajer, 2010 y Romo, 2010) y, con ello, los requerimientos de cada grupo.

Igualmente, la lectura y el análisis de los datos, se llevaron a cabo desde un posicionamiento de la perspectiva feminista interseccional (Kimberlé Crenshaw, 1989 en Rodó-Zárate, 2021), donde el fenómeno conocido en sus propios contextos sociales, lo que en la población estudiada se encuentran marcados por desigualdades de género, socioeconómicas, etnia, raza y clase social (Davis, 1981, Tapalde Mohanty, 1988, Crenshaw, 1994 en Rodó-Zárate, 2021). Este posicionamiento y lectura es totalmente atinente de acuerdo con el tipo de población estudiada (inicialmente mujeres) y por el contexto en que se encuentran insertas (dinámicas de consumo de sustancias).

La perspectiva feminista interseccional permite visibilizar las desigualdades sociales entre los géneros, la distribución del poder y los dispositivos en los que actúa (Rodó-Zárate, 2021). Asimismo, María Rodó-Zárate (2021) destaca que las experiencias y las emociones también se posicionan interseccionalmente, es decir, el lugar (posición social y geográfica) donde se desarrollan las vidas de las personas influye en cómo se experimentan las desigualdades, así también las emociones contribuyen a comprender cómo las personas viven y sienten las opresiones y privilegios en su vida cotidiana. Así, por ejemplo, esta perspectiva recoge las experiencias de las mujeres entrevistadas desde su mundo emocional y la posición social como el barrio en que viven.

La interseccionalidad es una herramienta que permite entender la manera en que las múltiples formas de discriminación se superponen y crean experiencias únicas de opresión (Crenshaw, 1991). Las que no son aditivas, es decir, no es la suma de raza, clase y género, sino interactivas (Collins, 1990).

Según Collins (1990) existe una "matriz de dominación", donde diferentes formas de opresión: como el racismo, sexismo, clasismo y heteronormatividad se entrelazan para estructurar las relaciones sociales. Esta matriz articula cómo se produce, reproduce y legitima el poder (Collins, 1990).

De esta manera, la interseccionalidad se entiende como una matriz de pensamiento sobre la construcción de semejanzas y diferencias y relaciones de poder (Rodó-Zárate, 2021); que cuestiona los límites normativos de las identidades políticas tradicionales (Crenshaw, 1991). Misma idea propone Vivian May (2015) refuerza que la interseccionalidad debe usarse como un marco teórico para desestabilizar las formas de conocimiento dominante, especialmente las que ocultan las experiencias de personas en los márgenes.

Además, sostiene que la interseccionalidad no es solamente una herramienta analítica que describe la realidad, sino también un proyecto político transformador (Crenshaw, 1991). Para abordar los problemas en su complejidad (raza, género, clase, estatus migratorio y otras dimensiones) se debieran proponer políticas que las incluyan, para que sean efectivas y justas (Crenshaw, 1991).

Desde un enfoque metodológico, la interseccionalidad propone desafíos como lo es la necesidad de articular marcos teóricos diversos y categorías que, en la práctica, actúan simultáneamente y de manera integrada (Rodó-Zárate, 2021). La autora en términos metodológicos propone los Mapas de Relieves de la Experiencia (Relief Maps), los que tienen como propósito recoger, organizar y examinar datos desde una perspectiva interseccional, considerando de manera integrada las dimensiones sociales (desigualdades), espaciales (lugares) y emocionales (experiencias subjetivas).

Rodó-Zárate (2021) sostiene que la interseccionalidad no se limita a ser un instrumento de análisis, sino que también constituye una estrategia política orientada a fortalecer las alianzas entre diversos movimientos sociales. Al entender las identidades y las múltiples formas de opresión, se genera mayor empatía, lo que facilita el diálogo y la colaboración entre las personas, con el objetivo de avanzar hacia una sociedad más equitativa.

Se realizó la devolución de los resultados a las organizaciones participantes mediante un informe ejecutivo de la investigación y luego de un artículo que resume todo el proceso y los resultados. Estos documentos fueron discutidos ampliamente con las organizaciones, quienes en su calidad de expertas entregaron sus comentarios, los que posteriormente fueron incorporados a los escritos. En cuanto a cada uno/a de los/as participantes, se desconoce la forma en que cada organización procedió a la devolución de los resultados a estos/as.

Consideraciones éticas y políticas

El considerar presentar la investigación al Comité de Ética en la Experimentación Animal y Humana de la universidad Autónoma de Barcelona (CEEAH)² fue una indicación de mi directora de tesis y un requerimiento de la Subdirecció General d'Addiccions, VIH, Infeccions de transmissió sexual i Hepatitis Vírique, de la Agència de Salut Pública de Catalunya, para conocer si el protocolo del estudio alcanzaba los estándares éticos exigidos. Cabe destacar que el CEEAH autorizó la investigación para poder desarrollarla.

La importancia de someterme al CEEAH, además de cumplir con la exigencia que implica la investigación con personas, implica tener conciencia sobre la particularidad de la población a la que se espera acceder, o sea, personas que tienen o tuvieron consumo de sustancias y que son madres o padres. De acuerdo con el informe de Belmont (National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research, 1979), la voluntariedad debe garantizarse, en especial cuando las personas que se espera participen del estudio pertenecen a una población vulnerable; como lo es la población a la que se espera entrevistar. Así también, se debe demostrar la pertinencia de incluir a las personas participantes cuando pertenecen a una población vulnerable, debido a que se debe evitar la injusticia por ser una población de fácil disponibilidad (National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research, 1979). La voluntariedad para participar debe ser libre de coerción o influencia (National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research, 1979).

Dentro de las precauciones éticas se buscó mantener, tal como lo señala el informe Belmont (National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research, 1979), los tres principios descritos en el informe: consentimiento informado, evaluación de riesgos y beneficios, y selección de los sujetos de investigación. Respecto del consentimiento informado (ver anexo 2), este cumple con los elementos solicitados: información, comprensión y voluntariedad (National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research, 1979). Así, se confeccionó una hoja informativa del estudio (ver anexo 4) que se presentó a las organizaciones participantes, quienes las enviaron a todos/as los/as posibles participantes; se leyó en conjunto con cada posible participante y se les incitó a realizar todas las preguntas que considerarán pertinentes, de forma tal que se aseguró que las personas comprendieron todo lo expuesto; y se procedió a firmar cuando la persona voluntariamente diera su consentimiento, libre de toda influencia o coerción.

A su vez, tanto la doctoranda como el CEEAH, realizaron evaluación sobre los riesgos y beneficios de la investigación: lo que permitió a la investigadora examinar si el estudio estaba diseñado correctamente y al comité evaluar si los posibles riesgos que se presentaban a las personas participantes eran justificados y si los beneficios entregaban algo positivo a la salud o bienestar (National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research, 1979).

² Número CEEAH 4948

Otras precauciones que se resguardaron fue la confidencialidad, mediante el resguardo de la identidad de los/as participantes, para lo cual se utilizó códigos de identificación. Asimismo, el almacenamiento de datos se mantendrá 5 años en el pc de la investigadora, quien será la única que tendrá acceso al material y lo destruirá posterior a la conclusión del estudio.

Tal como se señala anteriormente, se realizó la devolución a las organizaciones participantes, quienes entregaron sus comentarios y fueron incluidos en el informe ejecutivo y artículos científicos que componen la tesis doctoral. Se desconoció la forma en que las organizaciones realizaron la devolución de los resultados a los/as participantes, por lo que se reconoce esta instancia como un aprendizaje de cara al futuro. No obstante, se identifica que ello también resultó de esa forma, debido a la limitación de acceso a la muestra, ya que esto dependía de las organizaciones. Igualmente, se difundieron los resultados en varios congresos pertinentes a la temática estudiada.

Una vez revisadas las consideraciones éticas, cabe ahora señalar mi posicionamiento político respecto al estudio. Soy mujer, latina, y me he desempeñado durante toda mi trayectoria laboral en el sector público, donde he atendido principalmente a mujeres de escasos recursos consumidoras de sustancias. Al comenzar la investigación, tenía contemplado estudiar a las mujeres, producto de mi trabajo, pero también por la sensibilidad y empatía que me producían. Mi intención era comprender sus realidades, tipos de maternidades y las prácticas de cuidado hacia sus hijos/as, buscando contribuir a su recuperación del consumo. No obstante, a medida que transcurrió la investigación, advertí que al considerar la maternidad y las prácticas de cuidado solo en mujeres, yo también estaba perpetuando una visión tradicional y patriarcal sobre los roles de género. Por ello, decidí incluir también en el estudio a los hombres, su paternidad y las prácticas de cuidado a los/as hijos/as, como una forma de ampliar la visión que se tiene de la perspectiva de género en los tratamientos de drogas, así como de las prácticas de cuidado. De esta manera, mi posición busca contribuir a un cambio social respecto de esta problemática, haciéndola más equitativa en los ingresos y permanencias en los tratamientos de drogas de mujeres y hombres, así como validando los distintos tipos de maternidad, visibilizando la ausencia de los hombres en el cuidado, ampliando la responsabilidad de quienes pueden ejercer prácticas de cuidado y robusteciendo los tratamientos de drogas de mujeres y hombres diferenciadamente.

Limitaciones

Cabe señalar que producto de lo sensible de la temática de investigación, es complejo reunir la muestra, tanto por las características propias de la población, pero también por la visión negativa que existe hacia personas que consumen sustancias, lo que dificulta su visibilización.

Además, producto de la pandemia COVID-19, se restringe el contacto entre las personas de manera obligatoria, por lo que se limita la posibilidad de realizar todos los grupos focales en formato presencial, debiendo ejecutar dos de ellos de manera virtual. Por ello, los últimos dos grupos focales (mujeres que consumen alcohol y cocaína y el grupo de hombres)

implicaron menor convocatoria de los y las posibles participantes. Cabe destacar que, igualmente producto de la pandemia, me tuve que volver a Chile (país de origen), lo que dificultó todo aún más. Este último escenario, produjo que los grupos no fueran equivalentes en cantidad y características.

Referencias

- Blumer, H. (1969). *Symbolic interactionism: Perspective and method*. University of California Press.
- Booth, A., Sutton, A., & Papaioannou, D. (2016). *Systematic approaches to a successful literature review* (2nd ed.). Sage.
- Burr, V. (2015). *Social constructionism* (3rd ed.). Routledge.
- Chang, J., Tarr, J., Holland, C., De Genna, N., Richardson, G., Rodriguez, K., Sheeder, J., Kraemer, K., Day, N., Rubio, D., Jarlenski, M., & Arnold, R. (2019). Beliefs and attitudes regarding prenatal marijuana use: Perspectives of pregnant women who report use. *Drug and Alcohol Dependence*, 196, 14–20. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2018.12.008>
- Charmaz, K. (2006). *Constructing grounded theory: A practical guide through qualitative analysis*. Sage.
- Collins, P. H. (1990). *Black feminist thought: Knowledge, consciousness, and the politics of empowerment*. Routledge.
- Crenshaw, K. (1989). Demarginalizing the intersection of race and sex: A Black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory and antiracist politics. *University of Chicago Legal Forum*, 1989(1), 139–167.
- Crenshaw, K. (1991). Mapping the margins: Intersectionality, identity politics, and violence against women of color. *Stanford Law Review*, 43(6), 1241–1299. <https://doi.org/10.2307/1229039>
- Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (Eds.). (2011). *The SAGE handbook of qualitative research* (4th ed.). Sage.
- Díaz, M., Palomino, T., Quintana, N., Palacios, M., & Aracena, P. (2021). Reflexiones desde las terapias ocupacionales desde el Sur: Violencia estructural, derechos humanos y género en procesos de acompañamiento de mujeres durante el embarazo y maternaje. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 29, e2996. <https://doi.org/10.1590/2526-8910.ctore2270>
- Esquivel, P., Ortiz, M. de la L., & Ortiz, R. (2012). Mujeres consumidoras de drogas inyectables y sus problemas de salud. *Archivos en Medicina Familiar*, 14(2), 47–58.
- Flick, U. (2015). *Introducción a la investigación cualitativa* (5.^a ed.). Morata.

- Gergen, K. J. (2009). *An invitation to social construction* (2nd ed.). Sage.
- Glaser, B. G., & Strauss, A. L. (1967). *The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research*. Aldine.
- Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (1994). Competing paradigms in qualitative research. En N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research* (pp. 105–117). Sage.
- Jeifetz, V., & Tajer, D. (2010). Equidad de género en la adherencia al tratamiento de adicciones. Representaciones y prácticas de profesionales y pacientes en un servicio de internación de un hospital público. *Anuario de Investigaciones*, 17, 317–320.
- Lamas, M. (1996). La perspectiva de género. *La Tarea, Revista de Educación y Cultura de la Sección 47 del SNTE*, 8, 1–7.
https://www.ses.unam.mx/curso2007/pdf/genero_perspectiva.pdf
- Lagarde, M. (1996). *Género y feminismo: Desarrollo humano y democracia*. Horas y Horas.
- May, V. M. (2015). *Pursuing intersectionality, unsettling dominant imaginaries*. Routledge.
- National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research. (1979). *The Belmont Report: Ethical principles and guidelines for the protection of human subjects of research*. U.S. Department of Health, Education, and Welfare.
- Organización de las Naciones Unidas Mujeres [ONU Mujeres]. (s. f.). Incorporación de la perspectiva de género. <https://www.unwomen.org/es/how-we-work/un-system-coordination/gender-mainstreaming>
- Rodó-Zárate, M. R. (2021). *Interseccionalitat: Desigualtats, lloc i emocions*. Tigre de Paper.
- Saldaña, J. (2021). *The coding manual for qualitative researchers* (4th ed.). Sage.
- Sandoval, C. (2002). *Investigación cualitativa*. Arfo Editores e Impresores.
- Scott, J. W. (1990). *Gender and the politics of history*. Columbia University Press.
- Strauss, A., & Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa: Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Editorial Universidad de Antioquia.
- Strauss, A., & Corbin, J. (1990). *Basics of qualitative research: Grounded theory procedures and techniques*. Sage.
- West, C., & Zimmerman, D. H. (1987). Doing gender. *Gender & Society*, 1(2), 125–151.
<https://doi.org/10.1177/0891243287001002002>
- Yin, R. K. (2003). *Estudio de caso: Diseño y métodos*. Sage.

Capítulo 1: Perspectiva de género en la intervención en drogodependencias

Quaderns de Psicologia | 2024, Vol. 26, Nro. 2, e1980 | ISSN: 0211-3481



<https://doi.org/10.5565/rev/qpsicologia.1980>



Perspectiva de género en la intervención en drogodependencias

Gender perspective in the intervention in drug addictions

Katherin Rojas-Espínola

Universidad Católica Silva Henríquez, Santiago

Jenny Cubells Serra

Universidad Autònoma de Barcelona

Maite Tudela Mari

Federación Catalana de Drogodependencias

Resumen

En este artículo realizamos una revisión sobre la intervención con perspectiva de género en materia de drogodependencias. De la revisión bibliográfica que realizamos se desprende que la perspectiva de género se entiende y aplica principalmente a programas específicos para mujeres con problemas de drogas. Los resultados sugieren que la perspectiva de género ha sido poco desarrollada en el contexto de las drogodependencias, por lo que no existe una operacionalización de cómo aplicarla en los programas y es muy frecuente asociar este concepto a programas diseñados específicos para mujeres. Por esta razón, las políticas públicas carecen de transversalidad en perspectiva de género y su implementación en programas/intervenciones cuesta que perdure en el tiempo. De todas formas, existen avances en la caracterización del perfil de las mujeres drogodependientes y en la descripción de prácticas que están resultando efectivas.

Palabras clave: Perspectiva de género; Mujeres; Madres; Intervención en drogodependencias

Abstract

In this article, we review the intervention from a gender perspective in the field of drug dependence. From the bibliographic review we carried out, it is clear that the gender perspective is understood and applied mainly to specific programs for women with drug problems. The results suggest that the gender perspective has been little developed in the

context of drug dependence, so there is no operationalization of how to apply it in programs, and it is very common to associate this concept with programs designed specifically for women. For this reason, public policies lack gender mainstreaming, and its implementation in programs/interventions is difficult to sustain over time. Nevertheless, progress has been made in the characterization of the profile of drug-dependent women and in the description of practices that are proving to be effective.

Keywords: *Gender perspective; Women; Mothers; Drug dependence intervention*

ANTECEDENTES

Uno de los principales problemas de salud pública que aqueja a la sociedad mundial es el consumo de alcohol y drogas ([Ruiz-Olivares y Chulkova, 2016](#)). En América, se encuentra entre los 10 factores principales que contribuye a la pérdida de años de vida saludable ([Organización mundial de la salud \[OMS\], 2020](#)). Si bien el consumo es mayoritario en hombres, la diferencia de las prevalencias entre hombres y mujeres es cada vez más estrecha ([Escudero, 2019](#); [Silva et al., 2021](#)). Incluso, en algunas drogas (alcohol, tabaco y psicofármacos) el consumo se ha revertido, siendo liderado por mujeres ([Escudero, 2019](#)); sin embargo, los tratamientos no reflejan esta situación ([Gueta, 2017](#); [Ruiz-Olivares y Chulkova, 2016](#)). En Cataluña, del total de ingresos a *inicios de tratamientos ambulatorio*, los hombres ocupan el 77 % de las plazas v/s las mujeres que sólo alcanzan el 23 % ([Generalitat de Catalunya, 2021](#)), a pesar de que las mujeres tienen mayores índices de motivación al tratamiento (SENDA, 2018 en [Díaz et al., 2021](#)).

Resulta complejo cuantificar a las mujeres drogodependientes, por ser una problemática que se invisibiliza ([Cantos, 2016](#)). En España, de las personas que inician tratamiento por su adicción, alrededor de un 15 % son mujeres y un 84 % son hombres (Observatorio Nacional de Drogas, 1998, 2010, 2013, en [Márquez y Lorenzo, 2016](#)). Los tratamientos son homogéneos, sin distinciones de género ([Díaz et al., 2021](#)); aunque la adicción en hombres y mujeres se presenta con patrones de consumo y problemáticas comórbidas distintas ([Márquez y Lorenzo, 2016](#)). El tratamiento diferencial es casi inexistente y en los estudios sobre drogas, escasea el enfoque de género que recoja la evolución de las mujeres y sus características ([Arana y Germán, 2005](#); [Pascale, 2010](#)).

Los patrones de consumo de las mujeres se parecen cada vez más al de los hombres, no obstante, ellas siguen perpetuando estrategias determinadas por sus roles de género ([Romo, 2010](#); [Silva et al., 2021](#)). [Raquel Cantos \(2016\)](#) menciona que la socialización de género implica mayor conciencia sobre los riesgos y mayor actitud de entendimiento sobre la problemática del consumo de drogas, lo que las lleva a desarrollar estrategias de control y reducción de daños (evitar mezclar sustancias, espaciar los consumos en el tiempo, evitar consumo solitario públicamente); es decir, ellas tienen una percepción diferente del daño que los hombres ([Escudero, 2019](#)).

Por lo tanto, los métodos y el diseño del tratamiento requerirían de un modelo que tenga en cuenta estas particularidades (Instituto de La Mujer, 2007, en [Arbelo y Puyol, 2015](#); SENDA, 2018, en [Díaz et al., 2021](#)), lo cual implicaría una intervención psicológica diferente ([Ruiz-Olivares y Chulkova, 2016](#)). Trabajar con perspectiva de género permite analizar las problemáticas de las mujeres, considerando sus condiciones de vida ([Esquivel et al., 2012](#)), motivaciones, consecuencias, factores que las mantienen en la adicción, así como las formas de adquisición de la sustancia y soporte familiar ([Jeifetz y Tajer, 2010](#) y [Romo, 2010](#)). Más aún, permite comprender cómo los mandatos de género cumplen un papel fundamental en los efectos psicosociales que el consumo de drogas puede tener sobre las mujeres y hombres ([Cantos, 2016](#)).

Si bien se identifica un aumento en la producción científica con perspectiva de género, la baja inscripción metodológica genera ausencia de transversalidad e inestabilidad en el tiempo en políticas y programas, así como mayor incorporación de los saberes prácticos que aquellos técnico-científicos en las prácticas profesionales ([Schraiber y d'Oliveira, 2014](#)). La escasez de criterios y estudios (controlados) que aporten resultados concluyentes sobre el uso de técnicas o utilización de sustancias particulares en mujeres que reflejen resultados eficaces ([Del Pozo, 2005](#); [Ruiz-Olivares y Chulkova, 2016](#)) hace necesaria la búsqueda de consenso en los criterios metodológicos que ayuden a subsanar las deficiencias planteadas ([Arana y Germán, 2005](#)).

Como forma de facilitar la lectura, se propone la siguiente pregunta: ¿Qué aporta implementar la perspectiva de género en los programas de prevención, tratamiento y reinserción en el ámbito de las drogodependencias?, la cual busca responder al objetivo: conocer la aplicación de la perspectiva de género en las intervenciones en drogas.

METODOLOGÍA

Se realizó una revisión de la literatura disponible en intervenciones en drogas con perspectiva de género en las siguientes bases de datos: Scielo, Redalyc, Pubmed, Dialnet y Google Académico. Se utilizaron los siguientes términos de búsqueda: tratamiento, rehabilitación, adicción, atención, drogas, sustancias, drogodependencias, perspectiva de género, enfoque, género, mujeres, madres, embarazadas y comunidad terapéutica (ver [tabla 1](#)).

Tabla 1. Búsqueda de artículos

| Base de datos | Términos utilizados | Total | Selecc. |
|---------------|--|-------|---------|
| Redalyc | Perspectiva de género OR género AND atención OR tratamiento OR rehabilitación OR comunidad terapéutica AND drogas OR sustancias OR adicción OR | 235 | 6 |

| Base de datos | Términos utilizados | Total | Selecc. |
|----------------|---|-------|---------|
| | drogodependencias AND mujeres OR madre OR embarazada | | |
| | (Perspectiva de género) AND (tratamiento) AND (drogas) OR (adicción) OR (drogodependencias) AND (mujeres) | 64 | 2 |
| | uso de drogas OR dependencia a drogas AND perspectiva de género AND mujer OR madre | 18 | 3 |
| Scielo | (maternidad) AND (consumo de drogas) | 6 | 1 |
| | (perspectiva de género) AND (atención en salud) AND (atención OR tratamiento) | 175 | 1 |
| | (perspectiva de género) AND (salud) AND (profesionales de salud) | 104 | 2 |
| Dialnet | Perspectiva de género AND drogas | 266 | 2 |
| | ((gender perspective) AND (drug)) AND (woman)) | 397 | 3 |
| Pubmed | ((gender perspective) AND (rehabilitation AND drug addiction)) AND (woman)) | 14 | 1 |
| Google Scholar | (Perspectiva de género) + (atención O tratamiento O rehabilitación O comunidad terapéutica) + (drogas O sustancias O adicción O drogodependencias) + (mujeres O madre O embarazada) + (hombres) | 755 | 5 |
| | Pre-seleccionados | 59 | 26 |
| | Revisión de referencias de artículos seleccionados | | 8 |

| Base de datos | Términos utilizados | Total | Selecc. |
|------------------|---------------------|-------|---------|
| Totales | | 1859 | 33 |

Se consideraron dos criterios al momento de desplegar la búsqueda¹. El primero fue seleccionar artículos entre los años 2004-2021, con el objeto de resaltar investigaciones vigentes y disminuir sesgos de temporalidad. Como segundo criterio, se propuso analizar una cantidad de 15 artículos para disminuir sesgo de publicación. Se encontraron 33 artículos que cumplían con los criterios antes mencionados.

En la [tabla 1](#) se puede apreciar la combinación de términos ingresados en cada buscador. El total de artículos encontrados en una primera instancia corresponde a 1859. Sin embargo, en una segunda instancia, mediante la lectura de los títulos o resúmenes, se descartan aquellos que no incluyen las palabras claves o que su combinación no apunta al objetivo del estudio, descartándose todos los que no se abordan el consumo de drogas y género. Se eliminan un total de 1.800 artículos. De los 59 artículos preseleccionados, se leen de forma extensa y se descartan 26 artículos porque no abordan de forma directa el consumo de sustancias, intervenciones en drogas y género. Finalmente, se selecciona un total de 33 artículos con los que se trabajan los resultados, los cuales tratan directamente el cruce del consumo, intervenciones en drogas y género/mujeres/embarazadas/madres.

Búsqueda de artículos

La [tabla 1](#) detalla las bases de datos y términos utilizados, así como artículos totales encontrados y los seleccionados.

RESULTADOS

Los resultados surgen a partir del procedimiento análisis de contenido temático, el cual se realiza mediante la lectura extensa de los artículos, guiado por el objetivo del estudio. De los 33 artículos utilizados, se puede señalar que la mayor parte de ellos proviene de países iberoamericanos, 14 son de España, 1 de Portugal, 3 de Chile, 2 de Argentina, 1 de Uruguay, 3 de México, 5 de Brasil, 1 de Colombia, 1 de Bélgica, 1 de Alemania y 1 de Israel.

Más de la mitad de los artículos (19) se centran en mujeres y los otros 14 en la población general, ninguno de ellos aborda solo a hombres. 7 revisan las características de la población consumidora, 7 abordan la perspectiva de género en intervenciones en drogas, 9 se centran en evaluar problemas de acceso y adherencia a los tratamientos, 4 exploran las condiciones ambientales de las personas que consumen drogas, 6 analizan la maternidad de esta población y 1 examina el estigma en las mujeres.

Sobre lo revisado, se extraen tres categorías principales con sus respectivas dimensiones y sub-dimensiones, que se presentan a continuación.

Características de las mujeres drogodependientes

Daños asociados a la adicción

Existen tres daños asociados a la adicción en la mujer. En primer lugar, se encuentran los *daños fisiológicos*. Las mujeres consolidan en menor tiempo la dependencia a las sustancias y con mayor severidad que los hombres ([Ruiz-Olivares y Chulkova, 2016](#)). Esto ocurriría porque físicamente son más vulnerables a los efectos de las drogas ([Cardoso et al., 2020](#)); por diferencias hormonales, acumulación de grasa, menor retención de agua, o por la absorción y efecto acumulado ([Cantos, 2016](#)). Suponen una rehabilitación más compleja ([Márquez y Lorenzo, 2016](#)) y un pronóstico menos ventajoso respecto a los hombres ([Ruiz-Olivares y Chulkova, 2016](#)), ya que ingresan a rehabilitación con mayor deterioro, mayor incidencia de VIH, psicopatologías asociadas, alto riesgo de suicidio y mortalidad y mayor propensión a las recaídas ([Ruiz-Olivares y Chulkova, 2016](#)).

En segundo lugar, se observan los *daños emocionales*. En el plano de la salud mental, en ellas se encuentra una alta prevalencia de historia de maltrato (psicológico, emocional o físico), violencia de género (Covington, 2008, en [Ruiz-Olivares y Chulkova, 2016](#); [Gueta, 2017](#)) y abusos sexuales ([Llort et al., 2013](#)). Además, se aprecia baja autoestima, lo que las deja en una posición vulnerable, ocasionando, muchas veces, conductas autodestructivas ([Márquez y Lorenzo, 2016](#)).

Las mujeres sufren al momento de pedir ayuda, por sentimientos de culpa y vergüenza asociados al hecho de ser adictas ([Gueta, 2017](#); [Schamp et al., 2020](#)). Estos sentimientos conllevan desesperanza, aislamiento social, sentimientos de impotencia y miedo al estigma social, en especial cuando son madres ([Hansen et al., 2020](#)), por la posibilidad de pérdida de la custodia de sus hijos/as ([Llort et al., 2013](#)).

Existe mayor detección y diagnóstico de trastornos mentales como depresión, ansiedad con ataques de pánico y estrés postraumático ([Aristizábal et al., 2016](#)). Estos datos describen una anormalidad asociada más a las mujeres, mostrando una mirada androcéntrica y patriarcal que invisibiliza a los hombres de anormalidades y focaliza a las mujeres como patológicas, descalificándolas psíquicamente ([Cantos, 2016](#)).

Finalmente, se visualizan los *daños sociales*. En las mujeres drogodependientes, las relaciones sociales se encuentran más afectadas y son más perjudiciales, puesto que casi no tienen amistades o están atravesadas casi en su totalidad por las drogas ([Cantos, 2016](#)). Presentan problemas o rechazo de familiares o pareja ([Cardoso et al., 2020](#)) al entrar en conflicto con los mandatos de género ([Escudero, 2019](#); [Esquivel et al., 2012](#); [Silva et al., 2021](#)). Esta problemática las sitúa en una posición de desamparo y menores recursos para afrontar la adicción ([Cardoso et al., 2020](#)), incluyendo los servicios de salud ([Cardoso et al.,](#)

2020; [Esquivel et al., 2012](#); [Schamp et al., 2020](#)). Por esta razón, tienden a negar o esconder su consumo ([Márquez y Lorenzo, 2016](#); [Schamp et al., 2020](#); [Silva et al., 2021](#)).

El estigma es mayor en las mujeres ([Márquez y Lorenzo, 2016](#); [Jara-Concha y Cumsille, 2019](#); [Schamp et al., 2020](#); [Silva et al., 2021](#)), quienes son doblemente estigmatizadas: porque consumen drogas y porque este comportamiento va en contra de lo esperado para lo femenino ([Esquivel et al., 2012](#); [Llort et al., 2013](#); [Silva et al., 2021](#)). [Márquez y Lorenzo \(2016\)](#), proponen una doble y triple criminalización, esto es, por ser adicta, por no encajar en lo que se piensa de una buena madre, hija o esposa y porque se autocriminaliza, haciendo que las mujeres se demoren en la demanda de ayuda.

El estigma también es potenciado por las instituciones de infancia, quienes actúan más rápido en la retirada de la custodia de los/las hijos/as y se produce con mayor frecuencia en las mujeres toxicómanas, que cuando el trastorno de adicción lo padece el padre ([Márquez y Lorenzo, 2016](#)). El estigma hacia ellas se extiende socialmente, repercutiendo, incluso, en los propios usuarios de drogas, quienes reportan su preferencia por parejas femeninas libre de drogas ([Romo, 2010](#); [Silva et al., 2021](#)).

Dificultad de inicio, adherencia y abandono del tratamiento

Les dificulta iniciar tratamiento: la baja autoestima (afecta a sus habilidades para buscar ayuda) ([Gilchrist et al., 2012](#)), el escaso apoyo familiar ([Núñez y Rendón, 2012](#)), anteponer el cuidado de la familia, hogar e hijos/as ([Márquez y Lorenzo, 2016](#); [Schamp et al., 2020](#)), así como el miedo a perder la custodia de sus hijos/as ([Gueta, 2017](#); [Ruiz-Olivares y Chulkova, 2016](#); [Schamp et al., 2020](#)).

Por otro lado, la adherencia al tratamiento se ve afectada al sentirse juzgadas por profesionales o usuarios/as ([Márquez y Lorenzo, 2016](#)), el largo tiempo de espera para ingresar a un tratamiento, falta de flexibilidad de los centros, escasa frecuencia de las atenciones ([Gilchrist et al., 2012](#)), accesibilidad geográfica ([Cardoso et al., 2020](#); [Gilchrist et al., 2012](#)), y excesiva burocracia ([Cardoso et al., 2020](#)).

En muchas ocasiones, las mujeres abandonan los tratamientos, influenciadas por demandas que se relacionan con su rol de género como amas de casa, madres y esposas ([Galaviz, 2015](#); [Jeifetz y Tajer, 2010](#) y [Núñez y Rendón, 2012](#)); en especial, cuando consideran que se encuentran en peligro sus relaciones afectivas ([Arana y Germán, 2005](#); [Cantos, 2016](#); SENDA, 2016, en [Díaz et al., 2021](#)).

Aspectos para considerar en el tratamiento con mujeres

Mujeres

Se reconocen cuatro elementos que se debieran contemplar en el tratamiento dirigido hacia las mujeres con adicción. Por un lado, se debiera desarrollar un *espacio de confianza*. [Olivia](#)

[Ashley et al. \(2003\)](#) concluyen que incluir contenidos orientados a cubrir sus necesidades y a establecer un clima de confianza mejora las tasas de adherencia y promueve la obtención de resultados positivos ([Ruiz-Olivares y Chulkova, 2016](#)). También, enfocarse en que las mujeres puedan compartir sus experiencias y sentirse escuchadas entre iguales ([Gueta, 2017](#); [Llort et al., 2013](#)). A su vez, tienen mejores resultados terapéuticos los/las profesionales que buscan vincularse con las usuarias de forma profesional y personal, manteniendo relaciones cercanas y de confianza, con enfoque relacional ([Bacigalupo et al., 2013](#)).

Por otro lado, se destaca el rol de los *vínculos afectivos*. A pesar de que los lazos no sean positivos o las redes de apoyo familiar sean casi inexistentes ([Ruiz-Olivares y Chulkova, 2016](#)), se aprecia lo relevante que son estos vínculos para ellas. [Raquel Cantos \(2016\)](#) propone esto como una respuesta a un mandato (de género) de la necesidad de conexión y comunicación.

Además, se debiese considerar o una *intervención mixta o separación con base en el sexo*. El 20 % de las mujeres se encuentran en programa específico, el cual se vuelve necesario cuando se presenta la tríada: depresión, sentimientos de soledad y baja autoestima ([Blanco et al., 2005](#)), o en los casos en que existe menor capacidad de autonomía e iniciativa en la toma de decisiones ([Blanco et al., 2005](#)). Si bien no existe acuerdo acerca de la eficacia comparativa entre tratamiento individual/grupal o grupos de mujeres/mixtos, sí existe consenso sobre que las mujeres deben tener la oportunidad de explorar temáticas que le puedan ser difícil plantearlas con pacientes masculinos, por lo que proponer espacios individuales o grupales solo para mujeres sería un acierto (Romero et al., 1997 en [Hansen et al., 2020](#); [Ruiz-Olivares y Chulkova, 2016](#)).

En último lugar, se reconoce la necesidad de fomentar el *empoderamiento* mediante: (a) *concienciación género*: deberían contemplar: feminidad, estigmatizaciones en torno a sexo y género ([Arana y Germán, 2005](#); [Escudero, 2019](#); [Urbano y Arostegi, 2004](#)), abordar el sexismo y sus consecuencias (Romero et al., 1997, en [Hansen et al., 2020](#)), incluir el análisis de roles de género ([Escudero, 2019](#)), analizar las relaciones de pareja y proyecto vital, analizar problemas de salud y favorecer su empoderamiento ([Mittag y Grande, 2008](#)). Edith [Aristizábal et al. \(2016\)](#) suman abordar autoestima y ciclos de la violencia contra la mujer; (b) *fomento habilidades*: se propone trabajar las habilidades para enfrentar condiciones adversas ([Del Pozo, 2005](#)). Generar autocuidado y autodeterminación ([Schraiber y d'Oliveira, 2014](#)); una vida independiente y con conciencia de sus potencialidades y posibilidades ([Llort et al., 2013](#)). [Aurora Urbano y Elisabete Arostegi \(2004\)](#) incluyen trabajar control de impulsos, habilidades sociales, codependencia y bidependencia (en [Arana y Germán, 2005](#)). Reconocer signos tempranos de recaída y generar estrategias de evitación y enfrentamiento ([Bacigalupo et al., 2013](#)); o (c) *reinserción social*: la reinserción se contempla en dos ámbitos: laboral y social. Brindar a las mujeres drogodependientes acceso, adherencia y tratamiento en un proceso terapéutico, implica también reinsertarlas laboralmente ([Arana y Germán, 2005](#); [Arbelo y Puyol, 2015](#); [Ruiz-Olivares y Chulkova, 2016](#)). Por otra parte, los vínculos sociales positivos se consideran un factor protector para la

abstinencia ([Bacigalupo et al., 2013](#)); que pueden contribuir en revertir la marginación social y la percepción negativa del entorno ([Núñez y Rendón, 2012](#)).

Familia, pareja e hijos/as

La *maternidad* funda la necesidad de recuperar el vínculo perdido o suspendido con los/as hijos/as, para así reparar esta ausencia ([Arana y Germán, 2005](#); [Castilla y Lorenzo, 2012](#)). Ellas tratan de imitar lo que consideran como “buena maternidad” y también crean nuevos sentidos ([Castilla y Lorenzo, 2012](#)). Por ello, la necesidad de que haya contacto permanente con los/as hijos/as ([Hansen et al., 2020](#)). Lamentablemente, existen pocos centros con recursos de cuidados y atención de sus hijos/as ([Arana y Germán, 2005](#)). De ahí la necesidad de contar con tratamientos específicos que consideren el embarazo, el cuidado de los/las hijos/as, la salud y la nutrición ([Arana y Germán, 2005](#); [Ruiz-Olivares y Chulkova, 2016](#); [Urbano y Arostegi, 2004](#)).

La *atención sanitaria y psicológica* como una estrategia de vinculación y motivación de las mujeres a los tratamientos, se propone la evaluación y el tratamiento a los miembros de su familia (parejas que consumen alcohol y drogas, hijos/as con síndrome alcohólico fetal) (Romero et al., 1997 en [Hansen et al., 2020](#)). Con relación a los hijos/as, ha resultado efectivo que los programas cuenten con profesionales competentes en el trabajo con ellos/as. De esta manera, el centro se debe adaptar también a las necesidades de los/las niños/as, como las necesidades sanitarias, de aprendizaje y de juego, entre otras ([Bacigalupo et al., 2013](#)).

El *fomento de red de apoyo* se considera que, tanto los programas como las usuarias, mantengan una comunicación fluida con las familias ([Bacigalupo et al., 2013](#); [Gilchrist et al., 2012](#)), puesto que se buscan recursos y apoyos para preparar el momento de egreso de la usuaria ([Bacigalupo et al., 2013](#)). Las redes de apoyo social (amistades, vecinos/as), pueden ser un gran sostén moral y afectivo ([Gilchrist et al., 2012](#); [Núñez y Rendón, 2012](#)). De esta manera, se persigue reestablecer la participación como un factor protector y que sean capaces de solicitar ayuda (a personas cercanas o instituciones) ([Bacigalupo et al., 2013](#); [Cardoso et al., 2020](#)).

Programas y prácticas profesionales con perspectiva de género

Capacitaciones

Para mejorar el ejercicio profesional, se podría sensibilizar y formar en perspectiva de género ([Aristizábal et al., 2016](#); [Del Pozo, 2005](#); [Silva et al., 2018](#)). Los/as profesionales debiesen tener en consideración las formas de construcción de subjetividades femeninas y masculinas, así como las dimensiones para la adherencia al tratamiento según género, criterios de ingreso, tiempo de permanencia en el servicio, criterios de alta del tratamiento, accesibilidad simbólica de los pacientes, tipo de tratamiento recibido, formas de resolver problemáticas, formas de consumo y apoyo familiar ([Jeifetz y Tajer, 2010](#)).

Igualmente, se recomienda realizar supervisiones a largo plazo para instituir y mantener una actitud no sexista durante el tratamiento (Romero et al., 1997, en [Hansen et al., 2020](#)). [Ester Valls et al. \(2012\)](#) proponen formación en perspectiva de género, con énfasis en los profesionales hombres. Las profesionales mujeres le dan más relevancia y aplican más la perspectiva de género ([Silva et al., 2018](#); [Valls et al., 2012](#)).

Supervisión

Es necesario fomentar espacios de reflexión en los/as profesionales para que puedan asumir cambios de actitudes e introducir nuevos modelos de tratamiento ([Arana y Germán, 2005](#)). De esta forma, se promueve desmontar actitudes negativas hacia las mujeres drogodependientes ([Del Pozo, 2005](#)), destacando la dimensión social como un aspecto que influye en el diagnóstico y tratamiento, así como estigma y prejuicios sobre comportamientos adictivos ([Galaviz, 2015](#)). Por ejemplo, profesionales que no consideran estos factores, atribuyen el abandono de tratamiento como desmotivación o falta de compromiso ([Núñez y Rendón, 2012](#)).

Acciones efectivas

En el tratamiento con mujeres debe ser prioritario abordar lo psico-afectivo y lo relacional ([Arbelo y Puyol, 2015](#)). Posiblemente, las terapias más eficaces son aquellas con actitud de apoyo, de tipo cognitivo-conductual, motivacional y no confrontativas ([Ruiz-Olivares y Chulkova, 2016](#)). Aquellas que tienen una acogida positiva que evite la estigmatización social y reduzca el abandono del tratamiento de las mujeres drogodependientes o el abandono de los cuidados de su embarazo ([Del Pozo, 2005](#)).

Un programa de rehabilitación que trabaje con perspectiva de género debiese considerar la condición de “ser mujer” de las pacientes y otras expresiones de género, y su posición en la sociedad ([Mittag y Grande, 2008](#)). Comprender estos factores en el tratamiento da una mirada más holística para que puedan abandonar el consumo problemático ([Bacigalupo et al., 2013](#); [Mittag y Grande, 2008](#)). Asimismo, se recomienda revisar los programas o modelos de tratamientos ([Mittag y Grande, 2008](#)).

Actualmente, el modelo que se propone en los centros contrasta enormemente con los estilos de vida real de las mujeres y cuanto más rígido es el modelo terapéutico, se reduce más el margen de impacto ([Galaviz, 2015](#)). También se recomienda flexibilizar el modelo (por ejemplo, consumir de manera más segura y moderada) ([Llort et al., 2013](#)) para mitigar el impacto a muchas mujeres que no cumplen abstinencia.

DISCUSIONES

De acuerdo con la revisión de los resultados, se pueden pensar algunos lineamientos de intervención de trabajo con población específica de mujeres. Al sumirse en las *características* propias de este grupo, se evidencia una población dañada tanto física como emocional o socialmente. Es por ello que pensar en un tratamiento implica posicionarse en una rehabilitación más compleja y con peor pronóstico que la población de hombres. No solo por el hecho de contar con más enfermedades y deterioros (*daños físicos*), sino por la frecuente falta de adherencia a los tratamientos. Sería necesario tener en cuenta el *daño emocional* (historia de maltrato, vulneración y patologizaciones de las que son objeto), porque pueden verse como características propias de ellas y no como una respuesta a las condiciones culturales, sociales, económicas a las que se ven expuestas. También, los *daños sociales* (relaciones sociales afectadas y el mayor estigma social), que las posiciona en mayor desamparo y soledad.

Así, las intervenciones deberían enfocarse en fomentar relaciones sociales sanas y construir un tejido social y familiar que las contenga y las cuide. Además, las intervenciones podrían visualizar nuevas formas de identificarse sin estigma (doble estigmatización y autocriminalización), fomentar redes que no criminalicen y que no generen victimización secundaria en relación con los mandatos de género, separando imaginarios sociales del consumo y de lo femenino y masculino.

Sobre las *dificultades de inicio, adherencia y abandono del tratamiento*, las acciones de programas podrían considerar tres áreas de intervención: factores individuales (autoestima, pedir ayuda), familiares (posicionar a la familia sobre sus propias necesidades) y sociales-institucionales (sentirse juzgadas, características de los centros), de forma tal que no se atribuya falta de motivación o irresponsabilidad, sino comportamientos propios del rol de género y sus consecuencias.

La segunda categoría, *aspectos a considerar en el tratamiento con mujeres*, en la primera dimensión —*mujeres*— se destaca la necesidad de un *espacio de confianza*, donde ellas no se sientan interpeladas o cuestionadas, puedan poner en contraste su propia experiencia con las de otras y se sientan escuchadas y acompañadas. También se recalcan los *vínculos afectivos* que las mujeres consideran significativos, independiente si son positivos (o no) o si son casi inexistentes.

Respecto del tipo de intervención exclusiva o no para mujeres (*intervención mixta o separación con base en el sexo*), sería interesante considerar aspectos sociales y culturales que disminuyen la imagen de las mujeres, devalúan sus potencialidades y capacidades de autonomía. De esta forma, replicar aspectos macrosociales en instancias de tratamientos grupales o individuales, sería nocivo para las experiencias subjetivas de ellas.

En concordancia con lo anterior, se cree pertinente que las intervenciones se enfoquen en *empoderar* a las mujeres, lo cual podría realizarse a través de la concienciación de género, fomento de habilidades y reinserción social. Para poder llevar a cabo la *concienciación de género*, es necesario entregar una herramienta que permita revertir las consecuencias

asociadas a los mandatos y roles de género. Poder representar la conciencia de género facilita la sensación de control, disminuye la sensación de incertidumbre y que exista mayor empoderamiento. Por otro lado, el *fomento de habilidades* permite aumentar las capacidades y la autoestima, la sensación de control de las situaciones, lo que les permite salir del rol de pasividad que, en general, se les adjudica. Por último, la *reinserción social*, permite fomentar y generar instancias de aproximación a la esfera pública (usualmente asociada a la figura masculina), permitiéndole actuar e incidir en su entorno, vincularse positivamente con los/as otros/as e identificarse como un agente activo. Esto facilita la emergencia de factores protectores que reduzcan o la alejen de la dinámica de consumo.

La segunda dimensión, llamada *familia, pareja e hijos/as* (de la categoría *aspectos a considerar en el tratamiento con mujeres*), contempla tres subdimensiones: maternidad, atención sanitaria y psicológica y fomento de red de apoyo. Las intervenciones deberían contemplar la *maternidad* como una parte constitucional de la identidad de las mujeres, incluir la atención de la díada madre-hijo/a, buscar conservar o recuperar este vínculo y validar nuevos sentidos de maternidad. Por su parte, la *atención sanitaria y psicológica* de los miembros de su familia pasan a ser prestaciones principales de su tratamiento (ya no secundarias). E intervenir *fomentando la red de apoyo*, se vuelve necesario cuando en ellas existe escasez de recursos sociales y familiares, por lo que robustecerlos sería una forma de preparar el escenario para sostener el proceso de tratamiento y mantener el cambio.

En cuarto lugar, en la categoría *programas y prácticas profesionales con perspectiva de género*, contempla tres dimensiones (*capacitaciones, supervisión y acciones efectivas*). *Capacitaciones* que les permitan formar en perspectiva de género, en especial, a la construcción de subjetividades femeninas y masculinas ligadas al consumo de sustancias y sus formas de respuestas. De esta manera, se señala que la persona profesional también se encuentra inserta en un contexto social y no está exenta de prejuicios y estigma sociales, por lo tanto, revisar sus conocimientos, creencias y actitudes serían necesario para evitar malas interpretaciones o conductas sexistas. Esta situación es preocupante, aún más en profesionales hombres, quienes se encuentran menos sensibles a la temática de la perspectiva de género.

Por otra parte, pero siguiendo el lineamiento anterior, sería conveniente *supervisar* a los equipos de profesionales que trabajan con ellas de forma permanente, ya que las prácticas profesionales van más allá de los conocimientos, implican creencias y actitudes que se deben ir revisando constantemente. Tal como lo señalan los autores Xabier [Arana e Isabel Germán \(2005\)](#), se requiere de reflexión constante para poder hacer cambios. La idea de generar estos espacios de reflexión de profesionales se traduce en cambios en el trato hacia las mujeres, explicaciones de comportamientos o motivaciones sobre las mujeres ajustadas a su realidad, así como diagnósticos más precisos, entre otras.

Como última dimensión, se destacan las *acciones efectivas*, en las cuales se proponen intervenciones ligadas al trato hacia las mujeres, acogedor y libre de prejuicios y estigma. Sería pertinente abarcar desde la etapa prenatal en el caso de mujeres embarazadas, incluyendo distintos aspectos psicosociales, por ejemplo, contemplar la economía desigual

de la que son parte. Proponer tratamientos flexibles, ajustados a sus necesidades de “ser mujer”, que se ajusten a sus realidades y estilos de vida, y entregue facilidades para iniciar, mantener y completar un tratamiento.

CONCLUSIÓN

El aumento de la problemática de drogas en salud ha generado en el último período un aumento de las investigaciones relacionadas con prevención, reinserción y tratamientos a personas drogodependientes con perspectiva de género. No obstante, la mayoría de los estudios hacen referencia a la diferencia epidemiológica entre mujeres y hombres, o para hacer descripciones de las características de las mujeres drogodependientes.

De esta manera, queda en evidencia la falta de estudios que corroboren determinadas afirmaciones que —en ausencia de datos y a falta de explicaciones desde la perspectiva de género— pareciera que perpetúan los estereotipos de género. Asimismo, se aprecia cierta tendencia a patologizar los perfiles femeninos de usuarias drogodependientes, puesto que, más que contar con datos basados en la evidencia, se dan por hecho reduccionismos científicos, evitando explicaciones más profundas desde una perspectiva de género. Por ejemplo, en el *Informe sobre los indicadores de inicios de tratamiento ambulatorio con o sin sustancia: año 2021*, se describe cómo la estigmatización y las actitudes despectivas del personal influyen en la elección del tratamiento y la decisión de comenzar a tratarse ([Generalitat de Catalunya, 2021](#)). Incluso, en artículos que están desarrollados desde una perspectiva de género, se puede encontrar conceptos o afirmaciones que parecen estar exentos de la perspectiva, como lo es la dependencia emocional, codependencia o bidependencia.

Este aumento de la problemática de drogas también ha implicado la proliferación de planes o acciones de políticas públicas orientadas a responder las demandas, tal es el caso de Cataluña, que, en su Estrategia nacional sobre drogas, que busca mejorar el acceso de la población afectada y mejorar la aplicación de la perspectiva de género en sus programas ([Gilchrist et al., 2012](#)). Igualmente, un estudio de Cataluña busca promover la integración de la perspectiva de género en los tratamientos, ya que se ha comprobado que los centros que incluyen de forma integral esta perspectiva obtienen mejores resultados ([Hansen et al., 2020](#)).

En términos específicos, en tratamientos diseñados para mujeres drogodependientes, los resultados dan luces sobre qué aspectos se deben contemplar a la hora de apoyarlas. Comúnmente se describen características como daños físicos, emocionales y sociales a los que se ven expuestas, así como la desprotección y estigmas sociales de las que son víctimas. Es por ello por lo que comprender el papel que juega la socialización de género en las mujeres, y los mandatos asociados a ellas, es fundamental para contextualizar las características que se les adscriben en la literatura.

Existe menor proporción de ingresos a tratamientos, baja adherencia y frecuentes abandonos por parte de las mujeres drogodependientes, pero esta realidad responde a motivaciones,

exigencias y prioridades asociadas al género femenino. No sería justo proponer que es solo falta de motivación, irresponsabilidad o pasividad, sino que existe una multiplicidad de factores asociados a su realidad subjetiva, social, cultural, económica, que impiden o dificultan su mejoría.

La perspectiva de género no es un concepto definido en consenso por expertos/as, pero existen elementos que se repiten y que pudiesen aportar un posible lineamiento de trabajo. Un primer elemento es que el trabajo debe darse en un clima de confianza para ellas, lo que implica evitar estigmas, establecer alianzas de confianza con el equipo de salud y con las otras usuarias y concientizar en género. Otro elemento implica incluir en los tratamientos no solo a las mujeres, sino también a sus familias e hijos/as, integrándolos activamente en el proceso, brindándoles atención sanitaria y psicológica y potenciándoles como red de apoyo efectivo y protegiendo el vínculo madre-hijo/a.

Finalmente, con relación a los centros y equipos de trabajo, se cree necesario promover generalizada y continuamente formación en perspectiva de género a los/las profesionales, con el propósito de que modifiquen y reflexionen sobre sus prácticas, eviten potenciar roles o mandatos de género con la intervención diaria, se adecuen a las características de las usuarias y que precisen diagnósticos y tratamientos. No cabe duda de que estos acercamientos son un avance para promover equidad en salud, pero la perspectiva de género, aunque ya es un elemento que se considera en los diseños y aplicación de programas para avanzar en disminuir las desigualdades, todavía no es un concepto que se encuentre operacionalizado en los programas para poder integrarlo.

REFERENCIAS

[Arana, Xabier & Germán, Isabel \(2005\)](#). Las personas usuarias de drogas especialmente vulnerables y los derechos humanos. San Sebastián: *EGUZKILORE*, 19, 169-215.

[Arbelo, Ahinoam & Puyol, Berta \(2015\)](#). *Características socioambientales y familiares de las mujeres drogodependientes incluidas en el programa de mantenimiento con metadona en la UAD de OFRA*. Trabajo de fin de grado en Trabajo Social, Universidad de La Laguna, Santa Cruz de Tenerife, España. <https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/1009/Caracteristicas%20sociambientales%20y%20familiares%20de%20las%20mujeres%20drogodependientes%20incluidas%20en%20el%20Programa%20de%20Mantenimiento%20con%20Metadona%20de%20la%20Unidad%20de%20Atencion%20a%20las%20drogodependencias%20de%20Ofra..pdf?sequence=1>

[Aristizábal, Edith; Ríos, Ana & Del Pozo, Francisco \(2016\)](#). Salud Mental, género, educación social en mujeres reclusas del Centro de Rehabilitación Femenino El Buen Pastor de Barranquilla (Colombia) (2015-2016). *Salud Uninorte*, 32(2), 256-267. <https://doi.org/10.14482/sun.32.2.8831>

Ashley, Olivia; Marsden, Mary & Brady, Thomas (2003). Effectiveness of substance abuse treatment programming for women: a review. *The American journal of drug and alcohol abuse*, 29(1), 19-53. <https://doi.org/10.1081/ada-120018838>

Bacigalupo, Loreto; Poyanco, Cristina & Quaas, Cecilia (2013). *Evaluación Cualitativa del "Programa de Tratamiento y rehabilitación residencial con perspectiva de género para mujeres adultas con consumo de drogas", del Centro de Tratamiento y rehabilitación de mujeres con dependencia severa de alcohol y drogas (CTR) del Hospital de Peñablanca*. Tesis para optar al grado de licenciado en psicología y al título de psicólogo, Pontificia Universidad Católica de Valparaíso, Chile. http://opac.pucv.cl/pucv_txt/Txt-0000/UCE0441_01.pdf

Blanco, Pilar; Sirvent, Carlos & Palacios, Leandro (2005). Diferencias de género en la adicción e implicaciones terapéuticas. *Salud y drogas*, 5(2), 81-97.

Cantos, Raquel (2016). *Hombres, mujeres y drogodependencias*. Fundación Atenea. <https://pnsd.sanidad.gob.es/fr/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/Hombres-mujeres-y-drogodependencias.pdf>

Cardoso, Tais; Santos, Marcelo & Peres, Simone (2020). O acesso ao tratamento de usuárias de crack sob a perspectiva dos profissionais de saúde. *Saúde Debate*, 44(3), 184-197. <https://doi.org/10.1590/0103-11042020e316>

Castilla, Victoria & Lorenzo, Gimena (2012). Emociones en suspenso: Maternidad y consumo de pasta base/paco en barrios marginales de Buenos Aires. *Cuadernos de Antropología Social*, 36, 69-89.

Del Pozo, Juan (2005). Retos y perspectivas sobre las drogodependencias y género. *Salud y drogas*, 5(2), 117-136.

Díaz, Mónica; Palomino, Tamara; Quintana, Natalia; Palacios, Mónica & Aracena, Paulina (2021). Reflexiones desde las Terapias Ocupacionales desde el Sur: violencia estructural, derechos humanos y género en procesos de acompañamiento de mujeres durante el embarazo y maternaje. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 29, e2996. <https://doi.org/10.1590/2526-8910.ctore2270>

Escudero, Carlos (2019). Género y toxicodependencia, Una mirada interseccional. *Tareas*, 162, 107-126.

Esquivel, Pascuala; Ortiz, María de la Luz & Ortiz, Raúl (2012). Mujeres consumidoras de drogas inyectables y sus problemas de salud. *Archivos en Medicina Familiar*, 14(2), 47-58.

Galaviz, Gloria (2015). Mujeres, adicción y rehabilitación: Reflexiones desde la frontera noroeste de México. *Salud Colectiva*, 11(3), 367-379. <https://doi.org/10.18294/sc.2015.722>

Generalitat de Catalunya. Agència de Salut Pública de Catalunya, Sub-direcció General de Drogodependències (2021). *Informe sobre l'indicador d'inicis de tractament ambulatori amb o sense substància: any*

2021. https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/9309/informe_sobre_indicador_inicis_tractament_ambulatori_amb_sense_substancia_any_2021.pdf?sequence=1&isAllowed=y

[Gilchrist, Gail; Blazquez, Alicia; Pons, Alba; Coronado, Marta; Colom, Joan & Torrens, Marta \(2012\).](#) *Barreres per a l'accés al tractament, segons el gènere, entre consumidors i consumidores de substàncies que no busquen ni reben tractament. Un treball tècnic.* Departament de Salut: Generalitat de Catalunya. http://www20.gencat.cat/docs/canalsalut/Minisite/Drogues/Professionals/Perspectiva%20g%C3%A8nere/arxius/1091%20SGD%20informe_0205121_definitivo_edt_AM%20revisat%20amb%20marcadors.pdf

[Gueta, Keren \(2017\).](#) A qualitative study of barriers and facilitators in treating drug use among Israeli mothers: An intersectional perspective. *Social Science & Medicine*, 187, 155-163. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.06.031>

[Hansen, Gisela; Deus, Joan; Gutiérrez, Teresa & Limonero, Joaquín \(2020\).](#) *Mujeres en comunidades terapéuticas de adicciones: perfil psicosocial, prevalencia de violencia de género en el ámbito de la pareja y barreras en el tratamiento* [Tesis doctoral sin publicar]. Universitat Autònoma de Barcelona. <https://ddd.uab.cat/record/243186>

[Jara-Concha, Patricia & Cumsille, Francisco \(2019\).](#) Actitudes de residentes urbanos hacia las personas con abuso de drogas en cinco distritos de la comuna de Concepcion, Chile. *Texto Contexto Enferm.*, 28(Spe), e620. <https://doi.org/10.1590/1980-265x-tce-cicad-6-20>

[Jeifetz, Vanesa & Tajer, Débora \(2010\).](#) Equidad de género en la adherencia al tratamiento de adicciones. Representaciones y prácticas de profesionales y pacientes en un servicio de internación de un hospital público. *Anuario de Investigaciones*, 17, 317-320.

[Llort, Antoni; Ferrando, Sara; Borrás, Tre & Purroy, Imma \(2013\).](#) El doble estigma de la mujer consumidora de drogas: Estudio cualitativo sobre un grupo de auto apoyo de mujeres con problemas de abuso de sustancias. *Alternativas*, 20, 9-22. <https://doi.org/10.14198/ALTERN2013.20.01>

[Márquez, Lidia & Lorenzo, Andrés \(2016\).](#) Dificultades en la atención a mujeres con hijos y trastorno de adicción, desde una perspectiva de género. En Domingo Carbonero, Esther Raya, Neus Caparros & Chabier Gimeno (Coords.), *Respuestas transdisciplinarias en una sociedad global. Aportaciones desde el Trabajo Social* (pp. 1-16). Universidad de La Rioja. https://publicaciones.unirioja.es/catalogo/online/CIFETS_2016/Monografia/pdf/TC025.pdf

[Mittag, Oskar & Grande, Gesine. \(2008\).](#) PatientInnenorientierung in der Rehabilitation - Die Genderperspektive. *Die Rehabilitation*, 47(2), 98-108. <https://doi.org/10.1055/s-2008-1046757>

Núñez, Guillermo & Rendón, Alejandro (2012). Género y adherencia al tratamiento: Mujeres drogodependientes de un centro de integración juvenil en el norte de México. *Cult. Drog.* 17(19), 205-236.

Organización Mundial de la Salud [OMS] (2020). *La OMS revela las principales causas de muerte y discapacidad en el mundo: 2000-2019.* Autor. <https://www.who.int/es/news/item/09-12-2020-who-reveals-leading-causes-of-death-and-disability-worldwide-2000-2019>

Pascale, Antonio (2010). *Consumo de drogas durante el embarazo: efectos sobre el binomio materno-fetal, recién nacido y primera infancia. Modalidades terapéuticas y estrategias de prevención.* MSP, Programa Nacional de Salud de la Niñez.

Romo, Nuria (2010). La mirada de género en el abordaje de los usos y abusos de drogas. *Revista Española de Drogodependencias*, 35(3), 269-272.

Ruiz-Olivares, Rosario & Chulkova, Mina (2016). Intervención psicológica en mujeres drogodependientes: una revisión teórica. *Revista Clínica y Salud*, 27(1), 1-6. <https://doi.org/10.1016/j.clysa.2016.01.001>

Schamp, Julie; Simonis, Sarah; Roets, Griet; Van Havere, Tina; Gremeaux, Lies & Vanderplasschen, Wouter (2020). Women's views on barriers and facilitators for seeking alcohol and drug treatment in Belgium. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 38(2), 175-189. <https://doi.org/10.1177/1455072520964612>

Schraiber, Lilia & d'Oliveira, Ana (2014). La perspectiva de género y los profesionales de la salud: apuntes desde la salud colectiva brasileña. *Salud Colectiva*, 10(3), 301-312. <https://doi.org/10.18294/sc.2014.394>

Silva, Érika; Pereira, Adriana & Penna, Lúcia (2018). Estereótipos de gênero no cuidado psicossocial das usuárias de cocaína e crack. *Cadernos de Saúde Pública*, 34(5), 1-10. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00110317>

Silva, Patricia; Souza, Cecília & Peres, Simone (2021). Drug Use and Gender in the Life Histories of young, middle class adults in Rio de Janeiro, Brazil. *Saúde E Sociedade*, 30(3). <https://doi.org/10.1590/s0104-12902021200665>

Urbano, Aurora & Arostegi, Elisabete (2004). *La mujer drogodependiente especificidad de género y factores asociados.* Universidad de Deusto.

Valls, Ester; Geldschläger, Heinrich & Ginés, Oriol (2012). *Opinions i necessitats respecte a la perspectiva de gènere a la XAD.* Agència de Salut Pública de Catalunya: Generalitat de Catalunya. http://drogues.gencat.cat/web/.content/minisite/drogues/professionals/perspectiva_a_genere/arxiu/412_drogues_informe_questionari_drogues_i_genere_2012_amb_marcadors.pdf



KATHERIN ROJAS-ESPÍNOLA

Académica de la Escuela de Psicología de la Universidad Católica Silva Henríquez (UCSH).
 Doctoranda en Persona y Sociedad en el Mundo Contemporáneo, Universidad Autónoma de Barcelona. Magíster en Psicología Clínica Infanto-Juvenil de la Universidad de Chile. Especialización en temáticas de drogas, género, maternidad e infancia.
katherin.rojas.e@gmail.com
<https://orcid.org/0000-0002-7876-9720>

JENNY CUBELLS SERRA

Departamento de Psicología Social de la Universidad Autónoma de Barcelona (UAB). Profesora agregada en el grado de Psicología y Criminología de la UAB y en los Másteres Oficiales siguientes: Máster Universitario en Investigación e Intervención Psicosocial MURIP, Máster Universitario de Psicología General Sanitaria MUPGS y Máster Oficial de Psicología Jurídica y Forense.
jenny.Cubells@uab.cat
<https://orcid.org/0000-0002-2811-8436>

MAITE TUDELA MARÍ

Vicepresidenta de la Federación Catalana de Drogodependencias (FCD). Psicóloga clínica especializada en género y su intersección con drogas y salud mental.
maite.tuma@gmail.com

RECONOCIMIENTOS

Este trabajo ha sido realizado en el marco del programa de doctorado en Persona y Sociedad en el Mundo Contemporáneo de la Universidad Autónoma de Barcelona. El estudio se enmarca en el proyecto Creación de un instrumento de evaluación de perspectiva de género en las entidades de la FCD, trabajo conjunto que desarrolla la Federación Catalana de Drogodependencias (FCD) y la Subdirección General de Adicciones, VIH, Infecciones de Transmisión Sexual y Hepatitis Víricas, Generalitat de Catalunya.

CONFLICTO DE INTERESES

Las autoras declaran que no existe ningún conflicto de intereses en la investigación.

FORMATO DE CITACIÓN

Rojas-Espínola, Katherin; Cubells, Jenny & Tudela, Maite (2024). Perspectiva de género en la intervención en drogodependencias. *Quaderns de Psicologia*, 26(2), e1980. <https://doi.org/10.5565/rev/qpsicologia.1980>

HISTORIA EDITORIAL

| | | |
|----------------|-----------|------------|
| Recibido: | | 13-11-2022 |
| 1 ^a | revisión: | 23-03-2023 |
| 2 ^a | revisión: | 31-10-2023 |
| Aceptado: | | 29-01-2024 |
| Publicado: | | 01-08-2024 |

¹ Esta búsqueda se realizó en dos momentos. La primera, implicó la utilización de palabras claves que más específicas sobre el tema: Perspectiva de género, tratamiento de rehabilitación, adicción y drogodependencias. No obstante, teniendo en consideración que existen pocas publicaciones que aborden esta problemática específica, se amplió la búsqueda, incluyéndose palabras claves como: maternidad, mujeres, madre, hombre, atención en salud y profesionales de salud. Además, se buscaron nuevas combinaciones para ampliar la emergencia de artículos.

Capítulo 2: Experiencias de maternidades, prácticas de cuidados y consumo de sustancias

Introducción

El consumo de sustancias en mujeres, madres y embarazadas al ser una problemática que tiene diversas consecuencias negativas, es visto de forma negativa socialmente, por lo que tiende a ser afrontado, en mayor medida, desde una perspectiva que castiga y vigila, más que desde una posición comprensiva, que reconoce y valida las distintas experiencias de esta población. Gran parte de los estudios que abordan este fenómeno, tienen una visión médica como forma de validarse en la comunidad científica, por ello hablan de patologías, tratamientos farmacológicos, entre muchos otros recursos. Esta visión reduccionista no sólo invisibiliza las condiciones estructurales que inciden en el consumo, sino que también invisibiliza las necesidades y experiencias de las maternidades y el ejercicio de cuidados que ellas despliegan en contextos de consumo.

Así, se vuelve necesario conocer las experiencias de las mujeres, sus características, necesidades, conocimientos y creencias, especialmente cuando son madres marcadas por el estigma, la exclusión social y la violencia. Las maternidades en dinámicas de consumo de sustancias no pueden ser comprendidas sin considerar las condiciones materiales, los vínculos afectivos, la intervención de los recursos sanitarios y judiciales, y las relaciones de poder que atraviesan sus vidas.

De esta manera, este capítulo tiene como objetivo reconocer los significados que construyen las mujeres a partir de sus experiencias de maternidades en contextos de dinámica de consumo de sustancias. Para así, entender cómo el consumo es configurado por sus historias de vida, familiares y sociales, y la atención, acompañamiento y tratamiento que reciben en los distintos recursos (sociales, de salud y judiciales). Frente a este escenario, se busca enriquecer la mirada tradicional que existe sobre el consumo de sustancias, el cual se asocia automáticamente con la negligencia, para proponer comprensiones más profundas y holísticas que permitan entender las realidades de los/as involucrados/as de manera más precisa y, por ende, intervenir de manera más eficaz.

La estructura de este capítulo incluye la revisión de los antecedentes sobre la temática, los objetivos, la metodología utilizada en esta investigación, así como los resultados, análisis de los datos, discusiones y conclusiones.

Antecedentes

Según la Organización Mundial de la Salud el aumento de muertes por trastorno de consumo de alcohol entre las mujeres llega al 30% de la carga mundial de enfermedades entre los años 2000 y 2012, siendo casi el doble respecto de la población general y de los hombres (Da Pilma, Dako-Gyeke, Agyei y Aikins, 2017). En el caso de madres con problemas

relacionados con el consumo de alcohol, pasa a ser uno de los trastornos mentales prioritarios, junto a la depresión perinatal y psicosis puerperal (Baron et al., 2016).

Diversos estudios reportan una disminución en el consumo de alcohol durante la gestación (Blasco-Alonso et al., 2015; Bornhauser, Quack, Seifert y Simões-Wüst, 2017; Chang et al., 2019; Coathup, Smith y Boulton, 2017; Corrigan et al., 2018; Da Pilma et al., 2017; Dumas, Toutain, Hill y Simmat-Durand, 2018; Esposito, Ambrosio, Napolitano y Di Giuseppe, 2015; Högberg, Skagerström, Spak, Nilsen y Larsson, 2016; Lesińska-Sawicka y Nagórska, 2017; Meurk, Broom, Adams, Hall y Lucke, 2014), tendencia que también se observa respecto de otras sustancias (Rutman y Hubberstey, 2020).

No obstante, las estimaciones de prevalencia varían considerablemente: el consumo de alcohol durante el embarazo se sitúa entre un 10% (Bornhauser et al., 2017) y un 64% (Gomez-Roig et al., 2018), mientras que el de tabaco oscila entre un 7% (Gomez-Roig et al., 2018) y un 11% (Bornhauser et al., 2017). En cuanto al uso de marihuana, Muzik et al. (2023b) informan que el 15,1% de las mujeres embarazadas respalda su consumo, con un 7,1% que reporta haberla usado una o dos veces en el último mes, un 2,0% que lo hace semanalmente y un 6,1% que la utiliza diariamente o casi a diario. Sin embargo, otras investigaciones estiman una prevalencia general de entre un 2% y un 5% basada en autoinformes (Badowski y Smith, 2020). Respecto a los opiáceos, Salemi et al. (2020) reportan una prevalencia cercana al 1%. A pesar de estos datos, la precisión en la medición del consumo de sustancias durante el embarazo sigue siendo limitada (Bornhauser et al., 2017).

Aunque la información científica respecto a los riesgos del consumo de sustancias en el embarazo difiere según la sustancia, la evidencia al respecto sigue siendo escasa y parcial. Se ha demostrado que las consecuencias del consumo dependen de diversos factores, como la intensidad del uso (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction [EMCDDA], 2012), el tipo específico de sustancia y el momento del embarazo en que se produce el consumo. Estos efectos pueden manifestarse en distintas dimensiones de la salud de la persona gestante y del feto, abarcando áreas físicas, mentales y conductuales, así como también impactar en su entorno familiar, social y económico (Bazire, 2018). Sin embargo, la evidencia actual es incompleta y debería considerar múltiples factores concomitantes, como el estado general de salud de la madre, la biología del feto, las condiciones de vida materna (estrés, nutrición, acceso a seguridad), el uso de fármacos (incluyendo dosis y frecuencia) y la presencia de policonsumo (Aldana, Almazo, Narváez y Delgado, 2023). Asimismo, el consumo paterno también se ha asociado con efectos adversos en la salud de los hijos e hijas (Zhang et al., 2020).

Estudios sugieren que el impacto en la salud de niños/as expuestos/as a sustancias está más relacionada con factores como la pobreza, la falta de vivienda, el estrés, la mala nutrición e infecciones, que con el consumo de sustancias (Rutman y Hubberstey, 2020). Aldana et al. (2023), señala que los efectos son desconocidos y el resultado personal en la vida de cualquier bebé dependerá significativamente del entorno, el cuidado y la educación de ese individuo, independientemente, haya sido expuesto o no a sustancias. De esta manera, algunos/as

autores/as refieren que existe cierta exageración y confusión sobre los efectos del consumo durante la gestación (Bazire, 2018).

Entre los factores que facilitan el consumo de sustancias en mujeres embarazadas se destacan diversos elementos del contexto social (Chang et al., 2019; Coathup et al., 2017; Kesmodel y Urbute, 2019; Meurk et al., 2014), incluidos los procesos de socialización y las formas de vida cotidianas (Adeniyi et al., 2018; Da Pilma et al., 2017; Dumas et al., 2018; Meurk et al., 2014). También influyen aspectos como las tradiciones culturales (Da Pilma et al., 2017) y las expectativas sociales en torno al consumo de sustancias (Meurk et al., 2014). A esto se suma la ausencia de vínculos o apoyos familiares, lo que puede aumentar la vulnerabilidad al consumo durante la gestación (Adeniyi et al., 2018).

Sin embargo, a pesar de las tasas de prevalencia reportadas, diversos estudios advierten que aproximadamente el 70% de los casos no son detectados, cerca del 85% no acceden a tratamiento, el 93% reciben una atención inadecuada y hasta el 97% continúan presentando síntomas sin remisión (Muzik et al., 2023c). Entre los síntomas más comunes se encuentran la ansiedad, el estrés, la depresión (Chang et al., 2019), la presencia de comorbilidades psiquiátricas (Coker et al., 2018), el uso simultáneo de otras drogas (Muzik et al., 2023c), el aumento del apetito, así como factores contextuales como la presión vital y el desempleo (Da Pilma et al., 2017).

En cuanto a las herramientas que podrían contribuir al bienestar de las madres y sus hijos e hijas durante el embarazo, existen diversos estudios que identifican múltiples factores protectores. Uno de los más relevantes es el nivel de conocimiento que poseen las mujeres embarazadas sobre los efectos del consumo de sustancias (Balachova et al., 2016; Bornhauser et al., 2017; Chang et al., 2019; Corrigan et al., 2018; Dumas et al., 2018; Esposito et al., 2015; Kesmodel y Urbute, 2019; Lesińska-Sawicka y Nagórska, 2017; Meurk et al., 2014), así como la percepción del daño que dicho consumo puede provocar tanto en ellas mismas como en el feto (Balachova, 2016; Chang et al., 2019; Coathup et al., 2017; Da Pilma et al., 2017; Dumas et al., 2018; Esposito et al., 2015; Herzberg, Barrier, Sprague y Vinson, 2016; Kesmodel y Urbute, 2019; Lesińska-Sawicka y Nagórska, 2017; Meurk et al., 2014). A ello se suman las creencias individuales respecto a las sustancias (Balachova et al., 2016; Chang et al., 2019; Coathup et al., 2017; Dumas et al., 2018; Meurk et al., 2014), la planificación del embarazo (Lesińska-Sawicka y Nagórska, 2017), la motivación por proteger al bebé y la vivencia del embarazo como una etapa de aprendizaje (Coathup et al., 2017).

Otros factores que influyen positivamente contemplan la adopción de un estilo de vida más saludable durante la gestación (Bornhauser et al., 2017; Högberg et al., 2016; Naughton et al., 2018), así como las intervenciones realizadas por profesionales de la salud orientadas a modificar patrones de consumo, particularmente a través de procesos educativos (Baron, 2016; Chang et al., 2019; Dumas et al., 2018; Högberg et al., 2016; Kesmodel y Urbute, 2019; Lesińska-Sawicka y Nagórska, 2017; Marcellus y Poag, 2016; Meurk et al., 2014; Naughton et al., 2018). Finalmente, se destaca la importancia de contar con programas que integren estrategias de reducción de daños adaptadas a este período (Rutman y Hubberstey, 2020).

Las políticas públicas y los programas de intervención deberían orientarse hacia acciones tempranas que permitan abordar oportunamente el consumo de sustancias durante el embarazo (Da Pilma et al., 2017). En este marco, se recomienda proporcionar información veraz y basada en evidencia científica como herramienta clave para promover la salud y el bienestar de la madre y los/as hijos/as (Corrigan et al., 2018; Da Pilma et al., 2017). Asimismo, se propone un cambio de enfoque en los procesos de detección, desplazando la atención desde la mera identificación del consumo hacia la comprensión de los riesgos reales que este implica tanto para la madre como para sus hijos/as, junto con garantizar espacios seguros donde las mujeres puedan hablar abiertamente del tema sin temor a sanciones o estigmas (Da Pilma et al., 2017).

Paralelamente, existe evidencia científica y experiencia práctica que respaldan la necesidad de implementar estrategias de educación sanitaria y enfoques de reducción de daños, especialmente en los casos en que las mujeres no logran cesar el consumo (Allen et al., 2022). La reducción de daños no sólo contribuye a mitigar los efectos negativos del consumo, sino que también promueve beneficios inmediatos en áreas como la salud, el ámbito social, económico y la seguridad física y emocional de las mujeres (Allen et al., 2022). Entre sus efectos positivos se encuentran la disminución de costos sanitarios, el fortalecimiento de la lactancia y el apego, la reducción de partos prematuros y de nacimientos con bajo peso, así como el mejor acceso a alimentos y suplementos vitamínicos (Allen et al., 2022).

No obstante, persiste una limitada articulación entre los recursos vinculados a la salud y el bienestar infantil y aquellos programas integrados que aborden simultáneamente el embarazo, la crianza y las adicciones, lo que representa un desafío significativo para una atención integral y coordinada (Rutman y Hubberstey, 2020).

Por ello, se consideró que acceder a las experiencias de mujeres que consumen sustancias constituye una vía fundamental para comprender no solo sus características y necesidades, sino también para identificar elementos relevantes al momento de diseñar y planificar intervenciones orientadas a reducir los problemas asociados a embarazos expuestos a sustancias. El análisis de sus conocimientos, creencias y actitudes permite visibilizar determinantes clave que pueden contribuir a prevenir o mitigar los efectos del consumo, así como orientar estrategias más pertinentes y efectivas. Estos aspectos resultan esenciales para el diseño de abordajes integrales y el seguimiento adecuado de mujeres que consumen en la etapa de maternidad, especialmente de embarazadas, con el objetivo de garantizar acciones de reducción de daños tanto para ellas como para sus hijos e hijas.

A partir de este contexto, se plantea la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuáles son los significados que construyen las mujeres que consumen drogas sobre su salud reproductiva, la maternidad y la salud de sus hijos e hijas?

Objetivos

Objetivo general

Comprender los significados que construyen mujeres que consumen drogas sobre su salud reproductiva, maternidad y la salud de sus hijos e hijas.

Objetivos específicos:

- Describir la experiencia de maternidad o no maternidad que tienen las mujeres que consumen drogas a nivel emocional, social y política pública de salud.
- Describir los conocimientos, creencias y actitudes de mujeres que consumen drogas en relación con su salud reproductiva, la maternidad y la salud de sus hijos e hijas.
- Conocer las necesidades de mujeres que consumen drogas para poder sostener su maternidad y obtener los mejores resultados en salud y otros para ellas y sus hijos e hijas.
- Conocer las experiencias de apoyo que han recibido mujeres que consumen drogas por parte de personas de su entorno, de los servicios de salud sexual y reproductiva y otras entidades, en relación con la maternidad y al consumo de drogas.
- Conocer discursos de estigma que perciben las mujeres que consumen drogas.
- Identificar elementos que facilitan el consumo y aquellos que mantienen la abstinencia de las mujeres que consumen drogas.

Metodología

Si bien existe un capítulo que aborda de forma extensa la metodología utilizada en la tesis (ver página 31), incluyendo esta investigación, a continuación, se entrega un resumen de la metodología utilizada.

Se empleó un enfoque metodológico de teoría fundamentada constructivista (Charmaz, 2003), a través de un análisis cualitativo por teorización anclada (Glasser y Strauss, 1976 en Salgado, 2007). La lectura y el análisis de los datos, se realizó desde un posicionamiento de la perspectiva feminista interseccional (Rodó-Zárate, 2021), donde el fenómeno es situado en contextos sociales marcado por desigualdades de género, socioeconómicas, etnia, raza y clase social (Bonet, 2018).

Se trata de un estudio de caso único, debido a que se busca conocer profundamente el caso y sus particularidades sin generalizar resultados (Ruiz, 2021) y buscando detallar las interacciones en su contexto (Sotelo y Castillo, 2019).

La muestra es de tipo estructural, no aleatoria, no probabilística, ya que las personas participantes fueron seleccionadas por oportunidad y accesibilidad (Duque y Díaz-Granados, 2019). La técnica de muestreo fue, por conveniencia, seleccionando y comparando casos “críticos” de relevancia teórica y práctica (Duque y Díaz-Granados, 2019). Se veló por la perspectiva interseccional en el reclutamiento de las mujeres participantes en cada grupo focal.

Participaron 20 mujeres mayores de edad, dividida en 3 grupos de acuerdo con el consumo: cánnabis (8), alcohol (3) y policonsumo (9). Los criterios de exclusión fueron: contar con trastorno mentales graves, con trastornos cognitivos graves, estar bajo el efecto de las drogas en el momento del grupo focal y barrera idiomática. El reclutamiento se realizó mediante 3 vías: para el grupo de cánnabis, se hizo una convocatoria abierta en las redes sociales y a través de los canales de la asociación de Mujeres Cannábicas; para el grupo alcohol se convocó a mujeres que se atienden en la unidad de adicciones del Hospital Clínic; y para el grupo de policonsumo, se convocó a través de Metzineres un Servicio de Intervención Especializado en Violencias Machistas que incorpora la reducción de daños. Los grupos focales se realizaron en dos momentos: 2 de ellos (cánnabis y policonsumo) entre diciembre 2019 y enero 2020 y en octubre 2020 el tercer grupo (alcohol) de forma virtual debido a la pandemia.

El guión de los grupos focales se construyó en conjunto con las organizaciones participantes, centrándose en sus experiencias de maternidad; percepción de la política y recursos sanitarios; conocimientos, creencias y actitudes de su salud y la de sus hijos e hijas; redes de apoyo; discursos sobre estigma; necesidades; y elementos que facilitan, mantienen o disminuyen los problemas relacionados con el consumo de sustancias.

El estudio fue aprobado por el comité de ética de la Universidad Autónoma de Barcelona y las organizaciones participantes. A las participantes, se les informó de las características del estudio y se les pidió su consentimiento. Se resguardó el material (audios, transcripciones) obtenido, el cual fue manipulado sólo por el equipo investigador y se anonimizaron los datos. La responsabilidad del tratamiento de los datos es de la Sub-dirección General de Drogodependencias, entidad que los guardará durante 5 años y sólo podrá ceder a entidades científicas colaboradoras y exclusivamente para su análisis estadístico anonimizado.

Resultados

Tabla 1. Caracterización de las participantes

En esta tabla se presentan los datos del perfil sociodemográfico de las participantes, junto al código ID con el cual se identificará los extractos de sus entrevistas. Asimismo, se detallan grupo, edad, orientación sexual, nivel de estudios, ocupación, número de hijos/as, red familiar y origen.

| ID | Grupo | Sustancia | Edad | Orientación sexual | Nivel estudios | Actividad | Hijos/as | Unidad de convivencia | Origen |
|-----|---------|-------------|------|--------------------|--------------------------|--|----------|-----------------------|----------------|
| P1 | REMA** | Cánnabis | 35 | Heterosexual | Máster | Técnica de Género (Administración pública) | 1 | Pareja, hija | Barcelona |
| P2 | REMA | Cánnabis | 40 | Heterosexual | Diplomatura | Autónoma (venta online y grow shop) | 3 | Pareja, 3 hijos/as | Madrid |
| P3 | REMA | Cánnabis | 36 | Heterosexual | Técnica Superior | Autónoma | 1 | Hijo | Barcelona |
| P4 | REMA | Cánnabis | 41 | Heterosexual | Formación profesional | Pensionada | 0 | Pareja | Barcelona |
| P5 | REMA | Cánnabis | 36 | Heterosexual | Bachillerato | Autónoma | 1 | Pareja, hijo | Alemania |
| P6 | REMA | Cánnabis | 50 | Bisexual | Universitario incompleto | Desocupada | 1 | Hijo | Argentina |
| P7 | REMA | Cánnabis | 36 | Heterosexual | Formación profesional | Agricultora | 1 | Pareja, hijo | Ciudad Real |
| P8 | REMA | Cánnabis | 40 | Heterosexual | Universitaria | Panadera | 1 | Pareja, hija | Brasil |
| PM1 | RD *** | Policonsumo | 52 | Personas | Educación básica | Pensionada | 2 | Sola, calle | Barcelona |
| PM2 | RD | Policonsumo | | | | | | | |
| PM3 | RD | Policonsumo | | | | | | | |
| PM4 | RD | Policonsumo | | | | | | | |
| PM5 | RD | Policonsumo | | | | | | | |
| PM6 | RD | Policonsumo | 46 | Heterosexual | Universitaria | Educadora social | 2 | Pareja | Barcelona |
| PM7 | RD | Policonsumo | 45 | Bisexual | Primaria | Desocupada | 1 | Sola, calle | Argentina |
| PM8 | RD | Policonsumo | | | | | | | |
| PM9 | RD | Policonsumo | | | | | | | |
| PC1 | CAS**** | Alcohol | 38 | Bisexual | Licenciatura | Dep. comunicación | 1 | Pareja | Castelldefells |
| PC2 | CAS | Alcohol | | | | | | | |
| PC3 | CAS | Alcohol | 43 | Heterosexual | Secundaria | Peluquera | 0 | Sola | Barcelona |

* No todas las participantes completaron o entregaron la ficha sociodemográfica solicitada previa a la realización del grupo focal.

** Red de Mujeres Anti-prohibicionistas (REMA)

*** Servicio de Reducción de Daños (RD)

**** Centros de atención y seguimiento a las Drogodependencias (CAS)

Tabla 2. Categorías

Se construyen 6 categorías, constituidas por dimensiones, sub-dimensiones y grado de fuerza de la categoría (intensidad).

| |
|--|
| 5.1. Categoría 1: Maternidad (72)* |
| Subcategoría |
| 5.1.1. Ingreso a la maternidad (16) |
| a. Embarazo buscado (6) |
| b. Embarazo inesperado (10) |
| 5.1.2. Etapa de embarazo (10) |
| a. Cambios (10) |
| i. Cambios físicos (4) |
| ii. Cambios psicológicos (6) |
| 5.1.3. Lactancia (13) |
| a. Abstinente de consumo (2) |
| b. En consumo (11) |
| i. Afecta a hijo/a (4) |
| ii. No afecta a hijo/a (7) |
| 5.1.4. Crianza (13) |
| a. Crianza en consumo (6) |
| i. Consumo interfiere en crianza (2) |
| ii. Consumo no interfiere en crianza (4) |
| b. Explicar a hijos/as (7) |
| 5.1.5. Daños en los/as hijos/as (20) |
| a. Daños al feto (6) |
| b. Daños físicos (6) |
| c. Daños psicológicos (3) |
| d. Hijos/as sanos/as (5) |
| 5.2. Categoría 2: No maternidad (20)* |
| Subcategoría |
| 5.2.1. Decisión propia (4) |
| 5.2.2. Impedimentos/factores ajenos (16) |
| a. Factor biológico (5) |
| b. Ejercicio de maternidad (11) |
| i. Retirada hijos (4) |
| ii. Cárcel (5) |
| iii. Adicción (2) |
| 5.3. Categoría 3: Consumo de sustancias (59)* |
| Subcategoría |

| |
|---|
| 5.3.1. Presentación de la sustancia (6) |
| <i>a. Sustancia pura (2)</i> |
| <i>b. Mezcla de sustancias (1)</i> |
| <i>c. Policonsumo (3)</i> |
| 5.3.2. Uso del consumo (18) |
| <i>a. Lúdico (5)</i> |
| <i>b. Terapéutico (3)</i> |
| <i>c. Adicción (10)</i> |
| 5.3.3. Cambio en el consumo (19) |
| <i>a. Razones de cambio (4)</i> |
| <i>b. Cambio de patrón (9)</i> |
| <i>c. Estrategias para cambiar (6)</i> |
| 5.3.4. Mantener consumo (8) |
| <i>a. Mitigar dolencias (8)</i> |
| <i>i. Enfermedades mentales (5)</i> |
| <i>ii. Enfermedades físicas (3)</i> |
| 5.3.5. Reiniciar consumo (5) |
| <i>a. Miedo a consumir (2)</i> |
| <i>b. Deseo de consumo (3)</i> |
| 5.3.6. Efectos negativos de patrón consumo alto riesgo (3) |
| 5.4. Categoría 4: Redes (167)* |
| Subcategoría |
| 5.4.1. Familia (25) |
| <i>a. Familia que apoya (8)</i> |
| <i>b. Familia que no apoya (17)</i> |
| 5.4.2. Pareja y/o progenitor (18) |
| <i>a. Pareja y/o progenitor que apoya (5)</i> |
| <i>b. Pareja y/o progenitor que dificulta (13)</i> |
| 5.4.3. Sociales/parque (6) |
| <i>a. Otros padres (3)</i> |
| <i>b. Presión social (3)</i> |
| 5.4.4. Recursos (108) |
| <i>a. Recursos sanitarios (40)</i> |
| <i>b. Servicios sociales (23)</i> |
| 5.5. Categoría 5: Visión social (32)* |
| Subcategoría |
| 5.5.1. Estigmatiza (15) |
| <i>a. Doble estigma (8)</i> |
| <i>b. Mayor juzgamiento (2)</i> |
| <i>c. Imposibilidad de ser madre (5)</i> |

| |
|--|
| 5.5.2. <i>Se excluye y margina</i> (12) |
| a. "Gente mira" (3) |
| b. Castigo (5) |
| c. Culpa (4) |
| 5.5.3. <i>Tratar de encajar</i> (5) |
| a. Buscar aceptación social (2) |
| b. Invisibilización (3) |
| 5.6. Categoría 6: Comorbilidad de enfermedades (26)* |
| Subcategoría |
| 5.6.1. <i>Enfermedades</i> (11) |
| 5.6.2. <i>Medicalización</i> (11) |
| 5.6.3. <i>Suicidio</i> (4) |

Descripción de las categorías

La categoría **Maternidad**, entendida como el período que comienza en el embarazo, la que puede ser buscada o inesperada, implica cambios físicos y psicológicos, pasando por la lactancia y crianza de los/as hijos/as. En este período, puede suceder o no que exista contacto con el consumo de sustancias.

La segunda categoría: **No maternidad**, contempla elementos que afectan o influyen para que una mujer que consume sustancias no sea madre o no ejerza la maternidad. Factores que pueden provenir de la decisión de la persona o que están ajenos a ella.

La categoría **Consumo de Sustancias** se centra en detallar formas de usar la sustancia y sus usos, así como los cambios en el consumo, sea eliminando, disminuyendo, manteniendo o reiniciándolo. Igualmente contempla los efectos de un consumo agudo y sostenido

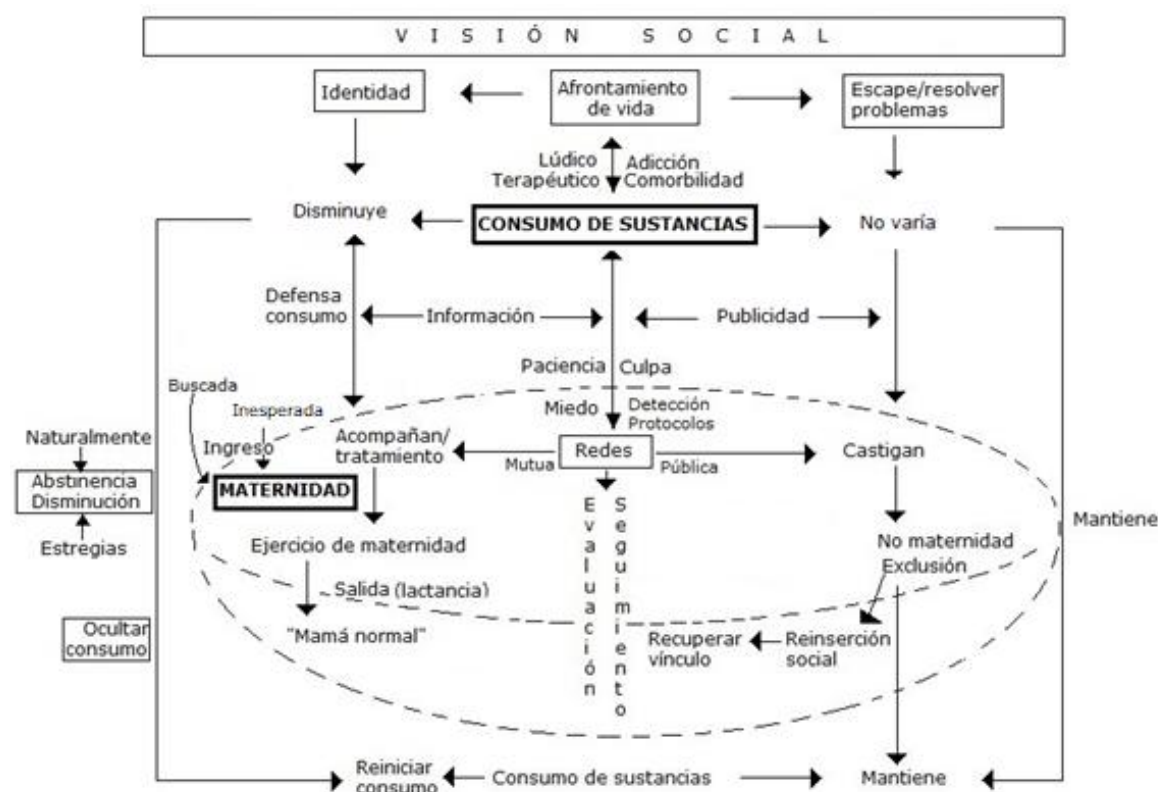
La cuarta categoría **Redes**, centrada en reconocer la relación las mujeres participantes con sus familias, parejas, hijos/as, recursos sanitarios, sociales y de consumo. Observándose el rol de apoyo u obstáculo que significa para ellas ese contacto, tanto en el consumo de sustancias como en el cuidado a los/as hijos/as.

La categoría **Visión social** examina la visión macro de la sociedad hacia las mujeres que consumen sustancias, marcadas por estigmas, prejuicio, marginación y exclusión social producto del consumo, que las empujaría a adoptar un papel de "madre ejemplar" y ocultamiento del consumo de la sustancia.

La sexta categoría, **Comorbilidad de enfermedades**, hace alusión a enfermedades que se presentan, adicional al consumo de sustancias, así como el tratamiento farmacológico que siguen. Igualmente, hace referencia a las conductas de riesgo suicida al que incurren las mujeres.

Análisis

Esquema 1. Análisis relacional entre las categorías



* Esta figura explica las relaciones entre las categorías y sus dimensiones emergidas de los grupos focales.

El fenómeno de la **maternidad** y el **consumo de sustancias** está atravesado por la visión social que se tiene de las mujeres que consumen, especialmente, si estas son madres, donde se destaca que se las juzga más que a los hombres y se les imposibilita poder ser madres. Este elemento puede ser apreciado en el discurso de la participante 6 quien señala:

“... siempre vamos a estar más juzgadas nosotras que ellos...” (P6)

Igualmente, subrayan que se les discrimina y excluye socialmente, existiendo una constante evaluación social, rechazo, castigo, lo que fomenta la culpa e invisibiliza su consumo. Esto puede observarse en las narraciones tanto de la participante 6 como de la 8:

“... pero ves como el sistema te castiga y te maltrata, porque me sentí maltratada y, y bueno, eh, que sí, que se tiene que justificar más supongo que las mujeres también, que has fallado como mujer y has roto todo...” (PM6)

“A escondidas, porque él fuma también, pero dice: no, que va a provocarle al niño, que no sé qué...” (P8)

Sin embargo, una fracción de las mujeres que consumen alcohol, advierten que la sociedad es contradictoria, puesto que fomenta el consumo a través de un despliegue publicitario, pero, al mismo tiempo lo juzga. La participante C1 lo refleja en la siguiente cita:

“... y que te llenen el morro, que todo esté lleno de alcohol, por los anuncios, por todas partes, es que te lo encuentras por todas partes... es la cultura del alcohol...” (PC1)

En el **consumo de sustancias** —condicionado por factores como la presentación de la sustancia (pura, adulterada o en contexto de policonsumo) y el tipo de uso que se le atribuye (lúdico, terapéutico o problematizado)— se identifican principalmente dos perfiles diferenciados entre las participantes.

En el **primer perfil**, el consumo proporciona una **forma identidad** y cohesión entre ellas. La presentación de la sustancia puede ser pura o mezclada, y su uso es lúdico y/o terapéutico. Ellas, son mujeres activistas, y buscan informarse mediante fuentes alternativas. En palabras de la participante 6 se observa el activismo político de ellas y en la participante 1 se aprecia las formas de acceder a la información:

“... por supuesto que la idea es que la legalicen...” (P6)

“... es que tampoco he ido mucho a los médicos, tampoco ha salido mucho el tema, por lo tanto, eh, y porque yo tampoco he buscado otras formas de, de pedir información de, informadas, pero alternativas” (P1)

La **maternidad**, ya sea buscada o inesperada, genera miedo a la retirada de los/as hijos/as por los servicios sociales, por

“... a una mamá sí que le quitaron la custodia de la niña, eh, yo sé que fuma muchísimo cánnabis y hachís...” (P2)

“... es ridículo tener a las instituciones encima cuando realmente, ahora mismo, hay, hay REMA y Mujeres Cannábicas, y hay montón de redes y de información en internet, que te está informando que tengas un consumo responsable...” (P7)

La detección en los **servicios sanitarios** y la activación de protocolos de consumo les genera temor sobre las consecuencias que pueda generar la confirmación de su consumo, pero también sobre lo inesperado que a veces se vuelve la detección en los servicios sanitarios. Esta situación se refleja en la cita de la participante 3:

“... el gran temor es a posteriori sabes, todo, eh, si a mi hijo le tienen que hacer una intervención, el que, como yo estoy lactando y va a salir positivo en THC, que le hicieron alguna prueba, eh, sin que yo pueda saber...” (P3).

Las **redes** las evalúan y mantienen un seguimiento sobre el rol y desempeño que tienen como madres. Las mujeres de este grupo perciben las redes de infancia, familia, sanidad, y servicios sociales como recursos que apoyan y acompañan el proceso y ejercicio de maternidad.

Respecto al **consumo de sustancias**, las mujeres del primer perfil refieren que, al enterarse sobre su embarazo, eliminan o disminuyen “naturalmente” el consumo o aplican reducción de daños. En sus palabras:

“... cuando me enteré que estaba embarazada dejé de consumir porque todo me daba náuseas y entonces, incluso el olor a cánnabis me daba náuseas... mi propio cuerpo rechazó eso...” (P1)

“... dejé de fumar unos 3 meses, pero compré un mini vap, de esos pequeñitos, y me vaporizaba, pero como decía ella, como que no, no es lo mismo, pero lo que hacía... yo me hacía un poco con tabaco y ese porro que me fumaba en 2, 3 días...” (P8)

Consecutivamente, durante el puerperio o posterior a este, algunas mujeres reinician consumo o lo mantienen o aumentan, según cómo lo haya definido cada una. Por ejemplo, la participante 2, lo retoma así:

“Total que con la tercera, eh sí que, o sea, cuando mi hijo segundo tenía 4 meses o así, se terminó la lactancia y entonces, eh, empecé con la marihuana, y desde entonces fue, no paré de consumir...” (P2)

El **segundo perfil**, se caracteriza por consumo de varias sustancias (policonsumo) y problemas relacionados con el consumo mismo, lo que genera efectos negativos en sí mismas (cuerpo, mente), así como en sus relaciones interpersonales y funcionamiento, lo que repercute en problemas de salud, vivienda, en el trabajo y la familia, entre otros. Esta realidad se puede ver observar en las narraciones de varias participantes, las que se revelan a continuación:

“... he abusado de sustancias, incluso he sido adicta al alcohol, y a, a las benzodiazepinas...” (PC2).

(Problemas en el trabajo): *“... es que no estás, tu, tu mente está... estás todo el día, te levantas y no quieres consumir, al cabo de 1 hora, ya tienes ganas... yo fallé un montón en el trabajo, eh, estabas todo el día con el puto alcohol en la cabeza...” (PC1)*

(Problemas de salud): *“... necesito ese consumo porque, además, consumo mucho y para dormir es necesario...” (P7)*

(Problemas familiares): *“... es muy duro esto, muy heavy, nunca en la vida pensé... que alguien, algo, podía robar el instinto maternal...” (PC1)*

(Problemas de vivienda): “... *yo puedo vivir en la calle, yo pienso salir de la calle, yo puedo salir de la calle en cualquier momento, yo me lío con un tío y salgo de la calle*” (PM2)

Para algunas mujeres existe una ocurrencia simultánea entre los efectos del consumo y una descompensación en su salud mental, lo que les genera aislamiento y, en algunos casos, intentos suicidas. Este grupo, no buscan abandonar el consumo, sino reducir los daños. Si bien varias participantes hablan del tema, la participante C2 y la M5 retratan bien esta situación:

“... *llegaba a casa, estaba sola, digo: tengo un montón de benzos para mí sola, sabes, qué voy a hacer, too pa’ dentro y que salga, lo que salga, adiós, necesitaba descansar, desconectar de todo, y decir: si me muero, me muero, me da igual...*” (PC2)

“*Cocaína, cocaína, me ingresaron al Clínico porque cogía muchas depresiones, cogía depresiones de estar derrotada, claro, de estar rendida, de estar cansada*” (PM5)

En este grupo, cuando tienen contacto con las **redes**, a algunas de ellas se les busca incluir socialmente cuando lo desean, buscando estabilidad y formalizar algunas situaciones como las condiciones de trabajo, vivienda y migratoria. Aquí, la participante M4, refiere muy bien esta idea:

“... *esperando mis papeles para poder trabajar, porque estoy trabajando, me gusta trabajar y mi marido trabaja, para llevarlo... para eso quiero arreglar mi situación para poder trabajar en una empresa que pague trabajos extras...*” (PM4)

“... *para tener una casa, que tengo que tener un lugar*” (PM4).

Igualmente, durante este periodo, se intenta recuperar vínculo **familiar** y con los hijos e hijas que se habían perdido producto de las dinámicas del consumo de sustancias:

“*Con mi hija he tenido mucho más contacto porque siempre he vivido en Costa Brava, entonces, pues, era más, tenía más posibilidades*” (PM1)

“... *con mi abuela, con mi mamá. Y haberla dejado antes, durante, pagué las consecuencias que cuando volví, tuve una mala relación con mi madre, me dijo un día enojada: cómo no volviste nunca con, me dice: semejante barbaridad, no entendí en su momento...*” (PM7)

Pero existe un buen vínculo con las **redes asociadas al consumo** de sustancias, las cuales son vistas como redes de apoyo, por lo que existe mayor preponderancia a la adhesión a éstas. Esta idea es bien retratada por la participante 3:

“... me considero afortunada de haber estado en un grupo previo con mamás consumidoras que me ha dado muchas experiencias, y yo me siento afortunada, entonces creo que hay gente que a lo mejor no pudiera llegar a tener esa información...” (P3)

Al experimentar la **maternidad**, las mujeres de este segundo perfil, por lo general, son muy cuestionadas o excluidas y/o, inclusive, autoexcluidas de ésta. Utilizan en mayor medida la red sanitaria pública, donde perciben que existe mayor detección y aplicación de protocolos de consumo. Así, describen prácticas punitivas hacia ellas:

“... mi relación con el sistema sanitario público ha sido temor y de miedo a, a, a, a decir la verdad...” (P3)

“... a una mamá sí que le quitaron la custodia de la niña, eh, yo sé que fuma muchísimo cánnabis y hachís...” (P2)

“... uno de mis grandes pánicos fue, precisamente, por la experiencia de muchísimas y ya no conocidas amigas íntimas mías que les había pasado, no quería que me aplicaran el protocolo de consumo, pues, y, y, y no quería mentir...” (P3)

Este grupo refiere que la participación de **servicios sociales** en estos casos es más frecuente, por lo que sienten temor por la posible pérdida de la custodia. Tienen una sensación de que el sistema castiga, perjudica y daña tanto a la madre como a sus hijos e hijas, es una constante en el discurso de las mujeres. Igualmente, existen otros factores psicosociales presentes que permiten que las intervenciones de los servicios sociales sean más frecuentes como la situación socioeconómica, sanitaria, laboral, habitacional. Estas ideas se pueden recuperar en extractos de sus palabras:

“... comentaron que podía venir la asistente social y eso, y eso fue lo que me daba más miedo” (P8)

En la cita anterior, manifiesta el temor que sienten las mujeres frente a la posibilidad de perder la custodia de sus hijos/as por la intervención de organismos estatales. Temor que se funda a propósito de las experiencias de otras mujeres. O como en el caso de la participante M1, la cual vivencia en carne propia esta retirada:

“... y entonces se lo entregué a mi madre, sabes y, claro, mi madre se hizo mayor, entonces la custodia la, la cogió la, mi, mi hermana, pero claro eso siempre ha estado

en la custodia con la Generalitat, no, entonces yo mí, mi, mi derecho sobre ser madre o eso, no los he tenido nunca...” (PM1)

Las custodias no sólo están a cargo de terceros como lo es la familia o el estado, sino que permanecen por mucho tiempo en esa situación. Así, ellas sienten que sus derechos no son reconocidos ni respetados, aún más, creen ser castigadas por no cumplir con los mandatos de género:

“... pero ves como el sistema te castiga y te maltrata, porque me sentí maltratada y, y bueno, he, que sí, que se tiene que justificar más supongo que las mujeres también, que has fallado como mujer y has roto todo, todo y es un sacrilegio...” (PM6)

Las **redes familiares y sociales** con frecuencia son limitadas, se las percibe como poco apoyo, incluso, castigo de su parte, por lo que algunas mujeres deciden restarse de la vida familiar y social y acoplarse a espacios de consumo. Además de perder el vínculo con la familia, también lo hacen con sus hijos e hijas, como una forma de protección a los mismos, alejarse para no dañar.

“... yo perdí un poco el contacto, ha sido, he sido yo la que, me he aislado...” (PM2)

“... yo he hecho algo malo, pero no he querido que él sufriera el daño que yo misma me estaba causando, y por eso me alejé de él” (PM1)

El rol de la **pareja** es descrito con tres aristas, una de ellas es de acompañamiento al consumo, iniciador o potenciador de los problemas asociados al consumo, por lo que dificulta la experiencia de maternidad:

“Eh, yo me enganché al caballo a los 17 años, eh, y he tenido una pareja, de tiempo, bueno, con él comencé a consumir...” (PM6).

En segundo lugar, se relata a la pareja como un foco de violencia, tal como se aprecia en el relato de la participante M5:

“Anteriormente ya me había pegado, insultado, me había maltratado psicológica y físicamente, que mis padres no estaban conformes de que estuviera, para nada con este hombre...” (PM5).

Y una tercera forma, es que no esté presente en su rol parental. En palabras de la participante M2:

“... su padre no sé por dónde anda, yo perdí un poco el contacto...” (PM2).

En cualquier caso, las participantes consideran que la retirada de los hijos e hijas ocurre principalmente cuando la madre no se encuentra en condiciones de ejercer cuidados, pero esto no sucede necesariamente cuando el padre es consumidor de sustancias, es decir, quitan a la madre, no al padre. Esta idea se puede observar en el siguiente relato:

“... se la quitaron a los padres, o sea, se la quitaron a la madre directamente...” (P2).

En cuanto al **no ejercicio de maternidad**, ésta puede ocurrir por la influencia de factores propios o ajenos. En el caso de decisión propia, se detallan razones como no desear hijos e hijas, no sentirse apta o preparada para ser madre, incompatibilidad con el ritmo de vida y problemas de salud mental. En palabra de dos participantes:

“... tampoco tengo la vena maternal... si lo hubieras querido, por qué no, o haber pillado a un tío de estos y haberme quedado preñada, no, si lo hubiera querido a saco, no, en sus días hasta tomé pastillas para no quedarme, ya que es que no, la vena maternal creo que no me ha salido como para buscarlo, pero que también ha sido por mi locura de vida y lo reconozco, no hay más” (PC3)

“... y hasta me plateé, en decir: no, no puedo ser madre en este estado, no, no debo, no soy válida, no soy apta...” (PC2)

Pero también puede suceder que existan limitaciones biológicas que lo impidan, como la infertilidad de la mujer o su pareja, enfermedades o accidentes. Esto lo representa bien la participante 4:

“... iniciamos el proceso de fertilidad, pero al iniciarlo, una cosa que no sabíamos es que mi pareja también tiene un problema de fertilidad...” (P4)

Por último, existen factores ajenos que impiden el ejercicio de maternidad como privación de libertad, por ejemplo:

“... mi maternidad fue nada, cinco meses porque volví a entrar a la cárcel y me comí 6 años a pulso...” (PM1).

Discusión

Experiencias de consumo de sustancias en mujeres

El consumo de sustancias es diverso debido a los tipos, cantidades, vías y usos del consumo, así como también lo son los distintos perfiles de estas mujeres. Puesto que la constitución de cada grupo focal es inequitativa, no es posible comparar los tipos de consumo; sin embargo, se aprecia que lo detectado por Rutman y Hubberstey (2020) es similar a lo observado en las participantes: el alcohol, el tabaco y el cánnabis son las drogas más utilizadas entre las mujeres/madres.

En el relato de sus experiencias, se logra visualizar dos trayectorias mayormente marcadas y contrapuestas: mujeres que pueden disminuir el consumo y mujeres que no varían su consumo. De acuerdo con lo detectado en el discurso de las participantes, al igual que en la mayoría de los estudios consultados, se aprecia que las mujeres tienden a abstenerse o disminuir al enterarse de su embarazo (Blasco-Alonso et al., 2015; Bornhauser et al., 2017; Chang et al., 2019; Coathup et al., 2017; Corrigan et al., 2018; Da Pilma et al., 2017; Dumas et al., 2018; Esposito et al., 2015; Högberg et al., 2016; Lesińska-Sawicka y Nagórska, 2017; Meurk et al., 2014).

Pero existe otro trayecto evidente, donde el consumo no varía. Este grupo se subdivide, a su vez, en dos grupos: alcohol y policonsumo. Ellas intentan abandonar el consumo, pero una pequeña fracción (grupo alcohol), se encuentra en tratamiento de drogas y temen dejar su medicación y experimentar síndrome de abstinencia, por lo que dudan en el caso de seguir adelante con el embarazo. Rutman y Hubberstey (2020) señalan que muchas mujeres pueden dejar el consumo cuando se enteran de su embarazo, sin embargo, otras continúan consumiendo con los problemas de salud y sociales que esto puede suponer. Las que no logran dejarlo, buscan estrategias de reducción daños: cambiar la forma de consumo a otra que se considere de menor riesgo (Perrin et al., 2021; Rutman y Hubberstey, 2020). Existen casos en los cuales ellas pierden la custodia de sus hijos/as, cuando eso ocurre, comienzan a consumir inmediatamente o aumentar el consumo de sustancias (Perrin et al., 2021).

En este grupo, se identifican diversos factores que favorecen o perpetúan el consumo de sustancias. Entre ellos destacan los contextos sociales de consumo (Adeniyi et al., 2018; Chang et al., 2019; Coathup et al., 2017; Da Pilma et al., 2017; Dumas et al., 2018; Kesmodel y Urbute, 2019; Meurk et al., 2014), la convivencia con parejas que también consumen, la situación de calle o la precariedad habitacional, la presencia de enfermedades físicas y trastornos mentales, experiencias de violencia y trauma, la ausencia de referentes positivos de maternidad, y la falta de apoyo y protección desde edades tempranas (Aldana et al., 2023; Bazire, 2018). Estos factores se articulan con procesos de exclusión social que refuerzan la vulnerabilidad de estas mujeres (Bazire, 2018). Como consecuencia, muchas de ellas llevan un estilo de vida desorganizado, lo que puede traducirse en la omisión de controles médicos prenatales y de seguimiento en salud (Bazire, 2018).

Si bien el consumo de sustancias durante el embarazo puede darse en mujeres de todos los grupos sociales y económicos, existe una mayor probabilidad de que las mujeres pobres o pertenecientes a minorías visibles sean identificadas, y por tanto visibilizadas, cuando consumen (Aldana et al., 2023), lo que evidencia patrones de desigualdad y sesgo en la forma en que se detecta y aborda esta problemática.

Experiencias de maternidad de mujeres que consumen sustancias

El experimentar o no la maternidad está influenciada por diversos factores, incluyendo el enjuiciamiento social y profesional por el consumo de sustancias. Bazire (2018) explica que existe miedo a ser derivadas a servicios sociales de manera automática, a haber dañado al feto/bebé, a ser vista como madre insuficiente o no apta, y experimentar culpa, en caso de que el embarazo salga mal.

La maternidad puede ser buscada o inesperada. De ser buscada, Lesińska-Sawicka y Nagórska, (2017) señalan que la planificación del embarazo es un factor que promueve el cambio en el consumo de sustancias. Esto, aunque en menor medida, también pasa cuando se trata de un embarazo inesperado, pero deseado. En caso de que sea inesperada, y se plantee una interrupción voluntaria, es probable que exista consumo durante la gestación. Por ello, la maternidad tiene un gran impacto en las mujeres que consumen, ya que, dependiendo de la sustancia, de los factores socioeconómicos y si es deseada o no, dependerá la evolución de cada caso. Aun así, no todas las embarazadas que consumen tienen problemas durante la gestación o posterior al nacimiento, y no todos las madres o padres que consumen sustancias tienen dificultades para cuidar a sus hijos e hijas, pero comúnmente se piensa que son negligentes y puede quitarse la custodia de sus hijos e hijas (EMCDDA, 2012).

Conocimientos, creencias y actitudes de mujeres que consumen sustancias

Las participantes consideran que no cuentan con fuentes de información confiables o alternativas sobre su salud o la de sus hijos e hijas. Este elemento va muy en sintonía con lo que propone Bazire (2018) acerca de que las investigaciones carecen de evidencias empíricas en torno al tema, por lo que se exagera y confunde sobre los efectos de las sustancias. Esto impediría a las mujeres y personas involucradas a tomar decisiones informadas, sobre todo porque reciben consejos inconsistentes y contradictorios (Bazire, 2018). No obstante, existe mayor percepción de daño hacia el feto/hijos/hijas/lactante, más que a su propia salud. Es por ello, que modifican su consumo durante el embarazo o lactancia.

Cuando se ahonda en los efectos por sustancias, se señala que el tabaco y el alcohol serían las drogas más dañinas para la salud fetal durante el embarazo (Allen et al., 2022), por ser teratogénicas (Aldana et al., 2023). Al contrario de lo que se piensa, el alcohol tendría mayor impacto en la salud que los opiáceos, incluyendo la heroína o la metadona (Aldana et al., 2023). Diversos estudios señalan que los bebés que presentan síntomas de abstinencia por

exposición a opiáceos al nacer no necesariamente desarrollan efectos negativos a mediano o largo plazo durante la infancia o a lo largo de su vida (Rutman y Hubberstey, 2020; Aldana et al., 2023).

Visión social y políticas hacia mujeres que consumen sustancias

Se puede apreciar una visión social negativa hacia ellas (discriminaciones, enjuiciamientos y estigmas), por ser mujer y consumir sustancias, lo que repercute en su bienestar, autoestima y seguridad, y, a su vez, frena la posibilidad de solicitar ayuda para su embarazo y la crianza (Marcellus y Poag, 2016). Asimismo, perciben que la sociedad aplica políticas normativas, restrictivas y castigadoras hacia las mujeres que consumen, especialmente, si son madres. La ausencia de políticas que promuevan la capacitación y la sensibilización a profesionales tiene como consecuencia la reproducción de prácticas estigmatizantes hacia ellas (Baron et al., 2016).

Cuando el diseño de políticas no considera las necesidades específicas de las mujeres que consumen sustancias, puede generar efectos contraproducentes: en lugar de favorecer la detección temprana del consumo, tiende a reforzar su ocultamiento por parte de las propias mujeres (Baron et al., 2016). Esta escasez de intervenciones ajustadas a sus necesidades muchas veces responde a una falta de apoyo político (EMCDDA, 2012).

Este aspecto muestra la ausencia de perspectiva de género e interseccionalidad en el diseño de políticas y programas, los que se mantienen bajo una lógica patriarcal que asume que las tareas del cuidado son propias de las mujeres.

En las mujeres, se requiere eliminar barreras para la búsqueda de tratamiento, como incluir el cuidado de sus hijos/as en los dispositivos y disminuir el miedo a las consecuencias legales (EMCDDA, 2012). Este último aspecto, en especial porque se ha evaluado las consecuencias que generan potencialmente en los/as niños/as los servicios de acogida. Zlotnick, Tam y Soman (2012), refieren que los/as niños/as expuestos a servicios de acogida, obtienen menor estatus económico, nivel educativo y peor salud física y mental. Por ende, la retirada de los hijos e hijas no necesariamente es la mejor opción.

Finalmente, se propone incluir programas integrados, es decir, que se atienda simultáneamente el embarazo, la crianza de los/as hijos/as y los problemas relacionados con el consumo de las madres y padres (Rutman y Hubberstey, 2020). Sería recomendable mejorar la colaboración entre los recursos asociados a salud y bienestar infantil y programas integrados (embarazo/crianza/problemas relacionados al consumo) (Rutman y Hubberstey, 2020).

Redes asociadas a mujeres que consumen sustancias

Las participantes evitan revelar el consumo en los recursos sanitarios (Chang et al., 2019; Lesińska-Sawicka y Nagórska, 2017) o recurrir a ellos (Adeniyi et al., 2018; Coker et al., 2018), como una forma de anticiparse a consecuencias negativas que el consumir durante la gestación genera (Adeniyi et al., 2018; Chang et al., 2019; Corrigan et al., 2018; Marcellus y Poag, 2016). Puesto que el consumo en el embarazo podría involucrar mayor riesgo de exposición a sustancias y menor posibilidad de acompañamiento profesional. Por ello, se vuelve sumamente complejo detectar casos de consumos y poder promover cambio (Baron et al., 2016), pasando a ser un fenómeno invisibilizado (Chang et al., 2019).

Cuando el consumo de sustancias es detectado por los servicios sanitarios y se identifican factores socioeconómicos que incrementan la percepción de riesgo, es habitual que los servicios sociales cuestionen la permanencia de los hijos e hijas junto a sus madres. En este contexto, las redes familiares y sociales suelen adquirir un papel protagónico en las decisiones relativas al cuidado infantil y a la continuidad de los vínculos familiares. En caso de que puedan modificar el consumo, las familias apoyan tanto el control de consumo, como en el cuidado de los hijos e hijas. En estos casos las mujeres ejercen maternidad, pero en constante seguimiento de las redes, incluyendo salud mental perinatal.

Sin embargo, cuando modificar el comportamiento de consumo durante el embarazo resulta más complejo, suele coincidir con la ausencia de redes de apoyo familiar en la mayoría de los casos (Adeniyi et al., 2018). Las participantes refieren que pierden el vínculo con la familia y sus hijos e hijas, como una forma de protección a los mismos (alejarse para no dañar).

En cuanto a los recursos asociados al consumo de sustancias, existe una mejor percepción sobre ellos, al considerar que estos las acompañan en sus procesos. Tal como lo proponen Marcellus y Poag (2016), contar con recursos con menos barreras de acceso, visibiliza los consumos, potencia la solicitud de ayuda y el ingreso a los recursos de salud. En el caso de los recursos de reducción de daños, ellas los perciben como espacios de cobijo y motivación para incluirse socialmente, muy en sintonía con lo que señalan Rutman y Hubberstey (2020). Donde las mujeres se sienten más apoyadas es en aquellos espacios generados entre iguales, desde la solidaridad y el apoyo mutuo. Allí pueden compartir sus miedos, experiencias y dificultades sin miedo a la pérdida de custodia o la interferencia de los servicios de atención a la infancia.

Prácticas de los/as profesionales de salud

Las mujeres perciben que los/as profesionales de la salud reproducen prácticas estigmatizantes, en gran parte debido a la escasa preparación y formación para abordar adecuadamente el fenómeno del consumo de sustancias (Baron et al., 2016). Las mujeres señalan que experimentan discriminaciones y enjuiciamientos (Marcellus y Poag, 2016): Por ejemplo, los/as profesionales muchas veces traducen la falta de adherencia de las

embarazadas en los tratamientos de consumo, como falta de motivación, sin embargo, esta conducta es más un mecanismo de defensa para evitar la retirada de sus hijos/as (Adeniyi et al., 2018; Coker et al., 2018).

Aprendizajes a futuro

Respecto a las posibles limitaciones, debido a que se trata de un tema complejo y sensible de tratar por las consecuencias (sociales, legales) derivadas de confirmar consumo, así como todas las implicaciones vividas (emocionales, familiares, sociales) por haber sentido que se les consideraba “malas mujeres”, “malas personas”, “malas madres”, se vuelve complejo pesquisar a mujeres que consumen alcohol y sustancias psicoactivas.

Conclusiones

Respecto a los significados que construyen las mujeres que consumen drogas sobre su salud reproductiva, la maternidad y la salud de sus hijos e hijas, se encontró que, más que por su propia salud reproductiva, se centran en la salud de hijos e hijas y en el ejercicio de su maternidad. Esto podría relacionarse con el rol tradicional de género que históricamente se ha adjudicado a la maternidad, es decir, las mujeres dedicadas al cuidado de los/as hijos/as, la familia y el hogar. Así, las mujeres relacionan la maternidad con el cuidado hacia los/as otros/as, más que a sí mismas, superponiendo las necesidades de otros/as sobre las de ellas.

Consideran que la sociedad y sus redes (familiares, sociales, asistenciales, sanitarias) las sancionan, enjuicia, castiga y estigmatizan por su consumo, aún más si es en público (a excepción de las redes asociadas al consumo); inclusive, más que a los padres de sus hijos/as. De igual forma, las redes familiares son un principal sostén en relación con el cuidado de sus hijos e hijas. En algunos casos, las redes sanitarias ofrecen tratamiento al trastorno por consumo de sustancias a quien lo requiera. Cabe recordar que en la mayoría de los casos son ellas las que ceden la custodia, ya sea por su decisión o por sentirse presionadas a hacerlo.

Si se considera la amplia variedad de patrones y sustancias de consumo, se vuelve complejo valorar cada situación y, por ende, acompañar a una mujer durante el embarazo o maternidad. De esta manera, se debería tener en cuenta todos los factores personales, sociales y económicos, que pudiesen estar ayudando o perjudicando en estos procesos. No obstante, en etapa de embarazo, el consumo tiende a modificarse, sobre todo cuando ha sido un embarazo buscado. Incluso aquellas mujeres con consumos más problematizados tienden a disminuir el consumo y aumentar sus prácticas de reducción de daños.

En torno a los conocimientos, creencias y actitudes de mujeres que consumen drogas sobre su salud reproductiva, la maternidad y el impacto del consumo en la salud de sus hijos e hijas, ellas refieren no tener acceso a conocimientos fidedignos acerca de los daños que el consumo puede causar. Por ello, su comportamiento durante el embarazo y la lactancia proviene de las

creencias que tienen sobre las sustancias y sus efectos. Además, mencionan que no cuentan con servicios de atención especializados y adecuados. No obstante, tienden a cambiar el consumo (eliminando/disminuyendo), en cuanto confirman embarazo, o buscan reducir los daños (de vía fumada por vía inhalada, por ejemplo).

Sobre el ejercicio de cuidados de sus hijos e hijas, cabe destacar que las mujeres tienen capacidad de cuidado preservadas, utilizando distintas estrategias, incluyendo el apoyo de terceros. No obstante, aunque consideran que no cuentan con información confiable, sus creencias apuntan a que el consumo no afecta su desempeño de la maternidad. Esta idea es generalizada en el grupo de mujeres que pueden disminuir el consumo, pero en el caso del grupo que no varían el consumo, la situación cambia, ya que creen que no se puede ejercer maternidad adecuadamente, producto del consumo problematizado de sustancias y/o por las circunstancias vitales complejas que, en algunos casos, acompañan a este tipo de consumos.

Acerca de los discursos de estigma percibidos, las mujeres explican que se sienten doblemente estigmatizadas, ya no sólo por consumir sustancias, sino por ser mujeres y madres que consumen. O sea, el consumir sustancias genera estigma, pero se ve incrementado cuando son mujeres y madres, ya que, en términos sociales, es peor visto y más sancionado que en el caso de los hombres. Aquí es necesario tener en cuenta la influencia del autoestigma y la falta de visibilidad de referentes positivos de maternidades en consumo activo.

En cuanto a las necesidades de las mujeres, enfatizan que se debiera mitigar o eliminar socialmente el estigma, enjuiciamientos, discriminaciones y castigos que se ejercen contra ellas. Para lo cual, proponen alternativas de generación de estudios, formación a profesionales de la salud y utilización de los medios de comunicación para expandirlas. Buscan lograr la aceptación del consumo con reducción de daños. Frente a ello, campañas de sensibilización o capacitación a profesionales que trabajan con mujeres que consumen, se vuelven herramientas adecuadas para informar a la población y generar cambio de actitud.

Las mujeres que no varían su consumo (policonsumo), apuntan también a modificar el estigma, puesto que se sienten castigadas e ignoradas social y judicialmente, y creen que no se les brinda la oportunidad de mantener contacto y vínculo con los hijos e hijas. Requieren mayor comprensión, oportunidades, tratamiento específico y apoyos concretos que mejoren sus condiciones de vida. Consideran que el contacto con sus hijos e hijas entrega oportunidades de cambio, motivación, que pudiese llevarlas a incluirse socialmente, pero que, al no permitirse ejercicio de maternidad, se pierde esa posibilidad de cambio y en, algunas ocasiones, deriva en aumento del consumo. Contemplando este escenario, la importancia de diseñar políticas y servicios que contemplen las necesidades antes descritas, se vuelve imperante para alcanzar su efectividad.

Otros elementos que contribuyen a un bienestar durante la maternidad, lactancia y crianza de sus hijos e hijas, son el contacto con las redes, especialmente el apoyo de la familia y la pareja. Una acogida más empática por parte de los recursos sanitarios, libre de prácticas

discriminadoras y estigmatizantes, fomentan la revelación del consumo, solicitud de ayuda e ingreso a tratamientos de salud.

Es por esta razón, contemplar una visión con perspectiva de género e interseccionalidad que mitigue la visión negativa que se tiene de ellas, derrumbe barreras de acceso, y que contemple programas integrados, generará mayor efectividad en las intervenciones con las mujeres y su entorno. Es decir, la falta de acompañamiento y la inadecuación de los programas son las principales barreras. Es necesario poner el acento en reducir el estigma, los prejuicios y el maltrato que reciben las mujeres cuando entran en contacto con servicios sociales y de salud. La amenaza constante a la pérdida de custodia, la exigencia de maternidades “perfectas” y la ausencia de servicios adecuados desde el inicio del embarazo hasta consolidación de la maternidad, son barreras que impiden su mejoría.

Igualmente, la incorporación de la perspectiva de género e interseccionalidad ha permitido comprender la posición en la que se encuentran las mujeres y cuestionar el rol de cuidado que hegemónica y tradicionalmente se les ha adjudicado a ellas, incorporando el papel de los padres en esta fórmula. Así, se puede señalar que este estudio es pionero en la temática.

Finalmente, destacar que los factores que facilitan el consumo son: tener una forma de vida asociada al consumo, descompensación psicopatológica, encontrarse al margen de las redes familiares, sociales e institucionales, invisibilizar el consumo por miedo a estigmas y prejuicios sociales, distanciarse de los hijos e hijas (incluyendo lactancia y crianza), experimentar factores estresores como conflictos familiares, colapsos con los roles desempeñados y experimentar violencia.

Referencias

- Adeniyi, O., Ajayi, A., Ter Goon, D., Owolabi, E., Eboh, A., & Lambert, J. (2018). Factors affecting adherence to antiretroviral therapy among pregnant women in the Eastern Cape, South Africa. *BMC Infectious Diseases*, 18(175), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s12879-018-3087-8>
- Allen, L., Wodtke, L., Hayward, A., Read, C., Cyr, M., & Cidro, J. (2022). Pregnant and early parenting Indigenous women who use substances in Canada: A scoping review of health and social issues, supports, and strategies. *Journal of Ethnicity in Substance Abuse*, 1–31. <https://doi.org/10.1080/15332640.2022.2077430>
- Aldana, C., Almazo, J., Narváez, S., & Delgado, P. (2023). Factores socioeconómicos y socioculturales incidentes en el consumo de sustancias psicoactivas en los adolescentes de los grados 7 y 8 de la institución educativa “Jesús la Buena Esperanza” del municipio de Malambo/Atlántico. *Universidad Simón Bolívar*. <https://bonga.unisimon.edu.co/handle/20.500.12442/12762>

- Badowski, S., & Smith, G. (2020). Cannabis use during pregnancy and postpartum. *Canadian Family Physician*, 66(2), 98–103.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7021337/>
- Balachova, T., Bard, D., Bonner, B., Chaffin, M., Isurina, G., Tsvetkova, L., & Volkova, E. (2016). Do attitudes and knowledge predict at-risk drinking among Russian women? *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 42(3), 306–315.
<https://doi.org/10.3109/00952990.2016.1141914>
- Baron, E., Hanlon, C., Mall, S., Honikman, S., Breuer, E., Kathree, T., Luitel, N., Nakku, J., Lund, C., Medhin, G., Patel, V., Petersen, I., Shrivastava, S., & Tomlinson, M. (2016). Maternal mental health in primary care in five low- and middle-income countries: A situational analysis. *BMC Health Services Research*, 16(1), 1–16.
<https://doi.org/10.1186/s12913-016-1291-z>
- Bazire, A. (2018). Maternité et toxicomanie: Influence des problématiques maternelles et du syndrome de sevrage néonatal sur l'investissement de l'enfant. *Psychotropes*, 24(2), 73–99.
- Blasco-Alonso, M., González-Mesa, E., Gálvez, M., Lozano, I., Merino, F., Cuenca, F., Marín, G., Pérez, S., Herrera, J., & Bellido, I. (2015). Exposición a tabaco, alcohol y drogas de abuso en gestantes: Estudio de prevalencia en gestantes de Málaga (España). *Adicciones*, 27(2), 99–108.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5426714>
- Bonet, J. (2018). Contribuciones de la *Grounded Theory* a la metodología de investigación feminista [Conferencia]. Seminario Interdisciplinar de Metodología de Investigación Feminista (SIMREF).
- Bornhauser, C., Quack, K., Seifert, B., & Simões-Wüst, A. (2017). Diet, medication use and drug intake during pregnancy: Data from the consecutive Swiss Health Surveys of 2007 and 2012. *Swiss Medical Weekly*, 147, 1–13.
<https://doi.org/10.4414/smw.2017.14572>
- Chang, J., Tarr, J., Holland, C., De Genna, N., Richardson, G., Rodriguez, K., Sheeder, J., Kraemer, K., Day, N., Rubio, D., Jarlenski, M., & Arnold, R. (2019). Beliefs and attitudes regarding prenatal marijuana use: Perspectives of pregnant women who report use. *Drug and Alcohol Dependence*, 196, 14–20.
<https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2018.12.008>
- Charmaz, K. (2003). Qualitative interviewing and grounded theory analysis. En J. A. Holstein & J. F. Gubrium (Eds.), *Inside interviewing: New lenses, new concerns* (pp. 311–330). Sage. <https://doi.org/10.4135/9781452218403.n25>

- Coathup, V., Smith, L., & Boulton, M. (2017). Exploration of dietary patterns and alcohol consumption in pregnant women in the UK: A mixed methods study. *Midwifery*. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2017.04.011>
- Coker, J., Catlin, D., Ray-Griffith, S., Knight, B., & Stowe, Z. (2018). Buprenorphine medication-assisted treatment during pregnancy: An exploratory factor analysis associated with adherence. *Drug and Alcohol Dependence*. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2018.07.042>
- Corrigan, P., Shah, B., Lara, J., Mitchell, K., Simmes, D., & Jones, K. (2018). Addressing the public health concerns of Fetal Alcohol Spectrum Disorder: Impact of stigma and health literacy. *Drug and Alcohol Dependence*, 185, 266–270. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2017.12.027>
- Da Pilma, J., Dako-Gyeke, P., Agyei, S., & Aikins, M. (2017). Alcohol consumption among pregnant women in James Town Community, Accra, Ghana. *Reproductive Health*, 14(1), 1–8. <https://doi.org/10.1186/s12978-017-0384-4>
- Dumas, A., Toutain, S., Hill, C., & Simmat-Durand, L. (2018). Warning about drinking during pregnancy: Lessons from the French experience. *Reproductive Health*, 15(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12978-018-0467-x>
- Duque, H., & Aristizábal Díaz Granados, E. T. (2019). Análisis fenomenológico interpretativo: Una guía metodológica para su uso en la investigación cualitativa en psicología. *Pensando Psicología*, 15(25), 1–24. <https://doi.org/10.16925/2382-3984.2019.01.03>
- Esposito, G., Ambrosio, R., Napolitano, F., & Di Giuseppe, G. (2015). Women's knowledge, attitudes and behavior about maternal risk factors in pregnancy. *PLOS ONE*, 10(12), e0145873. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0145873>
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2012). *Pregnancy, childcare and the family: Key issues for Europe's response to drugs*. Publications Office of the European Union. https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/671/TDSI12001ENC_396469.PDF
- Generalitat de Catalunya. (2021). *Sistema d'informació sobre drogodependències a Catalunya. Informe anual 2021*. Agència de Salut Pública de Catalunya, Subdirecció General de Drogodependències. https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/9306/drogodependencies_cat_alunya_2021.pdf
- Gomez-Roig, M., Marchei, E., Sabra, S., Busardò, F., Mastrobattista, L., Pichini, S., & García-Algar, O. (2018). Maternal hair testing to disclose self-misreporting in

- drinking and smoking behavior during pregnancy. *Alcohol*, 67, 1–6.
<https://doi.org/10.1016/j.alcohol.2017.08.010>
- Herzberg, J., Barrier, B., Sprague, D., & Vinson, D. (2016). Substance use in women of reproductive age. *Science of Medicine*, 113(3), 182–186.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27443042>
- Högberg, H., Skagerström, J., Spak, F., Nilsen, P., & Larsson, M. (2016). Alcohol consumption among partners of pregnant women in Sweden: A cross sectional study. *BMC Public Health*, 16(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3338-9>
- Jones, H., & Kraft, W. (2019). Analgesia, opioids, and other drug use during pregnancy and neonatal abstinence syndrome. *Clinics in Perinatology*, 46, 349–366.
<https://doi.org/10.1016/j.clp.2019.02.013>
- Kesmodel, U., & Urbute, A. (2019). Changes in drinking patterns, attitudes towards and knowledge about alcohol consumption during pregnancy in a population of pregnant Danish women. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*.
<https://doi.org/10.1111/acer.14031>
- Lesińska-Sawicka, M., & Nagórska, M. (2017). Pregnancy planning and risk behaviours: A survey of women's experiences in selected European countries. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*, 25(1), 95–99.
<https://doi.org/10.5604/12321966.1235162>
- Marcellus, L., & Poag, E. (2016). Adding to our practice toolkit: Using the ACTS script to address stigmatizing peer behaviors in the context of maternal substance use. *Neonatal Network*, 35(5), 327–332. <https://doi.org/10.1891/0730-0832.35.5.327>
- Meurk, C., Broom, A., Adams, J., Hall, W., & Lucke, J. (2014). Factors influencing women's decisions to drink alcohol during pregnancy: Findings of a qualitative study with implications for health communication. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14(246), 1–9. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-14-246>
- Muzik, M., Menke, R. A., Issa, M., Fisk, C., Charles, J., & Jester, J. M. (2023). Evaluation of the Michigan Clinical Consultation and Care Program: An evidence-based approach to perinatal mental healthcare. *Journal of Clinical Medicine*, 12, 4836.
<https://doi.org/10.3390/jcm12144836>
- Naughton, F., Hopewell, S., Sinclair, L., McCaughan, D., McKell, J., & Bauld, L. (2018). Barriers and facilitators to smoking cessation in pregnancy and in the post-partum period: The health care professionals' perspective. *British Journal of Health Psychology*, 23(3), 741–757. <https://doi.org/10.1111/bjhp.12314>

- Perrin, S., Bertrand, K., & Langlois, È. (2021). Avoiding the stigma: A qualitative study of socially included women's experiences of drug use and dealing, health services and the police in France. *International Journal of Drug Policy*, 87, 102850. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2020.102850>
- Rodó-Zárate, M. R. (2021). *Interseccionalitat: Desigualtats, lloc i emocions*. Tigre de Paper.
- Ruiz, A. E. T. (2021). El transitar en la investigación cualitativa: Un acercamiento a la triangulación. *Revista Científica*, 6(20), 275–295.
- Rutman, D., & Hubberstey, C. (2020). Cross-sectoral collaboration working with perinatal women who use substances: Outcomes and lessons from HerWay Home. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 20(3), 179–193. <https://doi.org/10.1080/1533256X.2020.1763750>
- Salemi, J., Raza, S., Modak, S., Fields-Gilmore, J., de Grubb, M., & Zoorob, R. (2020). The association between use of opiates, cocaine, and amphetamines during pregnancy and maternal postpartum readmission in the United States: A retrospective analysis of the Nationwide Readmissions Database. *Drug and Alcohol Dependence*, 210, 107963. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2020.107963>
- Salgado, A. (2007). Investigación cualitativa: Diseños, evaluación del rigor metodológico y retos. *Liberabit*, 13(13), 71–78. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-48272007000100009
- Sotelo, E. A., & Castillo, G. T. (2018). El reto de la investigación cualitativa en psicología: Alcances para un cambio paradigmático en la universidad. *Yachay-Revista Científico Cultural*, 7(1), 484–489.
- Zlotnick, C., Tam, T., & Soman, L. (2012). Life course outcomes on mental and physical health: The impact of foster care on adulthood. *American Journal of Public Health*, 102(3), 534–540. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2011.300285>
- Zhang, S., Wang, L., Yang, T., Chen, L., Zhao, L., Wang, T., Chen, L., Ye, Z., Zheng, Z., & Qin, J. (2020). Parental alcohol consumption and the risk of congenital heart diseases in offspring: An updated systematic review and meta-analysis. *European Journal of Preventive Cardiology*, 27(4), 410–421. <https://doi.org/10.1177/2047487319874530>

Capítulo 3: Experiencias de paternidad de hombres consumidores de cocaína y/o policonsumo



Masculinities & Social Change
Online First – First Published on 20th May, 2025
© The Author(s) 2025
<http://dx.doi.org/10.17583/msc.15097>

Fatherhood Experiences of Male Cocaine Users and/or Polydrug users

Katherin Rojas-Espínola¹, Carla Bruguera², Oriol Ginés-Canales³, Heinrich Geldschläger³, Lidia Segura-García², Joan Colom-Farran² & Jenny Cubells-Serra⁴

- 1) Doctoranda en Persona y Sociedad en el Mundo Contemporáneo, Universidad Autónoma de Barcelona. *Escuela de Psicología, Facultad de Ciencias Sociales y Jurídicas, Universidad Católica Silva Henríquez, Chile.*
- 2) *Subdirecció General d'Addiccions, VIH, Infeccions de transmissió sexual i Hepatitis Viriques, Agència de Salut Pública de Catalunya, España*
- 3) *Associació CONEXUS, Atenció, formació i investigació psicosocials, Barcelona, España*
- 4) *Departamento de Psicología Social UAB, Universidad Autónoma de Barcelona, Campus UAB, España*

Abstract

Substance use in men is associated with the construction of masculinity and lower perception of risk or harm. Substance use is used to cope with high levels of contextual stress. Although substance use affects childcare performance, fatherhood can become a driver of change to abandon/decrease substance use and become involved in parenting. This qualitative study aims to address the experiences of parenthood and substance use. By conducting a focus group of men (4 participants), data are collected and analyzed with grounded theory. The results show that fatherhood could be seen as an incentive for change or an additional stressor. If fathers manage to control consumption, they can get involved in their parental and child-rearing role, but if they do not manage to control it, conflicts are generated with the couple, family and child-rearing. It is concluded that there is an association between male gender stereotypes and consumption behaviors, encouraging consumption from an early age. They recognize the importance of support networks and specialized treatment programs that are sensitive to their needs and circumstances.

Keywords

Fatherhood, masculinity, substance use

To cite this article: Rojas-Espínola, K., Bruguera, C., Ginés-Canales, O., Geldschläger, H., Segura-García, L., Colom-Farran, J. y Cubells-Serra, J. (2025). Fatherhood Experiences of Male Cocaine Users and/or Polydrug users. *Masculinities & Social Change*, Online First – First Published on 20 May, 2025, pp. 1-20. <http://dx.doi.org/10.17583/msc.15097>

Corresponding author(s): Katherin Rojas-Espínola

Contact address: katherin.rojas.e@gmail.com

Masculinities & Social Change

Online First – Primera publicación el 20 de mayo de 2025

© Autor(s) 2025

<http://dx.doi.org/10.17583/mse.15097>

Experiencias de Paternidad de Hombres Consumidores de Cocaína y/o Policonsumo

Katherin Rojas-Espínola¹, Carla Bruguera², Oriol Ginés-Canales³, Heinrich Geldschläger³, Lidia Segura-García², Joan Colom-Farran² y Jenny Cubells-Serra⁴

- 1) Doctoranda en Persona y Sociedad en el Mundo Contemporáneo, Universidad Autónoma de Barcelona. *Escuela de Psicología, Facultad de Ciencias Sociales y Jurídicas, Universidad Católica, Chile.*
- 2) *Subdirecció General d'Addiccions, VIH, Infeccions de transmissió sexual i Hepatitis Virals, Agència de Salut Pública de Catalunya, España*
- 3) *Associació CONEXUS, Atenció, formació i investigació psicosocials, Barcelona, España;*
- 4) *Departamento de Psicología Social UAB, Universidad Autónoma de Barcelona, Campus UAB, España.*

Resumen

El consumo de sustancias en hombres se asocia con la construcción de masculinidad y menor percepción de riesgo o daño. Se usa el consumo para afrontar altos niveles de estrés contextual. Si bien el consumo afecta el desempeño en los cuidados a sus hijos/as, la paternidad puede pasar a ser un motor de cambio para abandonar/disminuir el consumo e implicarse en la crianza de los/as hijos/as. El presente estudio cualitativo tiene como objetivo abordar las experiencias de paternidad y el consumo de sustancias. Mediante la realización de un grupo focal de hombres (4 participantes) se recogen los datos y se analizan con la teoría fundamentada. Los resultados muestran que la paternidad podría ser vista como un incentivo para el cambio o un factor estresor adicional. Si los padres logran controlar el consumo, pueden implicarse en su rol paterno y de crianza, pero si no logran controlarlo, se generan conflictos con la pareja, familia y crianza de los/as hijos/as. Se concluye que existe asociación entre estereotipos de género masculino y los comportamientos de consumo, fomentándose el consumo desde temprana edad. Reconocen la importancia de las redes de apoyo y programas de tratamiento especializados y sensibles a sus necesidades y circunstancias.

Palabras clave

Paternidad, masculinidad, consumo de sustancias

Cómo citar este artículo: Rojas-Espínola, K., Bruguera, C., Ginés-Canales, O., Geldschläger, H., Segura-García, L., Colom-Farran, J. y Cubells-Serra, J. (2025). Experiencias de paternidad y consumo de sustancias. *Masculinities & Social Change*, Online First – Primera publicación el 20 de mayo de 2025, pp. 1-20. <http://dx.doi.org/10.17583/mse.15097>

Correspondencia Autores(s): Katherin Rojas-Espínola

Dirección de contacto: katherin.rojas.e@gmail.com

Existe una relación entre la paternidad, la masculinidad y el consumo de sustancias. Este artículo busca ahondar en dicha relación y comprender el papel que desempeña cada elemento en este fenómeno. Para ello, se considerarán seis secciones. La primera de ellas es la introducción a la temática, la cual contempla una revisión actualizada de la literatura, reuniendo los principales antecedentes. En la segunda, se presentan los objetivos del estudio. En la tercera sección, se describe la metodología utilizada y en la cuarta se revisan los resultados. La quinta aborda en detalle las discusiones y, posteriormente, la última sección, implica las principales conclusiones de la investigación.

En cuanto a los contenidos de la introducción, se realiza una revisión del género y la masculinidad. Luego se vinculan ambas con la paternidad y se finaliza con la relación entre la paternidad, la masculinidad y el consumo de sustancias. Para comenzar, es conveniente señalar que los estereotipos de género en relación con la masculinidad imprimen que los hombres se muestren valientes, con confianza en sí mismos, con coraje, agresividad y autonomía (Andrés, 2004, Villaseñor y Castañeda, 2003, y Zamudio, 2014 en Toiber-Rodríguez et al., 2022). No obstante, tanto el género como la masculinidad se conforman de acuerdo con los procesos sociales del contexto en que se desarrollan (Arroyo, 2020).

La estructura relacional del género y la masculinidad tradicional y hegemónica, presenta al prototipo tradicional del hombre como viril y heterosexual, marcada por el dominio de poder y autoridad (Arroyo, 2020). Esta impronta, se garantiza y legitima mediante la cultura del patriarcado, sumada a ciertas creencias y prácticas que conforman este consenso social (Arroyo, 2020). De esta manera, se posiciona a los hombres como dominantes y a las mujeres como débiles, ubicándose lo masculino en oposición a lo femenino (Connell, 1997 en Arroyo, 2020).

Si a esta ecuación se le añade la paternidad, se encontrarán puntos de encuentro con los mecanismos antes descritos. También la paternidad se configura recíprocamente con la masculinidad y el género, influyéndoles el tiempo y contexto social en el que se desarrollan (Arroyo, 2020). En otras palabras, ser y sentirse hombre influyen en la forma que se ejerce la paternidad (Puyana y Mosquera, 2005; Micolta, 2011 en Arroyo, 2020) y los sentidos que se le entregan (Arroyo, 2020). Y, al igual de lo que ocurre con las identidades de género binarias (masculino-femenino), la paternidad es construida en contraste a la maternidad (Arroyo, 2020). En concordancia con lo antes expuesto, la paternidad tradicional contemplaría un rol paterno ligado a una función más bien proveedora y protectora de los miembros de la familia (Puyana y Lamus, 2003 en Arroyo, 2020). Por esta razón, con la socialización de género, algunos hombres tienen ideas de los roles de género que no necesariamente aplican en la crianza de los hijos/as (Arroyo, 2020).

El ser hombre y el consumo de sustancias se construyen y transforman de acuerdo con el tiempo y contexto en que se desarrollan (Toquero y Salguero, 2013). Así, el género, dependiendo del contexto y los mandatos sociales, si bien no es una norma, podría influir en las dinámicas y riesgos de consumo de drogas. Se ha encontrado en algunos estudios que, en algunos hombres, el consumo se relaciona con la demostración de virilidad, aumento de consumo de alcohol en momentos festivos (Toiber-Rodríguez et al., 2022; Critchlow et al., 2019), menor posibilidad de identificar comportamientos de riesgo o señales de malestar psicológico (Smith, Mouzon y Elliott, 2018) y ausencia de un análisis reflexivo sobre las consecuencias (Fitzgerald et al., 2016).

Asimismo, de acuerdo con Curtis et al. (2022), quienes estudian a un grupo de hombres afroamericanos, refieren que el consumo de sustancias en estos podría ser consecuencia de altos

niveles de estrés contextual. En estos casos, pasaría a convertirse en un mecanismo para hacer frente a las presiones y demandas de los roles sociales (Anderson y Stevenson, 2019, y Cooper et al., 2020 en Curtis et al., 2022). Un ejemplo particular de ello es el estudio de John (2018), quien observa a un grupo de hombres recién convertidos en padres, quienes inician tempranamente la ingestión de alcohol, con una frecuencia considerable (John, 2018). Frente a cada uno de estos casos, se podría considerar que el recurrir al abuso de sustancias respondería a las contradicciones entre masculinidad tradicional y hegemónica y la paternidad responsable (Curtis et al., 2022).

Es relevante señalar que, en general, la mayoría de las investigaciones cualitativas se han centrado en las experiencias de consumo en mujeres y en cómo los hombres pueden apoyarlas, dejando limitadas perspectivas sobre los futuros padres (Dimova et al., 2022). Las investigaciones en torno a la intersección de la paternidad y el consumo de alcohol son escasas, y existen pocos estudios sobre intervenciones que fomenten la modificación del comportamiento de consumo (Dimova et al., 2022) y el género suele obviarse (Fitzgerald et al., 2016). Por esta razón, se vuelve fundamental conocer cuál es el mecanismo de interacción entre la masculinidad, el género y el consumo de sustancias en hombres.

La paternidad puede brindar una oportunidad única para establecer conexiones y expresar emociones con los/as hijos/as (Toiber-Rodríguez et al., 2022). Cuando existe consumo de sustancias, la paternidad entrega la posibilidad, a quien la ejerce, de reducir el consumo (Toiber-Rodríguez et al., 2022), no obstante, dicho consumo, en algunos casos, puede afectar el desempeño de crianza de los padres e interferir física, emocional y económicamente a los/as hijos/as (Dimova et al., 2022).

Los padres que sufren una adicción pueden sentir limitada su capacidad para comprometerse física y emocionalmente con sus hijos/as (Caponnetto, Triscari y Maglia, 2020); exhibiendo un enfoque más hostil y agresivo en su crianza, presentando una menor capacidad para resolver conflictos y mostrándose menos sensibles (Arria et al., 2013 y Stover, 2013 en Vega-González y Pérez, 2021; Stover et al., 2018; Stover y Kiselica, 2015; Rubenstein y Stover, 2016). Además, pueden adoptar prácticas de crianza empobrecidas que incluyen comportamientos como gritar, azotar y mostrar indiferencia (Stover y Kiselica, 2015). Consistentemente con la idea anterior, Vega-González y Pérez (2021), encuentran en un grupo de padres que realizan tratamiento de adicciones, manifestaciones de negligencia hacia sus hijos/as, como la falta de supervisión adecuada o maltrato infantil.

La mayoría de los programas de abordaje del consumo de sustancias en hombres no integran la paternidad y la crianza de los hijos/as, a diferencia de los programas dirigidos a mujeres que incorporan aspectos maternos y han demostrado mayor eficacia (Stover et al., 2018; Vega-González y Pérez, 2021). Una experiencia exitosa es el programa "Padres por el Cambio", que ha logrado resultados positivos al fomentar el desarrollo de habilidades para gestionar emociones, pensamientos y procesos reflexivos en ellos. Esto ha derivado a una regulación de los afectos, la ira y la hostilidad, así como a un fortalecimiento de sus capacidades parentales en hombres que participan en programas residenciales para tratar el uso de sustancias (Stover et al., 2018). Lo que se traduce en una mayor disposición para interactuar de manera positiva con sus hijos/as (Whittaker et al., 2022).

Debido a los resultados positivos de la inclusión de la paternidad en los programas de intervención en drogas, es necesario abordar una forma alternativa a la tradicional de concebir la paternidad. Esta es la paternidad responsable, donde los padres se involucran activamente en los cuidados de los/as hijos/as, ya no solo remitiéndose en un rol proveedor de los recursos económicos como lo es la paternidad tradicional (Fernández, 2018). Buscar una corresponsabilidad en los cuidados y crianza

de los/as hijos/as, conciliación en el trabajo y la familia, posibilita una transformación cultural que avanza hacia una sociedad más inclusiva (Fernández, 2018).

Misma idea mencionan Hernández, Rivera, Rivas, Morales y Guevara (2017), quienes refieren que la paternidad responsable, incita a que el padre asume todas las responsabilidades con sus hijos/as desde el momento de la concepción, ejerciendo cuidados emocionales y materiales, y ejerciendo derechos y deberes a lo largo de toda la vida de sus hijos/as (Hernández, Rivera, Rivas, Morales y Guevara (2017). Esta forma de paternidad implica ir en contra de los estereotipos de género establecidos, así como forma de desarrollar masculinidad que rompa los roles tradicionales impuestos en procesos de socialización.

Objetivos

Objetivo general

Conocer la experiencia de paternidad de hombres españoles adultos que consumen sustancias.

Objetivos específicos:

1. Identificar elementos que facilitan, mantienen o reducen el consumo de sustancias en los padres.
2. Describir experiencias personales, emocionales y sociales de paternidad en relación con la crianza de padres que consumen una o más sustancias.
3. Identificar conocimientos, creencias y actitudes de los padres que consumen sustancias sobre salud, salud reproductiva y salud de los/las hijos/as durante la crianza.
4. Describir experiencias de apoyo o rechazo del entorno social y/o familiar.
5. Conocer la percepción acerca de la política sanitaria general de intervenciones en drogas e identificar las necesidades para el desarrollo de la paternidad y la mejora de la salud de padres que consumen sustancias y sus hijos/as.

Metodología

Se utilizó un enfoque metodológico de teoría fundamentada constructivista (Charmaz, 2003), a través de un análisis cualitativo por teorización anclada (Glasser y Strauss, 1976 en Salgado, 2007). Se trata de un estudio de caso único, debido a que se busca conocer profundamente el caso y sus particularidades sin generalizar resultados (Vasilachis, 2006) y buscando detallar las interacciones en su contexto (Stake, 1999 en Sandoval, 2002).

La muestra es de tipo estructural, no aleatoria, no probabilística, ya que las personas participantes fueron seleccionadas por oportunidad y accesibilidad (Flick, 2007). La técnica de muestreo fue por conveniencia, seleccionando y comparando casos “críticos” de relevancia teórica y práctica (Flick, 2007). Participaron 4 hombres mayores de edad en el grupo focal. El grupo focal se desarrolló en noviembre del año 2022, se realiza en modalidad virtual producto de las adaptaciones de contacto social que se instalaron por la pandemia COVID-19. Los criterios de inclusión fueron: hombres mayores de edad que pertenecieran a la Red de Atención a las Drogodependencias de Cataluña (XAD), que tuvieran o no hijos, con pareja o ex pareja que tuviera consumo de sustancias. Los de

exclusión fueron: contar con trastorno mentales graves, con trastornos cognitivos graves, estar bajo el efecto de las sustancias en el momento del grupo focal y barrera idiomática. El reclutamiento se realizó mediante una convocatoria vía correo electrónico que realizó la Asociación Conexus (Centro Sanitario Catalán de Atención, Formación e Investigación Psicosociales) dirigido a los/as coordinadores/as de los distintos vinculados a la XAD. Los hombres que aceptaron participar se les informó de las características del estudio, firmaron un consentimiento informado y se les convocó a una única sesión, que tuvo una duración de una hora y media.

El guión del grupo focal se construyó en conjunto con la organización participante, centrándose en sus experiencias de paternidad; percepción de la política y recursos sanitarios; conocimientos, creencias y actitudes de su salud y la de sus hijos e hijas; redes de apoyo; discursos sobre estigma; necesidades; y elementos que facilitan, mantienen o disminuyen los problemas relacionados con el consumo de sustancias. El análisis de información, específicamente en el proceso de codificación, se realizó de forma colectiva, lo que implicó el consenso de tres integrantes del equipo, no obstante, el manuscrito fue revisado por la totalidad de autores/as.

El diseño metodológico de este estudio fue aceptado por el comité de ética de la Universidad Autónoma de Barcelona (número de registro 4948) en un estudio anterior con los mismos objetivos, pero con diferente población (mujeres), por lo que no se ha considerado pertinente volver a pasarlo. Los participantes firmaron un consentimiento informado. Se resguardó el material obtenido (videos, audios, transcripciones), el cual fue manipulado únicamente por el equipo investigador y se anonimizaron los datos. La responsabilidad del tratamiento de los datos es de la Subdirección General de Adicciones, VIH, Infecciones de Transmisión Sexual y Hepatitis Víricas, entidad que los guardará durante 5 años y solo podrá ceder a entidades científicas colaboradoras y exclusivamente para su análisis estadístico anonimizado.

Categorías emergentes¹

Las categorías presentadas a continuación, emergen y son construidas por el material obtenido del grupo focal, las cuales se organizarán posteriormente para generar un modelo explicativo.

1) Visión social

- a. *Normaliza*
- b. *Empuja (ritos)*
- c. *Enfermedad*
- d. *Estigma (más para la mujer)*

2) Consumo de sustancias

- a. *Tipo de sustancias*
- b. *Estado de consumo*
 - i. *Abstinencia*
 - ii. *Consumo controlado*
 - iii. *Consumo no controlado (desmadrado)*
- c. *Reconocer problema*
- d. *Razones para consumir*

- e. *Retomar consumo/recaídas “mosca detrás de la oreja”*
- f. *Momentos de consumo*
- g. *Consumo/no consumo con pareja*
- h. *Efectos negativos*

3) Paternidad

- a. *Incentiva cambio*
- b. *Dificulta cuidados*
- c. *Relación con pareja/ex (discusiones con pareja/ex)*
- d. *Custodia*
- e. *Culpabilidad*

4) Redes

- a. *Familia*
- b. *Recursos*
- c. *Piso de reinserción*
- d. *Profesionales*
- e. *Barreras*

5) Ajustes/prevenición

- a. *Información cero*
- b. *Información naturalizada*
- c. *Estrategias de difusión: colegios, charlas, campañas*
- d. *Estrategias de adherencia*

Resultados

Los resultados están organizados en tres secciones. La primera es una tabla que resume las características de los participantes, la cual detalla distintos elementos como la edad, tipo de sustancia de consumo principal, orientación sexual, nivel de estudios, actividad u ocupación, cantidad de hijos/as, unidad de convivencia y lugar de origen. En segundo lugar, se presenta un esquema que grafica la organización de las categorías emergentes de los datos recopilados. Y finalmente, se realiza una explicación de las categorías antes descritas, detallándose la relación entre ellas.

Tabla 1: Caracterización de los participantes según perfil sociodemográfico, grupo, sustancia, edad, orientación sexual, nivel de estudios, ocupación, número de hijos/as, red familiar y origen*

| ID | Grupo | Sustancia | Edad | Orientación sexual | Nivel estudios | Actividad | Hijos/as | Unidad de convivencia | Origen |
|----|---------------------|-------------|------|--------------------|------------------|---------------------------|----------|----------------------------------|--------|
| P1 | Hospital Clínic | Cocaína | 46 | | | Trabaja (Gruista de obra) | 2 | Vive con su madre | España |
| P2 | Piso de reinserción | | 27 | | | | 0 | Solo | España |
| P3 | CESAM Manresa** | Policonsumo | 44 | Heterosexual | Graduado escolar | Trabaja (Mantenimiento) | 1 | Solo | España |
| P4 | CAS*** | Cocaína | 43 | Heterosexual | Graduado escolar | Trabaja (Carretillero) | 2 | Solo y sus hijos cuando le tocan | España |

* No todos los participantes completaron o entregaron la ficha sociodemográfica solicitada antes de la realización del grupo focal.

** Centro de Salud Mental (CESAM)

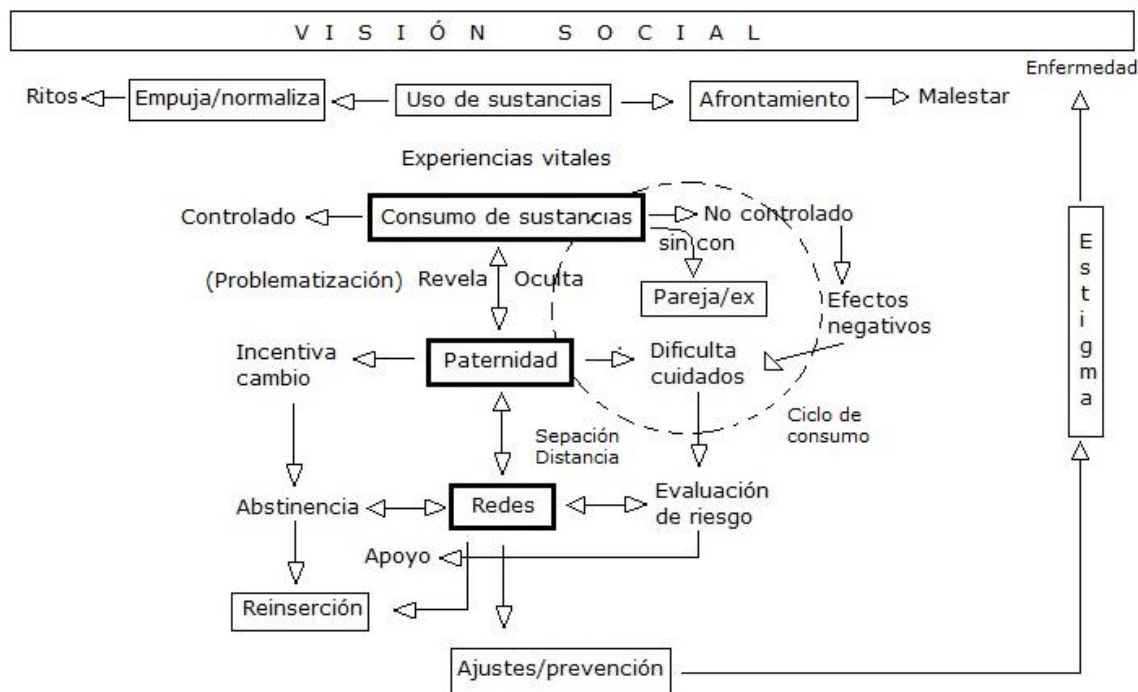
*** Centros de atención y seguimiento a las drogodependencias (CAS).

En cuanto a la descripción que se puede realizar de los participantes, se puede señalar que tres de ellos se encuentra en la quinta década y uno en la tercera. Dos de ellos presentan/presentaban consumo de cocaína y uno policonsumo. Respecto del nivel de estudios, dos de ellos se gradúan de enseñanza secundaria. Tres de ellos desempeñan en un oficio. Tres participantes tienen hijos y uno no es padre. Tres viven solos y uno con su madre. Los cuatro son españoles.

Análisis

A continuación, se presenta un esquema que explica las categorías extraídas de los datos y la relación que se puede establecer entre ellas.

Figura 1: Análisis relacional entre las categorías*



* Esta figura explica las relaciones entre las categorías y sus dimensiones emergidas del grupo focal.

En términos generales, el esquema compuesto a partir de los resultados del focus group, tiene cuatro grandes categorías que son la base del modelo explicativo, estas son: Visión social, Consumo de sustancias, Paternidad y Redes. Respecto a la Visión social, esta categoría examina la visión macro de la sociedad hacia los hombres consumidores de sustancias, la cual está marcada por dos funciones: por un lado, la sociedad facilita el consumo en ellos y, por otro lado, estigmatiza y excluye cuando el consumo no puede ser controlado.

En cuanto a la segunda categoría llamada Consumo de sustancias, se centra en detallar dos formas de dinámicas de consumo de las sustancias (controlado o no controlado). Asimismo, abarca cambios en el patrón de consumo, sea eliminando, disminuyendo o manteniéndolo. Igualmente contempla los efectos negativos de un consumo agudo y sostenido.

La categoría Paternidad es entendida por los participantes como el período que comienza en el embarazo y continúa con crianza de los/as hijos/as. Implica la experiencia que vivenciaron cada uno de ellos, desde la concepción, hasta la actualidad. La Paternidad actúa en los participantes Incentivando cambio en el consumo de sustancias o Dificultando cuidados de los/as hijos/as.

En último lugar, la categoría Redes, se centra en reconocer la relación de los participantes con sus familias, parejas o exparejas, hijos/as, recursos sanitarios, sociales y de consumo. Observándose el rol de apoyo u obstáculo que significa para ellos ese contacto, tanto en el consumo de sustancias como en el cuidado a los/as hijos/as.

En términos particulares, si se analiza en detalle el esquema, se puede encontrar que el cruce de la paternidad de los entrevistados (hombres españoles) y la dinámica de su consumo o ex consumo de sustancias (cocaína y/o policonsumo) debe ser encuadrado en el contexto social donde se desarrolla, es decir, Cataluña, España. Los participantes refieren que el uso de sustancias es visto por la Visión

Social desde dos aristas contrarias entre sí. Por un lado, es un facilitador de la normalización del uso de sustancias, fomentándose a través de la publicidad, medios de comunicación, campañas de industrias. También se aviva a nivel micro, puesto que se incorpora el consumo en rituales y celebraciones familiares y sociales, pasando a ser una de las múltiples formas del proceso de socialización masculina. Los participantes explican que desde pequeños se ven “empujados” en sus entornos a incorporarse a el “mundillo” del consumo.

De esta forma, los participantes refieren que se ven alentados a consumir desde muy pequeños, partiendo el consumo en su núcleo familiar (tíos, abuelos). Sin embargo, el consumo de sustancias pasa a ser estigmatizado, juzgado, discriminado cuando no puede ser controlado, tanto es así, que los entrevistados refieren que la visión social los aleja o margina, cuando están en esa posición.

En el caso del Consumo de sustancias y la influencia que tiene el control o no control que tengan los participantes sobre su consumo, se podrían visualizar dos escenarios. La persona que controla o no lo visualice como un problema, en términos generales, será un tema que revele a la familia y amigos, es decir, el consumo es algo que todos en su entorno saben y no tienen problemas, incluso, donde la pareja también puede consumir o consumir juntos. Es algo conocido y compartido.

Pero en el caso de que la persona considera que no tiene control sobre su consumo o que es un problema para sí, en general, ocultará el consumo y percibirá en mayor medida los distintos efectos negativos del consumo como alejarse de su familia, pareja y/o hijos/as, perder el trabajo, casa, tener amistades de consumo, problemas de autoestima, desregulación del sueño, enfermedades asociadas al consumo, exponerse a riesgos, sufrir accidentes de tránsito, entre otros.

La variación del patrón del Consumo de sustancias se ve marcado, también, por elementos que facilitan o reducen el consumo. El abandono/disminución o aumento del consumo, depende de las experiencias vitales de cada participante y las formas en que estos las afrontan. En dos de los participantes, existieron experiencias vitales extremas que, relacionadas con la motivación por la paternidad, incentivaron el abandono o la disminución del consumo de sustancias. Si el consumo fuese más una forma de afrontar el malestar de ciertas experiencias vitales (como separaciones, fallecimientos de seres queridos), y la paternidad no pudiese ser un factor protector, sino por el contrario, un factor que aumenta el estrés y dificulta la vida de la persona, el consumo aumenta y se vuelve más agudo.

Así, se logra visualizar que el consumo de sustancias se ve marcado por la problematización del consumo que tienen los participantes, si es percibida como riesgo o no, es decir, si existe o no conciencia de enfermedad. Pero también, depende si existe deseo de paternidad puede sostener el cambio en los padres. Este último aspecto es muy distinto al caso de las mujeres/parejas/madres que mencionan los participantes, ya que, en todos los casos, las parejas o exparejas, consumieran previamente o no sustancias, al momento de conocer su embarazo, dejan el consumo y solicitan que ellos también lo hagan.

Cuando aparece la Paternidad como una opción, dependiendo del estado del consumo (controlado, no controlado), pueden darse dos posibles escenarios. En el caso de que exista un consumo controlado y la paternidad se vea como un incentivo para el cambio, se logra abstinencia. Esta vía puede implicar que anteriormente haya existido un consumo no controlado, ya que los cuatro participantes experimentaron el no poder controlar su consumo (y sus efectos negativos) en algún momento de su historia con la sustancia. No obstante, en la actualidad logran mantener un vínculo con sus hijos, ejercer cuidados o están tratando de recuperar la custodia. Cabe destacar que los cuatro participantes,

no detallan que entienden por ejercer cuidados, pero sí incluyen en pasar tiempo con los/as hijos/as y evitar que sus hijos/as tengan acceso a las sustancias (que no siempre les da resultado).

Por otro lado, cuando ocurre un consumo no controlado y existen efectos negativos del consumo, se generan diferentes situaciones que dificultan los cuidados hacia los hijos/as y el mundo familiar: pasar poco tiempo con los/as hijos/as, no poder entregar manutención, discusiones y/o separación con la pareja (cuando ellos no quieren abandonar el consumo), exponer a riesgos/daños a los/as hijos/as durante sus cuidados, sentimientos de culpa, tristeza, malestar que aumentan el consumo. En dos de los participantes, cuando se considera que la entrega de cuidados a los/as hijos/as es deficiente, se les limita la custodia compartida. Durante este proceso, los participantes se ven sumidos en una “rueda” o “ciclo de consumo” porque no logran controlar consumo (“estás enganchado”), se deprimen, se angustian, sienten malestar, lo que los lleva a consumir más aún y se alejan más de sus hijos/as y familias: “espina clavada en mi paternidad”.

Las Redes toman preponderancia cuando los participantes entran en contacto con la paternidad. En cuanto a los recursos sanitarios, se dan dos formas de experiencias. Por un lado, experiencias positivas, en las cuales los participantes se sienten apoyados por los recursos, no juzgados y hacen tratamiento. Una vez que se ha logrado abstinencia, se busca reinsertarlos en distintas áreas. El contacto con los centros y los profesionales es muy bien considerado, lo que les incentiva a continuar. En el caso que mantengan consumo y hayan sido alejados de sus hijos/as, existe evaluación del riesgo, buscándose problematizar el consumo y que adhiera a tratamiento. De esta forma, aunque tome más tiempo, todos los participantes logran mantener un proceso de recuperación favorable.

Por otro lado, existen experiencias negativas, de descontento y frustración con los recursos, ya que perciben dificultades como sentimientos de vergüenza, sentirse juzgados o que no lo escuchan, lo que se traduce en una mala recepción por parte de los recursos y los/as profesionales. Esto logra ser sorteado, cambiando de recurso, hasta encontrar uno que cumpla con sus expectativas.

En términos generales, existe buena percepción de los recursos sanitarios, donde el consumo pasa desapercibido, es decir, no es detectado. O en caso de que el paciente revele el consumo, los/as profesionales no preguntan o intentan abordar la problemática.

En cuanto a las redes familiares, existen experiencias positivas y negativas. Hay familias que apoyan la recuperación, reinsertión y seguimiento de los participantes. Pero también puede existir rechazo familiar por el consumo, tanto en la forma de percibir a la persona que consume (“drogadicto”, verlos con desconfianza), como la forma de relacionarse, donde los familiares deciden tomar distancia o separarse, como ocurre en el caso de las parejas. Aun así, de forma amplia en el grupo, cuentan con el apoyo familiar, por lo que existe un soporte importante para ellos. Mayoritariamente, del contacto que tienen con las redes sanitarias, familiares y educacionales, a los hombres no se les pregunta por el consumo relacionado con la paternidad.

Finalmente, los participantes contribuyen a realizar sugerencias a las acciones presentes y promover otras (Ajustes/prevenición). Consideran que una de las claves sería disminuir el estigma social que se genera hacia las personas que consumen sustancias. Además, sugieren estrategias para seguir mejorando los servicios, como buscar formas anónimas de pedir ayuda (línea telefónica), ubicar recursos en lugares más discretos, realizar charlas, entre otras. Igualmente, incorporar la paternidad dentro de las prestaciones obstétricas, mejorar la detección del consumo en los padres e incluir a las parejas/madres en el proceso de recuperación de ellos. Todas las estrategias y ajustes apuntan a reducir la vergüenza, sentirse menos expuestos y apartados socialmente, en definitiva,

disminuir el estigma en la población. Proponen naturalizar la problemática, buscando que sea considerada una enfermedad como otras.

Discusión

El presente apartado, se organiza en cinco subtemas que son los que componen las discusiones del estudio, siendo ellos: Visión social y construcción de identidad en hombres que consumen sustancias, Consumo de sustancias, Paternidad en hombres que consumen, Redes de apoyo en hombres que consumen y Programas e intervenciones en drogas para hombres que consumen.

Visión social y construcción de identidad en hombres que consumen sustancias

El entorno social en que los hombres participantes del estudio se desarrollan, se encuentra marcado por la normalización del consumo a través de la publicidad, los medios de comunicación y las tradiciones familiares, reflejando la presión social que recae sobre ellos. Los discursos de los participantes revelan un fenómeno complejo, que abarca tanto la normalización como el estigma del consumo de sustancias en la sociedad (Toiber-Rodríguez et al., 2022). Esta concepción está respaldada por estudios que destacan la relación entre los estereotipos de género masculinos y los comportamientos de consumo (Andrés, 2004, Villaseñor y Castañeda, 2003, y Zamudio, 2014 en Toiber-Rodríguez et al., 2022).

Los participantes, en línea con los hallazgos de algunos autores, expresan que la Visión Social influye en sus percepciones sobre el consumo de sustancias, afirmando que, desde temprana edad, tanto la familia como la sociedad, facilitan su incorporación en el consumo de sustancias en celebraciones y rituales (Critchlow et al., 2019). Además, señalan la dualidad inherente en la percepción de la sociedad: mientras el consumo en ciertos contextos se normaliza y, hasta, se facilita, por otro lado, la misma sociedad estigmatiza y discrimina a quienes desarrollan adicciones (Critchlow et al., 2019). Esta discrepancia crea una paradoja, ya que, aunque se fomente el consumo en algunos escenarios, cuando se desarrollan consumos problemáticos con las sustancias, son excluidos o marginados.

La dimensión género también es un punto de coincidencia entre el estudio de Toiber-Rodríguez et al. (2022) y el grupo focal de hombres. Así, por un lado, Toiber-Rodríguez et al. (2022) resaltan que la masculinidad en un grupo de adolescentes en conflicto con la ley, se construye en torno a la demostración de características asociadas al consumo. Mientras que, por otro, los participantes indican que las expectativas de género influyen en la forma en que son percibidos por la sociedad (Visión social) en relación con el consumo.

Consumo de sustancias

De acuerdo con los participantes, y tal como lo señalan Villaseñor y Castañeda (2003 en Toiber-Rodríguez et al., 2022), el consumo de sustancias se utiliza y es reforzado por la Visión social como una forma de construcción de identidad masculina y mecanismo de pertenencia o integración social. De esta manera, los hombres del grupo focal confirman que la Visión social normaliza el consumo, aún más, lo promueve en rituales sociales, como por ejemplo momentos festivos (Critchlow et al., 2019). Igualmente, el hecho de utilizar el consumo como una forma de afrontar presiones o demandas de roles sociales, es algo que reconocen los entrevistados y que ya advierten algunos autores

(Anderson y Stevenson, 2019, y Cooper et al., 2020 en Curtis et al., 2022). Es decir, los hombres identifican y concuerdan con estos mecanismos, por lo que, tal como señala Toiber-Rodríguez et al. (2022), se volvería complejo ir en contra de estos estereotipos de género.

En cuanto al uso de sustancias, los participantes refieren que, cuando el consumo es controlado y no es un problema, es una conducta compartida o validada por los círculos cercanos, como amigos, familia y/o pareja (Toiber-Rodríguez et al., 2022). Sin embargo, cuando perciben que el consumo se ha vuelto una dificultad y problematizan su situación, o sea, existe percepción de riesgo y conciencia de enfermedad, ellos logran modificar el consumo (disminuir/abandonar). Este cambio también lo atribuyen al hecho de volverse padres, de este fenómeno, sobre la motivación que podría generar la paternidad, ya habían hablado Rubenstein y Stover (2016) y Stover et al. (2019), lo que, a su vez, podría ser un motor de cambio para modificar el consumo de sustancias (Dimova et al., 2022; Toiber-Rodríguez et al., 2022).

Cuando el consumo de sustancias por parte de los entrevistados no puede ser controlado, podría explicarse por una menor percepción de riesgo, tal como lo mencionan Smith, Mouzon y Elliott (2018). Así, los participantes refieren que se ven envueltos en conflictos familiares, con la pareja y los/as hijos/as por no poder controlar el consumo (o abandonar) y por experimentar los efectos negativos del consumo mismo, como, por ejemplo, pérdidas de trabajo, de vivienda, sufrir accidentes, entre muchos otros factores. En este contexto, ellos deciden ocultar el consumo o apartarse de sus redes de apoyo. Ya Geldschläger y Ginés en el año 2013, reconocían las dificultades que tienen los hombres para pedir ayuda debido a la internalización del modelo de masculinidad hegemónico y las contradicciones que les genera el contraste entre los roles sociales esperados.

Paternidad en hombres que consumen

El concepto de paternidad en relación con el consumo de sustancias que emerge de los resultados muestra que es una temática compleja y multidimensional. Los participantes describen que ejercer o no la paternidad puede influir en el consumo y/o en los cuidados hacia los/as hijos/as y en la dinámica de pareja/expareja. Esta percepción se alinea en algunos aspectos con las investigaciones de varios autores (Stover y Kiselica, 2015; Caponnetto, Triscari y Maglia, 2020; y Vega-González y Pérez, 2021), aunque también existen matices y discrepancias.

Cabe señalar, que existen diferencias entre las implicancias de las experiencias de los participantes y las expectativas de estos sobre la paternidad. De los cuatro participantes, tres de ellos son padres, lo que recoge experiencias concretas de ejercicio de paternidad. De acuerdo con el relato de ellos, si bien sus expectativas sobre su paternidad contemplaban un rol más activo y presente en la crianza y la vida cotidiana con sus hijos, los tres confirman que el consumo de sustancias actúa como un obstáculo para este ejercicio, y aún más, en algunas ocasiones implicó posicionar a los/as hijos/as en situaciones de riesgo debido al consumo o búsqueda de este. Hecho que va muy en sintonía sobre la paternidad y masculinidad, tradicional puesto que ellos se limitan a entregar cuidados económicos, más que del cuidado cotidiano (Arroyo, 2020). Ya Arroyo (2020) lo advertía, la paternidad se construye en oposición a la maternidad, por ello, no es anormal que los participantes no logran ejercer una paternidad ligada a la crianza y el cuidado.

Los descubrimientos de Curtis et al. (2022) respaldan la idea de que el consumo en los hombres está vinculado a niveles elevados de estrés contextual y puede ser utilizado como una estrategia para lidiar con el estrés y las demandas de los roles (Curtis et al., 2022). Estos hallazgos son coherentes

con los resultados de los participantes, en relación con el consumo no controlado, puesto que puede generar problemas en la crianza y en la relación con los hijos/as. Aspecto reforzado por Vega-González y Pérez (2021), quienes abordan la relación compleja entre paternidad y consumo, ya que sugieren que los hombres consumidores pueden presentar conductas negligentes hacia los/as hijos/as y mostrar patrones de crianza empobrecidos, como la agresividad y la falta de sensibilidad (Vega-González y Pérez, 2021).

No obstante, los participantes destacan también, una dimensión positiva en la relación entre paternidad y consumo. Algunos estudios, como los señalados por Toiber-Rodríguez et al. (2022) y Gómez-González y Ramírez-Rodríguez (2022), sugieren que la paternidad puede actuar como un incentivo para el cambio y el abandono del consumo de sustancias. Los participantes reconocen que la paternidad pasa a ser una motivación, lo que les genera un nuevo sentido y objetivos de vida, y puede llevarlos a abandonar o disminuir el consumo.

Redes de apoyo en hombres que consumen

La valoración de las redes de apoyo familiares y sociales (amigos, recursos de salud, drogas y educación), son percibidas de dos maneras: como apoyo y barrera, aspecto que emerge, tanto de las propuestas de autores como en las experiencias de los participantes.

Caponnetto, Triscari y Maglia (2020) señalan que el consumo de sustancias puede alterar las relaciones interpersonales, incluidas las familiares, al generar una dinámica marcada por la superficialidad y la inapetencia. Esto coincide con lo referido por los hombres del grupo focal, quienes señalan que la paternidad y el consumo influyen en establecer relaciones superficiales.

La propuesta de que las familias que se mantienen como red proporcionan apoyo a la paternidad (Toiber-Rodríguez et al., 2022), encuentra concordancia con las experiencias mencionadas por los participantes. En sus discursos, posicionan las redes familiares como una forma de contribución a su recuperación, reinserción y seguimiento. Al mismo tiempo, lo planteado por Rubenstein y Stover (2016) sobre que los hombres buscan redes de apoyo para mejorar su rol como padres, se evidencia en las narraciones de los participantes, quienes destacan su compromiso con el papel de padres y su deseo de fortalecer ese ámbito en el futuro.

La influencia de la violencia doméstica ejercida por los hombres, al relacionarse con el consumo de sustancias y la crianza de los/as hijos/as, es también un punto de convergencia entre los estudios y los participantes del grupo. Existe conexión entre la violencia hacia los/as hijos/as, el debilitamiento de la crianza y el escaso contacto con los/as hijos/as (Benoit y Magnus, 2017 en Dimova et al., 2022; Rubenstein y Stover, 2016).

Las redes de apoyo varían en función del género. Los hombres a menudo encuentran apoyo en sus redes familiares y sociales para el cuidado de sus hijos/as y son menos criticados, juzgados o excluidos en el proceso, a diferencia de lo que ocurre con las mujeres.

Programas e intervenciones en drogas para hombres que consumen

Algunos autores subrayan que muchos programas que abordan el consumo de sustancias no consideran la paternidad ni la crianza en su enfoque, lo que contrasta con el éxito que han tenido los programas que incorporan la maternidad (Stover et al., 2018; Whittaker et al., 2022). Los participantes respaldan esta observación al enfatizar que los recursos de salud y tratamiento deberían adaptarse para incorporar la perspectiva de género y la paternidad en sus estrategias de intervención. Se detecta

pues una oportunidad para mejorar la efectividad de los programas y servicios, considerando consumo y la paternidad conjuntamente, puesto que se ha visto efectividad en los tratamientos que la consideran (Stover et al., 2018).

Existe concordancia entre autores y participantes, sobre la necesidad de considerar aspectos raciales, sociales y económicos de los hombres (Curtis et al., 2022), así como en las estrategias de afrontamiento y comprensión del impacto del consumo en la crianza (Stover et al., 2018). Los discursos de los participantes destacan la relevancia de mitigar el estigma y mejorar la detección del consumo en los padres.

El enfoque basado en intervenciones en parejas para reducir el consumo durante el período prenatal, resaltado por Desrosiers et al. (2016), se alinea con la sugerencia de los participantes de incluir a las parejas/madres en el proceso de recuperación de los padres. Esto sugiere una convergencia en la importancia de abordar la problemática de manera integral, considerando a ambos progenitores en las intervenciones.

El acceso a la atención en salud, las intervenciones y los programas diseñados para abordar el consumo de sustancias presentan notables diferencias de acuerdo con el género. Los programas de tratamiento para hombres no incorporan la paternidad y la crianza. Los programas que se enfocan en la masculinidad y la paternidad, en relación con el consumo de sustancias, son menos comunes y desarrollados. Lo que podría responder, también, a que a los hombres socialmente, no se les exige participar y responsabilizarse de la crianza de sus hijos/as. Esto refleja la necesidad de reconocer y abordar la compleja relación entre masculinidad y consumo de sustancias, y la necesidad de promover la paternidad activa de los hombres.

Conclusión

La paternidad de los participantes del estudio (cuatro hombres españoles adultos) al encontrarse inserta en el consumo de sustancias (cocaína y/o policonsumo), es definida como una experiencia compleja y multidimensional, atravesada por diversos factores (individuales, familiares, socioculturales, económicos). La paternidad y el consumo se influyen mutuamente.

En relación con los elementos que facilitan, mantienen o reducen el consumo de sustancias en los padres, se logra identificar los tres aspectos en la población estudiada. Sobre los elementos que facilitan, se encuentran los procesos macro y micro (familia, amigos/as) sociales, donde ellos sienten que el proceso de socialización masculina, es decir, la masculinidad hegemónica se convierte en un factor de riesgo de consumo. Cabe destacar que, si bien en este grupo se detecta el ingreso al consumo de sustancias, no es la norma de los hombres frente a los mandatos sociales. Además, el hecho de sentirse estigmatizados, excluidos o autoexcluidos producto de los efectos negativos del consumo, aumenta el aislamiento social, lo que repercute en la facilitación de acceso al consumo como una forma de afrontar el malestar.

Por otro lado, los elementos que mantienen el consumo, en los entrevistados se reconocen tres. Uno de ellos es la adicción misma a la sustancia, donde ellos refieren estar insertos en ciclos de consumo, los que no pueden abandonar fácilmente. Un segundo aspecto es el aislamiento social producto de los efectos negativos del consumo y conflictos familiares, lo que genera una invisibilidad y barrera en la solicitud de ayuda, que perpetúa el consumo de sustancias. Un tercer elemento son las

presiones que sienten por la internalización del modelo de masculinidad hegemónico y las contradicciones que les genera el contraste entre los roles sociales esperados.

En cuanto a las experiencias personales, emocionales y sociales de paternidad en relación con la crianza de los participantes consumen o consumían cocaína o policonsumen, si bien tres de ellos son padres y uno todavía no, todos creen que el consumo interfiere en el desempeño de la crianza de los/as hijos. Esta situación afecta su emocionalidad, generándoles culpa por no estar presente o no con toda su atención en el cotidiano con sus hijos/as. En la misma línea, socialmente, considera que se les presiona a dejar el consumo. No obstante, la paternidad también es vista como una experiencia positiva que puede motivar al cambio del consumo, generar nuevos sentidos y objetivos de vida.

Mientras que los conocimientos, creencias y actitudes de los padres que consumen sustancias sobre salud, salud reproductiva y salud de los/las hijos/as durante la crianza, los participantes no ahondan mucho en la temática. Si bien consideran que el consumo de sustancias interfiere en el ejercicio de la paternidad, no abordan sobre su propia salud reproductiva. Más bien hacen alusión a problemas de salud ligados a accidentes propios y/o de sus hijos/as producto de los efectos negativos del consumo.

En penúltimo lugar, al indagarse sobre las experiencias de apoyo o rechazo del entorno social y/o familiar que perciben los participantes, se puede señalar que se las percibe en una doble función: como apoyo y como barrera. Se reconoce apoyo porque sienten que, principalmente la familia, le contribuye a su recuperación del consumo y reinserción social, y, también, les apoyan en su rol paternal en el cuidado de sus hijos/as. Sin embargo, igualmente, en algunos casos, se les identifica como una barrera, debido a que perciben rechazo por parte de estos frente al consumo, en especial cuando ellos no quieren abandonar el consumo.

Y finalmente, la percepción acerca de la política sanitaria general de intervenciones en drogas, los participantes enfatizan en que los programas debiesen incorporar la paternidad y la perspectiva de género para optimizar el éxito y efectividad de estos. Además, identifican dentro de sus necesidades para el desarrollo de la paternidad, la mitigación del estigma y mejora de la detección del consumo en los padres. En cuanto a la mejora de la salud de padres que consumen sustancias y sus hijos/as, el grupo focal refiere que los programas debiesen incorporar la masculinidad, la paternidad y el consumo de drogas de forma integral, de forma que se les exija participar y responsabilice en la crianza de los/as hijos/as.

Se concluye con que la construcción de género y la masculinidad influyen en la relación entre la paternidad y el consumo de sustancias. Los hombres se ven presionados por normas de masculinidad, también afrontan barreras de estigma y discriminación. Reconocen la importancia del apoyo de las redes y programas de tratamiento especializados y sensibles a sus necesidades y circunstancias. Una intervención integral que considere género, paternidad y consumo es esencial para promover el bienestar y la equidad.

Notas

1. Cabe destacar que las categorías emergentes son similares a las obtenidas en un estudio previo con mujeres/madres que consumen sustancias, estudio realizado por el mismo equipo de investigación, el que próximamente será publicado.

Financiamiento

Esta investigación ha sido financiada por la Subdirección General de Adicciones, VIH, Infecciones de Transmisión Sexual y Hepatitis Víricas (convenio entre la Subdirección y la UAB, número de expediente SA-2022-700).

Agradecimientos

Agradecemos el apoyo de los hombres que participaron en el estudio.

Declaración de divulgación

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de intereses en la investigación.

Referencias

- Arroyo, G. (2020). Masculinidades y paternidad: Una mirada interseccional sobre la experiencia de ser padres jóvenes clase media en Barranquilla (Colombia). *Investigación y Desarrollo*, vol. 28, núm. 1, pp. 104-156, 2020. <https://doi.org/10.14482/indes.28.1.305.31>
- Caponnetto, P., Triscari, C., y Maglia, M. (2020). Living Fatherhood in Adults Addicted to Substances: A Qualitative Study of Fathers in Psycho-Rehabilitative Drug Addiction Treatment for Heroin and Cocaine. *International journal of environmental research and public health*, 17(3), 1051. <https://doi.org/10.3390/ijerph17031051>.
- Charmaz, K. (2003). Qualitative interviewing and grounded theory analysis. *ResearchGates*. 671-694. <https://doi.org/10.4135/9781452218403.n25>.
- Critchlow, N., MacKintosh, A. M., Thomas, C., Hooper, L., y Vohra, J. (2019). Awareness of alcohol marketing, ownership of alcohol branded merchandise, and the association with alcohol consumption, higher-risk drinking, and drinking susceptibility in adolescents and young adults: a cross-sectional survey in the UK. *BMJ open*, 9(3), e025297. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-025297>.
- Curtis, M. G., Collins, C., Augustine, D., Kwon, E., Reck, A., Zuercher, H., y Kogan, S. M. (2022). The Transition to Fatherhood, Contextual Stress, and Substance Abuse: A Prospective Analysis of Rural, Emerging Adult Black American Men. *Substance use & misuse*, 57(12), 1818–1827. <https://doi.org/10.1080/10826084.2022.2115851>.
- Desrosiers, A., Thompson, A., Divney, A., Magriples, U., y Kershaw, T. (2016). Romantic partner influences on prenatal and postnatal substance use in young couples. *Journal of public health (Oxford, England)*, 38(2), 300–307. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdv039>.
- Dimova, E. D., McGarry, J., McAloney-Kocaman, K., y Emslie, C. (2022). Exploring men's alcohol consumption in the context of becoming a father: A scoping review. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 29(6), 643–654. <https://doi.org/10.1080/09687637.2021.1951669>.
- Fernández, Y. (2018). *Paternidad responsable: un elemento clave para el desarrollo humano*. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Disponible en: <https://www.undp.org/es/dominican-republic/blog/paternidad-responsable-un-elemento-clave-para-el-desarrollo-humano>.
- Fitzgerald, N., Angus, K., Emslie, C., Shipton, D., & Bauld, L. (2016). Gender differences in the impact of population-level alcohol policy interventions: evidence synthesis of systematic reviews. *Addiction (Abingdon, England)*, 111(10), 1735–1747. <https://doi.org/10.1111/add.13452>.
- Flick, U. (2007). *Introducción a la investigación cualitativa*. Madrid: Ediciones Morata.
- Geldschläger, H., y Ginés Canales, O. (2013). Abordaje terapéutico de hombres que ejercen violencia de género. *FMC - Formación Médica Continuada En Atención Primaria*, 20(2), 89–99. [https://doi.org/10.1016/s1134-2072\(13\)70527-9](https://doi.org/10.1016/s1134-2072(13)70527-9).
- Gómez-González, M. del P., y Ramírez-Rodríguez, J. C. (2022). Paternidad adolescente: significados y prácticas desde una perspectiva socioconstruccionista. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 20(1), 1-19. <https://dx.doi.org/10.11600/rllcsnj.20.1.4447>.

- Hernández, M., Rivera, A., Rivas, Y., Morales, I. y Guevara, M. (2017). Guía Metodológica. Masculinidad y Paternidad Responsable. Ministerio de Educación, Gobierno de El Salvador. Disponible en: https://generoymetodologias.org/media/publicaciones/archivos/guia_didactica_masculinidad_y_paternidad_responsable.pdf.
- John, E. (2018). Adult drinking habits in Great Britain: 2017. *Statistical Bulletin. Office for National Statistics (ONS), UK Government*. Disponible en: <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/healthandsocialcare/drugusealcoholandsmoking/bulletins/opinionsandlifestylesurveyadultdrinkinghabitsingreatbritain/2017> (retrieved 21 March 2019).
- Rubenstein, B. y Stover, C. (2016). Intimate partner violence, fatherhood, and co-parenting of men in residential substance misuse treatment. *Advances in Dual Diagnosis*, 9(4), 119–129. <https://doi.org/10.1108/add-10-2015-0022>.
- Salgado, A. (2007). Investigación cualitativa: diseños, evaluación del rigor metodológico y retos. *Liberabit*, 13(13), 71-78. Recuperado en 25 de junio de 2023, de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-48272007000100009&lng=es&tlng=es.
- Sandoval, C. (2002). *Investigación cualitativa*. Bogotá: Arfo editores e impresores Ltda.
- Smith, D. T., Mouzon, D. M., & Elliott, M. (2018). Reviewing the Assumptions About Men's Mental Health: An Exploration of the Gender Binary. *American journal of men's health*, 12(1), 78–89. <https://doi.org/10.1177/1557988316630953>.
- Stover, C. S., McMahon, T. J., y Moore, K. (2019). A randomized pilot trial of two parenting interventions for fathers in residential substance use disorder treatment. *Journal of substance abuse treatment*, 104, 116–127. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2019.07.003>.
- Stover, C. S., Carlson, M., Patel, S., y Manalich, R. (2018). Where's Dad? The Importance of Integrating Fatherhood and Parenting Programming into Substance Use Treatment for Men. *Child abuse review (Chichester, England: 1992)*, 27(4), 280–300. <https://doi.org/10.1002/car.2528>.
- Stover, C. S., y Kiselica, A. (2015). Hostility and substance use in relation to intimate partner violence and parenting among fathers. *Aggressive behavior*, 41(3), 205–213. <https://doi.org/10.1002/ab.21548>.
- Toiber-Rodríguez, M. N., Mancillas-Bazán, C., Montero-Pardo, X., Pardo-Benítez, G., Aguilar-Delgadillo, C., Díaz, D., y Sánchez Báez, R. (2021). Fatherhood among adolescents in conflict with the law: A family systemic approach. *Revista Latinoamericana De Ciencias Sociales, Niñez Y Juventud*, 20(1), 1–30. <https://doi.org/10.11600/rlcsnj.20.1.4291>.
- Toquero, M. A. y Salguero, M. A. (2013). Los significados de ser hombre asociados al consumo de sustancias psicoactivas. *La ventana. Revista de estudios de género*, 4(38), 372-404. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-94362013000200012&lng=es&tlng=es.
- Vasilachis, I. (2006). *Estrategia de investigación cualitativa*. Barcelona: Gedisa.
- Vega-González, C. y Pérez, B. (2021). El impacto del tratamiento por consumo de drogas en el desarrollo de competencias parentales: ¿un potencial de intervención infravalorado? *Anuario de Psicología Jurídica*, 31(1), 119-126. <https://doi.org/10.5093/apj2021a9>.
- Whittaker, A., Elliott, L., Taylor, J., Dawe, S., Harnett, P., Stoddart, A., Littlewood, P., Robertson, R., Farquharson, B., y Strachan, H. (2022). *The Parents under Pressure parenting programme for families with fathers receiving treatment for opioid dependence: the PuP4Dads feasibility study*. NIHR Journals Library. <https://doi.org/10.3310/YOWK7214>.

Discusiones

A través de cada uno de los capítulos se aborda de una manera específica una parte del objetivo de estudio. A continuación, se integrarán las tres investigaciones y se discutirán los principales hallazgos con la bibliografía consultada para dar una comprensión más completa al fenómeno de las maternidades y paternidades en dinámicas de consumo de sustancias y prácticas de cuidado.

Perspectiva de género, interseccionalidad, prácticas de cuidado y consumo de sustancias

De acuerdo con la revisión de la literatura disponible, se verifica que ha aumentado la cantidad de personas que consumen sustancias y, con ello, la necesidad de entenderlos/as. Por esta razón, han proliferado estudios que declaran utilizar la perspectiva de género; pero Pascale (2010) y Arana y Germán (2005) constatan que este enfoque escasea realmente en los estudios. Igualmente, se advierte que la perspectiva de género no ha sido definida por expertos; lo que genera, tal como señala Arana y Germán el año 2005, un vacío en el consenso de los criterios metodológicos que permitan operativizar este concepto, lo que se traduce en problemas en la aplicación de la perspectiva en los distintos programas y tratamientos.

Así, la perspectiva de género es entendida nada más como una desagregación de datos epidemiológicos de la información de mujeres y hombres que ingresan a los programas, lo que perpetúa el mantenimiento de estereotipos de género y la patologización de los perfiles femeninos mediante un reduccionismo científico (como actitudes del personal, elección de tratamiento, dependencia emocional). Raquel Cantos (2016) precisa que esta anormalidad asociada a las mujeres (patológicas, descalificándolas psíquicamente), corresponde a una mirada androcéntrica y patriarcal, más que a una condición psíquica o fisiológica de ellas. De esta manera, utilizar la perspectiva de género como una herramienta de comprensión, permitiría analizar las problemáticas de las mujeres, considerando sus condiciones de vida (Esquivel et al., 2012), motivaciones, consecuencias y factores que las mantienen en la adicción (Jeifetz y Tajer, 2010 y Romo, 2010), superando el reduccionismo antes expuesto.

Conjuntamente, han aumentado los programas y tratamientos de intervención en drogas en la población general y en mujeres. En los tratamientos específicos de mujeres, se reconocen los daños físicos, emocionales y sociales de los que ellas son víctimas, por ello, se vuelve necesario entender la socialización y los mandatos de género, de forma tal que se comprenda y expliquen los perfiles de mujeres y hombres de acuerdo con su propia realidad. En consonancia, Raquel Cantos (2016) afirma que comprender el funcionamiento de la socialización y los mandatos de género, permite discernir los efectos psicológicos y sociales que tiene el consumo sobre las mujeres y hombres, por ejemplo, el hecho de que las mujeres desarrollan más estrategias de control y reducción de daños en el consumo; que los hombres (Escudero, 2019) o que ellas tengan más necesidad de conexión y comunicación que ellos (Cantos, 2016).

Otro ejemplo para ilustrar, en el caso de las mujeres que consumen sustancias, es que ellas ingresan menos, tienen menor adherencia y abandonan más rápido los tratamientos que los hombres, debido a las exigencias y prioridades asociadas al género. Esta idea se ve reforzada por los/as autores/as Galaviz (2015), Jeifetz y Tajer (2010) y Núñez y Rendón (2012), quienes mencionan que ellas abandonan los tratamientos por demandas asociadas al género (labores del hogar, ser madres y esposas); por temor a perder sus vínculos (Arana y Germán, 2005; Cantos, 2016; SENDA, 2016, en Díaz et al., 2021).

Sin embargo, de no ser por la perspectiva de género, estas razones serían explicadas de otra manera, como que las mujeres se encuentran menos motivadas o que son más irresponsables. Gracias a la lectura de la perspectiva de género, se reconoce el papel que juega la socialización y mandatos de género, la importancia de los tratamientos específicos de mujeres que requieren un clima de confianza, evitar estigmas, incluir a las familias e hijos/as, entre otros aspectos. Y porque su inclusión genera mejores resultados en los tratamientos (Hansen et al., 2020). Por esta razón, la Estrategia nacional sobre drogas busca mejorar su aplicación (Gilchrist et al., 2012).

Maternidad y consumo

En cuanto a las mujeres que son madres y que consumen sustancias, se puede señalar que existe una variedad de patrones y sustancias, por lo que es complejo definir el tipo de acompañamiento que requerirían en el embarazo o maternidad. Empero, se debiese tener en cuenta todos los factores personales, sociales y económicos que pudiesen estar influyendo (ayudando o perjudicando) en cada proceso.

Respecto a su maternidad, ellas la valoran y se centran más en la salud de sus hijos/as, que en la de sí mismas. Lo que concuerda con Castilla y Lorenzo (2012), quienes reportan que estas mujeres tratan de imitar lo que consideran una “buena maternidad” y le dan un nuevo sentido a este rol.

En el caso de mujeres que logran controlar su consumo, ellas refieren tener su capacidad de cuidado preservada. Muy por el contrario de lo señalado en la bibliografía, en donde se menciona que socialmente se piensa que madres o padres que consumen sustancias, son negligentes con el cuidado de sus hijos/as (EMCDDA, 2012).

En el caso de mujeres que no logran controlarlo, estas creen que no pueden ejercer maternidad por el consumo problematizado u otras circunstancias vitales. Ya sea porque pueden llevar un estilo de vida desorganizado, pudiendo omitir controles de salud (Bazire, 2018).

En el caso de mujeres gestantes, la mayoría de las participantes disminuye el consumo o reduce daños, tal como lo indican distintos/as autores/as (Blasco-Alonso et al., 2015; Bornhauser et al., 2017; Chang et al., 2019; Coathup et al., 2017; Corrigan et al., 2018; Da Pilma et al., 2017; Dumas et al., 2018; Esposito et al., 2015; Högberg et al., 2016; Lesińska-Sawicka y Nagórska, 2017; Meurk et al., 2014; y Rutman y Hubberstey, 2020), sobre todo si

es un embarazo buscado, siendo la planificación de la gestación un elemento que promueve el cambio de consumo (Lesińska-Sawicka y Nagórska, 2017).

Sobre su entorno inmediato, es decir, su familia, esta tiene una doble función, por un lado, apoyan el cuidado de sus hijos/as, pero, por otro lado; pueden discriminarlas, juzgarlas y alejarlas del círculo familiar (Adeniyi et al., 2018). En un sentido más amplio, la sociedad y redes sociales (salud, poder judicial) enjuician, sancionan, castigan y estigmatizan con más ímpetu que a los hombres/padres. Y de una forma más estructural, como lo advierte Baron et al. (2016), la ausencia de políticas que promuevan capacitar y sensibilizar a profesionales, genera la reproducción de prácticas estigmatizantes hacia ellas.

El estigma es mayor porque ellas no cumplen ni como mujer ni como madres de acuerdo con los roles socialmente asignados (Márquez y Lorenzo, 2016). Asimismo, el autoestigma y la falta de referentes positivos maternos, agudizan esta sensación de fracaso y marginación. Marcellus y Poag (2016) explican que esta sensación frena la posibilidad de solicitar ayuda para su embarazo y la crianza.

Respecto a las necesidades que tienen las mujeres para llevar a cabo sus procesos de recuperación, se pueden identificar varios elementos. En términos macro, se requiere incorporar la perspectiva de género en la lectura del fenómeno, diseño y accionar de los equipos interventivos (Lagarde, 1996). Con esto se espera comprender de manera más profunda y precisa las necesidades de mujeres que son madres y tienen consumo de sustancias, con el objetivo de disminuir la visión negativa que se tiene sobre esta población para derrumbar las barreras de acceso; como la falta de flexibilidad de los centros y la escasa frecuencia de las atenciones (Gilchrist et al., 2012).

Asimismo, diseñar programas integrados para mayor efectividad. Tal como lo propone Rutman y Hubberstey (2020), donde se atienda simultáneamente el embarazo, la crianza de los hijos e hijas y los problemas relacionados con el consumo de sus progenitores. Igualmente, sería beneficioso mejorar la colaboración entre los recursos asociados a salud de las mujeres y bienestar infantil y programas integrados (Rutman y Hubberstey, 2020).

En correspondencia, es necesario diseñar políticas y servicios que contemplen las necesidades de estas mujeres, disminuya el estigma, discriminaciones y violencias institucionales; puesto que desde el año 2016, Marcellus y Poag, confirman que las mujeres refieren experimentar discriminaciones y enjuiciamientos producto de su consumo. Si las políticas evolucionan en esa dirección, sería posible evitar la invisibilización del consumo y entregar la posibilidad de que puedan solicitar ayuda; y hablar abiertamente del tema (Da Pilma et al., 2017). De lo contrario, como advierte Baron et al. (2016), no incorporar políticas que integren las necesidades de las mujeres que consumen sustancias, facilita que oculten su consumo (Baron et al., 2016).

Con redes sociales y familiares más empáticas, se puede mejorar la adherencia a los tratamientos y evitar el aislamiento de las redes de apoyo. Puesto que uno de los factores protectores más trascendentales en ellas es el contacto con sus familias, especialmente con

sus hijos/as, quienes actúan como un motor de cambio, por lo que se vuelve imprescindible considerarlos e intervenirlos también en los tratamientos (Bacigalupo et al., 2013; Gilchrist et al., 2012) y disminuir el miedo a las consecuencias legales como la pérdida de custodia de sus hijos/as (EMCDDA, 2012). Así también contar con recursos con menos barreras de acceso, profesionales capacitados (Marcellus y Poag, 2016), acceso a programas con reducción de daños (Rutman y Hubberstey, 2020).

Se comprueba que las principales barreras son el aislamiento social y familiar (Adeniyi et al., 2018), la falta de acompañamiento y la inadecuación de los programas; en otras palabras, como lo señalan Rutman y Hubberstey (2020) se vuelve una barrera no entregar espacios de cobijo y motivación para incluirse socialmente y metas asociadas a la reducción de daños.

De no derrumbar estas barreras, se facilita la vida asociada al consumo (Adeniyi et al., 2018; Chang et al., 2019; Coathup et al., 2017; Da Pilma et al., 2017; Dumas et al., 2018; Kesmodel y Urbute, 2019; Meurk et al., 2014), su cronificación; y otros problemas como vivir en calle y problema de vivienda, enfermedades físicas y mentales, violencia (Aldana et al., 2023; Bazire, 2018), la marginación del mundo social (Bazire, 2018) y el distanciamiento de los/as hijos/as (Adeniyi et al., 2018).

Paternidad y consumo

Con relación a los hombres estudiados se puede mencionar que la construcción de género y la masculinidad influyen en la relación entre la paternidad y el consumo de sustancias. Ellos se sienten forzados a ingresar al consumo por normas de masculinidad (Villaseñor y Castañeda, 2003 en Toiber-Rodríguez et al., 2022), debiendo afrontar barreras de estigma y discriminación cuando el consumo es problemático (Critchlow et al., 2019).

Sobre los elementos que facilitan el consumo, se reconocen procesos de socialización de la masculinidad hegemónica como un factor de riesgo. No obstante, Curtis et al. (2022) van más allá e indican que el recurrir al abuso de sustancias podría responder a las contradicciones entre masculinidad tradicional y hegemónica y la paternidad responsable. Asimismo, el consumo podría deberse a una forma de afrontar el malestar (estigma, exclusión y autoexclusión) o estrés. Esta última idea es reforzada por Curtis et al. (2022), quienes afirman que el consumo de sustancias podría ser consecuencia de altos niveles de estrés contextual. En igual sintonía, Anderson y Stevenson (2019) explican que el consumo podría pasar a convertirse en un mecanismo para hacer frente a las presiones y demandas de los roles sociales.

Sobre elementos que mantienen el consumo, se encuentra la adicción misma; el aislamiento social producto de efectos negativos del consumo, como alterar las relaciones interpersonales dentro de la familia (Caponnetto, Triscari y Maglia, 2020); que impide solicitar ayuda (Geldschläger y Ginés, 2013); las presiones por incorporar el modelo masculinidad hegemónico y las contradicciones por el contraste de roles socialmente esperados (Curtis et

al., 2022), por lo que se vuelve complejo ir en contra de estos estereotipos de género (Toiber-Rodríguez et al., 2022)

Los hombres estudiados definen la paternidad como una experiencia compleja y multidimensional, donde paternidad y consumo se influyen mutuamente. Reconocen que el consumo interfiere en el desempeño de cuidados a los/as hijos/as (Dimova et al., 2022; Stover y Kiselica, 2015; Caponnetto, Triscari y Maglia, 2020; y Vega-González y Pérez, 2021). Más aún, Caponnetto, Triscari y Maglia (2020) no sólo hablan de interferencia, sino que el consumo limita su capacidad para comprometerse física y emocionalmente con sus hijos/as. Varios autores (Arria et al., 2013 y Stover, 2013 en Vega-González y Pérez, 2021; Stover et al., 2018; Stover y Kiselica, 2015; Rubenstein y Stover, 2016) señalan que estos padres se muestran más hostiles, agresivos en la crianza, teniendo menos herramientas de resolución de problemas; lo que genera problemas en sus hijos/as (Dimova et al., 2022).

A ellos se les exime del cuidado, relegando su rol netamente a ser proveedores materiales (Lamas, 1996). A pesar de esto, la paternidad puede motivar el cambio del consumo, entregando nuevos sentidos y objetivos de vida. O sea, la paternidad puede brindar la posibilidad de reducir el consumo, así como una oportunidad única para establecer conexiones y expresar emociones con los/as hijos/as (Toiber-Rodríguez et al., 2022).

En cuanto a su entorno más inmediato, la familia actúa en una doble función, como apoyo de su recuperación, reinserción social, cuidados de sus hijos/as (Toiber-Rodríguez et al., 2022) y apoyo a fortalecer su rol paterno (Rubenstein y Stover, 2016), pero también como una barrera, al ser rechazados si no abandonan el consumo de sustancias. En términos más macro, si bien socialmente se sienten presionados a usar sustancias, cuando se vuelven un problema, se les presiona a dejar el consumo.

Se considera que las políticas sanitarias y programas, debiesen ser sensibles a sus necesidades y circunstancias, además de incorporar la paternidad y la perspectiva de género para obtener mayor efectividad en sus acciones y promover el bienestar y la equidad en la población que consume (Fernández, 2018). Programas que incorporen la masculinidad, la paternidad, el consumo de forma integral y las redes de apoyo, tendrían mejores resultados de aquellos que no los contemplan; como los programas dirigidos a mujeres que incorporan aspectos maternos (Stover et al., 2018; Vega-González y Pérez, 2021). Un caso de experiencia exitosa es el programa "Padres por el Cambio", que logra resultados positivos al fomentar el desarrollo de habilidades para gestionar emociones, pensamientos y procesos reflexivos en ellos (Stover et al., 2018). Los hombres estudiados creen que el hecho de que se les exija participar y responsabilizarse de la crianza de sus hijos/as, es un aspecto central en su cambio. Fernández (2018) promueve una paternidad responsable, donde los padres se involucran activamente en los cuidados de los/as hijos/as, así se avanza hacia una sociedad más inclusiva.

Igualmente, opinan que es necesario mitigar el estigma asociado al consumo y mejorar la detección del consumo. Esto a propósito de lo que mencionan Toiber-Rodríguez et al. (2022),

quienes señalan que el estigma asociado al consumo de sustancias se ha normalizado; por ende, sería necesario disminuirlo o eliminarlo.

Finalmente, creen que incorporar la paternidad en los programas podría contribuir de manera más exitosa a su rehabilitación, por ello, programas con un enfoque integral, podría ser una forma de resolver sus necesidades. Frente a esto Rutman y Hubberstey (2020) concuerdan y proponen incluir programas integrados, que atiendan distintas necesidades simultáneamente y a los/as distintos/as actores.

Limitaciones y proyecciones del estudio

Si bien los hallazgos permiten una aproximación amplia a la comprensión de las maternidades y paternidades en contextos de consumo de sustancias, el estudio presenta ciertos aspectos a mejorar. Una de ellas está relacionada con la disponibilidad de acceso a esta población, por las características propias de estas personas y porque socialmente existe una visión negativa hacia estas personas, lo que condiciona que se invisibilice este grupo, no sólo en la detección sino acceso a sus discursos.

Asimismo, durante el desarrollo de investigación se experimentó mundialmente la pandemia COVID-19, lo que implicó que la recogida de los datos no se pudiera llevar a cabo según lo planificado. Así, tanto el reclutamiento como los grupos focales se ejecutaron de distinta manera, algunos de manera presencial y otros de forma virtual. Esto se tradujo en que los grupos quedasen compuestos de forma inequitativa en cantidad y características.

Además, el contar con escasa disponibilidad de investigaciones en la temática, especialmente en cuanto a la perspectiva de género e interseccionalidad, condiciona la comparación y profundización de los hallazgos. Otra limitación se refiere a estudios longitudinales insuficientes que permitan observar con mayor detalle la relación entre consumo de sustancias, género y ejercicio de las maternidades y/o las parentalidades.

También, es necesario reconocer que el riesgo de reproducir sesgos de género o estigmas durante el proceso de investigación, que podrían suceder, por ejemplo, durante en la interpretación de los datos y construcción de conclusiones. Tal como ocurrió en la confección misma del proyecto de investigación, el cual pasa de enfocarse sólo en las madres a considerar a los padres en el proceso de cuidado de sus hijos/as. Por esta razón, se requiere una constante revisión crítica personal y el contraste con los/as otros/as.

Considerando las limitaciones anteriores, se hace necesario pensar formas de mejorar y proyectar esta u otras futuras investigaciones que profundicen en la experiencia de mujeres y hombres en su rol de madres y padres en contextos de consumo, incorporando enfoques cualitativos, participativos y críticos que otorguen centralidad a sus voces. No obstante, se

podría contemplar sumar metodologías mixtas o cuantitativas que entreguen complementariedad u otra mirada al estudio.

Resulta particularmente relevante investigar la vivencia de los/as hijos/as de estas personas, con la finalidad de comprender cómo construyen significados sobre el consumo, sus madres y padres y el cuidado parental. Igualmente, sería enriquecedor incluir la mirada de sus familias, quienes podrían contribuir con sus percepciones sobre el proceso de consumo-rehabilitación y ejercicios de cuidados hacia sus hijos/as.

Se cree necesario avanzar hacia estudios que exploren la dimensión interseccional en mayor profundidad, considerando cómo el género, la clase social, la etnicidad, la edad y el territorio configuran experiencias diferenciadas de consumo de sustancias, recuperación y parentalidad.

Si bien los resultados de este estudio sugieren la necesidad urgente de incorporar la perspectiva de género y la interseccionalidad en las políticas y programas dedicadas a la intervención del consumo de sustancias, esta propuesta no necesariamente es generalizable a otros territorios, puesto que Cataluña posee creencias y valores propios que conlleva a que cuenten con intervenciones en drogas únicas, como lo son los centros de reducción de daños o asociaciones de mujeres que consumen. Por ello, resulta pertinente considerar la ampliación de este estudio a otros contextos, como el latinoamericano, ya que los hallazgos aquí obtenidos podrían ofrecer una perspectiva valiosa, siempre que se adapten a las particularidades e idiosincrasias propias de cada país.

En el contexto chileno —país de origen de la investigadora— se identifican importantes desafíos estructurales, entre ellos una marcada segregación social y territorial, junto con elevados niveles de desigualdad económica. A ello se suma que las mujeres asumen de manera desproporcionada las responsabilidades de cuidado hacia sus familias e hijos/as, en un escenario donde el sistema de protección infantil suele operar con una alta demanda, lo que puede enlentecer su accionar y derivar en la separación de las madres consumidoras de sus hijos/as, en vez de acompañarlas para promover y fortalecer sus capacidades parentales.

En este sentido, replicar esta investigación al caso chileno -un país caracterizado por un sistema de creencias y valores de corte conservador, tradicional y patriarcal, tanto en lo referido a la asignación de los cuidados como en la manera de abordar el fenómeno del consumo de sustancias- otorgaría la posibilidad de plantear el debate sobre cómo afrontar esta problemática y mejorar las políticas y prácticas desarrolladas hasta ahora.

Por ejemplo, plantearse lineamientos nacionales sobre la aplicación de la estrategia del enfoque de reducción de daños en personas que desean ejercer maternidades o paternidades. O incorporar programas integrados que atiendan simultáneamente el consumo, las maternidades o paternidades, y el bienestar infantil —al estilo de las propuestas de Rutman y Hubberstey (2020)— permitiría reducir estigmas y mejorar la adherencia a los tratamientos. A su vez, se requiere fortalecer la capacitación de profesionales en salud, justicia e infancia que les permita incorporar en vez de un enfoque punitivo, uno comprensivo, reconociendo

las desigualdades estructurales que atraviesan las personas afectadas, sus hijos/as y familias. De este modo, aplicar los hallazgos a la realidad chilena implica avanzar hacia políticas más inclusivas, sensibles a las particularidades culturales y territoriales, que favorezcan tanto la recuperación de las personas como el derecho de los/as niños/as a una vida acompañada y protegida.

Finalmente, sería deseable promover investigaciones aplicadas que evalúen la efectividad de programas de intervención integrales, sensibles al género y a la parentalidad, para orientar políticas públicas basadas en evidencia.

Conclusiones

Conclusiones por objetivos

Para comenzar, se puede señalar que la investigación cumple con todos los objetivos planteados. El objetivo general que consiste en comprender desde la perspectiva de género las necesidades madres y padres insertos/as en dinámicas de cuidado y consumo de sustancias que reciben intervenciones en drogas, es respondido de la siguiente manera: las mujeres y hombres del estudio señalan que la maternidad/paternidad es un proceso complejo en el que intervienen múltiples variables, por lo que es difícil determinar qué factores son más determinantes que otros. Para cada maternidad/paternidad se debe valorar su situación particular para su acompañamiento, puesto que no existe una única fórmula para evaluar. Pese a ello, en las mujeres y hombres existen necesidades diferentes y propias para cada género. Para ilustrar, la socialización configura ciertos mandatos en hombres y mujeres que no sólo les entrega pautas de comportamiento, sino que les influye en la forma de afrontar la maternidad/paternidad y el consumo de drogas.

En el caso de las mujeres, a ellas el consumo les afecta de forma más rápida y genera daños físicos, emocionales y sociales más profundos que en los hombres, posicionándolas en mayor desventaja y vulnerabilidad. Paradójicamente, se les exige más en sus roles y se les castiga más en caso de no cumplir con las expectativas sociales. En cuanto a los hombres, el consumo se facilita por la construcción del género y la masculinidad. Si bien el consumo los daña en distintas áreas (física, psicológica, familiar y socialmente), reciben más apoyo social y familiar que las mujeres. A ellos no se les exige participación en el cuidado de los/as hijos/as, por ello no se les pesquiza ni se contempla este aspecto en los programas de drogas.

En segundo lugar, en cuanto a los objetivos específicos, la investigación también los resuelve. El objetivo específico uno, distingue la aplicación de la perspectiva de género en los programas de drogas, donde se encuentra que, si bien los programas conocen el concepto y se adhieren a su utilización, no logran traducir y aplicar en profundidad el enfoque. Así, los programas recaban los datos de los/as usuarios/as desagregados por sexo biológicos, pero no traducen la interseccionalidad para aplicar en sus intervenciones, es decir, no consideran

otros aspectos como el género, la raza y otros elementos diferenciadores que ubican a una persona en una posición determinada (Crenshaw, 1998 en Lázaro y Jubany, 2017). Tampoco realizan una lectura comprensiva de las necesidades de la población a la que atienden, lo que implica que estén desactualizados o desenfocados sobre sus propuestas de intervención y, con ello, pierden efectividad de resultados en sus acciones.

Sobre el objetivo específico dos que se aboca en identificar las necesidades de las madres que consumen sustancias, se puede advertir que ellas sufren una mayor discriminación y estigma por el hecho de ser mujeres que consumen lo que las lleva a esconder su consumo en lugar de solicitar ayuda. A la par, destacan la necesidad de mayor comprensión sobre su problemática, que no se las aisle de las redes ni separe de los/as hijos/as, y que los objetivos sean de acuerdo con sus posibilidades y no exigencias que no puedan cumplir (eliminar el consumo). Por último, poder contar con recursos de salud específicos, empáticos y de apoyo real que permitan derribar la barrera de acceso a programas de drogas.

Respecto del objetivo específico tres que identifica las necesidades de los padres que consumen sustancias, ellos aluden la necesidad de mitigar el estigma que existe hacia las personas que consumen. Creen que incorporar la paternidad en los programas podría contribuir de manera más exitosa a su rehabilitación, por ello, programas con un enfoque integral, podría ser una forma de resolver sus necesidades. También, que estos programas contemplen la construcción de género y la masculinidad, de manera que se mejore la pesquisa del consumo y se les exija mayor responsabilización en la crianza de sus hijos/as.

Finalmente, acerca del objetivo específico cuatro que busca examinar la relación entre las prácticas de cuidado y el consumo de sustancia en madres y padres, se puede mencionar que ambos aspectos se influyen mutuamente. En la cuestión del cuidado, madres y padres refieren que sus prácticas se ven afectadas por el consumo cuando éste no puede ser controlado. Empero, existe una fracción de mujeres que logran controlar su consumo, que consideran que el consumo no influye en el ejercicio de cuidados. A su vez, el consumo varía con relación a la maternidad/paternidad, ya que cuando es buscada, ellos/as tienden a disminuir el consumo o eliminarlo. Así, la maternidad/paternidad pasa a entregar un nuevo sentido de vida y motor de cambio. No obstante, cuando la maternidad/paternidad no logra sostener abstinencia, ésta pasa a ser un factor adicional de estrés con el que deben lidiar madres y padres que se encuentran insertos en el consumo. Igualmente, se debe sopesar la adicción misma, puesto que, si el consumo es problemático, reduce las posibilidades de cambio, aun cuando las maternidades o las paternidades sean deseadas.

Conclusiones generales

Los tres estudios componen una visión holística del fenómeno de maternidad y paternidad y el consumo de sustancias, en la cual se logra apreciar los modos en que el género, la exclusión, el cuidado y el estigma se entrelazan y rompen las subjetividades y el tejido social de las y los involucrados/as.

En el caso de las mujeres, se aprecia que estas resultan dañadas no sólo por las sustancias y los efectos físicos, psicológicos, emocionales y sociales que conlleva el consumo, sino también por la visión social y políticas que, en lugar de reconocer el deterioro, las daña todavía más: negando el daño y las violencias de las que se ven expuestas y patologizando su malestar.

El consumo en las mujeres no es visto socialmente como una experiencia compartida ni tolerada. Es percibido, más bien, como una falla sobre el desempeño de los roles tradicionales de género atribuidos a ellas, lo que repercute sobre su propia valía y el desempeño de cuidados hacia los/as otros/as.

La amenaza a la posibilidad de perder la custodia de sus hijos/as, de acuerdo con lo que han podido comprobar en carne propia o lo que han podido ver en las experiencias de otras mujeres, refuerza su silencio frente a las redes (sanitarias, servicios sociales) y opera como una barrera para pedir ayuda, cronificando un círculo de consumo, culpa y aislamiento.

Las mujeres que logran modificar su consumo lo hacen por la percepción de riesgo del consumo de sustancias sobre los/as hijos/as y no por cuidarse a sí mismas. Esto podría responder a los mandatos de género, muy en consonancia con las ideas hegemónicas y tradicionales del “ser madre”. Cabe cuestionarse si en mujeres que tienen consumo problematizado y no logran modificar su consumo, el efecto de este (el consumo) dejaría inoperantes los mandatos de género.

Respecto de la intervención o el diseño de políticas y programas, se considera necesario diseñar intervenciones específicas para mujeres, que contemplen espacios libres de juicio, discriminaciones, violencias, estigmas, y que, a su vez, contengan cuidados integrales a la díada madre-hijo/a, educación y apoyo a las redes familiares – en caso de ser percibidas como elementos positivos para ellas- y formación a profesionales en perspectiva de género. Se observa que las personas profesionales, especialmente los hombres, tienden a reproducir prácticas sexistas cuando no cuentan con formación en perspectiva de género, lo que los lleva a tener en la mirada y lectura sexista de los casos y, por ende, la entrega de los tratamientos sesgados a las mujeres. De acuerdo con la evidencia, se aprecia que los programas o tratamientos que funcionan son aquellos que logran incluir herramientas para empoderar a las mujeres, generar conciencia de género y promover habilidades para de reinserción social, alejándose del modelo terapéutico más clásico que perpetúa desigualdades.

En contraste, el consumo en los hombres aparece como parte de la ritualidad familiar y social, así como una forma de integración o pertenencia social (validación de masculinidad hegemónica), por ende, se vuelve una experiencia compartida y tolerada -incluso deseada-. No obstante, si el consumo se vuelve problemático, se convierte en un motivo para marcar con estigma y rechazo social. De esta manera, el consumo se presenta como una paradoja: rasgo de virilidad, que luego margina (si es consumo problemático).

El consumo problemático en el caso de los hombres se presenta como una forma de responder a las contradicciones de los roles, presiones sociales, aislamiento e imposibilidad de pedir

ayuda, producto del mandato masculino de autosuficiencia. Lo que presenta efectos negativos como el deterioro de sí mismo, los vínculos y su funcionamiento.

En el caso de los hombres que son padres, la paternidad se presenta como motor de cambio, puesto que al involucrarse con sus hijos/as y asumir su responsabilidad de cuidado, se abre la posibilidad de cambio (evidencia que sí se ha comprobado con las mujeres). Sin embargo, los tratamientos e intervenciones no reconocen esta ventaja (o posibilidad), por lo que rara vez la incluyen dentro de sus acciones, desaprovechando esta oportunidad.

Que los programas o tratamientos no apliquen perspectiva de género implica que no logren reconocer las reales necesidades de ellos, perpetúen un modelo de tratamiento centrado en la abstinencia o la corrección de conducta, sin considerar los factores contextuales que sostienen el problema.

Frente a este panorama, se propone diseñar programas que incluyan y apliquen perspectiva de género, contemplen la maternidad y la paternidad y el consumo de sustancias de manera conjunta, incorporando, además, a las parejas, familias e hijos/as, de forma de poder sostener procesos de cambio más profundos.

La diferencia entre mujeres y hombres que se encuentran insertos en dinámicas de consumo radical, más que en la magnitud de los daños que genera en los/as afectados/as (físicos, emocionales, sociales) -aunque sigue siendo más en las mujeres-, es en la lectura de daño que se hace a ambos casos, así como en las atribuciones y representaciones. Puesto que de esto depende el comportamiento de los/as otros/as, que van desde el apoyo, diagnóstico, hasta el tratamiento e inserción que recibe una persona en estas condiciones.

A las mujeres se les exige sacrificio, a los hombres valentía y autonomía. Es a ellas a quienes se les retiran las custodias de los/as hijos/as, pero a ellos casi no se les interpela ni pesquiza. De esta manera, el género, la interseccionalidad y el consumo se establecen como ejes inseparables para poder comprender las historias de vida, diseñar intervenciones e imaginar futuros posibles con esta población.

Por esto, se vuelve necesario políticas sensibles no sólo al género, sino también a la interseccionalidad como la raza, clase social, historias de vida, salud mental, etc., de forma tal que permita comprender la posición de cada persona, sus recursos y vulnerabilidades. De contemplar cada uno de estos elementos, permitirá intervenir de forma acertada a cada una de las realidades que se presenten.

En resumidas cuentas, se trata de pensar intervenciones o tratamientos que no nieguen los daños, pero que tampoco los reproduzcan, no invaliden maternidades y paternidades dañadas por el consumo, sino más bien que las reconozcan y acompañen durante el proceso de cambio (o no). Si se logra comprender que el cambio debe producirse no sólo en las personas afectadas, sino también de los entornos sociales micros y macros, y que la postura personal y social implique acogida y no sanción, como ha sido hasta ahora. Porque, en definitiva, detrás de los consumos, las recaídas, los aislamientos, lo que asoma una y otra vez es el deseo (sutil, persistente) de ser vistos/as, cuidados/as, de ser parte del tejido (social).

Propuestas de buenas prácticas de intervenciones e investigación en drogas

Gracias a esta comprensión del fenómeno y teniendo en cuenta todo lo anterior, es posible hacer estas propuestas y también proponer ideas de continuidad de investigaciones.

- En las mujeres, explicado por los mandatos de género, el cuidado de los/as hijos/as, el hogar y la familia, pasan a ser imperativos que interrumpen su tratamiento, por lo que integrarlos (hijos/as, familia) constituye una estrategia de adherencia, permanencia y efectividad de los programas.
- En el caso de los hombres, se ha visto que la inclusión de la paternidad en los tratamientos genera buenos resultados porque fomenta el desarrollo de habilidades para gestionar emociones, pensamientos y reflexiones, lo que deriva en regulación de afectos, ira y hostilidad y el fortalecimiento de capacidades parentales. El tema del fomento de su paternidad pasaría a ser un motor de cambio. Por eso, si es posible y la persona lo desea, sería bueno que tanto en padres como en madres incluyeran dentro de sus intervenciones los temas del cuidado y la crianza.
- Si es posible y la persona lo desea, integrar a los hijos e hijas en los tratamientos residenciales de drogas que acogen a madres y padres, resulta fundamental porque mantiene y/o potencia el vínculo y porque reduce el aislamiento.
- Intervenir con las familias que, generalmente, son las principales redes de apoyo, se convierte en una acción indispensable si lo que se busca es mantener adherencia y egreso exitoso de los/as usuarios/as. En el caso de las mujeres, por ser el cuidado de las familias un mandato de género, el integrarlas en sus tratamientos pasa a ser una estrategia que cuenta con evidencia y es eficaz. En el caso de los hombres, las familias son la principal red de apoyo de recuperación, reinserción y seguimiento y a su rol paterno.
- Se puede sugerir que los/as profesionales se muestren comprensivos/as con las historias de vida y realidades que presentan los/as usuarias y usuarios, entregándoles cobijo y motivación para que estos puedan tener cambios. Esto podría agilizarse si se capacitara a los/as profesionales en género (libre de prejuicios), con la finalidad de aumentar la adherencia a los tratamientos y la efectividad de las intervenciones.
- Se ha de evitar imponer la abstinencia o disminución del consumo como ideal para ejercer cuidados velando por el bienestar y la seguridad de hijos e hijas. Esto porque con apoyo de las redes, ya sea por parte de la familia y/o de los tratamientos, por ejemplo, se ha demostrado que las mujeres y los hombres con consumo pueden ejercer cuidados y potenciarlos, lo que beneficiaría a los/as niños/as, pero también a las personas que se encuentran en tratamiento por consumo de drogas.
- En cuanto al desarrollo de investigaciones, sería conveniente incluir la perspectiva de los/as hijos/as y las familias de las mujeres y hombres que ingresan a programas de drogas, puesto que, además de entregar nuevos elementos para mejorar la

comprensión de las poblaciones estudiadas, pudiesen brindar información sobre sus propias necesidades para incluirlas en los tratamientos.

- Igualmente, sería interesante contemplar grupos etarios en los grupos de mujeres madres y hombres padres, dado que pudiesen ser distintas las necesidades de madres de edades más jóvenes versus madres mayores; lo mismo con la población de padres.
- También, ahondar en la visión de los/as profesionales de salud acerca de la dinámica de recuperación de los/as usuarios/as. De esta manera, pudiese nutrirse sobre las acciones más acertadas para los grupos de mujeres y de hombres, así como la influencia de sus propias perspectivas.
- Finalmente, es necesario romper con la idea de que la perspectiva de género se limita a trabajar con mujeres. En los hombres la masculinidad hegemónica tiene que ver con la construcción de género también. La construcción de género influye en las identidades, relaciones, valías, incluso, en las formas de consumo. Por ejemplo, a pesar de que existe estigma en las personas que consumen sustancias, los hombres no están tan estigmatizados como las mujeres, lo que también tiene que ver con la construcción de género. El hecho de que las mujeres tengan esta construcción hacia el cuidado hace, que por el hecho de consumir sean calificadas de “malas madres”, “malas mujeres”, “malas personas”, mientras que en el caso de los hombres no se hace este juicio de valor porque ya se aceptan estos comportamientos de riesgo.
- Los resultados que he obtenido en mi estudio muestran cómo la masculinidad hegemónica marcada por valentía, fuerza, propensos a realizar actividades de riesgo, son factores que facilitan el consumo de sustancias, por ende, están vinculados según la población estudiada. Por ello, para el trabajo con hombres, se requiere conocer cómo opera la socialización y los mandatos de género; desarrollar y potenciar áreas atrofiadas por la socialización, como el reconocimiento y la expresión de emociones, así como habilidades de reflexión y regulación de la ira; fomentar su rol paternal, desarrollar habilidades parentales; y redes contenedoras que apoyen su recuperación. En el caso de las mujeres, ellas requieren espacios específicos; una acogida comprensiva, libre de prejuicios y estigma; que se consideren a sus hijos/as y familias; que se capacite a profesionales y la sociedad en su conjunto sobre socialización y mandatos de género para evitar reproducir prácticas sexistas; que se universalice el cuidado; que la sociedad y tratamientos sean más comprensivos (que castigadores).
- Por esto, es forzoso y urgente aplicar la perspectiva de género para tener una comprensión más global y contextualizada en un sistema y sociedad que es patriarcal, especialmente con este tipo de población que requiere una mirada más holística y equitativa sobre salud para tener posibilidades de cambio.

Anexos

1. Documentos éticos

*Experiencias de maternidad en mujeres
consumidoras de drogas y la relación con sus hijos/as*

Informació requerida per la CEEAH de la UAB

Num. CEEAH: 4948

Data: 14-11-2019

1. Títol del procediment de recerca

Experiencias de maternidad en mujeres consumidoras de drogas y la relación con sus hijos/as

2. Breu descripció del projecte

Esta nueva solicitud se enmarca dentro del proyecto "Experiencias de maternidad en mujeres consumidoras de drogas y la relación con sus hijos/as" resuelto favorablemente el 19-07-2019 con el número de referencia CEEAH 4650.

Este apartado, titulado "Significados de mujeres que consumen drogas en Cataluña sobre su salud reproductiva, maternidad y la salud de sus hijos/as" tiene como objeto contribuir a mejorar las prácticas de todos equipos de salud y servicios socio-sanitarios que trabajan con madres e hijos/as, en especial de aquellos recursos que atienden a personas con problemas relacionados con el consumo de drogas.

Para ello, se realizarán 2 grupos focales, de acuerdo al tipo de perfil y patrón de consumo de drogas. El grupo Mujeres y cannabis se hará a través de una convocatoria abierta en las redes sociales y a través de los canales de la asociación mujeres cannábicas. Y, el reclutamiento de las participantes del grupo Mujeres y REDAN se hará a través de los propios centros y servicios de reducción de daños, como es Metzineres.

3. Dades de l'investigador responsable

| | |
|--|------------------------|
| Nom i cognoms | Jenny Cubells Serra |
| NIF | 46128036H |
| Departament / Centre | Dpt. Psicologia Social |
| Telefon | (+34)935811798 |
| Adreça electrònica | Jenny.Cubells@uab.cat |
| Es doctor/a? (recordeu que la comissió només avalua projecte de recerca dirigits per doctors/es) | Si |

4. Objectius del procediment d'experimentació amb humans

Descriure els principals objectius que es pretenen assolir amb la realització d'aquest procediment d'experimentació

Objetivo general:

Comprender los significados que construyen mujeres que consumen drogas sobre su salud reproductiva, maternidad y la salud de sus hijos/as.

Objetivos específicos:

 Describir la experiencia de maternidad que tienen las mujeres consumidoras de drogas a nivel emocional, social y política pública de salud.

 Describir los conocimientos, creencias y actitudes de mujeres que consumen drogas en relación a su salud reproductiva, la maternidad y la salud de sus hijos/as.

 Conocer las necesidades de mujeres que consumen drogas para poder sostener su maternidad y obtener los mejores resultados en salud y otros para ellas y sus hijos/as.

 Conocer las experiencias de apoyo que han recibido mujeres consumidoras de drogas por parte de personas de su entorno, de los servicios de salud sexual y reproductiva y otras entidades, en relación a la maternidad y al consumo de drogas.

 Conocer discursos de estigma que perciben las mujeres consumidoras de drogas en su red social y/o familiar.

 Identificar elementos que facilitan el consumo y aquellos que mantienen la abstinencia de las mujeres consumidoras de drogas.

5. Metodologia del procediment d'experimentació

Descriure breument la metodologia emprada justificant les dades, mostres biològiques i o respostes conductuals obtingudes de les persones sota experimentació

Tipo de estudio

Se considerará metodología cualitativa, de enfoque metodológico teoría fundamentada, la cual se basa en analizar las experiencias de vida, los significados subjetivos de sus manifestaciones y procesos sociales en su ambiente natural (Salgado, 2007).

La teoría fundamentada sienta sus bases en el interaccionismo simbólico (Glaser y Strauss, 1967 en Salgado, 2007), el cual supone que las proposiciones teóricas surgen a partir de los datos obtenidos en la investigación y que posibilita la comprensión del fenómeno. Especialmente, si las teorías disponibles no explican el fenómeno (Salgado, 2007).

Diseño del estudio

Se trataría de un estudio de caso, puesto que supone investigar 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). Aún así, se espera abarcar la complejidad de un caso, buscando detallar las interacciones con sus contextos para comprender su actividad en circunstancias importantes (Stake, 1999 en Sandoval, 2002).

Se trataría, además, de un estudio de caso único debido a que da vital importancia a conocer profundamente el caso y sus particularidades por encima de generalizar resultados (Vasilachis, 2006).

Muestra

La muestra será de tipo estructural, no aleatoria, no probabilística, ya que las personas participantes serán seleccionadas por oportunidad y accesibilidad (Flick, 2007). La técnica de muestreo será por conveniencia, seleccionando y comparando casos "críticos" de relevancia teórica y práctica (Flick, 2007).

De acuerdo a los objetivos de investigación, y al tipo de estudio que se espera llevar a cabo, se convocarán aquellas mujeres que refieran consumo de sustancias (anterior o actual).

*Experiencias de maternidad en mujeres
consumidoras de drogas y la relación con sus hijos/as*

De esta manera, se esperaría contar con un mínimo de 10 participantes (5 personas por grupo) y máximo de 20 participantes (10 personas por grupo), las cuales se dividirían en 2 grupos, de acuerdo al tipo de perfil y patrón de consumo de drogas.

Grupos Focales:

- 1) Mujeres que refieran fundamentalmente consumo de cannabis: 5-10 personas.
- 2) Mujeres que asistan a recursos de reducción de daños y que hagan policonsumo: 5-10 personas.

Criterios de inclusión por grupo focal:

1) Mujeres y cannabis:

- Mujeres que refieran consumo de cannabis
- Mujeres mayores de edad

Composición del grupo:

- Al menos la mitad del grupo son madres
- Al menos dos del grupo no son madres
- Al menos una del grupo fue madre antes de 20 años
- Al menos una del grupo es de origen extracomunitaria
- Al menos una del grupo es de origen europeo
- Al menos una del grupo se encuentra desempleada
- Al menos una del grupo es autónoma
- Al menos una del grupo es de estudios universitarios
- Al menos una del grupo sin estudios
- Al menos una del grupo vive en familia monoparental
- Al menos una del grupo refiere ser LGTBI

2) Mujeres en reducción de daños (REDAN):

- Mujeres que refieran consumo policonsumo de sustancias.
- Mujeres usuarias en Metzineres.
- Mujeres mayores de edad.

Criterios de exclusión:

- Mujeres con trastornos mentales graves

*Experiencias de maternidad en mujeres
consumidoras de drogas y la relación con sus hijos/as*

- Mujeres con trastornos cognitivos graves
- Mujeres intoxicadas en el momento del grupo focal
- Barrera idiomática

Veure Annex 3 (application/pdf - 1360.9208984375 kB)

6. Informació a les persones participants

| Supòsit | Si | No | |
|--|-------------------------------------|--------------------------|--------|
| S'annexa un full d'informació del projecte de recerca que inclou de forma entenedora els objectius de la investigació, els investigadors/res responsables i la forma d'obtenir fàcilment més informació? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Adjunt |
| S'annexa un full de consentiment informat signat per l'investigador/a i la persona en qüestió on queda clarament expressat que la participació és voluntària, que disposa de la informació suficient i que es podrà retirar en qualsevol moment sense donar explicacions i sense que això tingui cap mena de conseqüència? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Adjunt |

7. Compensació

| Supòsit | Si | No |
|---|-------------------------------------|--------------------------|
| Està previst algun tipus de compensació per la participació en el projecte? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <i>Si la resposta es Sí, explicar i justificar-ne les característiques, la quantia (si és econòmic) i l'adequació amb el risc i/o molèstia ocasionats al subjecte participant)</i> Se ha contemplado una compensación económica a cada participante de 20€, principalmente, para contrarrestar gastos de transporte. | | |

8. Gestió i emmagatzematge de les dades obtingudes

| Supòsit | Si | No |
|---|-------------------------------------|--------------------------|
| Està prevista l'anonimització de les dades obtingudes? Recordeu que s'entén per anonimització la desvinculació permanent i irreversible entre les dades i la identitat del subjecte de recerca | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <i>Si la resposta es Sí, explicar les activitats realitzades</i> Confidencialidad y protección de datos: Le garantizamos que la información que nos aporte será confidencial y que sus datos estarán protegidos de acuerdo con la normativa legal sobre protección de datos (Ley Orgánica 3/2018 de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal [LOPD] y Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 de Protección de Datos [RGPD]). Información básica sobre protección de datos: - La responsabilidad del tratamiento de sus datos es de la Sub-direcció General de Drogodependències (Calle Roc Boronat 81-95, 08005, Barcelona, correo electrónico: drogas.violencia@gencat.cat) - La legitimación del tratamiento de sus datos se basa en su consentimiento. - Los datos recogidos para el estudio estarán identificadas mediante un código para que no se incluya información que pueda identificarla. La finalidad del tratamiento de sus datos es exclusivamente científica y la Sub-dirección General de Drogodependències guardará los datos durante 5 años. - Sus datos sólo podrán ser cedidos a entidades científicas colaboradoras y exclusivamente para su análisis estadístico anonimizado. - Tiene derecho a acceder, modificar, suprimir y limitar el tratamiento de sus datos, así como solicitar una copia o que se trasladen a terceros. Para ejercer sus derechos, puede dirigirse a la Sub-dirección General de Drogodependències (Calle Roc Boronat 81-95, 08005, Barcelona, correo electrónico: drogas.violencia@gencat.cat). | | |
| Està previst l'emmagatzematge de les dades amb mesures de seguretat? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

*Experiencias de maternidad en mujeres
consumidoras de drogas y la relación con sus hijos/as*

Si la respuesta es Si, donar detalls del procediment de seguretat

Los datos serán almacenados por la Subdirección General de Drogodependencias, específicamente por el Programa embarazo sin alcohol y sin drogas.

9. Feedback

| Supòsit | Si | No |
|--|-------------------------------------|--------------------------|
| Està prevista alguna forma de feedback a les persones participant un cop finalitzat el projecte? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <i>Si la resposta es Si, quina?</i> Se realizará un feedback de los principales resultados de forma anónima y general, ya sea de forma grupal o individual, de acuerdo a las preferencias de las participantes. | | |

10. Registre dades

| Supòsit | Si | No |
|---|--------------------------|-------------------------------------|
| Les dades obtingudes es troben en un registre aprovat per l'Autoritat Catalana de Protecció de Dades? | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <i>Si la resposta es Si, indicar codi del registre:</i> | | |

Nom i cognoms

Lloc i data

Signatura

2. Consentimiento informado

Consentimiento Informado

Experiencias de maternidad en mujeres consumidoras de drogas y la relación con sus hijos/as

Significados de mujeres que consumen drogas en Cataluña sobre su salud reproductiva, maternidad y la salud de sus hijos/as

Por favor, lea cuidadosamente esta información antes de dar su consentimiento a participar en el estudio.

El propósito de este estudio es conocer los significados de mujeres que consumen drogas sobre su salud reproductiva, maternidad y la salud de sus hijos/as. Conocer más a fondo las necesidades de estas mujeres, siempre con el afán de brindar apoyo y de desarrollar políticas y programas preventivos y de tratamiento que respeten sus derechos y los de sus hijos/as.

Se desarrollarán dos grupos focales, uno referente a mujeres y cánnabis, y otro sobre mujeres y reducción de daños (REDAN). En términos concretos, se le solicitará ser parte de un grupo focal, lo cual implicará asistir a una sesión con otras mujeres (máximo 10 personas) a las que se les leerá una a una un guion de preguntas ya estipulado sobre el tema, donde todas las participantes tendrán la oportunidad de responder de forma libre sobre sus percepciones y opiniones a las preguntas abiertas que se realicen. La sesión se realizará solo una vez y tendrá una duración máxima de 2 horas cronológicas.

Su participación en este estudio es completamente voluntaria, por lo que tienen el derecho de retirarse del estudio en cualquier momento. Solo debe comunicarlo a la investigadora por cualquier medio. No existe ninguna penalización por abandonar el estudio o negarse a participar. Su participación no supone ningún tipo riesgo.

Por su colaboración, está prevista una compensación económica para usted por participar. Igualmente, su participación contribuirá a mejorar las prácticas de los equipos de salud y servicios sociales que trabajan con madres e hijos/as en contextos de consumo de drogas.

Confidencialidad y protección de datos:

Le garantizamos que la información que nos aporte será confidencial y que sus datos estarán protegidos de acuerdo con la normativa legal sobre protección de datos (Ley Orgánica 3/2018 de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal [LOPD] y Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 de Protección de Datos [RGPD]).

Información básica sobre protección de datos:

- La responsabilidad del tratamiento de sus datos es de la Sub-direcció General de Drogodependencies (Calle Roc Boronat 81-95, 08005, Barcelona, correo electrónico: drogues.violencia@gencat.cat)
- La legitimación del tratamiento de sus datos se basa en su consentimiento.

- Los datos recogidos para el estudio estarán identificadas mediante un código para que no se incluya información que pueda identificarla. La finalidad del tratamiento de sus datos es exclusivamente científica y la Sub-dirección General de Drogodependencias guardará los datos durante 5 años.
- Sus datos sólo podrán ser cedidos a entidades científicas colaboradoras y exclusivamente para su análisis estadístico anonimizado.
- Tiene derecho a acceder, modificar, suprimir y limitar el tratamiento de sus datos, así como solicitar una copia o que se trasladen a terceros. Para ejercer sus derechos, puede dirigirse a la Sub-dirección General de Drogodependencias (Calle Roc Boronat 81-95, 08005, Barcelona, correo electrónico: drogues.violencia@gencat.cat).

Para cualquier duda o consulta puede contactar con: Jenny Cubells Serra, responsable del estudio y directora de la tesis doctoral. Universidad Autónoma de Barcelona, correo electrónico: jenny.cubells@uab.cat. Katherin Rojas Espínola, doctoranda del Programa de Persona y Sociedad en el Mundo Contemporáneo de la Universidad Autónoma de Barcelona: katherin.rojas.e@gmail.com, tel. 698569180.

Programa Embarazo sin alcohol y sin drogas de la Subdirección General de Drogodependencias. Correo electrónico: embarasalcohol@gencat.cat, tel. 935513596

- He leído la información sobre el proyecto de investigación y he tenido la oportunidad de hacer preguntas.
- Entiendo que la información anonimizada (sin identificadores personales) de este proyecto será puesta a disposición de otros investigadores/as un tiempo después de finalizado el proyecto.
- Estoy de acuerdo en participar voluntariamente.
- He recibido una copia de este consentimiento.

Marque con una cruz (X):

- ¿Estoy de acuerdo en participar? Sí ☐ / No ☐
- ¿Estoy de acuerdo que se grabe (audio) la conversación/relato? Sí ☐ / No ☐
- ¿Autorizo a que se hagan citas literales de mis intervenciones? Sí ☐ / No ☐

En caso de que desee participar del estudio o quiera recibir información personalizada sobre la investigación, se solicitará algún dato de contacto, aunque siempre se resguardará su identidad.

Nº teléfono contacto: _____

Nombre y apellido de la participante:

Nombre y apellido del/a investigador/a:

Firma _____

Firma _____

Fecha: _____

Fecha: _____

3. Guiones de entrevistas

Mujeres cannábicas

| N | Objetivo específico | Preguntas | Preguntas adicionales |
|---|---|---|---|
| 1 | Describir experiencias personales (emocionales y sociales) de maternidad (embarazo, lactancia y crianza) de mujeres que consumen una o más sustancias. | <p>¿Cómo se sintió o está sintiendo durante el embarazo/lactancia/crianza en general y en relación con el consumo de sustancias psicoactivas (legales o no)?</p> <p>¿Crees que el hecho de consumir ha influido en tus proyectos de maternidad?</p> <p>¿Ha/n sido su maternidad/es o no maternidad/es una decisión propia o considera que hubo factores ajenos a su voluntad que lo determinaron? Comente su experiencia.</p> | <p>¿Han cambiado estos sentimientos a lo largo del tiempo o siempre han sido iguales? ¿Qué cosas, personas o situaciones le han hecho cambiar o mantener estos sentimientos en relación con el embarazo, la lactancia o la crianza a lo largo del tiempo?</p> <p>¿Qué cosas cree que le aportan (o aportaron) un beneficio/ventaja/valor, o que cosas cree que le faltan (o le faltaron) o le podrían ayudar (o haber ayudado) durante su proceso de embarazo/lactancia/crianza?</p> |
| 2 | Percepción sobre la política sanitaria general y sobre los recursos específicos entre las mujeres que consumen sustancias durante el embarazo/lactancia/crianza | <p>Durante su proceso de embarazo/lactancia/crianza ¿cómo valora su experiencia con los/as profesionales, recursos y servicios sanitarios generales que estas recibiendo o que recibiste?</p> <p>¿Son o fueron útiles? ¿En qué aspectos si, y en cuáles no?</p> | <p>¿Qué clase de recurso/apoyo/espacio/red/actividad echas (has echado o echaste) de menos el proceso de embarazo/lactancia/crianza?</p> <p>¿Qué tipo de cosas crees que podrían ser útiles para las mujeres que consumen sustancias psicoactivas en general y, específicamente, para las que se hallan inmersas en un proceso de gestación, lactancia o crianza?</p> <p>¿Qué crees que cambiaría o habría cambiado de tu situación o consumo de sustancias psicoactivas si en el proceso de embarazo/crianza/maternidad hubieras podido tener acceso a este tipo de apoyos, recursos, servicios etc.?</p> <p>En caso de necesitar un apoyo o más información sobre el tema del/los consumo/s de sustancias psicoactivas (legales o no) durante el embarazo/lactancia/crianza, ¿sabrías dónde acudir hoy? ¿Podrías explicar el motivo de tu elección?</p> |

| | | | |
|---|--|--|--|
| 3 | Conocimientos, creencias y actitudes sobre salud, salud reproductiva y salud de los/as hijos/as durante los procesos de embarazo, lactancia y crianza, entre mujeres que consumen sustancias. | <p>¿Crees que, en general, el consumo de sustancias psicoactivas (legales o no) puede tener consecuencias sobre tu salud? De ser así ¿cuáles?</p> <p>¿Qué efecto/s crees que tiene/n tu/s consumo/s de sustancias psicoactivas (legales o no) sobre la salud de tus hijos?</p> <p>¿Crees que estos efectos, en caso de existir, son distintos en los diferentes momentos (embarazo/lactancia/crianza)?</p> | <p>¿Crees que, en general, el consumo de sustancias psicoactivas (legales o no) puede tener consecuencias sobre tu salud?</p> <p>¿Crees que estos efectos, en caso de existir, son distintos en los diferentes momentos (embarazo/lactancia/crianza)? ¿Cuáles consecuencias? ¿De qué tipo? ¿Por qué piensas que tiene -o no- consecuencias?</p> <p>Actualmente, en caso de que las percibas ¿Qué haces para intentar reducir al mínimo o sobrellevar estas consecuencias? ¿Recibes algún tipo de apoyo o ayuda externa para ello? ¿Dónde y de qué tipo?</p> <p>¿Crees que hay sustancias psicoactivas (legales o no) o ciertas formas de consumirlas que son más inocuas o nocivas que otras sustancias psicoactivas o formas de consumo? ¿Cuáles? ¿Porqué?</p> <p>¿Crees que el consumo de sustancias psicoactivas (legales o no) durante la crianza, una vez finalizada la lactancia, puede afectar a salud de tus hijos? ¿Cómo? ¿Por qué?</p> |
| 4 | Experiencias de apoyo (o rechazo) del entorno social y/o familiar, de los servicios de salud sexual y reproductiva y/u otras entidades de mujeres que consumen en relación con su maternidad. | <p>Tu entorno afectivo y/o tu familia ¿Cómo crees que te facilitan / han facilitado / facilitaron o, por el contrario, te dificultan / han dificultado / dificultaron tus procesos de embarazo, lactancia o crianza?</p> <p>¿Y en relación con tu consumo antes, durante y pasados estos procesos? Qué papel de apoyo/obstáculo juegan/han jugado/jugaron tu/s pareja/s, familia, amigos/as etc.</p> | <p>En el caso de haber participado de cualquier programa, recurso, red en relación con tus consumos durante los períodos de embarazo/lactancia/crianza, ¿Fue una decisión personal? ¿En qué aspectos facilitó o dificultó los procesos de embarazo, lactancia y crianza esta experiencia?</p> <p>En los recursos, servicios o programas generales para mujeres embarazadas/lactantes o en crianza ¿Has podido relatar libremente tu situación y encontrar los apoyos necesarios o por algún motivo has ocultado tus consumos renunciando a posibles ofertas de tratamiento o derivaciones? ¿Nos puedes relatar / valorar tu experiencia?</p> |
| 5 | Discursos de estigma percibidos por las mujeres consumidoras de sustancias en su red social y/o familiar (por el hecho de ser mujeres o por el hecho de hallarse en fase de embarazo, lactancia o crianza) | <p>¿Crees que una mujer consumidora sufre una discriminación mayor o más evidente durante los procesos de gestación lactancia o crianza que fuera de ellos? Comente su experiencia.</p> | <p>¿Crees que existe discriminación hacia las mujeres/madres que consumen sustancias con relación a los hombres/padres con consumos similares? ¿Porqué? ¿Qué tipo de discriminación específica sufres si eres mujer y consumidora? ¿Dónde y cuándo crees que se producen de forma más evidente estas discriminaciones?</p> <p>¿Crees que esta discriminación es mayor o más evidente sobre las mujeres que están embarazadas, lactando o criando, respecto otras mujeres/madres que no lo están? ¿Y respecto las que, estando en estos mismos procesos de embarazo, lactancia y crianza, no consumen?</p> |

| | | | |
|---|---|---|--|
| 6 | Necesidades para el sustento de la maternidad y la mejora de la salud de las mujeres que consumen sustancias y sus hijos/as | <p>¿Qué dificultades o facilidades te supone/te ha supuesto o te supuso el consumo (o el no consumo) sobre tu vida diaria y tu desarrollo emocional y afectivo durante los períodos de embarazo, lactancia y crianza?</p> <p>¿Qué aspectos considerarías importantes para poder sostener unos procesos de embarazo, lactancia y crianza con / sin o minimizando el/los consumo/s y sus riesgos?</p> | <p>Si repitieras la experiencia ¿Cambiarías alguna cosa?</p> <p>Durante el período de crianza, su/s hijo/s-a/s han tenido conocimiento de su/s consumo/s de sustancias psicoactivas? ¿Qué tipo de información? ¿De qué fuentes? ¿Cree que esto ha sido positivo o negativo para ellos/as y/o para su salud y desarrollo emocional y afectivo?</p> |
| 7 | Identificar elementos que facilitan, mantienen o reducen el consumo entre las mujeres que consumen sustancias (y su relación con los procesos de embarazo, lactancia y crianza) | <p>¿Qué situaciones, cosas, espacios o momentos a lo largo de tu vida crees que te han provocado un aumento, un abandono o una (re)iniciación de consumos?</p> <p>¿Ha cambiado o cambió en algo su consumo el hecho del embarazo/lactancia/crianza? ¿Porqué?</p> <p>¿Ha cambiado o cambió en algo su consumo la terminación de los procesos de embarazo/lactancia/crianza?</p> | <p>¿Nos puedes relatar brevemente cómo y cuándo te iniciaste en el/los consumo/s y por qué motivos?</p> <p>¿Más allá del suyo propio, en su entorno afectivo y/o familiar directo (o en el de su/s hijo/s/-a/s) ha habido o hay consumo/s? ¿Esta circunstancia se ha dado durante sus períodos de embarazo, lactancia o crianza? ¿Cómo ha facilitado o dificultado su/s propios consumo/s esta circunstancia?</p> <p>¿En qué medida y de qué forma crees que tus circunstancias personales (a nivel laboral, de vivienda, ingresos, afectivo, etc.) durante el embarazo, lactancia y crianza tienen / han tenido / tuvieron que ver con tu/s consumo/s (mantenimiento, aumento, abandono o transformación)?</p> <p>¿Consume o siguió consumiendo durante el embarazo/lactancia/crianza de igual forma que lo hacía antes de iniciar estos períodos?</p> <p>¿Cree que han sido justamente los procesos de embarazo, lactancia y crianza (o no), su inicio y/o su terminación uno de los aspectos que ha influido sobre sus consumos?</p> <p>¿Tras el embarazo, volvió (o tiene intención de volver) a consumir (si lo había dejado) de modo similar a como lo hacía antes? ¿Porqué?</p> |

Metzineres

| N | Objetivo específico | Preguntas |
|----------|--|--|
| 1 | Describir experiencias personales (emocionales y sociales) de maternidad (embarazo, lactancia y crianza) de mujeres que consumen una o más sustancias. | Si vosotras experimentasteis o no maternidad ¿creéis que fue una decisión propia o hubo factores ajenos a vuestras voluntades que os determinaron? ¿Cómo fueron vuestras experiencias de embarazo/lactancia/crianza? ¿y en relación al consumo de sustancias? |
| 2 | Percepción sobre la política sanitaria general y sobre los recursos específicos entre las mujeres que consumen sustancias durante el embarazo/lactancia/crianza | Durante vuestros procesos de embarazo/lactancia/crianza ¿cómo valoran vuestras experiencias con los/as profesionales, recursos y/o servicios sanitarios que os atendieron? |
| 3 | Conocimientos, creencias y actitudes sobre salud, salud reproductiva y salud de los/as hijos/as durante los procesos de embarazo, lactancia y crianza, entre mujeres que consumen sustancias. | De acuerdo al acceso de información que habéis tenido ¿qué efectos de las sustancias (legales e ilegales) que consumían podrían tener efectos sobre vuestra salud y/o la de tus hijos/as? ¿los efectos serían distintos en el embarazo, lactancia y/o crianza)? |
| 4 | Experiencias de apoyo (o rechazo) del entorno social y/o familiar, de los servicios de salud sexual y reproductiva y/u otras entidades de mujeres que consumen en relación con su maternidad. | Vuestro entorno familiar y/o social ¿cómo creen que os facilitan o, por el contrario, dificultan vuestros procesos de embarazo/lactancia/crianza? ¿Y en relación al consumo de sustancias? |
| 5 | Discursos de estigma percibidos por las mujeres consumidoras de sustancias en su red social y/o familiar (por el hecho de ser mujeres o por el hecho de hallarse en fase de embarazo, lactancia o crianza) | ¿Qué discursos y/o tratos habéis recibido vosotras por ser mujeres que consumen sustancias? ¿Qué ocurre durante los momentos de embarazo/lactancia/crianza? Comenten vuestras experiencias. |
| 6 | Identificar necesidades para el sustento de la maternidad y la mejora de la salud de las mujeres que consumen sustancias y sus hijos/as | ¿Qué cosas debiesen estar presentes o debieran ocurrir para tener un embarazo/lactancia/crianza sin consumo o minimizando el consumo de sustancias y sus riesgos? |
| 7 | Identificar elementos que facilitan, mantienen o reducen el consumo entre las mujeres que consumen sustancias (y su relación con los procesos de embarazo, lactancia y crianza) | ¿Qué situaciones, cosas, espacios y/o momentos creéis que os han provocado un aumento, abandono o una (re)iniciación de consumo de sustancias durante el embarazo, lactancia y/o crianza? |

| N | Objetivo específico | Preguntas |
|---|--|--|
| 1 | Describir experiencias personales (emocionales y sociales) de maternidad (embarazo, lactancia y crianza) de mujeres que consumen una o más sustancias. | Si vosotras experimentasteis o no maternidad ¿creéis que fue una decisión propia o hubo factores ajenos a vuestras voluntades que os determinaron? ¿Cómo fueron vuestras experiencias de embarazo/lactancia/crianza? ¿y en relación al consumo de sustancias? |
| 2 | Percepción sobre la política sanitaria general y sobre los recursos específicos entre las mujeres que consumen sustancias durante el embarazo/lactancia/crianza | Durante vuestros procesos de embarazo/lactancia/crianza ¿cómo valoran vuestras experiencias con los/as profesionales, recursos y/o servicios sanitarios que os atendieron? ¿Son o fueron útiles? ¿En qué aspectos si, y en cuáles no? |
| 3 | Conocimientos, creencias y actitudes sobre salud, salud reproductiva y salud de los/as hijos/as durante los procesos de embarazo, lactancia y crianza, entre mujeres que consumen sustancias. | De acuerdo al acceso de información que habéis tenido ¿qué efectos de las sustancias que consumían podrían tener sobre vuestra salud y/o la de tus hijos/as? ¿los efectos serían distintos en el embarazo, lactancia y/o crianza? |
| 4 | Experiencias de apoyo (o rechazo) del entorno social y/o familiar, de los servicios de salud sexual y reproductiva y/u otras entidades de mujeres que consumen en relación con su maternidad. | Vuestro entorno familiar, social y/o pareja ¿cómo creen que os facilitan o, por el contrario, dificultan vuestros procesos de embarazo/lactancia/crianza? ¿Y en relación al consumo de sustancias? |
| 5 | Discursos de estigma percibidos por las mujeres consumidoras de sustancias en su red social y/o familiar (por el hecho de ser mujeres o por el hecho de hallarse en fase de embarazo, lactancia o crianza) | ¿Qué discursos y/o tratos habéis recibido vosotras por ser mujeres que consumen sustancias? ¿Ocurre en mayor medida durante los momentos de embarazo/lactancia/crianza? Comenten vuestras experiencias. |
| 6 | Identificar necesidades para el sustento de la maternidad y la mejora de la salud de las mujeres que consumen sustancias y sus hijos/as | ¿Qué cosas debiesen estar presentes o debieran ocurrir para tener un embarazo/lactancia/crianza sin consumo o minimizando el consumo de sustancias y sus riesgos? |
| 7 | Identificar elementos que facilitan, mantienen o reducen el consumo entre las mujeres que consumen sustancias (y su relación con los procesos de embarazo, lactancia y crianza) | ¿Qué situaciones, momentos, cosas creéis que os han provocado un aumento, abandono o una (re)iniciación de consumo de sustancias durante el embarazo, lactancia y/o crianza? |

Asociació Conexus

| N | Objetivo específico | Preguntas |
|----------|---|---|
| 1 | Describir experiencias personales (emocionales y sociales) de paternidad (en relación a embarazo, lactancia y crianza) de padres que consumen una o más sustancias / con parejas que consumen una o más sustancias. | ¿Cómo recordáis la decisión de ser padres o no ser padre? ¿Creéis que fue una decisión propia o hubo factores ajenos a vuestra voluntad? ¿El consumo tuvo un papel en la decisión? ¿Cómo fueron para vosotros el embarazo/ la lactancia y la crianza? ¿Y en relación al consumo de sustancias? |
| 2 | Identificar elementos que facilitan, mantienen o reducen el consumo entre los padres (y/o su parejas madres) que consumen sustancias (y su relación con los procesos de embarazo, lactancia y crianza) | ¿Cómo ha afectado el embarazo/ la lactancia y la crianza al consumo? ¿Había situaciones, cosas, espacios y/o momentos que os han provocado un aumento, abandono o una (re)iniciación del consumo de sustancias? ¿Habéis intentado cambiar/reducir el consumo y/o sus consecuencias? ¿Cómo lo habéis hecho? ¿La paternidad ha sido un factor relevante para cambiar/disminuir/ el consumo? |
| 3 | Identificar conocimientos, creencias y actitudes sobre salud, salud reproductiva y salud de los/as hijos/as durante los procesos de embarazo, lactancia y crianza, entre padres (y/o parejas madres) que consumen sustancias. | ¿Qué efectos podría tener el consumo de sustancias (legales e ilegales) sobre vuestra salud, la de vuestra (ex)pareja (madre) y/o la de vuestros hijos/as?, ¿Los efectos son distintos en la fertilidad, el embarazo y la lactancia y la crianza? ¿Los tuvisteis en cuenta durante el proceso (decisión e intentos de ser padres, embarazo, lactancia, etc.)? |
| 4 | Describir experiencias de apoyo (o rechazo) del entorno social y/o familiar, y de la (ex)pareja (posibles presiones y/o conflictos relacionados con el consumo) | Vuestro entorno familiar y/o social o vuestra (ex)pareja ¿os han facilitado o, por el contrario, han dificultado vuestros procesos de embarazo / lactancia y crianza y vuestro rol de padres? ¿De qué manera? ¿Y en relación al consumo de sustancias? ¿Consideras que se apoya más a un integrante de la pareja que a otro? (por ej. que sienta que lo apoyaron más a ud que a su (ex) pareja en relación al ejercicio de paternidad o de dejar el consumo) ¿Hay o ha habido presiones en la pareja para dejar de consumir o conflictos por el consumo? ¿Por parte de quién y con qué consecuencias?, ¿Consideráis que el entorno (social, familiar) presiona más a un integrante de la pareja que al otro? (por ej. Que presionen más a la (ex)pareja que deje el consumo que a ud). Explicad por qué. ¿Consideráis que existen más prejuicios, estigmas, discriminaciones hacia la madre que consume o hacia el padre que consume? Explicad el motivo. |
| 5 | Conocer la percepción sobre la política sanitaria general y sobre los recursos específicos de consumo de sustancias durante el embarazo/lactancia/crianza y de los servicios de salud sexual y reproductiva y/u otras en relación con su paternidad y consumo como hombres. | Durante los procesos de embarazo/lactancia y crianza, ¿cómo valoráis vuestras experiencias con los/as profesionales, recursos y/o servicios sanitarios que os atendieron?, ¿Os habéis sentido apoyados y habéis podido relatar vuestra situación libremente o por el contrario os habéis sentido estigmatizados o discriminados, vosotros o vuestras (ex)parejas, por consumir?, ¿Habéis recibido algún tipo de apoyo específico como padres/hombres? ¿Os habéis sentido incluidos y considerados en los servicios?, ¿Creéis que las redes/recursos/profesionales sancionan (trato o sanciones legales) más a las madres o más a los padres por el consumo de sustancias o os |

| | | |
|----------|--|---|
| | | parece que el trato es igual?, ¿Quitan la custodia de los/as hijos/as con mayor frecuencia a las madres o a los padres por el tema del consumo o es similar la situación? |
| 6 | Identificar necesidades para el sustento de la paternidad y la mejora de la salud de padres, y/o (ex)parejas madres que consumen sustancias y sus hijos/as | ¿Qué cosas harían falta para tener un embarazo/una lactancia y crianza inicial sin consumo o minimizando el consumo de sustancias y sus riesgos? ¿Y para vuestra (ex) pareja?; ¿Qué recursos, apoyos o servicios hubieras necesitado? ¿Y para vuestra (ex) pareja?; ¿Qué recursos, apoyos o servicios específicos para padres/hombres harían falta? |

4. Hoja informativa

Información para las mujeres

¿Qué pretende este estudio?

Conocer en profundidad los “**Significados que construyen las mujeres que consumen drogas en Cataluña sobre su salud reproductiva, a la maternidad y a la salud de sus hijos/as y como estos condicionan sus comportamientos relacionados con el consumo**”

¿Por qué se hace este estudio?

Para conocer las necesidades de estas mujeres, siempre con el afán de ayudarlas y de desarrollar políticas y programas preventivos y de tratamiento que respeten sus derechos y los de sus hijos/as.

¿Qué implica su participación en el estudio?

En el caso que estés interesada en colaborar en dicho estudio, estás invitada a participar en una reunión con otras mujeres en la cual hablaremos sobre estos temas. La reunión tendrá lugar a finales de noviembre o principios de diciembre y se organizará en formato de *grupo focal*, dando la oportunidad a todas las mujeres de responder de forma libre (se anonimizarán las respuestas) sobre sus percepciones y opiniones a preguntas abiertas que se formulen. La reunión tendrá una duración máxima de 2 horas.

Solo se necesita que firmes el **consentimiento informado** que aparece a continuación y nos facilites tu nombre y teléfono de contacto para poder llamar e informarte del lugar y hora de la reunión.

La decisión de participar o no es voluntaria y puedes cambiar de opinión en cualquier momento. En ningún caso te reportará ninguna consecuencia ni cambio en tu plan individualizado de tratamiento en caso que estés asistiendo a algún recurso o centro.

¿Qué beneficios resultarán de tu participación?

Tu participación contribuirá a mejorar las prácticas de todos equipos de salud y servicios socio-sanitarios que trabajan con madres e hijos/as, en especial de aquellos recursos que atienden a personas con problemas relacionados con el consumo de drogas.

¿Quién dirige este estudio?

Este estudio está dirigido por la Subdirección General de Drogodependencias de la Agencia de Salud Pública de Catalunya, en estrecha colaboración con la Coordinadora de CAS, las agrupaciones REMA y Metzineras y el Hospital Clínico.

¡Agradeceríamos mucho tu colaboración en este estudio!
Contamos contigo.

Más información: Programa Embarazo sin alcohol y sin drogas: 93 551 35 96 / embarasalcohol@gencat.cat