UNIVERSIDAD PERUANA DE CIENCIAS APLICADAS

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

PROGRAMA ACADÉMICO DE PSICOLOGÍA

**Proceso de Afrontamiento en Madres Drogodependientes en Rehabilitación:
estudio cualitativo en el distrito de Lurín**

TESIS

Para optar el título profesional de Licenciado en Psicología

AUTOR

Rechkemmer Gamero, María Alejandra ([0000-0002-7605-6938](#))

ASESOR

Coros De La Piedra, Gabriela Alejandra ([0000-0001-6253-1200](#))

Lima, 05 de febrero de 2020

DEDICATORIA

El presente estudio va dedicado a mi familia, mis padres y hermano, por ser parte importante de mi vida, por apoyarme incondicionalmente durante toda esta etapa y confiar en mí en todo momento.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco la ayuda de Mirella Rico, una persona que me ayudó muchísimo en la construcción de mi investigación, gracias por tu paciencia y dedicación al orientarme en mi trabajo. Asimismo, a mi asesora Gabriela Coros, que no dudo en ofrecerme su ayuda desde que se la pedí. Así, como a mi familia y a las personas que ya no están más en este mundo, que estoy segura velan por mí en todo momento, y a mis mejores amigas, por estar siempre apoyándome en este proceso universitario, por sus consejos y apoyo.

RESUMEN

El presente estudio se basa en una investigación cualitativa que tiene como objetivo conocer el proceso de afrontamiento de la adicción en madres adultas drogodependientes en un centro terapéutico de rehabilitación en el distrito de Lurín de la provincia de Lima Metropolitana. La elección de un enfoque cualitativo para la investigación permite comprender con mayor profundidad la experiencia de las entrevistadas en cuanto a los aspectos específicos relacionados con el género y la maternidad que, según los estudios revisados, intervienen en la problemática de la adicción y que deben considerarse para entender las particularidades del perfil de este grupo, las cuales son seis madres drogodependientes. Además, a través de este enfoque, se ha podido explorar las estrategias de afrontamiento que las madres utilizan, las cuales tienen componentes cognitivos, emocionales y conductuales, que se pueden descubrir en detalle en una entrevista a profundidad semiestructurada, pues a través de la narración libre de la experiencia de las madres es posible realizar un análisis interpretativo de la información y conocer tales componentes. Para ello se exploró la historia de consumo (forma de inicio y principales motivos), así como el momento clave que las llevó a reaccionar frente a su problema de drogodependencia (en especial, situaciones críticas como pérdidas afectivas y materiales o situaciones conflictivas, entre otras). Asimismo, se exploró el proceso por el cual se manifiestan las distintas estrategias de afrontamiento y el lugar que ocupa la maternidad en esta problemática. Se encontró que las madres afrontan su problemática antes y después de entrar en rehabilitación, tanto de manera adaptativa como poco saludable. Por último, se ha podido evidenciar que la maternidad es un factor relevante que influye en su afrontamiento, tanto en su mantenimiento en rehabilitación, vínculo con sus hijos, autoimagen materna y la percepción que el entorno tiene de ellas.

Palabras clave: adicción; afrontamiento; mujeres drogodependientes; rehabilitación; maternidad.

Coping process in drug-dependent mothers in rehabilitation: qualitative study in the district of Lurín

ABSTRACT

This study bases on a qualitative research that aims to understand the process of coping with addiction in drug-dependent mothers who attend a therapeutic rehabilitation facility in the district of Lurín, Lima Metropolitana province. The choice of a qualitative approach allows understanding in greater depth the experience of the interviewees regarding specific aspects related to gender and motherhood that, according to the reviewed studies, intervene in addiction and should be considered in order to understand the particularities of this group profile, in this case, six drug-dependent mothers. Furthermore, through this approach, it has been possible to explore their coping strategies, which have cognitive, emotional and behavioral components, discovered in detail through a semi-structured in-depth interview, since through the free narration of the mothers' experience it is possible to carry out an interpretative analysis of the information to understand these components. For this purpose, the history of consumption was explored (way of starting on addiction and main motives), as well as the key moment that led them to react to their drug addiction problem (especially, critical situations such as affective and material losses, or conflictive situations, among others). The process in which different coping strategies express and the place of motherhood in this matter, was also explored. Results show that mothers face their problems, before and after going to rehabilitation, both in an adaptive and unhealthy way. Finally, it is noticed that motherhood is a relevant factor that influences their coping, both in their adherence to rehabilitation, bond with their children, maternal self-image, and the perception that the environment have of them.

Keywords: addiction; coping; drug-dependent women; rehabilitation; motherhood.

TABLA DE CONTENIDOS

1	INTRODUCCIÓN.....	1
1.1	EL PROCESO DE AFRONTAMIENTO EN DROGODEPENDIENTES	5
1.2	EL PROCESO DE AFRONTAMIENTO EN MUJERES Y MADRES DROGODEPENDIENTES ..	8
2	MÉTODO.....	14
2.1	CONTEXTO.....	14
2.2	PARTICIPANTES	14
2.3	TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	17
2.4	PROCEDIMIENTO.....	18
2.5	ANÁLISIS DE INFORMACIÓN	19
3	RESULTADOS	22
3.1	HISTORIA DE CONSUMO	27
3.1.1	Motivos de consumo.....	27
3.1.2	Forma de inicio.....	28
3.2	MOMENTO CLAVE.....	29
3.3	ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO	32
3.3.1	Afrontamiento centrado en la emoción	32
3.3.1.1	Negación.....	32
3.3.1.2	Aceptación.....	33
3.3.1.3	Acudir a la religión.....	34
3.3.1.4	Búsqueda de apoyo social con fines emocionales.....	35
3.3.1.5	Reinterpretación positiva y crecimiento.....	36
3.3.2	Afrontamiento centrado en el problema	37
3.3.2.1	Postergación	38
3.3.2.2	Supresión de actividades competentes	39
3.3.2.3	Búsqueda de apoyo instrumental.....	40
3.3.2.4	Planificación	41
3.3.3	Afrontamiento centrado en la percepción.....	42
3.3.3.1	Enfocar y liberar emociones.....	42
3.3.3.2	Desentendimiento conductual y mental.....	43
3.3.4	Influencia de la maternidad	45

3.3.4.1	Acceso y mantenimiento en rehabilitación.....	46
3.3.4.2	Autoimagen materna en el consumo	47
3.3.4.3	Vínculo: relación con los hijos	48
3.3.4.4	Percepción del entorno	49
4	DISCUSIÓN.....	50
5	REFERENCIAS	70
6.	ANEXOS	77

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Datos sociodemográficos de las participantes	16
Tabla 2 Historia de consumo	22
Tabla 3 Estrategias de afrontamiento	25
Tabla 4 Influencia de la maternidad	27

1 INTRODUCCIÓN

El uso y abuso de drogas lícitas e ilícitas es un fenómeno de alcance global de múltiples dimensiones, pues influye en las políticas públicas de salud, educación, medioambiente y seguridad de un país, así como también en los aspectos psicológicos más profundos que afectan a las personas consumidoras y a sus familias y, en consecuencia, a la sociedad en general.

En el caso del Perú, el estudio epidemiológico más reciente de DEVIDA, publicado en 2016, presentó la prevalencia en hombres y mujeres, encontrándose que el 6,9% de los universitarios del Perú ha usado alguna droga ilícita, inhalable o nuevas sustancias psicoactivas (NSP) alguna vez en los últimos 12 meses, que se compara con 6,1% en Bolivia, 20,7% en Colombia y 11,8% en Ecuador. En todos los países andinos el consumo de drogas es siempre mayor entre los hombres. Particularmente y a diferencia del resto de países de la región, las sustancias inhalables son las segundas de mayor consumo reciente entre los universitarios del Perú (0,4%) y son, junto con los fármacos tranquilizantes, las únicas sustancias donde las mujeres registran niveles de consumo superiores a los hombres (0,7% y 0,1% respectivamente).

Minsa (2017) analiza diversas estadísticas sobre el consumo de drogas entre estudiantes de secundaria y universitarios a nivel nacional. El estudio concluye que entre estudiantes de secundaria de zonas urbanas entre 11 y 20 años tanto hombres como mujeres “a mayor nivel educativo mayor prevalencia de consumo tanto de drogas legales como ilegales” (Minsa, 2017, p. 45). Asimismo, se señala que la prevalencia entre estudiantes de secundaria y universitarios es similar en drogas ilegales como... “la cocaína, la pasta básica de cocaína, los inhalantes y el éxtasis, situación que requiere ser evaluada a fin de determinar los factores que permiten el acceso de las drogas ilegales a los escolares” (p. 52). No obstante, no se profundiza si el nivel de instrucción es un factor protector relacionado con el consumo de drogas, sino que estos datos se discuten en función de la edad de inicio de consumo y, sobre todo, en cuanto a la posibilidad de tener mayor acceso a las drogas cuando los estudiantes tienen mayor edad, viven en zonas urbanas y pertenecen a centros educativos particulares.

Si bien las estadísticas revisadas muestran un mayor consumo en hombres que en mujeres, el análisis sostiene que el consumo de drogas en general, en las mujeres muestra

una tendencia al alza a nivel nacional e hispanoamericano en los últimos años (Rojas, 2016; Estévez, 2015; Villar, 2014). Por ejemplo, en un estudio de mujeres consumidoras de drogas atendidas en Lugar de Escucha- CEDRO entre el 2000 y 2015, con una muestra de 2991 mujeres entre los 19 y 30 años de edad, se identificó un consumo muy temprano de marihuana en un 65%, de drogas sintéticas en un 34%, alrededor del 50% evidenciaba un consumo intenso de cocaína, y el 54% un consumo intenso de pasta básica de cocaína (PBC).

Esta tendencia invita a profundizar en la realidad de las mujeres consumidoras, no solo porque las características del consumo y sus efectos son distintos de los hombres, sino porque el contexto juega un papel significativo en el desarrollo de esta problemática, particularmente por los estereotipos de género y el estigma social asociado a la mujer y madre consumidora, a diferencia de los hombres drogodependientes tal como lo señalan Ortiz y Clavero (2014) en su estudio cualitativo sobre los estilos de consumo en función del género (2014).

Estas diferencias también se reflejan en los principales factores que impulsan el consumo de drogas en las mujeres, como son la violencia doméstica, la separación de la pareja, la carga familiar, el exceso de responsabilidades, etc., mientras que los hombres inician el consumo de drogas principalmente por la presión de pares o, simplemente, con la curiosidad; es decir, por razones no asociadas a su género y a sus circunstancias.

Además, esta situación se complica porque las mujeres tienden a acudir menos a rehabilitación y a cumplir un tratamiento que los hombres, no solo por las desventajas socioeconómicas y laborales en comparación con ellos, sino también por la estigmatización de la mujer drogodependiente (por ejemplo, la adicción suele ser asociada a la prostitución, a la percepción de negligencia en el rol materno, a la inmoralidad), lo cual las hace más vulnerables que los hombres (Ortiz & Clavero, 2014).

Lo visto hasta el momento hace pensar en la necesidad de considerar aspectos diferenciales en los programas de prevención y rehabilitación. Por tanto, el presente estudio se enfoca particularmente en mujeres que se encuentran internadas en un centro de rehabilitación para abordar una variable que tiene injerencia en todo el proceso de adicción, especialmente en la etapa de recuperación y reinserción social: el afrontamiento (Pedrero, Rojo & Puerta, 2007; Rodríguez, 2012).

La violencia de género, tan arraigada en Perú y Latinoamérica, es un elemento que da cuenta de las condiciones de desventaja de las mujeres en comparación con los hombres adictos, por lo que el proceso de afrontamiento se hace aún más crítico en ellas. Respecto del número de casos atendidos por violencia contra la mujer, violencia familiar y sexual en los Centros de Emergencia Mujer (CEM) a nivel nacional, se observa un incremento en 46 puntos porcentuales de enero del 2019 frente a lo registrado en el mismo periodo, el año anterior. En enero del 2019 el porcentaje de mujeres (87%) fue mayor al registrado en el mismo periodo del año anterior (85%), mientras que el porcentaje de hombres (13%) fue menor al registrado en el mismo periodo el año anterior (15%).

Por otro lado, en cuanto a las investigaciones sobre el afrontamiento en las mujeres dependientes a las drogas ha sido muy poco investigado. Hasta el momento, se ha encontrado como único aporte el estudio de Pedrero et al. (2007) en España. En ese sentido, resulta aún más pertinente investigar el afrontamiento en mujeres y madres dependientes a las drogas que acuden a rehabilitación si se considera que el estigma social que recae sobre estas mujeres es mayor al que existe sobre los hombres adictos, tal como sugieren algunos de los estudios y que, además, puede provenir de los mismos profesionales que trabajan en los centros de rehabilitación (Estévez, 2015; Gómez, 2009; Llorca, Ferrando, Borrás & Purroy, 2013; Llinares & Lloret, 2010).

Las investigaciones sobre el afrontamiento en las madres dependientes a las drogas permiten explorar un conjunto de elementos, relacionados con la maternidad, que intervienen en el proceso y que pueden afectarlo, entre ellos, la percepción del vínculo que tienen con sus hijos, su valoración como madres, el impacto que les generan los comentarios de su entorno, el grado de acceso y adherencia al tratamiento siendo madres, etc.

Además, es necesario considerar que las mujeres drogodependientes tienen un perfil que incluye factores de riesgo y un impacto del consumo de drogas diferente al de los hombres. (Rojas, 2016; Estévez, 2015; Sánchez, 2013; Urbano & Arostegui, 2004). Por ejemplo, Rojas (2016), identifica en su estudio una serie de factores personales, familiares y sociales que, por definición, no están presentes en el perfil de los hombres, como los trastornos de la conducta alimentaria, la necesidad de satisfacer estereotipos de femineidad, la insatisfacción por no alcanzar ideales femeninos de belleza, bondad y maternidad, la violencia de género y abuso sexual, el estar en pareja con un hombre consumidor, el seguir modas y dietas para lograr un cuerpo delgado, las desigualdades laborales, etc.

En cuanto al impacto del consumo de drogas sobre las mujeres, diversos estudios hacen referencia a que este es de mayor magnitud que en los hombres debido a factores biológicos, a enfermedades médicas como las ETS, por la mayor probabilidad de tener sexo a cambio de dinero y drogas, y a enfermedades psiquiátricas previas como depresión y ansiedad. Además, se debe considerar cómo afecta el uso de drogas a las mujeres embarazadas por el riesgo de salud en ellas (infecciones, ETS, malnutrición, etc.) y en los bebés por nacer o recién nacidos (abortos, partos prematuros, desprendimiento de placenta, abstinencia neonatal, trastornos del crecimiento y neurodesarrollo, etc.) (Estévez, 2015; Sánchez, 2013; Urbano & Arostegui, 2004).

En ese sentido, las madres dependientes a las drogas tienen problemas específicos que deben tomarse en cuenta, como el embarazo, el hacerse responsable de sus hijos, la mayor vulnerabilidad que tienen muchas mujeres al vivir en un medio que favorece el consumo y la comercialización, así como la atención estandarizada que ofrecen las instituciones de salud o centros de rehabilitación, la cual está diseñada a partir del perfil del hombre consumidor de drogas. Además, algunas investigaciones plantean la posibilidad de que las mujeres tengan miedo de ser juzgadas por el personal de los centros de atención, sobre todo si están embarazadas y son madres, y que las separen o quiten la tenencia de sus hijos (Estévez, 2015; Gómez, 2009; Llorca et al., 2013; Llinares & Lloret, 2010). Sin embargo, otros investigadores sugieren que estas mujeres también tienen la esperanza de que los profesionales sean quienes mejor puedan ayudarlas, ya que generalmente sus familias y el entorno cercano no logran entender el proceso por el que están atravesando (Gómez, et al., 2008).

Finalmente, según los datos revisados, la mayoría de programas de rehabilitación no consideran la perspectiva de género; es decir, tanto en las instituciones españolas como hispanoamericanas no existe un tratamiento diferencial que responda a sus necesidades particulares (Estévez, 2015; Urbano & Arostegui, 2004; Gómez, 2009; Rekalde & Vilches, 2004). En el Perú, Villar (2014) hace referencia a la Estrategia Nacional de Lucha contra las Drogas 2012-2016 formulada por DEVIDA, que plantea el enfoque de género como estrategia participativa, y que ninguno de sus programas de prevención y rehabilitación incluye estas consideraciones. En este documento hacen referencia a distintos programas para la prevención tanto de la producción como del consumo de drogas. Solo una de las líneas de acción menciona la perspectiva de género, sugiriéndose su consideración en las acciones de desarrollo e inclusión dentro del Programa de Desarrollo Alternativo y

Sostenible, específicamente en el objetivo 3 referido a mejorar la seguridad alimentaria, la salud, el acceso a servicios básicos, la educación y electrificación. No obstante, la perspectiva de género no está incluida en estrategias de atención e intervención de la problemática del consumo de drogas. Hasta el momento, no se han encontrado más datos sobre si esta línea de acción ha generado algún avance en la participación e inclusión de las mujeres en relación con los temas planteados en el objetivo 3.

1.1 El proceso de afrontamiento en drogodependientes

El afrontamiento o *coping* se refiere a los procesos o estrategias cognitivas, emocionales y conductuales que la persona usa para enfrentar situaciones generadoras de estrés (conflictos, amenazas, incertidumbre, desafíos, carencias, etc.), que pueden provenir del interior de la persona o de su ambiente (Folkman, 2013; Pedrero et al., 2007). El afrontamiento puede orientarse a prevenir, manejar o controlar y eliminar los efectos de la situación estresante, para lo cual deben tomarse en cuenta los distintos factores ambientales y sociales que influyen en las personas, como el apoyo social, sus características de personalidad y sus recursos psicológicos para afrontar las situaciones (Pedrero et al., 2007).

En la teoría revisada se encontraron distintos modelos de afrontamiento al estrés, entre los que destacan el de Lazarus y Folkman (Pedrero et al., 2007). Lazarus y Folkman (1986) clasificaron tres tipos de afrontamiento: el centrado en el problema, el centrado en la emoción y el centrado en el significado o la percepción.

El afrontamiento centrado en el problema se caracteriza porque la persona busca cambiar la situación de estrés. El afrontamiento centrado en la emoción se caracteriza en que la persona usa estrategias para adaptarse al conflicto y manejar sus emociones. Por último, el afrontamiento centrado en el significado o la percepción dependerá de los valores y creencias de las personas (Folkman, 2013; Helgeson, 2011).

Carver, Scheier y Weintraub (1989) identificaron estrategias específicas dentro de estos tres tipos de afrontamiento, las cuales usaron para la construcción del cuestionario COPE (1989). En el caso del afrontamiento dirigido al problema se encuentran como estrategias el afrontamiento activo, la planificación, la supresión de actividades competentes, la postergación y la búsqueda de apoyo social con fines instrumentales. En el afrontamiento centrado en la emoción las estrategias son: búsqueda de apoyo social por razones emocionales, reinterpretación positiva y crecimiento, aceptación, negación y acudir a la

religión. Por último, el afrontamiento centrado en la percepción tiene como estrategias el enfocar y liberar emociones, el desentendimiento conductual y el desentendimiento mental.

En el caso del afrontamiento relacionado con el consumo de drogas, Añazco y Espinoza (2017) hacen referencia a diversos autores que han encontrado una relación entre el estrés y la drogodependencia; así, algunas personas consumen drogas para disminuir el estrés producto de situaciones amenazantes o emociones negativas y en ese proceso surgen distintas estrategias de afrontamiento vinculadas a conductas adictivas, especialmente la evitación. De igual manera, Rodríguez (2012) hace referencia a diversas investigaciones que sugieren que consumir es un intento no adaptativo que las personas hacen para afrontar sus emociones, por ejemplo, a través de la evitación, en este caso, las madres drogodependientes evitan confrontar sus emociones a través del consumo. En ese sentido, se considera que el afrontamiento evitativo es un factor de riesgo en el consumo de drogas, mientras que poseer una mayor variedad de estrategias de afrontamiento podría disminuir el impulso a consumir y la frecuencia de consumo. Asimismo, encuentra que, en la etapa de desintoxicación y rehabilitación, trabajar en estrategias de afrontamiento adaptativo, es decir, en estrategias directas, asertivas y prosociales como, por ejemplo, la búsqueda de soporte social, ayudaría en el proceso de rehabilitación, a lograr bienestar y mejorar la calidad de vida. Estos tipos de afrontamiento se consideran predictores positivos para continuar el tratamiento e involucrarse más en una comunidad terapéutica.

En su mayoría se han encontrado estudios cuantitativos sobre afrontamiento. Un estudio reciente sobre afrontamiento a la drogadicción fue realizado en Ecuador por Añazco y Espinoza (2017), quienes analizaron las estrategias de afrontamiento y autoeficacia en pacientes drogodependientes internados en rehabilitación, para lo cual emplearon la escala Modos de Afrontamiento de Lazarus y Folkman y la escala de Autoeficacia Generalizada. Los resultados mostraron que las estrategias de afrontamiento más usadas por los pacientes fueron las vinculadas a la regulación emocional, como son el autocontrol y la huida o evitación. Además, encontraron que la autoeficacia tiene relación con las recaídas o reincidencias, pues a mayor número de internamientos, su nivel de autoeficacia disminuye, porque creen que no son capaces de dejar de consumir y recuperarse.

En el Perú, el estudio más reciente sobre el afrontamiento en drogodependientes es el de Solano (2017), cuyo objetivo fue identificar la relación entre los estilos de afrontamiento y el riesgo de recaída en adictos residentes en comunidades terapéuticas de Lima. Solano parte de la premisa, sustentada por diversas teorías, de que las personas que

confían en sus capacidades de afrontamiento son más eficientes en mantener la abstinencia a las drogas y que el afrontamiento es clave en el inicio y mantenimiento de la adicción; por lo tanto, un adecuado afrontamiento disminuye la posibilidad de recaída. Se identificó que el estilo de orientación a la tarea es el más empleado y el evitativo el menos utilizado en la muestra. La estrategia más empleada es la de reinterpretación positiva, seguida del afrontamiento religioso y la planificación; las estrategias menos usadas son el humor y el desentendimiento conductual. Los estilos y las estrategias fueron correlacionadas con el riesgo de recaída. No se encontraron diferencias significativas según la variable sexo tanto en el uso de estrategias como en el riesgo de recaída; sin embargo, la muestra de mujeres no es muy significativa en número como para hacer una comparación y extraer una conclusión sobre las diferencias de género. El autor recomienda incluso una investigación específica al respecto e incluir esta variable en los programas de intervención en el Perú.

Otra investigación sobre el tema, es la de Guevara, Hernández y Flores (2001), quienes estudiaron los estilos de afrontamiento al estrés en pacientes drogodependientes que reciben tratamiento en comunidades terapéuticas en Lima. Los investigadores encontraron que la planificación, el afrontamiento activo, la postergación y acudir a la religión como las estrategias preferidas, mientras que las menos usadas fueron el desentendimiento conductual, la negación, la supresión de actividades y el desentendimiento mental.

En el estudio de Criollo y Guerrero (2015), se hace referencia al modelo de estadios de cambio de Prochaska y DiClemente por los que atraviesan los drogodependientes y que contribuye a la comprensión del afrontamiento. Está compuesta por cinco estadios: precontemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento. El primero consiste en que la persona no cuestiona su situación, no tiene conciencia de las consecuencias de la adicción ni que es un problema y está a la defensiva si le dicen que tiene un problema. En el estadio de contemplación ya hay cierta conciencia de su conducta y de las consecuencias de la adicción, por lo que tiene menos resistencia frente a la posibilidad de dejar de consumir, pero aún no hace nada por cambiar. En el estadio de preparación, además de una intención más firme, la persona ya hace cambios pequeños para dejar de consumir, por ejemplo, disminuir la cantidad de consumo, aislarse de algunas personas, reflexionar sobre su estilo de vida, etc. Posteriormente, llega la etapa de la acción, que consiste en un cambio significativo en su conducta de dependencia, pues deja de consumir drogas (no solo porque tiene la voluntad de hacerlo, sino porque es obligatorio hacerlo una vez que ingresa en rehabilitación), además, se compromete al cambio, se esfuerza, cumple con las normas

del centro, etc. Por último, la etapa de mantenimiento consolida la anterior y consiste en prevenir las recaídas, puesto que la persona tiene miedo de volver a consumir. Esta etapa ocurre seis meses después de iniciado el cambio.

1.2 El proceso de afrontamiento en mujeres y madres drogodependientes

De acuerdo con Rojas (2016), “la maternidad hace referencia a la relación que se establece entre la madre y su hijo/a, comenzando desde la concepción y extendiéndose hasta los ulteriores procesos fisiológicos de nacimiento, alimentación y asistencia” (p. 17). Además de ello, es entendida como vínculo afectivo, un fenómeno cultural y una práctica social que varía y se transforma según el contexto y la época. Así, existe un ideal de la maternidad, una condición de “buena madre” en todo contexto, en el que predominan ideas relacionadas con el auto sacrificio, donde la madre es quien “...todo lo sabe en referencia a las necesidades de sus hijos; responsable de cualquier conducta fuera de la norma o enfermedad en sus hijos, proveyendo las necesidades materiales, sociales, espirituales y psicológicas de sus hijos” (Rojas, 2016, p. 19).

En el caso de las madres dependientes a las drogas, el estudio de la maternidad ha sido poco sistemático y hasta incongruente con respecto a los diferentes elementos que influyen en esta y cómo las mujeres adictas crean nuevos sentidos de maternidad, aunque no sean aceptados socialmente (Rojas, 2016). Al respecto de esta contradicción se muestran dos de las distintas formas de ver su maternidad, en este caso, una de orgullo y otra de evasión:

El hecho de convertirse en madres, además de generar sentimientos positivos, proporciona un orgullo y deseos de rehabilitación que las hace pensar que si estuviesen libres de adicción serían buenas madres, esperando ser un ejemplo para sus niños...El lograr un nuevo estatus social gracias a la maternidad, hace emerger sentimientos de propiedad hacia el hijo.

...El consumo de drogas en estas mujeres es una forma de respiro a la carga de los cuidados y preocupación por los hijos, así como una manera de lidiar con el juicio social negativo (Rojas, 2016, p. 29).

Algunos estudios sugieren que la forma en que las mujeres manejan la drogodependencia y sus consecuencias es distinta que la de los hombres y, por tanto,

requieren estrategias diferentes en la rehabilitación. Así, por ejemplo, Sánchez (2013) plantea que el consumo de drogas en hombres es socialmente más aceptado que el consumo en mujeres, al menos que los primeros sean agresivos o delincuentes, pues las mujeres adictas adultas son más rechazadas por su familia, pareja y amigos. Esto probablemente las lleve al aislamiento, a ocultar el problema y a no buscar ayuda hasta que no sea ya un problema inmanejable. Además, con respecto a las emociones, el autor encuentra que las mujeres drogodependientes se sienten fracasadas y desvalorizadas en sus roles de madres o amas de casa, mientras que los hombres adictos sí reciben apoyo de sus parejas y familias. También señala que las parejas de las mujeres adictas tienden a abandonarlas o dejar a sus hijos con otros familiares.

Específicamente, en mujeres dependientes a las drogas, algunas investigaciones españolas e hispanoamericanas recientes que abordan este tema plantean la existencia de un *doble estigma*: el de la drogodependencia y el de género, pues las mujeres consumidoras transgreden los roles tradicionales que manda la sociedad y, además, porque se asocia la drogodependencia a la promiscuidad sexual y la ilegalidad (Estévez, 2015; Llorca, et al., 2013; Rekalde & Vilches, 2004; Gómez, 2009).

Por ejemplo, Gómez (2009) sugiere en su estudio que la mujer drogodependiente tiene más dificultades para pedir tratamiento debido al temor a perder a sus hijos, pero también porque temen que su entorno sepa que son adictas, pues les da vergüenza por el qué dirán y, sobre todo, porque sienten culpa por ser madres. La consecuencia del manejo inadecuado de estas emociones, es que las mujeres y, sobre todo, las madres drogodependientes ocultan que tienen un consumo problemático de drogas.

Asimismo, según Gómez (2009), las madres tienen miedo de buscar tratamiento, sobre todo, si deben vivir en una residencia, porque obligatoriamente tendrían que dejar a sus hijos al cuidado de otras personas, pues además del dolor de separarse de ellos, está el estigma de que los demás creen que ellas han descuidado o maltratado a sus hijos. Sin embargo, la autora también encontró que la maternidad es una fuerza motivadora, es decir, el motivo principal para iniciar y mantener el tratamiento, a fin de abandonar el consumo de drogas y poder responsabilizarse de sus hijos, pero, para ello, primero tendrán que aprender a cuidarse a sí mismas. La autora propone que el trabajo terapéutico debería enfocarse especialmente en fortalecer el vínculo entre madre e hijo, de modo que las madres drogodependientes no sientan que los están abandonando y entiendan que si permanecen en tratamiento se sentirán más fuertes para hacerse responsables de ellos.

En resumen, según los estudios revisados, además de ser mujeres y adictas, el hecho de ser madres agrava aún más la estigmatización, ya que son mal vistas con relación a la crianza de sus hijos. La sociedad las juzga moralmente y las penaliza por considerarlas malas madres, irresponsables y que dañan a sus bebés (Llinares & Lloret, 2010; Lloret et al., 2013; Gómez, 2009). Todos estos factores intervienen en el proceso de afrontamiento en las mujeres y madres, aunque es necesario conocer la medida en que pueden influir sobre el inicio y el mantenimiento de la rehabilitación, por ejemplo.

Otro punto importante que sale a la luz en las investigaciones revisadas es que los profesionales que reciben a las madres adictas en hospitales o instituciones de salud, también tienen prejuicios y no son sensibles a las necesidades de este grupo, sobre todo, cuando el consumo es grave, pues no pueden hacerse responsables de sus hijos, viven en la calle o en estado de abandono (Estévez, 2015). De acuerdo con Lloret et al. (2013), este grupo de mujeres se caracteriza por el limitado acceso y la poca adherencia al tratamiento de rehabilitación, por lo que deben considerarse una serie de factores para comprender el fenómeno: los problemas de salud asociados, el desempleo, el mal uso del tiempo libre, la falta de educación y esparcimiento sano, los problemas económicos y judiciales, entre otros.

Los estudios específicos sobre el proceso de afrontamiento en mujeres y madres drogodependientes son escasos. Se puede mencionar el estudio de Pedrero et al. (2007), realizado en Madrid, que incluye a mujeres drogodependientes. Los autores plantean que el estrés está presente durante todo el proceso de dependencia a las drogas y que existen formas de afrontamiento, como por ejemplo, la evitación, que están relacionadas directamente con la adicción. Al comparar una muestra del mismo tamaño de hombres y mujeres adictos, y hombres y mujeres de la población en general, encontraron que tanto hombres como mujeres no usan estrategias activas como la asertividad y prefieren afrontar los problemas de manera pasiva por medio de la evitación. Además, sugieren que los adictos en general afrontan de manera indirecta las situaciones, manipulando a las personas de su entorno y negando su responsabilidad. También encontraron que, tanto los hombres dependientes a la droga como los no adictos son más antisociales y agresivos para afrontar una situación y que las mujeres drogodependientes y no drogodependientes se diferencian en que las primeras no usan estrategias prosociales (incluso las usan menos que los hombres), mientras que las segundas prefieren dichas estrategias. Además, los autores concluyen que a las mujeres drogodependientes les cuesta pedir ayuda y, por tanto, iniciar la rehabilitación.

Por otro lado, se encontró un estudio relacionado con el afrontamiento llevado a cabo en Massachusetts, Estados Unidos, donde los autores estudian la espiritualidad, el sentido de coherencia y las respuestas de afrontamiento en mujeres drogodependientes en tratamiento de rehabilitación. Es el caso del estudio de Arévalo, Prado y Amaro (2008), se halló que el estrés está asociado a la severidad de la adicción y que los síntomas de estrés postraumáticos tienen relación con la severidad de la adicción al alcohol. Los autores concluyen que un adecuado tratamiento del abuso de sustancias que incrementen la espiritualidad, el sentido de coherencia y las respuestas de afrontamiento podría ser beneficioso para gestionar el estrés y el estrés postraumático en las mujeres.

De lo revisado se puede concluir que, posiblemente las estrategias de afrontamiento de las madres drogodependientes sean distintas a las de los hombres, lo que implica una tendencia a manejar estrategias de afrontamiento pasivas, no prosociales e indirectas (Pedrero et al., 2007), lo que repercutirá negativamente sobre la regulación de sus emociones, sobre sus actitudes, sus creencias sobre la maternidad y, en consecuencia, afectará el vínculo con sus hijos.

En ese sentido, los programas de rehabilitación para este grupo deberían orientarse a desarrollar estrategias de afrontamiento saludables, sobre todo prosociales, que permitan asumir su responsabilidad en el tratamiento, que puedan manejar los retos y desafíos que implica pedir ayuda, adherirse a la rehabilitación y, finalmente reinsertarse a la sociedad adecuadamente. Especialmente, debido a que las madres tienen miedo de pedir ayuda y a quedarse internadas en un centro de rehabilitación, el enfoque debería considerar el vínculo con sus hijos, no juzgarlas y entender que la mayoría de ellas está pidiendo ayuda porque se preocupan por ellos, quieren hacerse responsables de ellos y darles un mejor futuro.

En resumen, si bien existen estudios sobre mujeres y madres drogodependientes, no se ha profundizado en las implicaciones que tiene la condición de ser madres sobre el afrontamiento; es decir, de qué manera la maternidad incide en una manera particular de afrontamiento. Por otro lado, puesto que los estudios encontrados sobre afrontamiento en drogodependientes hechos en el Perú emplean la misma metodología, cuestionario COPE (1989) y sus resultados no necesariamente son concordantes, usar otra metodología para el abordaje es oportuno a fin de conocer con más profundidad las preferencias por determinadas estrategias de afrontamiento o, por el contrario, los factores que inciden en que las madres drogodependientes en rehabilitación las descarten.

Por ese motivo, la elección de un enfoque cualitativo para la presente tesis es pertinente, pues permite comprender con mayor profundidad la experiencia de las entrevistadas en cuanto a los aspectos específicos relacionados con el género y la maternidad que, según los estudios revisados, intervienen en la problemática de la adicción y que deben considerarse para entender las particularidades del perfil de este grupo de la población. Además, a través de este abordaje, se pueden explorar las estrategias de afrontamiento que las madres utilizan, las cuales tienen componentes emocionales, comportamentales y procesos de pensamiento que se pueden descubrir a detalle en una entrevista en profundidad semiestructurada, pues a través de la narración libre de la experiencia de las madres es posible realizar un análisis interpretativo de la información y conocer tales componentes. Entonces, a partir ello, no solo se identificaron los tipos de afrontamiento empleados por estas madres o en qué situaciones los usaron, sino, sobre todo, se exploraron las razones por las cuales optaron por ellos y cómo se fueron construyendo.

Desde este punto de vista, se le dio importancia a la vivencia y a la percepción de estas madres con respecto a su afrontamiento del problema. Esto se debe a que solo desde el discurso de las implicadas se puede llegar a conocer el proceso por el cual construyen sus principales estrategias de afrontamiento frente a la drogodependencia.

Como se ha visto, las investigaciones que abordan la problemática particular del afrontamiento en las madres drogodependientes son insuficientes, especialmente en el Perú; por ello, la presente tesis es pertinente y se justifica por su valor teórico, social y práctico.

La elección de madres como objeto de estudio para la presente tesis es oportuna, pues, como se ha visto, el grupo comprendido por las mujeres adictas es vulnerable, en especial las madres, que son más rechazadas por el entorno que los hombres adictos (Sánchez, 2013). Asimismo, es una población que tiende a tener mayor dificultad a afrontar el problema de manera saludable, por temor a perder a sus hijos y por el estigma que pesa sobre ellas. Además, el contexto de una madre drogodependiente es complejo y, por ende, su abordaje debe comprender distintos factores; en el caso de esta investigación se buscó descubrir el lugar que ocupa la maternidad en el afrontamiento, pues los hijos pueden ser un factor decisivo a la hora de iniciar y seguir el tratamiento, o por lo contrario, un factor que las hace desistir de ingresar en rehabilitación, esto relacionado con el sentimiento de culpa (Gómez, 2009).

Por otro lado, el proceso de afrontamiento se puede ver afectado por el hecho de que el personal de salud tiende a tener una mirada diferente hacia las mujeres, no logran

comprenderlas y las juzgan, lo que hace que las madres no pidan ayuda, no confíen en el personal o desistan de permanecer en tratamiento (Estévez, 2015). Por último, la investigación pretende encontrar las bases para sugerir que los programas de rehabilitación se enfoquen en el desarrollo de estrategias de afrontamiento específicas para las madres drogodependientes y para su realidad particular, especialmente, en cuanto al vínculo con sus hijos y a hacerse responsables de ellos.

Se puede concluir que la tesis ayudó a cubrir el vacío de conocimientos existentes sobre el tema y se justifica en la medida en que permitió el surgimiento de nuevas reflexiones teóricas sobre los factores que intervienen en el proceso de afrontamiento de estas mujeres, particularmente en la etapa de rehabilitación.

Por otro lado, la investigación tiene un sustento social, pues a través de su enfoque cualitativo y el uso de entrevistas en profundidad se obtuvo testimonios de las madres en rehabilitación que participarán en el estudio, y se les dio una voz para que puedan expresarse libremente con respecto a su rol materno. Justamente, el tener la posibilidad de expresarse en un espacio seguro sobre cómo afrontan la adicción y el proceso de rehabilitación siendo madres, fue beneficioso para ellas, pues sintieron que sus emociones, preocupaciones y expectativas fueron tomadas en cuenta.

Además, sobre la base de la información obtenida es posible ofrecer recomendaciones prácticas dirigidas a las madres drogodependientes con el fin de afrontar adecuadamente las repercusiones de la adicción, así como recomendaciones dirigidas a los centros de rehabilitación a fin de prevenir que los prejuicios, la estigmatización y la incomprensión de la realidad de estas mujeres se instalen en la atención del personal y en el tratamiento ofrecido, el cual debe ser diferencial para atender a esta población específica.

Tomando en cuenta lo descrito anteriormente, el objetivo de la investigación es conocer el proceso de afrontamiento de la adicción en madres adultas drogodependientes en rehabilitación en un centro terapéutico de rehabilitación en el distrito de Lurín. Para ello se exploró la historia de consumo (forma de inicio y principales motivos), el momento clave que las llevó a reaccionar frente a su problema de drogodependencia, el proceso por el cual se manifiestan las distintas estrategias de afrontamiento y el lugar que ocupa la maternidad en esta problemática.

2 MÉTODO

La presente tesis empleó un enfoque cualitativo fenomenológico (Martínez, 2004), dado que es el método más adecuado para extraer y comprender los aspectos esenciales de la experiencia de las madres dependientes a las drogas que acuden a rehabilitación con relación al afrontamiento.

2.1 Participantes

Los participantes del estudio fueron seis mujeres que viven en Lima y tres expertos en adicción a los que se entrevistó al respecto de su experiencia con madres drogodependientes en rehabilitación. Los criterios centrales de inclusión de las participantes en el estudio fueron las siguientes: que sean madres, que hayan sido dependientes a las drogas y que se encontraran internadas en un centro de rehabilitación terapéutico. Otro criterio de inclusión es que estas madres hayan tenido contacto con sus hijos, es decir, que hayan sido responsables de su crianza o, en todo caso, que tuvieran visitas y pudieran interactuar con ellos de manera regular y formar un vínculo, pues de esta manera se podía profundizar en su experiencia de afrontamiento y maternidad asociado.

El muestreo es intencional, pues como indica Martínez (2004) “en la muestra intencional se elige una serie de criterios que se consideran necesarios o altamente convenientes para tener una unidad de análisis con las mayores ventajas para los fines que persigue la investigación” (p.86).

La selección intencional permitió profundizar en la forma en que las madres dependientes a las drogas afrontan la adicción en el contexto en el que se desenvuelven. En ese sentido, se buscó contar con una muestra intencional de tipo homogénea que “reduce la variación para centrarse en un tópico de gran interés para el investigador” (Martínez, 2004, p. 87).

Por otro lado, se tomó en cuenta el criterio de saturación del tema para definir el número de participantes (Martínez, 2004). Este criterio indica que “hay que dejar de recoger unidades muestrales cuando las nuevas unidades seleccionadas dejan de aportar nueva información relevante con respecto a las anteriores, desde el análisis que se va haciendo en paralelo a los avances en el trabajo de campo” (Mena, 2018, p. 6).

En este caso, el indicador de saturación fue cuando los relatos de las madres entrevistadas empezaron a ser repetitivos con relación a los temas de investigación; por tanto, se pudo deducir que se contaba con la información suficiente y que era pertinente terminar con el proceso. En ese sentido, la recolección de información terminó cuando se tuvo las entrevistas suficientes para la investigación “para emprender una sólida categorización o clasificación que, a su vez, pueda nutrir un buen análisis, interpretación y teorización y, así conducir a resultados valiosos” (Martínez, 2004, p. 99). En este caso, seis (6) fue el número de entrevistas considerado pertinente.

Desde el enfoque cualitativo, el número de participantes no es lo más importante, sino la potencialidad de las unidades en el proceso de la comprensión del objeto de investigación (Mena, 2018); por tanto, se consideró apropiado contar con seis participantes, teniendo además en cuenta que para estudios donde se analizan los contenidos en los discursos respecto a un fenómeno el “mínimo deberían ser tres entrevistas (por si aparecen discrepancias en dos de ellas, de modo que la tercera sea la que oriente sobre los significados dominantes)” (Mena, 2018, p. 10).

En cuanto a los criterios de exclusión se comprende a pacientes que cumplen con los criterios de inclusión, pero que pueden interferir en alguna de las variables de análisis. En esta investigación no se encontraron criterios de exclusión, pues participaron todas las (6) madres internas que presentaba el centro en esa fecha. Asimismo, en cuanto a los criterios de eliminación, que consiste en las características que presentan los sujetos de estudio durante el desarrollo del mismo y que obligan a prescindir de ellos. Igualmente, no existieron criterios de eliminación, ya que no hubo razones para eliminar a alguna participante porque todas completaron las entrevistas previstas sin ninguna dificultad o percance. De igual modo, no hubo restricciones de edad, por tanto había madres jóvenes, como mayores, donde lo esencial que busca la investigación es que sean madres.

Hay que tener en cuenta que hubo dificultades para encontrar a las participantes de objeto de estudio según los criterios de inclusión establecida, ya que en Lima existen muy pocos centros de rehabilitación de mujeres, y en los que existen, el acceso a entrevistar a las internas es bastante restringido.

Finalmente, del grupo de participantes también se destacan los siguientes datos: la edad de inicio de consumo identificada fue a partir de los veinte. Algunas empezaron su consumo antes de ser madres y otras después y lo continuaron hasta su llegada al centro de rehabilitación. Algunas de las madres entrevistadas no consumieron drogas en el embarazo y asistieron a sus controles, mientras que otras sí consumieron drogas durante el embarazo.

Tabla 1

Datos sociodemográficos de las participantes

	Ana	Luz	Tania	Laura	Pilar	Isabel
Edad	25 años	35 años	51 años	46 años	34 años	27 años
Estado civil	Soltera	Soltera	Soltera	Soltera	Soltera	Soltera
Número de hijos	2	2	3	1	1	1
Tiempo de permanencia en el centro	6 meses	5 meses	8 meses	9 meses	5 meses	4 meses
Presenta internamiento anterior	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Drogas consumidas	THC, marihuana.	Marihuana, cocaína, crack y heroína.	Marihuana, terokal y pasta.	Marihuana, cocaína, pasta, extásis y semilla de amapola.	Marihuana, cocaína, crack y amapola.	Marihuana y cocaína.
Historia de consumo familiar	Sí	No	Sí	Sí	No	No

2.2 Contexto

El espacio en el cual se asignó las entrevistas fue en una comunidad terapéutica de rehabilitación en adicción para mujeres en el distrito de Lurín, específicamente en el kilómetro 40 de la Playa Arica. El objetivo de este centro es rehabilitar, restaurar y reinsertar vidas a la sociedad, siendo su enfoque principal aquellas mujeres afectadas por la adicción. Está dirigido por un equipo terapéutico multidisciplinario conformado por psicólogos, médicos, consejeros y terapeutas, que fomentan sobre los distintos comportamientos que causan los efectos de las drogas, alcohol y otras adicciones.

El programa de internamiento está dividido en cuatro fases:

- Acogida: tiene una duración de tres meses que les permite adaptarse a un nuevo estilo de vida e intoxicación.
- Reestructuración: tiene una duración de tres meses, donde se trabaja el fortalecimiento de la autoestima, mecanismos de defensa, toma de conciencia y la reestructuración de creencias.
- Formación: tiene una duración de seis meses, en la cual la persona adquiere responsabilidades, planteándole un proyecto de vida en conjunto con la familia, y pueden tener salidas terapéuticas guiadas.
- Reinserción: tiene una duración de seis meses, el cual tiene más responsabilidades, tiene mayor libertad de acción, puede realizar alguna actividad laboral y autocontrol, y sus salidas son únicamente hacia sus casas hasta el fin de su tratamiento.

2.3 Técnica de recolección de la información

La técnica que se empleó para la recolección de la información fue la entrevista en profundidad semiestructurada. La entrevista en profundidad, por lo general son entrevistas focalizadas en un tema en particular, donde el entrevistador hará lo posible por que la persona revele sus experiencias a partir del tema en cuestión, el fin de este tipo de entrevistas es llegar a darle un relieve a los diversos significados del entrevistado sobre el tema (Merlino, 2011). Asimismo, la entrevista semiestructurada se caracteriza por ser “[...] no estandarizada, flexible, dinámica, más bien libre, básicamente no directiva” (Martínez, 2004, p. 94). No se formularon muchas preguntas, sino que se buscó generar confianza en las participantes y darles oportunidad para que hablen en profundidad y se expliquen, pues de este modo se logró conocer más sobre sus vivencias, su personalidad, su contexto, etc.

Puesto que se trata de una entrevista en profundidad semiestructurada, no hubo un tiempo definido entre tema y tema, no se discutió o se juzgó lo que la persona dijo, ni se interrumpió su discurso; sin embargo, sí se le pidió pedir que aclare algún tema o una expresión que no fue entendida, o que profundice o argumente algún punto, pues se trató de no hacer suposiciones o especulaciones para completar la información necesaria.

Para poder llevar a cabo entrevistas que permitan obtener información de calidad, se construyó una guía de entrevista en profundidad semiestructurada, la cual se tuvo como referencia al momento de la reunión con cada participante. Esta guía permitió asegurar que abarquen todos los temas que se plantearon investigar en la tesis.

Por tanto, en esta guía (apéndice I) están señalados los temas de manera organizada: las preguntas generales, las preguntas sobre consumo de drogas, las preguntas sobre maternidad, las preguntas sobre afrontamiento y las preguntas sobre las estrategias de afrontamiento frente a la adicción.

Las preguntas formuladas en la guía están basadas en la revisión de la literatura sobre los temas de adicción en madres y las estrategias de afrontamiento de esta población. Asimismo, para lograr la validez de la entrevista y garantizar que estuvieran cubiertos todos los temas, se consultó a dos asesores de la universidad, quienes ofrecieron sugerencias para la mejor construcción del instrumento en cuanto a estructura, congruencia y pertinencia de las preguntas. Asimismo, señalaron que el afrontamiento de estas madres se da sobre la base de todo un proceso que atraviesan en la toma de decisión antes y después de ingresar al centro de rehabilitación. Tomando en cuenta estas sugerencias, se realizó una entrevista piloto que permitió obtener retroalimentación sobre el instrumento, así como mejorar la calidad de la entrevista.

Además, se realizó la validez de contenido con cinco jueces, quienes pudieron ratificar las preguntas de las entrevistas hacia las participantes, siendo todos profesores de la facultad de psicología, y algunos con conocimientos sobre adicciones.

2.4 Procedimiento

Para acceder a la muestra se tuvo una entrevista, primero con la psicóloga del centro, luego con el director, quien solicitó una carta de presentación de la universidad para evaluar si era factible que pudiera acceder a sus pacientes, y posteriormente, facilitó, junto con la psicóloga, la comunicación con las madres drogodependientes que se encuentran internadas en el centro para recibir tratamiento de rehabilitación por dependencia a la droga. Para

asegurar la calidad de la recolección de información se acudió al centro previamente para conocer mejor el contexto, el tratamiento ofrecido, las normas de la institución, el personal que ahí trabaja y el tipo de atención que reciben las mujeres.

En primera instancia, se tuvo una entrevista piloto con una madre drogodependiente, incluyendo el consentimiento informado y con las mismas condiciones y características de las mujeres entrevistadas posteriormente. Producto de esa fase, se pudo realizar una nueva formulación de preguntas y agregar nuevos temas que surgieron y se tomaron en consideración para una mejor aproximación al tema de estudio.

Seguidamente, se coordinaron las entrevistas individuales de las seis madres en una fecha y horario conveniente para cada una. A pesar de que no hubo un tiempo fijo de duración de la entrevista, se les informó que el tiempo estimado sería de una hora y se procuró generar un ambiente de confianza y comodidad para ellas.

Las entrevistas se realizaron con el consentimiento firmado por las participantes y se grabaron solo en audio, pues se quiso evitar que las participantes se inhibieran al enfrentar una cámara de video. Asimismo, se llevaron a cabo en un ambiente del centro de rehabilitación que permitió la privacidad, donde solo estuvieron presentes la entrevistadora y la participante. Además, se buscó generar un ambiente de confianza para que la conversación fluyera adecuadamente y se tomaron precauciones para evitar que el proceso de grabación sea interrumpido.

2.5 Aspectos éticos

Para respetar a las participantes y trabajar en un marco ético, la participación de las madres en el estudio fue voluntaria y confidencial. Por tanto, firmaron un consentimiento informado (ver anexo) que les permitió estar al tanto del propósito de la tesis y de las características de la entrevista. Las entrevistas fueron anónimas y, para identificarlas, se usó un nombre falso o una codificación que manejaba la investigadora. Asimismo, la transcripción de los audios fue empleada únicamente para fines de investigación.

2.6 Criterios de calidad de la información

Para analizar la consistencia y credibilidad de la información recolectada se siguieron las dos técnicas explicadas por Martínez (2004): la triangulación y las grabaciones de audio y video, que, en este caso, como se ha mencionado, fueron únicamente de audio.

Con respecto a la triangulación, se realizó una *triangulación de diferentes investigadores*, pues se contó con la colaboración de tres investigadores externos, con experiencia en el tema de dependencia a las drogas y que trabajan en lugares con madres drogodependientes, como directores, psicólogos y psicoterapeutas, a quienes se les consultó para el análisis de la información. Como explican Alzás, Casa, Luengo, Torres y Verissimo (2016), la triangulación de investigadores “consiste en contar con las observaciones de diferentes profesionales, especialistas en el objeto de investigación, bien de diferentes áreas o bien porque controlan la aplicación de diferentes metodologías” (p. 642). A su vez, Arias (2000), sostiene que “se emplean múltiples observadores, opuestos a uno singular..., aunque todos ellos no ocupen roles igualmente prominentes en el proceso observacional actual” (p. 5). En este caso, los tres investigadores no colaboraron en el estudio como observadores directos, sino que escucharon las grabaciones y transcripciones y contribuyeron en la comprensión del análisis de los contenidos. Se optó por la triangulación de investigadores a fin de lograr mayor confiabilidad en el estudio en concordancia con lo que explica Arias (2000):

Si un colega reporta la misma clase de observación que otro, sin consulta previa, se incrementa la confianza. Si más tarde, escuchando el reporte de una observación, un colega aporta lo mismo, incuestionablemente la duplica, eso indica que nuestras técnicas de observación tienen algunos grados de confiabilidad (p. 5).

La técnica utilizada para la triangulación fue una entrevista focalizada; por tanto, en la guía (apéndice II) se presentan las preguntas según los ejes de la investigación, que son: motivo de consumo, estrategias de afrontamiento, momento clave e influencia de la maternidad.

Para asegurar la calidad de la información según el enfoque cualitativo, se han cuidado los criterios de coherencia epistemológica y transferibilidad. Con respecto al primer punto, de acuerdo a Noreña, Alcaraz-Moreno, Rojas, Rebolledo-Malpica (2012), se refiere a la “correspondencia adecuada del problema por investigar y la teoría existente” (p. 265), por lo que desde el inicio de la exploración del problema a investigar y su posterior delimitación se buscó un cuerpo teórico que permitiera comprender el fenómeno. En todo el proceso de investigación se consideró la correspondencia de la teoría analizada con la

metodología a emplear, con lo que se pudo encontrar referentes teóricos que respondieran al problema de investigación, haciéndose visible la relevancia de la perspectiva de género en la teoría analizada.

En cuanto a la transferibilidad o aplicabilidad, esta se caracteriza porque “los resultados derivados de la investigación cualitativa no son generalizables sino transferibles” (p. 265) (Noreña et al., 2012). Al ser una investigación cualitativa, se puso énfasis de que los resultados obtenidos no son generalizables a toda la población de madres drogodependientes como busca una investigación cuantitativa en términos de representatividad de la muestra, sino que responden a las particularidades del contexto ya las condiciones específicas de las participantes; por tanto, se puso énfasis en la descripción del grupo, el cual es bastante heterogéneo en cuanto a sus factores sociodemográficos e historia de consumo. Sin embargo, los resultados son transferibles en cuanto a su relación con otros estudios revisados con mujeres drogodependientes en Hispanoamérica, así como por haber obtenido la saturación de datos en las entrevistas.

2.7 Análisis de información

Para el análisis de la información, el enfoque fenomenológico contempla tres etapas: descriptiva, estructural y de discusión de los resultados (Martínez, 2004).

En la *etapa descriptiva* se describe con detalle la realidad de las madres que participaron en el estudio, especialmente las estrategias de afrontamiento empleadas por ellas. Para hacer este análisis, se transcribió de manera literal cada una de las entrevistas, con la ayuda de un software “Express Scribe” de transcripción libre. Este tipo de transcripción permite tener un registro fiel de las conversaciones tal como sucedieron y de los distintos incidentes que pudieran ocurrir.

Posteriormente, en la *etapa estructural*, se realizó el análisis de las entrevistas a fin de profundizar en el fenómeno de estudio. Para ello, se reflexionó sobre el contenido de las entrevistas, se delimitaron las unidades temáticas que surgieron naturalmente en el proceso y el tema central de cada unidad. Sobre esa base, se integró todos los temas esenciales empleando un lenguaje científico en una estructura descriptiva general (Martínez, 2004). Por último, en la etapa de *discusión de los resultados* se comparó la información obtenida con las distintas conclusiones de investigaciones similares, a fin de enriquecer la comprensión del fenómeno estudiado (Martínez, 2004).

Asimismo, con respecto a las grabaciones de audio, estas se escucharon repetidas veces y se verificaron las transcripciones con la colaboración del investigador externo. Así, se pudo considerar lo que realmente sucedió en las entrevistas, los detalles que no fueron atendidos en su momento y, sobre todo, corroborar que el análisis fuera coherente y respondiera a la realidad del fenómeno y al objetivo de la tesis (Martínez, 2004).

3 RESULTADOS

En el presente capítulo se muestran los resultados del análisis de contenido de las entrevistas realizadas a las participantes del estudio. De la codificación de la información, se pudieron agrupar los resultados en cuatro ejes de análisis con respecto al proceso de afrontamiento a la drogodependencia: historia de consumo, momento clave, estrategias de afrontamiento e influencia de la maternidad. Estos ejes presentan categorías y subcategorías que permiten responder al objetivo de la investigación.

El primer eje, *historia de consumo*, da cuenta de todo el contexto que da inicio al proceso de drogodependencia en las mujeres participantes del estudio. Esto implica la reflexión que ellas hacen sobre las razones que las condujeron al consumo de drogas y a mantenerse en este y las distintas formas en que se produjo el consumo por primera vez. Entonces, el eje está compuesto por dos categorías: los motivos de consumo y la forma de inicio. Los *motivos de consumo* agrupan las reflexiones de las entrevistadas con respecto a las razones por las cuales iniciaron el consumo de drogas, es decir, por qué aceptaron la presión de los demás o por qué tuvieron curiosidad, etc. Asimismo, la categoría *forma de inicio* agrupa los contenidos que dan cuenta de las distintas formas en las que puede iniciarse el consumo; por ejemplo, si las entrevistadas manifiestan haber sido presionadas por el entorno (pareja, grupo de amigos, familiares, comunidad, etc.) o si se trató de curiosidad personal.

Tabla 2 Historia de consumo

El segundo eje corresponde al *momento clave*, que se refiere al punto de quiebre en la experiencia de drogodependencia que permite tomar conciencia y realizar distintos cambios en la vida. Este momento clave se puede dar como resultado de una serie de vivencias y situaciones, positivas o negativas, que permiten hacer uso de la propia capacidad de reflexión sobre los propios recursos en el manejo del problema y tomar acción al respecto.

El tercer eje corresponde a las *estrategias de afrontamiento*, el cual presenta aquellos contenidos que permiten dar cuenta de todas las estrategias empleadas por las madres drogodependientes para afrontar el problema desde el momento que tomaron conciencia de que tenían un consumo problemático hasta el momento de la entrevista, en rehabilitación. Este eje está estructurado a partir de las teorías-revisadas para la presente tesis; por lo tanto, las categorías y subcategorías contempladas corresponden a dichas teorías. Así, el tercer eje presenta las siguientes tres (3) categorías: afrontamiento centrado en la emoción, afrontamiento centrado en el problema, y afrontamiento centrado en la percepción.

- 1) El *afrontamiento centrado en la emoción* agrupa información respecto de las estrategias que permiten adaptarse al problema y manejar sus emociones.

Esta categoría presenta las siguientes subcategorías: 1) negación, 2) aceptación, 3) acudir a la religión, 4) búsqueda de apoyo social con fines emocionales y 5) reinterpretación positiva y crecimiento.

En primer lugar, la negación es la creencia de que no se tiene un problema real.

En segundo lugar, la aceptación consiste en admitir que se tiene un problema, así como asumir sus consecuencias.

En tercer lugar, acudir a la religión se refiere a buscar apoyo y consuelo en la religión o en la espiritualidad.

En cuarto lugar, la búsqueda de apoyo social con fines emocionales consiste en buscar comprensión, apoyo emocional, moral y contención de los demás para afrontar el problema.

Por último, la reinterpretación positiva y crecimiento se refiere a sacar algo positivo de la experiencia o a algún aprendizaje que implique crecimiento.

- 2) El *afrontamiento centrado en el problema* agrupa los contenidos que dan cuenta de la búsqueda de cambio respecto del consumo problemático de drogas. Esta categoría presenta las siguientes subcategorías: 1) postergación, 2) supresión de actividades competentes, 3) búsqueda de apoyo social con fines instrumentales y 4) planificación.

En primer lugar, la postergación, que consiste en esperar para actuar a fin de evaluar el problema y no actuar apresuradamente.

En segundo lugar, la supresión de actividades competentes, que consiste en dejar de lado otras actividades para enfocarse exclusivamente en el problema.

En tercer lugar, la búsqueda de apoyo social con fines instrumentales, que se refiere a la búsqueda de información y asistencia concreta para afrontar el problema de drogodependencia.

Por último, la planificación, que consiste en proyectar una estrategia y seguir un plan de acción para afrontar la drogodependencia.

- 3) El *afrontamiento centrado en la percepción* agrupa los contenidos que dan cuenta del proceso por el cual las participantes le dieron un significado a su problema de drogodependencia, basado en su percepción, en sus valores y creencias. Esta categoría presenta las siguientes subcategorías: 1) enfocar y liberar emociones, 2) desentendimiento conductual y mental.

La primera, enfocar y liberar emociones consiste en buscar un modo de expresar emociones y desahogarse

La segunda, desentendimiento conductual y mental se refiere a desentenderse del problema, sea no haciendo nada o realizando actividades no relacionadas con el problema de drogodependencia (conductual) y no pensar en el problema, desentendiéndose de él a través de la distracción (mental).

Tabla 3

Estrategias de afrontamiento

2. Estrategias de Afrontamiento	2.1 Afrontamiento centrado en la emoción	2.1.1 Negación
		2.1.2 Aceptación
		2.1.3 Religión
		2.1.4 Búsqueda de apoyo social emocional
		2.1.5 Reinterpretación positiva
	3.2 Afrontamiento centrado en el problema	2.2.1 Postergación
		2.2.2 Supresión de actividades competentes
		2.2.3 Búsqueda de apoyo social instrumental

2.2.4 Planificación

3.3 Afrontamiento

centrado en la
percepción

2.3.1 Enfocar y liberar emociones

2.3.2 Desentendimiento conductual y
mental

Finalmente, el cuarto eje, *influencia de la maternidad*, agrupa los contenidos que dan cuenta del peso que ejerce la maternidad en el afrontamiento del problema de drogodependencia. Este eje está compuesto por cuatro (4) categorías: 1) acceso y mantenimiento en rehabilitación, 2) autoimagen materna en el consumo, 3) relación con sus hijos y 4) percepción del entorno.

En primer lugar, el acceso y mantenimiento en rehabilitación se refiere a la influencia de la maternidad en la decisión de ingresar en un centro de rehabilitación y lograr mantenerse en un régimen de internamiento.

En segundo lugar, la autoimagen materna en el consumo consiste en las creencias y emociones asociadas a la maternidad, en especial, el fracaso como madres.

En tercer lugar, la relación con sus hijos se refiere a la capacidad de criar, hacerse responsables de los hijos, formar un vínculo con ellos, siendo madres drogodependientes.

Por último, la percepción del entorno, se refiere a la valoración crítica –comentarios, actitudes, trato– de los familiares, pareja, amigos, etc., de la madre drogodependiente con respecto al vínculo que establece con sus hijos, a la posibilidad de maltrato, a no ser valorada, a ser considerada floja, etc., lo que genera en la participante algún tipo de reacción, como preocupación, culpa, rabia, etc.

Tabla 4

Influencia de la maternidad

---

4. Influencia de la maternidad

4.1 Acceso y mantenimiento en rehabilitación

4.2 Autoimagen materna en el consumo

4.3 Vínculo: Relación con sus hijos

4.4 Percepción del entorno

3.1 Historia de consumo

3.1.1 Motivos de consumo

De manera consistente, todas las participantes aludieron a problemas y discusiones familiares y de pareja como motivos de consumo, así como a la influencia de convivir con

una pareja consumidora y a la intriga de probar para saber qué se sentía y que sentían los demás (pareja y amigos), todo lo cual se relaciona con la forma de inicio en el consumo:

“Problemas, discusiones con mis padres, conmigo realmente...y mi escape fue eso, salir de mi casa y estuve con esa pareja, vivía con él, entonces como que ya, tenía todas las puertas abiertas para ello y empecé una vida de consumo” (Ana, 25 años).

“Primero por un, de mona, de traviesa, de mona... por probar, por saber qué era. Bueno, también estaba con el papá de mis hijos en ese tiempo. Eee, generalmente que sí consumía, porque él me iniciaba a consumir eso, más me inició él a consumir” (Tania, 51 años).

“En el caso de la mujer, un factor de riesgo muy potente, es el tener pareja consumidora. En una de las investigaciones que hice, ellas admitían que sus primeros consumos lo habían tenido de alguna forma por presión de su pareja pero también por otro lado, en un intento de ayudarlos” (Experto 1, 2018).

“En los últimos años ha aumentado el porcentaje de mujeres que consumen, dado por esa desigualdad y que ahora la mujer quiere hacer lo mismo que el hombre, en todas las áreas. Cuando una mujer tiene un compañero que consume, ese es un factor fuertísimo” (Experto 2, 2018).

3.1.2 Forma de inicio

“Eee, bueno, eee, comencé a salir a discotecas y de ahí todo fue...mis patrones de conducta, primero. Comencé a llegar a las cinco de la mañana, seis, a mi casa; después, paraba en un chupódromo, como se le dice, en la calle B., a la espalda de la calle P. y ahí el grupo con el que yo paraba casi todos consumían. Me enteré por mi mejor amigo, le pedí a mi mejor amigo que me invitara porque yo quería probar, él no quiso, así que le pedí al chico con el que salía, no salía, sino que pasaba algo y él me invitó y así me inicié” (Pilar, 34 años).

A través de las entrevistas se pudo observar que el inicio estuvo asociado a la presencia de una pareja consumidora, siendo esta conducta reforzada por el entorno cercano de amigos. Asimismo, reconocen en ellas una curiosidad o rebeldía que las motivó a aceptar probar diferentes tipos de drogas.

“Las mujeres aquí en el centro algunas desde muy jóvenes empezaron su consumo, por la curiosidad, la curiosidad de la adolescencia y estuvieron muchos años de consumo y recién ahora actualmente, cuando ya tienen una adultez madura inician un proceso de rehabilitación. Intervienen muchos factores, estas señoras ya han estado llevando rehabilitamiento (sic) pero recaían porque no tenían la contención emocional, no pueden estar estables, cualquier problema que ellas tienen, no tienen un problema de contingencias y caen en la droga” (Experto 3, 2018).

3.2 Momento clave

Se identificaron diferentes momentos claves, basados en situaciones y experiencias negativas y positivas, que forman parte del proceso de afrontamiento de las madres. En cuanto a las experiencias negativas en donde sintieron que ya no podían manejar la situación de adicción y, por tanto, las llevó a reaccionar, se observó que tuvieron que pasar por situaciones críticas, perder afectos y cosas materiales. Describieron situaciones conflictivas, donde culpaban a los demás, sentían culpa, vacío, tristeza, soledad, etc.

“Navidad, Año nuevo sola, no tuve a nadie a mi lado y le pedí a Dios que me saque de ahí y eso fue lo que conocí y me sacó de ahí (con voz quebrada)” (Tania, 51 años).

“En el caso de las mujeres, también he visto, que por ejemplo le llevan, le dicen acá está el documento del juez de menores, si o si tienes que firmarlo, eso es un punto de quiebre para muchas mujeres, no digo para todas pero para muchas sí, o por ejemplo, previa figura legal por primera vez se ve en un centro de recuperación, inclusive contra su voluntad, previa coordinación legal la han metido, eso puede ser un punto de quiebre. Por ejemplo, he visto puntos de quiebre, por primera vez, chicos, chicas, de verse frente al dedo acusador del fiscal, el fiscal le está acusando y le está pidiendo prisión, por tráfico de drogas, es como haber llegado al fondo. Finalmente el adicto, han pasado por diferentes experiencias negativas que no los

ha hecho reaccionar suficientemente, pero cuando hay este tipo de situaciones críticas, de haber llegado a tocar fondo, si a muchos los hace recapacitar” (Experto 1, 2018).

Sin embargo, también tuvieron momentos claves producto de experiencias positivas, como estar en contacto con otras mujeres que pasan por su misma situación, recibir recompensas y premios durante el internamiento, etc., lo que las ha ayudado a ser conscientes y a hacer cambios para recuperarse, sobre todo, no volver a consumir, mantenerse en tratamiento y recuperar poco a poco todo lo que han perdido (sus hijos, estudios, trabajo). Muchas tuvieron este momento clave después de estar internadas, mientras que en otros casos tuvo que pasar un tiempo para poder darse cuenta y reaccionar positivamente hacia su recuperación.

“Un día en el cual, este, ah cuando me iban a dar mis salidas, me dijeron que me iban a comenzar a dar salidas a mi casa, ya ha pasado el año un mes. Fue una emoción, pues para mí, una emoción, yo dije ¿no, qué? ahora sí comienzo a ser mejor todavía; me van a dar salidas semanales, pero sí, o sea dentro de todo me sentía bien porque igual ya salía, estaba en mi casa un rato” (Ana, 25 años).

“¿Cuándo dije sí puedo?...soy totalmente, totalmente sincera. Yo creí que había dicho sí puedo cuando decidí internarme y abrieron esa puerta y entré, pero luego cuando ya estuve adentro, no había día, no había día que me levantara y decía no puedo, te soy sincera (ríe), hasta que ya han tenido que pasar como tres meses. Tres meses después aquí, que ya yo pude levantarme un día y decir sí se puede, pero eso fue después de ver personas aquí, con la coordinadora... ver testimonios más que nada; luego de ver tantos testimonios y ver, ver en ejemplo que sí se puede, ya eso me dio a mí muchas ganas y saber que sí iba a poder” (Luz, 35 años).

“Eso me consta y eso lo he visto en muchos pacientes, por ejemplo, que van por primera vez a alcohólicos anónimos, ese fue un punto de quiebre por ejemplo, el ver un alcohólico crónico, el ver a otro alcohólico que ya no está tomando hace treinta años, cosa que él antes de ir al centro tenía en su esquema que es imposible dejar de tomar, entonces, contra ese esquema rígido, erróneo, no cabe

duda, y ver que una, dos, tres, cinco, diez personas están en abstinencia años de años es como romper todo ese molde” (Experto 1, 2018).

Al reflexionar sobre los momentos claves en las entrevistadas se pudo identificar el papel que juega la motivación en el proceso de afrontamiento. Las participantes, en la etapa de rehabilitación, encuentran en ellas mismas su mayor motivación para enfrentar la drogodependencia; es decir, el impulso por recuperarse se sostiene en su real voluntad de cambiar, de dejar de consumir y alejarse del mundo de las drogas. Asimismo, su motivación principal son sus hijos, su fe en Dios y sus familias. En rehabilitación, son capaces de recapacitar y comprender que realmente son ellas mismas las que deben tomar la decisión de no seguir consumiendo:

“Dios, las terapias, mis hijos y más que todo mi fuerza de voluntad. Y más que todo mi fuerza de voluntad, lo que yo en realidad quería hacer. Y es lo que en realidad donde yo quería llegar, con quiénes en realidad yo quería estar. Mis hijos, mis hijos, y el sufrimiento de mi madre y de mi padre, porque ya habían pasado bastante” (Ana, 25 años).

Asimismo, encuentran motivación en sus hijos y en sus padres, pues se preocupan por la forma en que las van a percibir y juzgar:

“Mi hijo y mis padres; mis padres están muy ancianos y mi hijo ya me necesita, o sea, la última vez que caí, como él ya era grande, ya no quiso saber nada de mí y eso me dolió bastante, eso me dolió bastante porque...mis viejitos, o sea, ya están viejitos en realidad, ya son creo uno acababa de cumplir 87, 88 años, entonces, 89 perdón y el otro 87, entonces ya están muy ancianitos, ellos se me van a ir de un día a otro, sin que yo me diera cuenta, se van a ir, se van a tener que ir, y, y, y el que me queda es mi hijo y si mi hijo no va a querer nada conmigo, entonces, mis hermanos ya hicieron su familia, o sea, yo me voy a quedar sola, entonces, no solo eso, sino que mi hijo está creciendo y si él se mete en drogas yo con qué carácter o con qué...le voy a decir, ‘oye, déjalas’ me va a decir ‘si tú no las dejas’ tú que haces aquí, en cambio, ahora sí, ahora sí le puedo decir sí se puede, se pueden dejar” (Laura, 46 años).

3.3 Estrategias de afrontamiento

Para comprender cómo se han dado las diferentes estrategias de afrontamiento en las madres drogodependientes se ha tenido que profundizar en las distintas situaciones que han atravesado las participantes desde el inicio de su vida de consumo hasta el periodo actual de rehabilitación.

3.3.1 Afrontamiento centrado en la emoción

A partir de las entrevistas se encontró que las mujeres emplearon distintas estrategias para adaptarse a la situación problemática de consumo y manejar sus emociones que las condujeron a sobrellevar de manera positiva y/o negativa su proceso de adicción. Como toda adaptación, se trata de un proceso gradual en que al principio no se quiere ver la dimensión del problema o se evade cualquier responsabilidad.

3.3.1.1 Negación

De las entrevistas se pudo observar que la negación del problema de adicción a las drogas ocurre en un inicio del proceso. Las participantes creían que el problema no les podía estar ocurriendo, que no era tan grave, que no era real.

Sin embargo, después de un proceso de asimilación, en algunos casos, ya en la etapa de rehabilitación, se dan cuenta de que se trata de un problema de consideración y que necesitan ayuda:

“Sí, al comienzo sí. Yo llegué a ser drogadicta compulsiva porque subestimé a la droga que estaba ingiriendo, porque yo veía a mi pareja y decía... porque él consumía pasta, entonces, para mí la pasta era una droga leve, pues ¿no?...Entonces, ignorante, ignorante, porque esas drogas son las más adictivas...yo fui una totalmente ignorante y es por eso que me volví adicta, por subestimar y por no tener conocimiento de la droga...” (Luz, 35 años).

“Algunas veces sí, anteriormente sí lo pensé, que por qué, yo nunca había cometido...qué pasó conmigo, qué fue conmigo, en qué me convertí si yo no era así, cómo llegue a llegar a ese extremo de consumir, a qué extremo he llegado, nunca pensé en llegar en ese extremo...yo pensaba, que yo tenía control, que yo controlaba mi adicción” (Tania, 51 años).

3.3.1.2 Aceptación

Todas las entrevistadas han aceptado que son drogodependientes, lo que ha sido indispensable para avanzar en el proceso de rehabilitación en el que se encuentran. A través de las entrevistas se pudo observar que la aceptación es un curso por el cual atraviesan dichas mujeres ante el problema de drogodependencia cuando se encuentran en una fase crítica de la adicción:

“Cuando llegué a aceptar...ya en, mmm, en la fase...en la fase totalmente psicótica, compulsiva que tenía allá en adicción. En el primer momento, te soy completamente sincera, yo pensé que yo no podía con esta adicción y yo intenté matarme muchas veces, muchas veces...” (Luz, 35 años).

“...Mmm, yo cuando estuve profundo en el vicio, ya cuando no podía controlarme yo misma, dejar yo misma las drogas...ya no podía dominar, dominarme yo misma” (Tania, 51 años).

Asimismo, se pudo observar que pudieron aceptar la magnitud del problema recién cuando estuvieron internadas en un centro de rehabilitación. Por lo tanto, encontrarse en un espacio de ayuda, sin salida, las hace reflexionar y darse la oportunidad de aceptar su adicción como primer paso para poder sobrellevar la rehabilitación.

“Casi a los tres meses que estaba en el centro, o sea, yo desde que estaba fuera sabía de que yo no estaba bien, sabía que eso que yo estaba haciendo no estaba bien, pero seguía mi vida, yo seguía mi vida. No me dominaba, pero una vez que ya estabas en el centro ya ves diferente todas las cosas” (Ana, 25 años).

“En el momento que, no sé me habrá durado, como que fue un shock que te saquen de tu rutina diaria que es estudiar, trabajar, no sé y te lleven a un lugar, como que es un remesón que o estás en negación o lo aceptas, entonces yo opté por aceptarlo porque ya estaba ahí, entonces no me iba a servir de nada seguir negándome a algo bueno para mí” (Isabel, 27 años).

“El paciente atraviesa una etapa pre contemplativa, donde no acepta que es una persona consumidora y cuando ingresa recién a la comunidad, aún tiene que

pasar un tiempo de tres a seis meses, para que esta persona pueda aceptar, porque la persona puede aceptar pero no acepta la ayuda, lo único que quiere es salir. Es por eso que se necesita un periodo de internamiento como mínimo un año porque recién a tres y seis meses la persona toma consciencia, que necesita redirigir su vida. A partir de los seis meses a más, empezamos a trabajar y si está en la capacidad de seguir, le ponemos el proyecto de vida” (Experto 3, 2018).

3.3.1.3 Acudir a la religión

“Cuando llegué al centro de rehabilitación, o sea, en realidad yo ya sabía, ya había ido a un encuentro cristiano, había escuchado música cristiana, que nunca la había escuchado, entonces, y me llenaba, y me decían eres sensible a la palabra del Señor y lloraba...yo quería conocer al Señor de alguna manera, de una manera especial, y felizmente que lo he logrado conocer...y todo mi pensamiento cambió, hubo perdón en mi corazón...” (Pilar, 34 años).

A raíz de la drogodependencia, las entrevistadas sintieron la necesidad de acudir a una religión o a acercarse a lo espiritual para tener más fuerza para afrontar el problema. Para ellas, acercarse a Dios ha sido fundamental para resistir y mantenerse en rehabilitación.

“Recién ahora, sí, estoy en la búsqueda de señales, mas ya ha estado conmigo, yo lo considero así, entonces, ya lo acepté en mi corazón y creo que eso es lo único que me va a ayudar... En realidad, no es que yo era atea, era agnóstica, creía en un poder superior, pero en realidad, o sea, era más católica por decirlo así que ahora que soy cristiana ¿no?” (Laura, 46 años).

Se puede observar que incluso, algunas han expresado que, a partir de su ingreso a rehabilitación, han tenido más fe en lo religioso y espiritual.

“La religión desde nuestro punto de vista, no hay que descartarlas, mejor aún si esto es como un complemento. Los grupos de autoayuda, programas no

científicos, tienen un enorme efecto. La espiritualidad, el tema del soporte espiritual, la lectura de la biblia, a mucha gente los ha ayudado. Finalmente te deriva a un punto final cada caso es particular, el esquema psicológico juega un rol importante, tus creencias, tu religión, es un tema que no se debe descartar. Antes la ciencia, era muy rígida, actualmente ha cambiado. El paciente debe recibir varios tipos de soporte, más allá de lo familiar” (Experto 1, 2018).

3.3.1.4 Búsqueda de apoyo social con fines emocionales

“Solamente de mi familia, solo era de mi familia; los únicos que a mí me visitaban en el centro eran mi familia, entonces, de quién más tenía que tener apoyo, de nadie, solamente de mis padres. Y era así, yo me sentía mejor, porque me sentía confiada, pues ¿no?, tú no puedes confiar en nadie más que en tu familia, porque tu familia es la única que a ti no te va a hacer daño...” (Ana, 25 años).

“Sí, llegué acá y dije ya estoy acá, ya no estoy allá y voy a poder salir, que ya dejé eso donde vivía, tanto esfuerzo, tanto esfuerzo me costó salir de allí; porque si no fuera que, si no fuera por ellos, o si no fuera por mi familia, estuviera todavía metida en el hueco, consumiendo. Y estaba mal todavía porque ya no podía ni caminar, nada” (Tania, 51 años).

Se pudo observar que la comprensión, el apoyo emocional y la contención que las entrevistadas buscaron para afrontar su problema provino principalmente de su familia más cercana (padres y hermanos). A pesar de que en un inicio se alejaban de su familia, la manipulaban o no querían que intervinieran en su problema, muchas de las mujeres se han dado cuenta de que para sobrellevar la rehabilitación necesitan del sostén emocional de sus seres queridos y sentir que su apoyo es incondicional.

“El apoyo que la familia ocupa acá es muy importante en las madres, porque ya no son niñas, adolescentes, no esperan una mamá, un papá sino esperan a sus hijos, a sus nietos y eso las motiva muchísimo porque ellas quieren salir para

poder ser el ejemplo de sus hijos o de sus nietos para que ellos puedan ver que ellas pueden recuperarse y pueden estar bien con ellos afuera. La vida aquí es difícil y menos con normas y reglas y cumplir un cronograma y ellas con eso se motiva, la familia aporta mucho yendo a las terapias, motivándolas, compartiendo cualquier inquietud” (Experto 3, 2018).

“La participación activa de la familia, es primordial, la familia forma parte de esta cadena adictiva, juega un rol importante. Sin embargo, la familia a veces contribuye en la instalación de comportamientos adictivos, familias patológicas o disfuncionales” (Experto 1, 2018).

3.3.1.5 Reinterpretación positiva y crecimiento

De las entrevistas se observó que las participantes, en esta etapa de rehabilitación, han podido reinterpretar su problema de drogodependencia de manera positiva y lograr un crecimiento. Las interpretaciones que hicieron de su problema son distintas, puesto que cada una tiene sus propias vivencias. Sin embargo, ellas han podido extraer algo positivo de la adicción, desde cambiar su forma de ser, conocerse más a sí mismas, creer en Dios, etc., hasta recuperar el vínculo con sus familias.

“Sí, todos los días aprendo algo...y ahora qué estoy aprendiendo, ahorita en este proceso, que es de un año, estoy aprendiendo herramientas para yo poder manejarme en la sociedad, para yo poder salir y poder manejarme con mi adicción, porque mi adicción la voy a llevar siempre, para yo poder manejarme dentro de la sociedad, pero luego después que yo pase un año, voy a seguir entrenándome, pero voy a seguir entrenándome con herramientas para yo poder llevarlas a mi familia, porque mi familia también va a tener que aprender cómo trabajar conmigo...” (Luz, 35 años).

“Claro, he aprendido a valorar mucho los momentos que no regresan nunca tu vida, o sea los momentos con tu familia, la unión familiar para mi es lo más importante. Sin la familia, como dicen la familia es el núcleo de la sociedad, sin tu familia estas acabado o sea no tienes nada y yo eso es lo que he perdido y ahora, este, bueno, en ese momento lo recuperé pero por conductas más también y problemas lo perdí en un momento y ahora ya estoy un poco más, ya

recuperé a mi mamá a mi hermana que es mi familia cercana, porque es chica mi familia” (Isabel, 27 años).

Incluso, una de las entrevistadas reinterpreta el problema como una oportunidad para aprender a ganarse la vida y subsistir. En otras palabras, esta forma de afrontamiento ha permitido que le dé valor a su capacidad de trabajo en circunstancias difíciles del pasado y, por tanto, reconocer y aceptar que tiene los recursos suficientes para salir adelante y darle prioridad a la recuperación de sus vínculos y afectos.

“Muchas cosas positivas, muchas, por qué, porque he aprendido de todo, inclusive a trabajar hasta de...cómo se llama, de parking, ¿no? parqueando autos ¿no?, por qué, porque necesitaba comer, aparte de drogarme, necesitaba la plata para yo drogarme y he aprendido a que realmente, puedes tener todo en esta vida, no necesariamente tener que abrir las piernas para poder tener plata, sino también trabajar; eso es lo que he aprendido...pero en realidad sí he llegado a parquear autos, a lavar un auto, y yo, o sea, en mi casa no hay ni un problema económico como para que yo lo hiciera, pero en realidad yo llegué a estar hasta en la calle...(Ahora) estoy recuperando el amor de mi familia, he recuperado, estoy ingresando a mi casa nuevamente con mis salidas a mi casa, tengo ahora el amor de mi hijo nuevamente, que me está apoyando, cree en mí, mi familia ha vuelto a creer en mí después de muchas veces que he fracasado, y esas son cosas muy importantes, porque con eso ya yo puedo hacer todo, me queda superbién (se ríe), porque en realidad eso es la base de todo ser humano, la familia, tener amor” (Laura, 46 años).

3.3.2 Afrontamiento centrado en el problema

A través de las entrevistas se pudo observar que las participantes pudieron afrontar el problema de drogodependencia gradualmente, teniendo un proyecto en mente y una serie de pasos a seguir que les permitieron adaptarse y sobrellevar las dificultades asociadas a dejar de consumir, a alejarse de su entorno e ingresar a rehabilitación.

3.3.2.1 Postergación

Las entrevistadas reconocieron que antes de estar internadas no pudieron afrontar el problema porque no tenían la decisión y la voluntad para hacerlo. En este caso, la postergación no está relacionada con la necesidad de evaluar el problema con calma a fin de evitar tomar decisiones apresuradas, sino que, en un inicio esta postergación estaba relacionada con el hecho de que realmente no querían recuperarse y no podían hacerlo por ellas mismas, por lo que optaron por seguir consumiendo, a pesar de recibir ayuda de sus familiares:

“El tema fue que yo no quería...el tema fue que yo no quería, yo no quería actuar antes, yo no quería cambiar, yo no quería cambiar mi vida de un día a otro, yo no quería nada. Yo quería seguir mi vida, quería vivirla, vivirla, a como yo la estaba viviendo libremente, porque yo vivía libre...si yo quería trabajaba, si no quería no trabajaba, o sea era así” (Ana, 25 años).

En este caso, la postergación parte de ellas mismas, lo que hace que el consumo las gobierne en su totalidad. Si bien reconocían que estaban envueltas en una problemática de adicción, no lograban actuar para su mejoría:

“Sí...hace mucho tiempo, sí podía haber actuado, he tenido que perder muchas cosas, como te repito para poder cambiar, o sea, en realidad, las sustancias, las drogas, es algo ingobernable, o sea, cuando tú te metes en ellas no puedes salir, aunque tú digas sí, sí puedo, no, es mentira, porque estás encasillada, y vives para consumir y consumes para vivirla o sea para poder vivir porque en realidad la necesitas, la necesitas y ya no, si ya estás, que hasta para ser creativo, le pones mil excusas, que nadie se da cuenta, no, que si la puedo usar y nadie se va a dar cuenta, no que si yo hago mis cosas, trabajo, estudio, no afecto a nadie, que si lo hago con mi plata, un montón de excusas vienen a tu mente, que en realidad son falsas, son creencias falsas por qué, porque en realidad una persona que no, que no consume sustancias te da 100% de rendimiento más que alguien que consume sustancias no” (Laura, 46 años).

“Es necesario que una persona pase de un estadio a otro, el primer estadio es de pre – contemplación, la persona no tiene consciencia de absolutamente nada,

no tiene consciencia de enfermedad y no desea tratamiento. Esta entre comillas, en plena luna de miel con la droga. La droga cubre todo. Hay un factor importante, tiene que sufrir las consecuencias negativas de esa conducta, sino las sufre, seguirá en conflicto. No avanzan. Si llega a sufrir pasa a la contemplativa, ya puede ver el problema, analizarlo y tomar consciencia de enfermedad. Debe perder algo o dejar algo” (Experto 2, 2018).

3.3.2.2 Supresión de actividades competentes

Ya internadas, las entrevistadas dejaron de lado otras actividades para enfocarse en el afrontamiento del problema. Esto da cuenta de que el tratamiento de rehabilitación implica también el refuerzo de la supresión de actividades, pues no solo implica separar a la persona del acceso concreto a las drogas, sino que las personas drogodependientes deben desconectarse del pasado, de las personas del entorno y de las actividades que realizaban en la época de consumo, con el fin de adquirir conciencia de enfermedad plena:

“...Yo la verdad, sí claro no, no quise a volver a tener contacto con nadie de mi pasado porque sí pienso que definitivamente es una gran influencia los amigos, pero aparte, lo que pasa de que yo cuando necesito ya dejar de consumir, yo ya andaba sola ¿no? o sea, consumía con el papá de mi hijo, después me separé de él, lo seguía viendo pero solo para que me, me, me facilitara la droga” (Pilar, 34 años).

“Ese es un tema polémico, la idea es aislar al paciente, aislarlo de su medio, yo lo veo adecuado, tanto el hombre como la mujer, en ese punto desarrolla en el comportamiento adictivo en un escenario en particular, por ejemplo, la casa, el barrio, el distrito de confluencia. Ahí hay una gama de estímulos que se engancha con el consumo, entonces, es muy complicado, difícil hacer un tratamiento a un paciente ambulatoriamente, sobre todo pacientes crónicos, siguiendo viviendo en su entorno, porque sigue sometido a la presión de esos estímulos. Este paciente luego va a volver a este escenario pero con otras formas de afrontar los estímulos diversos, tiene más probabilidades que esta persona pueda imponer a través de sus estrategias de rechazo. No funciona en todos. Un

paciente que no esta tan deteriorado puede convivir en su mismo medio con supervisión” (Experto 1, 2018).

De manera general, todas aludieron a que su pareja era la principal influencia para seguir consumiendo, lo que las hace reflexionar para abandonarlos como primera señal de mejoría:

“Entonces el único que yo tenía que dejar de ver era al papá de mi hijo que es, que es la, la, la conexión a la droga ¿no? y entonces, es, lo dejé de ver el tiempo que estuve en (la institución) R” (Pilar, 34 años).

3.3.2.3 Búsqueda de apoyo instrumental

De las entrevistas se pudo observar que, en un inicio, las participantes no afrontaron el problema de drogodependencia buscando información y asistencia concreta; por ejemplo, no buscaron información especializada por Internet o consultaron a un terapeuta, ni acudieron a un centro de rehabilitación o hablaron con alguien que estuviera atravesando un problema similar, entre otras opciones. Sin embargo, dos de las entrevistadas sí buscaron ayuda concreta relacionada con su problema:

“Busqué mucho por Internet. Busqué mucho por Internet y llegué a este, llegué a ir a lo que era, me gustó mucho que vi por Internet una casa que se llamaba R. Entonces yo fui a tocar la puerta sola, papapá, en la avenida SP, no, en GC: ‘Soy una persona adicta, necesito ayuda, quiero internarme, por favor, no puedo más ¿pueden ayudarme?, los he visto por Internet’. Uy, no, salieron un montón de personas, cerraron la puerta, no me ayudaron y me dijeron que fuera, era ponte un día miércoles y me dijeron que fuera el día lunes, pero al CL y con una persona o con un familiar que me llevara, y que tenía que pasar por un filtro. Entonces, o sea, no era verdad, fue mi primer ¡pa! ese día también pasó algo raro conmigo ¿no?, porque salí de ahí que tenía todas las ganas del mundo de internarme, me fui abajo y me fui de nuevo a drogar” (Luz, 35 años).

En el anterior testimonio se puede ver que, si bien la entrevistada busca ayuda instrumental para encontrar un espacio terapéutico, es rechazada y no cumple con sus expectativas, por lo que pone impedimentos y pretextos para seguir consumiendo. Por tanto, esta búsqueda no la ayudó a salir del problema, pues son más los factores involucrados para ingresar a un centro de rehabilitación y mantenerse en tratamiento.

3.3.2.4 Planificación

“Me interné. He estado...lo que pasa es que me internaron tres veces, pero nunca quise cambiar, la cuarta vez que fui a Remar, yo llamé a mi papá y le dije que ya era hora, yo ya tenía mi hijo, ya había dado a luz, mi hijo tenía 1 año 7 meses...y de paso que ahí me di cuenta que yo estaba viviendo para consumir, para drogarme y terminé sucia y...mal, mal, estaba mal...Sí, yo llamé a mi papá. Para esto, yo le hice a una promesa a mi hijo, y...yo le dije ‘mi amor, nuestra vida va a cambiar’ y al día siguiente me interné y estuve...dos años ahí, eee, solo tuve a los cinco, los primeros cinco días tuve una recaída y desde ahí no volví a consumir hasta hace poco” (Pilar, 34 años).

“Muchas de ellas todavía no le toman la importancia a su caso, no se dan cuenta realmente que están enferman y necesitan ayuda. Su vida es totalmente desordenada, por lo mismo que están en una etapa pre contemplativo. El primer paso es la familia de traerlas porque acá todas vienen por captura no vienen porque ellas quieren venir voluntariamente sino porque la familia cree necesario que pasen un proceso acá, un tiempo. Algunas familias tienen la idea errónea de pensar internarlas seis meses para que ella piense mejor las cosas, y no es así porque recién a los tres, cuatro meses, están empezando a darse cuenta que han tenido un error y quedarse como mínimo un año” (Experto 3, 2018).

De las entrevistas se pudo observar que la planificación para afrontar la adicción no está presente desde un inicio del proceso. Las participantes hicieron cambios estando en rehabilitación, pero no necesariamente planearon una estrategia o siguieron un plan de acción concreto, probablemente porque este proceso requiere de una conciencia de enfermedad sólida que no generaron hasta ingresar en tratamiento. Por tanto, la planificación fue una tarea que estuvo, en parte, a cargo del entorno directo (pareja, padres, familia).

3.3.3 Afrontamiento centrado en la percepción

Las mujeres entrevistadas han intentado afrontar las situaciones y repercusiones del problema, dándole gradualmente su propio significado a nivel emocional, conductual y mental, aunque en un inicio sintieron la necesidad de desentenderse en algún punto del problema, manipulaban a las personas y las situaciones para seguir en consumo y no podían manejar sus emociones, pues les costaba reconocerlas y expresarlas.

3.3.3.1 Enfocar y liberar emociones

A través de las entrevistas se observó que las participantes no manifestaban sus emociones con los demás, las expresaban cuando estaban a solas, consigo mismas, teniendo además distintos conflictos. Por ejemplo, en el siguiente testimonio se observa la soledad y el conflicto que representaba vivir con una pareja drogodependiente, que afectaba su posibilidad de desahogarse y liberar emociones:

“Cuando estaba sola, me ponía mal, la droga misma me hacía ponerme mal, me sentía sola, abandonada, sin nadie a mi lado. Tenía una pareja que consumía, pero él solamente me opacaba, me humillaba, me maltrataba, psicológicamente me maltrataba. Y o sea, llegué a pensar que solamente fuera, era a mí, que todo lo malo me pasa en ese sitio” (Tania, 51 años).

Además, se algunas de ellas presentaban síntomas depresivos y podían llegar a tener pensamientos paranoicos y comportamientos agresivos:

“Yo no expresaba emociones, yo me deprimía sola, yo dormía y lloraba sola, yo no expresaba emociones. A pesar que tenía mi pareja al costado jamás le demostraba el que yo estaba mal, por eso es que todo el mundo a mí me veía bien, por eso es que todo el mundo nunca pensaba. Pero en realidad, cuando yo estaba sola en el cuarto o algo, pucha, ya, me...lloraba, lloraba...” (Ana, 25 años).

“Era violenta y yo soy una persona muy emocional, o sea yo lloro, o sea no manejo mis emociones realmente y por eso también estoy aquí porque yo no

manejo mis emociones es muy difícil hasta el momento todavía poder controlar algunas cosas” (Isabel, 27 años).

3.3.3.2 Desentendimiento conductual y mental

Se observó que, en algunos casos, las participantes se desentendieron conductualmente del problema; es decir, optaron por no tomar acción frente al problema o hacer cosas que no tuvieran que ver con las drogas o, simplemente, no hacer nada para dejar ese mundo. Incluso, desentenderse del problema era justamente lo que querían, pues lo que querían era divertirse y sentir placer.

“Sí, totalmente, porque llegas a un momento de la adicción, en que lo ves que es lo mejor que has podido hacer ¿no?, porque eso sí, no se quita, el drogarse adquieres sensaciones muy buenas y placenteras ¿no?; no hay drogadicto que no diga que se droga y que no ha tenido buen sexo, no hay drogadicto que se drogue y que diga que no ha pasado una buena fiesta, no hay drogadicto que se drogue y diga que no la ha pasado bien con alguien drogándose ¿no?, no hay drogadicto que se drogue y que diga que no ha sentido sensaciones muy ricas estando solo también drogándose o disfrutando de su droga, pero llega una etapa en que eso ya no, ya no vuelve a ser así, la droga ya no se vuelve sensación, sino ya se vuelve terror” (Luz, 35 años).

Sin embargo, también se observó que las entrevistadas no adoptaron un desentendimiento mental, es decir, aunque no actuaban para dejar las drogas, sí pensaban en el problema, pues tenían la idea, desde un inicio, de que tarde o temprano debían terminar con la adicción, que no iban a pasarse la vida drogándose.

“No, yo sabía que yo tenía que dejarla en algún momento, o sea, yo nunca me he puesto la meta de que toda mi vida voy a consumir, toda mi vida voy a hacer esto, no, sino que ya consumo y todo, pero después de unos días ya fue ya, yo sabía de que de acá a unos años, yo lo iba a dejar sí o sí, yo no iba a seguir mi mundo así” (Ana, 25 años).

En este proceso también se pudo observar el uso de la manipulación que, de algún modo, les permite lidiar con diversas situaciones vinculadas al consumo de drogas. Así, las participantes manipulaban para que las dejaran salir, para que no las ingresaran en rehabilitación, para hacer creer a la familia que estaban bien, para lograr beneficios durante su internamiento, etc.

“A toditas, a toditas las he manipulado, a mi papá, a mi hermana, a mi hijo, a todititas las manipulé para poder salir y drogarme...cuando estaba internada les decía que iba a cambiar, que esta iba a ser la última vez y que no se preocuparan porque yo ya había tomado conciencia, pero dentro de mí yo decía ‘no, yo voy a volver a drogarme’ a mi hijo también lo manipulaba siempre para que durmiera antes de la hora para poder yo salir en la noche, y así constantemente a muchas personas” (Laura, 46 años).

Por ejemplo, el anterior testimonio muestra que la manipulación resultaba una de las formas más rápidas de seguir en el consumo, a través de la mentira y la elección de las personas más cercanas de su entorno, sobre todo, a las que sabía que podía manipular.

Asimismo, se encontró que las participantes del estudio consideran que, debido a la drogodependencia, siempre serán personas manipuladoras o tratarán de echarle la culpa a los demás, es decir, es casi como un aspecto de su personalidad, pero entienden que deben aprender a cumplir las normas y hacerse responsables de su recuperación:

“Nooo, todo adicto manipula, todo adicto manipula hasta el día, hasta ahorita, hasta ahora en recuperación, siempre manipulamos, nos queda eso, eso es una, ese es un comportamiento que adquirimos con la adicción que es bien difícil de que se nos saque, la manipulación. El adicto siempre va a ser muy manipulador, y eso es algo con lo que trabajamos día a día terapéuticamente y eso creo que voy a trabajar durante toda mi vida, la manipulación, porque siempre le vamos a echar la culpa a alguien de las cosas que nos pase, ya no sea, ya no sea en adicción, ya así, ya hayamos salido de la droga, siempre nuestro día a día,

siempre va a ser un pero, un por qué, de qué nos pasa, siempre vamos a ser manipuladores” (Luz, 35 años).

“Sí, al principio, anteriormente sí manipulé, manipularle a mi mamá, que quería cambiar, pero que me dejara tranquila, que quería salir, cambiar sola, que yo podía cambiar, que yo iba a salir adelante sola, que ya, que no me internen, que por las puras me va a internar, pero después pasaba una semana y ya me le escapaba; de esa forma manipulé a mi mamá; mi mamá de muchas formas me quiso ayudar, pero no dejé que me ayudara...que me ayuden, pero no” (Tania, 51 años).

“La manipulación se ve presta a cualquier tipo de drogodependiente, ellas se prestan mucho a por ejemplo, mi hijo tiene que ir a estudiar, quien le va a preparar su lonchera, su desayuno, quien le va a alistar sus cosas. La paciente se muestra cuando esta reciente, muestra tantas excusas absurdas, decir que ella lo llevaba al colegio, ella asumía los cargos de los niños, de los nietos ahora quien los va a cuidar, se hace la víctima. Cuando nosotros contrastamos esa información con la familia, nos dicen que no si ella nunca se ha hecho cargo, que nunca le ha importado, si siempre los ha dejado solos a sus hijos o siempre sus hijos los ha llevado su papa y que ella nunca ha intervenido. Entonces vemos una manipulación al máximo que ponen hasta a sus hijos. También con el trabajo, decían si no trabajo, quien le va a dar de comer a mis hijos” (Experto 3, 2018).

3.3.4 Influencia de la maternidad

En cuanto a los resultados que muestran la influencia de la maternidad en el afrontamiento de la drogodependencia, se pudo observar que esta interviene en la decisión de acceder a la rehabilitación, que la drogodependencia afecta la relación que las entrevistadas establecen con sus hijos y genera diferentes creencias y emociones con respecto a su rol de madres. Además, se observó que la drogodependencia relacionada con la maternidad genera que el entorno tenga una mirada crítica al respecto.

3.3.4.1 Acceso y mantenimiento en rehabilitación

A través de las entrevistas se pudo observar que el hecho de ser madres fue un factor que influyó en su decisión de ingresar a rehabilitación. Las participantes sentían que los abandonaban y tenían temor de perderlos, sea porque se los llevaran lejos de ellas, porque no se los permitieran ver en el centro o porque ellos mismos no las quisieran ver.

Incluso, algunas piensan que, por el hecho de ser consumidoras y no haber estado con ellos, ya los han perdido y se preocupan por lo que sus hijos piensan de ellas:

“...Antes de ir, lo que pasa que yo decía ya, yo me quiero internar, pero no me iban a aceptar por L. y, cómo lo voy a dejar a L. L. somos muy dependientes, él...yo creo más ya ahora yo de él que él de mí, porque él ahora está, pero cómo dejo un bebé que desde que ha nacido, yo he dormido con él, él ha dormido conmigo en la misma cama y lo he tenido en mi pecho y lo he engreído tanto y solo él y yo, los dos, entonces, desprenderme para mí era sumamente difícil, yo decía ‘no, ni hablar, no lo voy a dejar’...” (Pilar, 34 años).

“Cla, más que eso fue, mi mamá no me lo iba a quitar imposible ¿no? No podría igual tampoco legalmente, yo sentí más que todo fue que lo estaba abandonando y la fecha que justo se me internó fue luego de un cumpleaños mío que fue en agosto y el del él, el cumpleaños de él es a las dos semanas, entonces fue como para mí muy fuerte, cumplía tres años, entonces para mí fue muy doloroso” (Isabel, 27 años).

Asimismo, se pudo observar que les preocupa la imagen que tendrán sus hijos más adelante, que las rechacen, que sigan su ejemplo; en consecuencia, se mantienen en rehabilitación.

“La maternidad influye demasiado en ellas porque ellas acá ponen de prioridad a sus hijos, cuando ya toman consciencia. Ellas se mentalizan, se ponen de meta que tienen que ser el ejemplo de sus hijos, tienen que ser su soporte y para ello tienen que estar bien. Ellas se ponen en el caso que son las únicas que pueden sacar adelante a su familia, derrepente tienen padres muy ancianos y no pueden asumir responsabilidad con sus hijos y ellas tienen que poner el esfuerzo de

rehabilitarse porque saben que ellas van a tomar esa responsabilidad. Ahorita tengo una madre gestando, ella sabe que tiene que darle principio y valores a su hijo, si no se lo da a tiempo quien se lo va a dar, en qué clase de hogar va a nacer entonces ella tiene que estar preparada, tiene que estar fuera de drogas y limpia, para poder criarlo de manera correcta” (Experto 3, 2018).

Todas las participantes tuvieron temor de perder a sus hijos por distintas razones. En el siguiente caso, el temor se debió a la posibilidad de perder la custodia:

“Claro, claro que sí (tuve temor), porque si el modo de reacción del padre de mis hijos hubiese sido otro, él hubiese tenido todas las herramientas a la mano para poder quitármelos judicialmente y pedir su custodia, y quitármelos definitivamente, porque una madre drogadicta no es bueno, no es bueno para ningún, para ningún niño” (Luz, 35 años).

En el siguiente testimonio se relata que la pérdida ya se ha dado:

“No. Sí, hace poco lo perdí, o sea, moralmente, no me dejaban verlo y es más una vez me lo encontré en la calle y le dije ‘¿puedo hablar contigo cinco minutos?’ Me dijo no. Yo lo respeto, por supuesto, no, respeto su decisión, porque el que sea su madre no quiere decir que voy a decir ‘oye, ven acá’, ¿no? si él no quería hablar conmigo, si no estaba dispuesto a hablar conmigo, no podía presionar” (Laura, 46 años).

3.3.4.2 Autoimagen materna en el consumo

A través de las entrevistas se observó que la autoimagen de las participantes se basa en la percepción de que no han sido buenas madres para sus hijos, pues sienten que los han abandonado cuando más los han necesitado. Además, piensan que la adicción ha provocado que no se pudieran hacer cargo de su rol como madres, por ejemplo, cumplir con las actividades y tareas de la vida cotidiana de sus hijos. No obstante, actualmente desean recuperarse y hacerse responsables de ellos para hacerlo mejor que antes.

“Me considero que he fracasado como madre en el sentido de que lo he abandonado por estar en centros de rehabilitación y es más lo abandonaba, lo

abandonaba mientras estaba en la droga, como te digo, a veces le decía, lo dejaba dormido, pero cuando yo me, él se despertaba yo quería dormir. O sea que eso también es otro tipo de abandonar, porque no es solamente el, o sea, el despegue físico de la persona se llama abandono, sino también moral y psicológico ¿no? yo no lo he apoyado a mi hijo cuando él ha tenido su primera enamorada, por ejemplo, yo no he estado ahí” (Laura, 46 años).

Por otro lado, Pilar es una madre que reconoce que, a pesar de estar en la adicción, se considera que nunca dejó de atender a su hijo y su responsabilidad con él, a diferencia de otras madres en su misma condición:

“Una buena madre...creo que sí, porque soy engreidora, soy cariñosa. Nunca lo dejé de atender. Yo me acuerdo que yo hasta cambiaba cortinas teniéndolo a él en mis brazos, o sea, me refiero a que lo he dejado solo en qué sentido, por ejemplo, él se quedaba dormido y me iba corriendo a comprar y regresaba corriendo o sea que eran 7 minutos ¿no?, pero lo dejaba bien asegurado, lo dejé de costado o bocabajo para que no se atore, siempre previniendo, pero...o sea de que lo haya dejado solo una hora, tres horas, no” (Pilar, 34 años).

3.3.4.3 Vínculo: relación con los hijos

Se pudo observar que las madres han sentido en algún momento que no han podido hacerse responsables de sus hijos y de su crianza. Según su perspectiva, la relación que han tenido con ellos no ha sido estrecha, porque la vida de consumo las llevó a no cuidar de ellos ni atenderlos.

“Muchas veces... Muchas veces sentía que yo no podía con ellos, que mi vida no podía con la de ellos, a pesar que muchas veces pude ¿ah?, pero había momentos que decía ‘no puedo, no puedo, no puedo, no puedo’ y mi mamá me decía ‘pero si lo estás haciendo bien’ y yo ‘no puedo, mamá, no puedo, no puedo’ Y cuando ya entré en mi vida de consumo ya yo decía que ya no...” (Ana, 25 años).

“Fui más mujer que madre, más en el vicio, más de mujer que cuidar a mis hijos, por eso, que mis hijos se lo entregué a mi suegra, mi hijita, se lo entregué, se lo llevé, y a mi hijo se lo llevó mi hermana, mi hermana, mi mamá, se lo llevó a mi hijo” (Tania, 51 años).

3.3.4.4 Percepción del entorno

Se pudo observar que algunas participantes se sintieron juzgadas por su entorno por ser madres drogodependientes, especialmente por no hacerse responsables de sus hijos. Se preocupaban (les dolía, les daba rabia o culpa) por lo que los demás pensaban y decían de ellas como madres; por ejemplo, que eran incapaces de criar a sus hijos por ser adictas, que no los querían lo suficiente, que los abandonaban o, incluso, que pudieran llegar a maltratarlos. Si bien, en casi todos los casos, su familia no dejó de valorarlas, les remarcaban que debían preocuparse por sus hijos, responsabilizarse por ellos y cumplir sus labores de madres. En efecto, casi todas las participantes piensan que sí han sido irresponsables y "malas madres".

“Sí, hasta ahora me preocupa, y sé que sí mi entorno habla respecto a eso, ellos tienen el concepto de que una mujer adicta no puede criar hijos y que siempre creen que va a haber un patrón...la madre adicta, los hijos también van a ser adictos, entonces, si yo me he internado es para romper con ese patrón... nunca les he pegado, pero perdía mucho la paciencia con ellos, perdí bastante responsabilidad con ellos, ...preferí que ellos se fueran de viaje, que estuvieran con su papá porque me sentí muy cargada. La sociedad que vivimos una mujer adicta es feo, y una mujer adicta y madre es doblemente feo. .. (Decían) que no debía estar con mis hijos, que...que debía realmente, si realmente quería a mis hijos, realmente tenía que rehabilitarme para estar con ellos; otros sí llegaron a, otros pensaban de que yo era una irresponsable por haber dejado ir a mis hijos para drogarme, tenían esa idea, pero a la vez otros que realmente conocían realmente mi problema, me decían ‘está bien que tus hijos estén lejos de ti hasta que superes el problema...cuando superes el problema, realmente dedícate a ellos al 100%...pero otros, este, sí, sí te..., te tachan ¿no? O se formulan un concepto rápido de ti ‘ah, adicta, ah irresponsable, bota a sus hijos’ o equis o equis cosa ¿no?” (Luz, 35 años).

Bueno cuando en algún momento se enteraron porque estaba internada como que si sentí, luego como yo ya no era como la misma ¿no? Como que asu, cómo se le ve al adicto “qué asco” porque al adicto se le dice se le compara con un “leproso”, entonces como que ah, pero bueno siempre las como que las indirectas pues ¿no?” (Isabel, 27 años).

4 DISCUSIÓN

Los testimonios permiten deducir que el proceso de afrontamiento de las madres drogodependientes en rehabilitación pasa por diversas etapas en las que intervienen un conjunto de factores personales, familiares, psicológicos, sociales, etc. Estos factores, en especial la maternidad, moldean las estrategias –tanto de tipo racional y emocional como de la percepción que tienen del problema– que usan para afrontar la drogodependencia, sus desafíos y consecuencias en todo nivel y el tratamiento de rehabilitación. En la presente sección se discuten los resultados en función de los cuatro ejes temáticos de la investigación: historia de consumo, momento clave, estrategias de afrontamiento e influencia de la maternidad.

En cuanto al primer eje, se ha encontrado que uno de los principales motivos por los que se inician en el consumo es la influencia de las parejas, quienes ya eran consumidores. Como señala Rojas (2016), existen una serie de factores personales, familiares y sociales que, por definición, no están presentes en el perfil de los hombres. Según su estudio, uno de ellos es estar en pareja con un hombre consumidor. Esto también coincide con el trabajo de Morejón (2017), quien identifica una sólida incidencia de la pareja en el inicio de consumo en las mujeres en comparación con los hombres que se inician con las amistades principalmente. Asimismo, se observan los factores afectivos que intervienen de manera destacada en el motivo y la forma de inicio a las drogas, principalmente en las mujeres. Esta influencia da cuenta de una vulnerabilidad afectiva que las lleva a drogarse con sus parejas para sentirse aceptadas o valoradas por ellos, construyendo así una relación de dependencia emocional. En ese sentido, de acuerdo con De Miguel (2016), la comunidad científica e incluso los organismos internacionales no han abordado de forma crítica el fenómeno de dependencia emocional de las mujeres hacia los hombres y su influencia en el inicio del consumo.

De igual manera, esta conducta puede ser interpretada como una renuncia a sus ideales y valores, como una obligación que deben cumplir y que las lleva a probar las mismas sustancias que prueba su acompañante, así como la necesidad de ser aceptadas por ellos. De acuerdo con el estudio de Morejón (2017), entre las motivaciones del consumo en las mujeres también está hacer lo mismo que los hombres, puesto que el consumo es una conducta asociada a lo masculino. Además, se ha podido ver que el entorno de estas mujeres refuerza la adicción, amigos consumidores que las incitan a probar, así como problemas familiares de los que quieren escapar. Un estudio del Consejo Nacional de Control de Estupefacientes (CONACE) (2004) de Chile coincide con la presente investigación al señalar que las características socioculturales de su ambiente, tanto del medio, como el grupo de pares (valores y actitudes hacia el consumo) y la familia (calidad de las relaciones, expresión de afectividad, modelos familiares, estilo de comunicación, normas y límites) influyen dentro de las posibilidades de que las mujeres acepten y continúen en la adicción. Esto se une a factores personales de estas madres, como la rebeldía y la curiosidad, que han motivado su consumo.

Por otro lado, Ortiz y Clavero (2014) señalan que la desigualdad de género se reflejan en los principales factores que impulsan el consumo de drogas en las mujeres, como son la violencia doméstica, la separación de la pareja, la carga familiar, el exceso de responsabilidades, etc. En cambio, en el caso de los hombres, los factores principales que motivan el consumo de drogas tienen que ver con la presión de los pares o, simplemente, con la curiosidad. En el caso del presente estudio, algunas de las participantes empezaron su consumo antes de ser madres, por lo que los factores como carga familiar o exceso de responsabilidades no se vieron reflejados en sus testimonios; no obstante, coinciden con los factores identificados en los hombres en que su inicio de consumo también se debió a la influencia de amistades o la presión de pares; sin embargo, se pudo decir que la diferencia en las mujeres se da en la naturaleza de la socialización con sus pares, ya que esta parte de la idea de gustar y agradar al otro, lo que genera dependencia emocional, interpretada como pérdida de autonomía, aceptación y acompañamiento de conductas de riesgo en el otro, a pesar de que ponga en riesgo la propia salud (Morejón, 2017).

En cuanto a las implicancias, se puede recoger que las madres de este estudio no se priorizan a sí mismas, sino que buscan satisfacer principalmente a sus parejas, así como a sus amistades. Por lo mismo, no examinan las consecuencias del consumo y hacia dónde las

puede conducir la adicción. Además, se hace evidente la existencia de factores de riesgo diferentes al de los hombres con respecto a la dependencia, uno de los principales es el estar en pareja con un hombre consumidor. Como señalan Arana y Germán (2005), gran parte de mujeres usuarias de drogas son alentadas en el consumo por sus parejas y son arrastradas a seguir sus consecuencias, incluso en conductas delictivas que se sostienen por los vínculos afectivos y las relaciones de dependencia.

Asimismo, se puede inferir que la autoestima de estas mujeres está disminuida, lo que las hace vulnerables a ceder rápidamente a la presión y exigencias de su entorno más cercano, es decir, parejas y amigos. Probablemente y, desde un enfoque de presión social, esto se relacione con el miedo a quedarse solas y a no ser queridas, ya que las parejas son para ellas lo más importante. Además, esta situación las limita en un sentido más profundo, puesto que las mujeres aún están en desventaja económica y social en comparación con los hombres al no tener las mismas oportunidades, además de una desventaja cultural que se manifiesta en una sociedad que las minimiza o las juzga si se comportan de una manera considerada masculina (Morejón, 2017).

Por otro lado, el inicio y los motivos de consumo son factores que tienen implicancias a nivel terapéutico, pues por ejemplo, en la etapa de rehabilitación, un tema importante debería ser orientar a las mujeres en el fortalecimiento de su autoestima y autoeficacia, de modo que acepten que son capaces de alcanzar sus metas al igual que los hombres; es decir, que pueden ser mujeres empoderadas, muy diferentes a cuando consumen y dependen de la droga y, por tanto, pierden el control de sus vidas y de su responsabilidad como madres.

En cuanto al segundo eje, los testimonios con respecto al *momento clave* de las madres dentro del proceso de adicción y afrontamiento, permitieron comprender que cada una de ellas pasó por estos puntos de quiebre en alguna etapa; es decir, tuvieron experiencias negativas y positivas que las llevaron a reaccionar, a hacer algunos cambios y a tomar decisiones respecto de su situación. Cabe resaltar que algunas tuvieron este momento clave antes de estar internadas, otras al momento de ingresar a rehabilitación y otras a meses de estar internadas en el centro.

Como parte del proceso de afrontamiento y el cambio que se espera lograr con la rehabilitación, el momento clave es un elemento que, según lo investigado, ha de estar presente en algún punto del proceso. Esto se puede corroborar en el estudio de Criollo y Guerrero (2015), donde se hace referencia al modelo de estadios de cambio de Prochaska y

DiClemente por los que atraviesan los drogodependientes. Estos son cinco: precontemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento. Según lo analizado en el discurso de las participantes, el momento clave puede ubicarse, con referencia a este modelo, en distintos estadios; así, en el caso de las madres que tuvieron el punto de quiebre una vez que entraron a rehabilitación o después de un tiempo, el estadio en el que se ubican es el de acción, que consiste en un cambio significativo en su conducta de dependencia, pues dejan de consumir drogas (no solo porque tienen la voluntad de hacerlo, sino porque es obligatorio hacerlo una vez en rehabilitación), además, se comprometen al cambio, se esfuerzan, cumplen con las normas del centro, etc.

En cuanto a las experiencias negativas que las llevaron a tomar conciencia de su problema y, por ende, a afrontar el problema e iniciar el cambio, las participantes refieren haber sentido que no podían manejar su adicción e incluso algunas pasaron por situaciones críticas en donde perdieron afectos significativos y cosas materiales. Por lo mismo, una de las razones por las que la madre adicta consigue motivarse hacia un cambio en su estilo de vida, suele estar ligada a la pérdida tanto material como emocional, pues son aspectos que considera valiosos, a pesar de que la droga sigue teniendo un peso significativo en su vida. Sin embargo, este sentimiento de pérdida es lo suficientemente grande para acabar con el placer que la sustancia le brindaba, por lo que las hace transitar en un espacio de alta reflexión (Mansilla, 2004). Al igual que en los resultados del análisis del discurso en madres drogodependientes realizado por Estévez (2015), en la presente investigación, los hijos también constituyen una entidad de cambio en sus vidas y una posibilidad de superación y mejoría para poder estar nuevamente con ellos. Los hijos son percibidos, entonces, como una forma de “rescate” del consumo, un estímulo para proyectarse y planificar sus vidas, lo que las conduce a pensar en que podrán construir una mejor imagen materna que antes y que tendrán la oportunidad de cumplir con su rol nuevamente. En resumen, estas experiencias resultaron en una reacción positiva, pues las ayudaron a ser conscientes y a tomar la decisión de recuperarse de su dependencia. Asimismo, con respecto al momento clave que ocurre en la etapa de rehabilitación y que se basa en experiencias positivas, algunas mujeres reconocen que el estar en contacto con personas en su misma situación y recibir recompensas y premios como parte de su tratamiento las ayudó a seguir adelante. Esto es fundamental para motivarlas y lograr la adherencia al proceso de rehabilitación, aunque claramente no garantiza la ausencia de recaídas.

En cuanto a las implicancias de estos momentos clave, positivos o negativos, que experimentan todas las madres en algún momento, se puede mencionar su incidencia en la terapia de rehabilitación. Así, para fines terapéuticos, este hecho facilita el proceso, pues las ayuda afrontar su problema, a reflexionar y entender lo que les ha pasado, a adherirse adecuadamente al tratamiento, sobre todo para no repetir situaciones críticas y dolorosas. Es por ello que el trabajo de los especialistas en el internamiento debe dirigirse hacia fortalecer primero estrategias de afrontamiento saludables basadas en la regulación de sus emociones, la resiliencia y la autoeficacia (Añazco & Espinoza, 2017), así como a través del trabajo en el vínculo entre madre e hijo, de modo que las madres sientan que su rol no se ha perdido, que no han abandonado a sus hijos, sino que están esforzándose por ellos y que tienen la capacidad de hacerse responsables de su crianza, fortaleciendo su capacidad materna (Gómez, 2009).

Por otro lado, cuando las madres drogodependientes han pasado situaciones límite, como en el caso de una de ellas que hasta llegó a vivir en la calle, hay que tener en cuenta las implicancias en su salud física y psicológica, pues el impacto en ellas es de mayor magnitud que en los hombres. En términos de riesgos y salud, por ejemplo, el consumo las puede llevar a prostitución a cambio de drogas y, por ende, a tener mayor probabilidad de contagiarse de ETS; además de vivir situaciones de violencia, problemas judiciales relacionados con la tenencia de sus hijos, etc. No obstante, en este estudio se ha podido identificar principalmente que el impacto de estas experiencias negativas es de orden psicológico y está relacionado con el desarrollo de depresión y ansiedad. Por tanto, hay que tener en cuenta, además de los factores psicológicos y afectivos, a los factores del entorno familiar y social, pues las mujeres adictas adultas son más rechazadas por su familia, pareja y amigos a comparación de los hombres, donde el consumo es socialmente más aceptado y menos oculto (Sánchez, 2013). Asimismo, es más preocupante si es que estos problemas surgen o se profundizan cuando están gestando, pues aumenta el riesgo de salud en ellas y en los bebés por nacer o recién nacidos, además de afectar la voluntad y la responsabilidad de las madres de hacerse los controles médicos y tener los cuidados necesarios en su embarazo (Estévez, 2015; Sánchez, 2013; Urbano & Arostegui, 2004). Finalmente, estas circunstancias generan vergüenza y culpa; suelen llevarlas al aislamiento, a ocultar el problema y a no buscar ayuda hasta que no sea ya un problema inmanejable, lo que facilita al surgimiento o profundización de trastornos depresivos y de ansiedad. En ese sentido, en la etapa de rehabilitación hay que fortalecer relaciones positivas con la familia y los afectos,

pues como señalan Castaños *et al.* (2007) “las relaciones suponen un apoyo para la abstinencia en la medida en que acompañan y atenúan los sentimientos de soledad y depresión, claves en la recuperación de las mujeres” (p.46)

Con respecto al tercer eje, *estrategias de afrontamiento*, se encuentra que las participantes hacen uso de distintas estrategias, tanto en un nivel adaptativo como no adaptativo, que surgen como parte de su proceso en el consumo y en la rehabilitación.

En cuanto a la primera categoría, el afrontamiento centrado en la emoción, todas las participantes emplearon estrategias que poco a poco dejaron de ser no adaptativas para pasar a ser adaptativas. Así, en un inicio la mayoría de madres utiliza la negación, pues no quieren ver que tienen un problema grave, pero posteriormente, en rehabilitación son capaces de aceptar que tienen un consumo problemático de drogas.

Con respecto al uso de la negación, muchas de las participantes creían que no podía ser real lo que les estaba pasando, se comportaban como si el problema no existiera, justificaban su consumo o lo minimizaban. Esto es esperable porque la negación de la enfermedad es un fenómeno conductual típico en las adicciones, pues aunque se le muestren evidencias de ella, el adicto sigue negándola (Pedrero et al., 2007; Valverde & Pochet, 2003). Además, como parte del proceso de afrontamiento la negación se puede entender, tal como se explican Valverde y Pochet (2003), como un elemento protector, es decir, las personas adictas se protegen en términos psicológicos y emocionales de ver el estado de su vida, para así no sufrir ni reconocer que su falta de control y su incapacidad para responsabilizarse por sus actos provocan daño no solo en ellas, sino también en las personas que las rodean. Resulta, entonces, indispensable que las mujeres adictas dejaran de usar la negación y de gestionar de manera desadaptativa sus emociones y avanzaran en su proceso con una estrategia activa y adaptativa, es decir, que actuaran hacia un cambio. De acuerdo con Valverde y Pochet (2003), la negación implica no hablar del problema, no confiar en las personas que ofrecen su ayuda, ni expresar sentimientos de manera positiva. De hecho, algunas de las participantes sentían justamente esa falta de confianza para hablar de lo que les sucedía, sentían que ellas podían manejar el problema y, sobre todo, ocultarlo. Progresivamente llegó la aceptación, que surge en la fase más crítica de su drogadicción, cuando ya no pueden ocultar su problema, cuando no hay excusas y se dan cuenta por sus propios medios que el consumo está afectando su vida y su relación con sus hijos. La aceptación no solo es reconocer que se tiene un problema, también implica aprender a

convivir con él (Solano, 2017; Criollo & Guerrero, 2015), y esto último se ha podido identificar en la fase de rehabilitación en las participantes. Ellas saben que tienen un problema que no solo las afectó en el pasado, sino que van a tener que estar atentas y trabajarlo una vez fuera de rehabilitación con las herramientas aprendidas.

Otro hallazgo importante con respecto al afrontamiento centrado en la emoción es el que todas las participantes se han acercado a lo religioso-espiritual como una estrategia para mantenerse en rehabilitación, sentir consuelo y tener más esperanza en su proceso de recuperación. Esto da cuenta de que es importante para ellas aferrarse a una fe, basada en principios y valores, y que para ellas rezar y leer la biblia es parte de su recuperación, por tanto, muchos centros de rehabilitación tienen esta orientación en su visión del tratamiento de las adicciones o, simplemente, la aceptan como algo particular de cada individuo en su propio proceso de recuperación (Murcia & Orejuela, 2014). Del mismo modo, la espiritualidad en el tratamiento de rehabilitación ha sido como un apoyo fundamental para su proceso de recuperación, como señala el estudio de Arévalo, Prado y Amaro (2008), quienes concluyen que un tratamiento de rehabilitación que incremente la espiritualidad y el sentido de coherencia puede ayudar a disminuir la ansiedad y ayuda a reconfigurar las dificultades con optimismo, factor que se da especialmente en las mujeres.

Con respecto a la estrategia por la cual buscan apoyo social con fines emocionales, las participantes se apoyaron en sus familias para sobrellevar la rehabilitación. Esta es una estrategia adaptativa, porque quiere decir que a pesar de la manipulación que ejercieron con sus padres, hermanos o familiares cercanos o del daño que pudieron haber provocado, están listas para una nueva etapa, una más sana y que los involucra también a ellos, pues, el apoyo de la familia es clave si son capaces de brindar la ayuda que necesitan. Como concluye Zapata (2009), a partir de las investigaciones con respecto a la familia del adicto, el soporte familiar es indispensable para la recuperación en un largo plazo, que es lo que se busca, lo que implica que las familias intervengan desde un inicio en el proceso de rehabilitación y también reconozcan aquellos factores que pueden estar condicionando que la conducta adictiva se mantenga.

Por último, las participantes en rehabilitación han podido reinterpretar su problema de drogodependencia de manera positiva, según sus propias circunstancias. Quedarse con lo positivo de una experiencia dura y dolorosa o aprender algo para crecer como personas es una estrategia emocional adaptativa y saludable, además impulsa el tratamiento, porque

sienten que son capaces de mejorar, de que tienen los recursos para cambiar, de que no han perdido la oportunidad para reconstruir lo que han perdido, como por ejemplo, el vínculo con sus hijos. Como señala, Carver, Scheier y Weintraub (1989) la reinterpretación positiva y crecimiento se refiere a sacar algo positivo de la experiencia o a algún aprendizaje que implique crecimiento.

Las implicancias del uso de estrategias afrontamiento de tipo emocional, tanto positivas como negativas, se observan durante todo el proceso. Pueden ayudar a regular las emociones, servir como protección o también ser una expresión conductual de todas aquellas dificultades y malestar con el que lidian las mujeres drogodependientes; por tanto, en la rehabilitación se debe trabajar en aquellos recursos positivos y adaptativos en el afrontamiento. Particularmente, por ejemplo, acercarse a la religión es una estrategia que amerita mayor foco, pues es un factor que está presente como parte de la lucha del adicto por rehabilitarse. Asimismo, de acuerdo con la revisión hecha por Murcia y Orejuela (2014), una intervención que favorece las prácticas religiosas puede ayudar a los internos a estar más tranquilos en momentos de crisis, a enfocarse en mejorar su salud, a manejar adecuadamente la incertidumbre y, en resumen, a enfrentar la enfermedad, pues los ayuda a darle sentido a sus vidas y a adaptarse a distintas circunstancias de la vida.

Lo anterior está en concordancia con el estudio de Arévalo, Prado y Amaro (2008), quienes concluyen que un tratamiento de rehabilitación que incremente la espiritualidad y el sentido de coherencia puede ayudar a las mujeres a afrontar el estrés, a disminuir la probabilidad de recaídas e incluso a gestionar los síntomas de estrés postraumático, lo que hace que disminuya niveles de ansiedad, especialmente en las mujeres.

En cuanto a la segunda categoría, afrontamiento centrado en el problema, Carver, Scheier y Weintraub (1989) refieren que la planificación consiste en proyectar una estrategia y seguir un plan de acción para afrontar la drogodependencia. En la investigación, las participantes siguieron ciertos pasos para enfocarse en el problema como parte de su proceso de rehabilitación. Antes de ser internadas no fueron capaces de usar una estrategia como la planificación, que permite seguir un plan para lograr un cambio. No obstante, debido a la falta de conciencia de enfermedad, la planificación fue llevada a cabo por sus familiares, quienes decidieron internarlas e hicieron las averiguaciones, trámites y adaptaciones correspondientes, lo que es una muestra de la importancia del soporte familiar durante todo

el proceso. A pesar de la resistencia de un inicio, las participantes pudieron aceptar con el tiempo que era la decisión correcta.

En ese sentido, en esta misma categoría, se pudo identificar en los testimonios otra estrategia que no se manifestó de manera adaptativa. Todas las participantes postergaron el inicio de su recuperación, a pesar de entender que tenían un consumo problemático de drogas. Les costaba pedir ayuda y cambiar su estilo de vida, cosa que ocurre de manera más llamativa en las mujeres, quienes tienden a no buscar tratamiento en comparación con los hombres (Pedrero et al., 2007; Stocco, Simonelli, Capra & De Paolo, 2012). Además, aquí entra a tallar de manera más clara el tema de los hijos, pues diversos estudios muestran que las mujeres postergan el internamiento para no separarse de ellos, porque temen, entre otras cosas, perder su custodia (Gómez, 2009; Llort *et al.*, 2013). En esa misma línea, ante la dificultad de pedir ayuda, planificar y tomar la decisión de rehabilitarse por distintos motivos, tampoco buscan información concreta sobre su problema o acuden a centros de ayuda. Entonces, la única estrategia centrada en el problema que podía considerarse adaptativa surge ya en la etapa de rehabilitación, pues una vez que se internan entienden que es importante suspender actividades relacionadas con el problema. Además de dejar de consumir obligatoriamente, deben dejar atrás el pasado, las costumbres adquiridas durante el consumo, alejarse de amistades, del entorno y de todo aquello que favorece la adicción. Esto las ayuda afrontar el problema en colaboración con los profesionales del centro y su familia.

Como se puede ver, en esta categoría hay varias consideraciones a tener en cuenta, pues se observa que las mujeres retrasan la rehabilitación, no usan estrategias para pedir ayuda ni buscan información sobre el problema, lo que hace que su situación se agrave y lleguen a esos momentos críticos y dolorosos. Por tanto, existen implicancias que no solo responden a las mujeres, sino al sistema de atención, particularmente respecto a la necesidad de prevención y de un abordaje terapéutico adaptado a esta población. Esto supone dar valor al enfoque de género para que las mujeres se sientan libres y seguras de buscar ayuda tanto en hospitales como en centros de rehabilitación, sean adecuadamente atendidas y que el personal no solo se guíe por protocolos estandarizados pensados en hombres adictos, sino que tengan criterios para comprender la complejidad de los problemas que atraviesan las madres adictas, por el hecho mismo de ser mujeres y estar a cargo de sus hijos (Estévez, 2015; Gómez, 2009; Llort et al., 2013; Llinares & Lloret, 2010); además, es necesario crear

las condiciones para que las mujeres puedan tomar la decisión antes que el problema las lleve a un estado de vulnerabilidad del que sea más difícil salir.

La última categoría con respecto al proceso de afrontamiento es el centrado en la percepción. Todas las participantes han podido percibir el problema de distintas maneras, según sus propios recursos psicológicos y sus circunstancias. En el plano emocional, es decir, con respecto a la estrategia de enfocar y liberar emociones, casi todas ellas se sentían muy solas y no podían expresar sus sentimientos o desahogarse. Además, se identificaron en muchas de ellas síntomas depresivos e incluso una de ellas tiene un diagnóstico de trastorno de personalidad *borderline*. Esto muestra que fuera de tener que afrontar la drogodependencia también deben hacer frente a otros diagnósticos asociados, lo cual tiene un impacto importante en la atención de la adicción. Como Stocco *et al.* (2012) explican, el diagnóstico dual es más frecuente en mujeres que en hombres, en especial trastornos del estado de ánimo, como la depresión y desórdenes como la baja autoestima, así como trastornos de ansiedad.

Asimismo, la mayoría de ellas en un inicio no actuaba de manera concreta para combatir su problema; si bien pensaban que debían dejar las drogas en algún momento y sabían que era una etapa que debían dejar atrás, no podían distraerse del problema u ocuparse de otras cosas para no consumir. De hecho, todas usaban la manipulación como una herramienta para seguir consumiendo u obtener algún beneficio y sabían a quién manipular para lograr lo que querían; sin embargo, ahora entienden que es un comportamiento del que es difícil de desprenderse como adictas, y que tendrán que trabajar para no mentir o manipular. Como señala Sirvent (2007), el sujeto adicto aprende y sabe mentir como una respuesta adaptativa a su vida complicada, en la que debe justificar su conducta socialmente inaceptable o que le provoca problemas; es por ello que los drogodependientes emplean la lógica para manipular y son hábiles para formular y argumentar lo que el otro quiere oír.

El afrontamiento centrado en la percepción, es decir, el que las participantes puedan darle un significado a su problema de drogodependencia tiene alcances importantes en la rehabilitación. Particularmente, la estrategia de enfocar y liberar emociones tiene implicancias en la rehabilitación, pues en la revisión hecha por Murcia y Orejuela (2014) con respecto a los centros terapéuticos encuentran que las terapias, especialmente las basadas en el arte, permiten al adicto expresar sus emociones, reconocerlas, aceptarlas y en consecuencia conocerse a sí mismo. Además, debe cambiar patrones negativos cognitivos y

conductuales para mejorar su salud emocional y darle un significado a lo que le ocurre, un sentido a su vida. Del mismo modo, el desentendimiento mental y conductual si se le entiende no como una forma de distraerse para evitar el problema, sino como una forma de terapia ocupacional, que promueve que la persona desarrolle nuevas habilidades, mantenga su mente ocupada y haga cosas concretas en comunidad, servirá para generar nuevos intereses. Asimismo, en un centro terapéutico que funciona adecuadamente, los adictos asimilan nuevas normas que les permiten asumir responsabilidades individuales y colectivas (Murcia & Orejuela, 2014).

Con respecto al cuarto eje, *influencia de la maternidad*, se identifica que el hecho mismo de ser madres es un factor que interviene de manera decisiva en el proceso de afrontamiento de las participantes y, por tanto, en su recuperación. En la investigación se ha podido conocer que las entrevistadas han consumido drogas antes y después de ser madres, por lo que dicho factor ha estado presente en todo el proceso de afrontamiento.

Con respecto a la categoría acceso y mantenimiento en rehabilitación, la maternidad intervino en la decisión de las entrevistadas de acceder al internamiento. Cuando querían ingresar al centro, pensaban y sentían que abandonaban y que podían perder a sus hijos. Como señala Morejón (2017), las mujeres se enfrentan a más obstáculos cuando inician la rehabilitación o tratamiento por adicción a las drogas que los hombres; estos obstáculos pueden ser el menor apoyo familiar y social, lidiar con las implicancias del abandono de las responsabilidades maternas y la posibilidad de que les quiten legalmente a sus hijos. Asimismo, la mayoría de las madres entrevistadas están preocupadas por la imagen que sus hijos pueden tener de ellas más adelante; por ello, dicho aspecto se puede interpretar como una motivación para seguir en tratamiento y estar recuperadas para poder cuidarlos y estar con ellos. De igual manera, como señala Morejón (2017), cuando las madres se incorporan al tratamiento, se enfrentan a mayores retos y desafíos que los hombres, dado que sienten mayor presión por acabar el tratamiento cuanto antes para retomar su rol como madres; se sienten impotentes por no poder cuidarlos como deberían y cumplir con las obligaciones que la sociedad les atribuye a las madres en distinta medida que los hombres. No obstante, la maternidad también es una fuente poderosa de motivación. Como menciona Estévez (2015), la maternidad representa una motivación para cambiar su estado actual de su vida y abandonar el consumo; sus hijos significan para ellas nuevas posibilidades de superación y la razón para seguir en rehabilitación y seguir luchando. Asimismo, como se mencionó

anteriormente, la investigación da muestras de que la maternidad funciona en las mujeres drogodependientes como una especie de “rescate” de sus propias vidas que han sido destruidas por la adicción, y que, por ende, generan en ellas expectativas positivas a través de sus hijos.

En cuanto a las implicancias relacionadas con esta categoría, las madres que logran acceder y mantenerse en rehabilitación tienen sobre ellas una mirada crítica tanto a nivel familiar como dentro de los centros de internamientos, ya que sienten que su rol de madres está siendo desvalorizado por los demás, lo cual las hace pensar que pueden perder a sus hijos, aparte de configurar una imagen negativa de ellas mismas. Por otro lado, de acuerdo con lo investigado de manera teórica y en el trabajo de campo, existe poco personal especializado en la intervención y tratamiento de madres drogodependientes y no se ha analizado en profundidad las repercusiones de desligar o separar a las madres drogodependientes de sus hijos durante el tratamiento de rehabilitación por internamiento, a pesar de que la mayoría sufre dicha carga emocional y les cuesta sobrellevarla, siendo un tema que afecta la adherencia al tratamiento. En ese sentido, es importante que esta ayuda profesional en los centros de rehabilitación sea especializada, de modo que la mujer no se sienta más juzgada y más menospreciada de lo que ya se siente, como se evidencia en las entrevistas, cuando las madres manifiestan el miedo que tienen de perder a sus hijos, e incluso una de ellas asume que perdió al suyo por su drogodependencia.

De acuerdo con Morejón (2017), cuando las mujeres toman la decisión de buscar ayuda profesional, suelen aceptar la posibilidad de que se las juzgue por no asumir el rol de madre esperado; estas dificultades a nivel terapéutico complican a la mujer en el sentido de no sentirse cómodas con el tratamiento, lo cual aumenta el riesgo de que puedan abandonar la rehabilitación sin terminar el proceso establecido, y en consecuencia entrar en recaídas. Asimismo, los procedimientos que utilizan los especialistas en la intervención suelen basarse en un enfoque masculino, asumiendo sus características y necesidades, debido en parte a que no consideran la existencia de diferencias reseñables con las mujeres o por el simple hecho de que las mujeres consumían en un menor porcentaje que los hombres y los protocolos fueron hechos desde la perspectiva de la población masculina. En consecuencia, hay que reconocer estas diferencias, particularmente que los especialistas tomen en consideración que los hijos en la mayoría de casos son su prioridad, por lo que son una fuente de motivación y oportunidad para seguir adelante y trascender positivamente al tratamiento, por lo que

desde este punto de vista sería un tema muy necesario de analizar; es decir, evaluar los beneficios de que los hijos estén más involucrados en el tratamiento y puedan visitarlas más seguido, o hasta incluso vivir con ellas, si es que son de edades muy pequeñas. Esto coincide con Estévez (2015), quien señala que, para ellas, sus hijos representan una oportunidad que ocupa un lugar validado socialmente, las impulsan a hacer cambios e incluso es una manera de trascender y crear factores de protección y recuperación frente al consumo, como también una oportunidad de reparar su experiencia materna con sus otros hijos.

En cuanto a la categoría autoimagen materna en el consumo es notorio que las participantes tienen una percepción negativa de sí mismas en relación con su rol de madres. El sentimiento de que han abandonado a sus hijos y de que no han sido capaces de asumir sus responsabilidades es notorio; por tanto, su autoimagen materna se ha visto afectada. Lo más llamativo es que en sus testimonios surge la palabra “fracaso” y el término “mala madre”. De acuerdo con Estévez (2015), la conducta adictiva es de por sí considerada por las mujeres un fracaso en su rol de madres al no cumplir con el papel de cuidadoras que la sociedad espera de ellas. Asimismo, en su investigación encuentra que, de por sí el sentirse “malas madres” tiene relación con la estigmatización social, pues ellas mismas tienen incorporada una única imagen de madre que es la socialmente aceptada; por tanto, sin darse cuenta sienten que están fallando al mandato social de la maternidad, es decir, aquel que sostiene que está en la naturaleza de las mujeres querer ser madres, ser buenas cuidadoras, ser responsables, amar a los hijos y cuidarlos en todo momento. De otro lado, Castaños, Meneses, Palop, Rodríguez y Tubert (2007), consideran que si bien poco a poco ha cambiado este mandato social, en la medida que las mujeres pueden elegir no ser madres, el modelo de ideal materno persiste, así como los estereotipos maternos (que no son tales en la paternidad), todo lo cual se internaliza en las mujeres y, en el caso de las mujeres drogodependientes esta imagen que no alcanzan dificulta su propia maternidad y su capacidad para cumplir con sus responsabilidades.

En el caso de las participantes, se observa que esa autoimagen materna negativa continúa de alguna manera por el hecho de estar separadas de sus hijos durante el proceso de rehabilitación, pues el sentimiento de abandono persiste. No obstante, también entienden que necesitan recuperarse para poder cumplir su rol de madres y tener una nueva oportunidad con sus hijos.

Una autoimagen materna negativa que, a su vez, se ve reforzada por el entorno dificulta el vínculo con los hijos y repercute en el estado de ánimo, pues genera mucha vergüenza y culpa (Castaños *et al.*, 2007); por tanto, tiene implicancias terapéuticas. En ese sentido, es necesario reforzar su autoestima y sus capacidades maternas (Estévez, 2015) o habilidades de maternaje (Castaños *et al.*, 2007), es decir, que sientan gratificación genuina por cuidar a sus hijos, que se sientan preparadas para criarlos, que puedan garantizar que sus necesidades básicas sean cubiertas, pero también puedan sostenerlos en el plano emocional, dándoles confianza, compañía y afecto, en otras palabras, cubrir sus necesidades de apego (Castaños *et al.*, 2007). Este proceso es complejo y, por ello, hay que considerar nuevas estrategias terapéuticas y de soporte social. Como explica Morejón (2017), es necesario detectar áreas de conflicto con respecto a la maternidad y brindar retroalimentación positiva para que las mujeres se mantengan en tratamiento. De hecho, las redes de soporte, según Estévez (2015) favorecen la representación de sí mismas como madres y cuando se trabaja en terapia de grupo con otras madres adictas se sienten acompañadas y, sobre todo, entendidas. Además, permite que las mujeres se sientan cómodas y no tengan miedo de expresarse al estar en un ambiente de confianza (Morejón, 2017). Castaños *et al.* (2007) proponen que en el proceso de rehabilitación se apoye a estas mujeres con sus hijos y que se consideren aspectos relacionados con sus expectativas como madres, la crianza, la educación de los hijos, así como también el tema laboral y el buen uso del tiempo libre.

Con respecto a la categoría correspondiente al vínculo o relación que establecen las madres con sus hijos, ellas refieren principalmente que no han sido responsables de su crianza y no han podido tener una relación estrecha con ellos, básicamente porque la vida de consumo no les permitió cuidar y atenderlos como hubieran querido. Como señala Estévez (2015), las madres que consumen drogas ya consideran que fracasaron como madres y que no cumplieron con su papel como cuidadoras. Esto coincide claramente con lo que una de las entrevistadas siente, pues manifestó que fue más mujer que madre cuando entró a la vida de adicción, por lo que tuvo que entregar a sus hijos a sus familiares para que se hagan cargo de su cuidado. Asimismo, Castaños *et al.* (2007) refieren que para cualquier mujer es una tarea difícil cumplir con esa imagen idealizada de ser madres, por lo que es aún más complicado para aquellas mujeres drogodependientes que por su consumo llegan a tener dificultades para atender las funciones básicas maternas. Aquí entra en juego nuevamente el tema de la estigmatización basada en los estereotipos de género. Para la sociedad, el vínculo entre madre e hijo es visto como algo propio de su naturaleza, que el amor es

inmediato e incondicional desde que nacen, que como madres saben siempre lo que necesitan los hijos y cómo actuar, que sienten bienestar al atenderlos y que siempre están disponibles para cuidarlos (Estévez, 2015; Castaños et al., 2007). Además, se considera que el vínculo no es un asunto que tenga relación con la cultura, en especial con respecto a las labores de crianza; no obstante, este está influido por estereotipos de género: las mujeres que dan a luz son cuidadoras y afectuosas por naturaleza, deben quedarse con los hijos porque están más preparadas para estas labores que los hombres, mientras que los padres son los proveedores y los encargados de poner mano dura a los hijos. La mujer consumidora, evidentemente no cumple con estas características y se aleja de su casa o de sus hijos, incluso por tiempos largos; por tanto, se las juzga fuertemente por ello. En el caso de las entrevistadas, algunas estaban alejadas de ellos debido a su situación de consumo, mientras que otras la podían ocultar de alguna manera y convivían con ellos, pero sin atenderlos completamente, sin estar involucradas en su rutina y sin construir un vínculo saludable; por tanto, el vínculo se ha visto afectado y en consecuencia se debe trabajar en reconstruirlo pensando en el bienestar de los niños, pero también como un elemento que proteja a las mujeres drogodependientes de las recaídas. Muchas de ellas sienten que están aprendiendo a relacionarse con ellos, son conscientes de que a veces pierden la paciencia o que no saben cómo conectar con ellos; sin embargo, todas creen en que deben darles un futuro mejor y que deben recuperarse para formar parte de la vida de sus hijos y, sobre todo, a dejar de delegar totalmente sus responsabilidades de crianza en los demás.

Otro aspecto importante a tomar en cuenta es que la mayoría de entrevistadas dejaron a sus hijos al cuidado de sus familias, por lo general, de los abuelos maternos; por tanto, esto influye en el desarrollo del vínculo, no solo por la ausencia de la madre, sino porque cuando vuelvan de la recuperación y se reincorporen a su rutina, de acuerdo con Castaños *et al.* (2007), puede haber conflictos, porque la abuela tiende a tomar el lugar de la madre y la madre asume el rol de hija; además, cuando la madre drogodependiente quiere recuperar el vínculo, la familia interviene y siente que no tiene lugar ni autoridad.

Una de las implicancias, entonces, de esta categoría es de orden terapéutico; así, de acuerdo con Morejón (2017), una intervención sobre los vínculos de la mujer drogodependiente, en este caso el vínculo materno-filial produce mayor posibilidad de éxito en la deshabituación del consumo. Sin embargo, este vínculo debe ser saludable, pues los terapeutas deben estar atentos a que la relación con sus hijos no se caracterice por la

dependencia; es decir, su recuperación y su vida fuera de la rehabilitación no deben estar en función solo de sus hijos, sino que deben construir su propia identidad y valorizarse como personas únicas. Además, y esto es fundamental, deben superar los sentimientos de culpa y asumir que ejercer la maternidad, incluso para las mujeres no consumidoras, es desafiante, difícil y hasta conflictiva, y que eso no las debe generar sentimientos negativos, sino que debe ser un impulso para conocerse y aceptarse a sí mismas como madres, ya que todas la viven de manera diferente, y apoyar a sus hijos. Asimismo, se debe atender también a las familias que se han quedado a cargo de los hijos para que estén preparados para darle el lugar y la responsabilidad a la madre para que se encargue de reconstruir su vínculo, que sientan su apoyo y también revisen sus propios modelos de crianza, ya que muchas veces ellas repiten lo que han vivido como hijas, porque es lo que conocen, lo que se cree correcto porque es tradicional. En ese sentido, es necesario que tengan un espacio terapéutico para absolver sus dudas sobre crianza y se informen de las necesidades afectivas, de desarrollo, educativas, etc., de los niños y adolescentes.

En ese sentido, vale la pena mencionar la *Villa Ema* y *Casa Aurora*, comunidades terapéuticas para madres adictas que funcionan en distintas regiones de Italia que admiten el ingreso de estas con sus hijos, con una estancia de dos años, de modo que puedan asegurar el bienestar de los niños. Además de lograr que las madres se desintoxiquen, se brinda un ambiente seguro y estable para ambos. Otro objetivo es prevenir el abandono del tratamiento y las recaídas. La idea es brindarles un espacio para lograr un vínculo adecuado y afectuoso entre madre e hijo, una estructura y una rutina adecuada y adaptada a la edad del niño. Estas casas son manejadas por distintos profesionales (asistentes sociales, psicólogos, terapeutas, médicos); allí reciben consejería en temas de crianza y no se las juzga o culpa, sino que revisan su propia historia como hijas y sus sentimientos con respecto a la relación que tienen con sus hijos (Stocco *et al*, 2012). Dados los beneficios y el potencial de este tipo de abordaje, se debería evaluar la viabilidad del funcionamiento de una comunidad terapéutica de este tipo en el Perú.

Finalmente, con relación a la percepción que tiene el entorno sobre ellas, sus relatos evidenciaron que el ambiente, tanto familiar, de pareja y amigos, las juzgó especialmente por el hecho de ser madres adictas. El entorno opinaba que no podían criar y hacerse responsables de sus hijos; algunas personas también barajaron la posibilidad de que podía existir algún tipo de maltrato hacia ellos e incluso llegar a abandonarlos, además de ser

consideradas flojas. Esto se puede relacionar con lo que encuentra Estévez (2015) en su investigación, donde sostiene que las madres consumidoras de drogas suelen ser estigmatizadas y penalizadas por apartarse de la imagen socialmente aceptada como “la madre”. En ese contexto, estos comentarios refuerzan la idea del abandono de los hijos para consumir, ya que piensan que no pueden brindarles un desarrollo y una crianza saludables producto de las condiciones que la droga ha ocasionado; en consecuencia, son fuertemente penalizadas y juzgadas moralmente por la sociedad. Además, en los testimonios de las participantes se evidenció preocupación por lo que los demás decían y pensaban de ellas; por ejemplo, que eran incapaces de amar a sus hijos lo suficiente. Adicionalmente, sus familias siempre las apoyaron, pero del mismo modo les exigían ser mejores madres, por lo que surgía en ellas rabia, culpa y dolor. Además, como refiere Morejón (2017), esta estigmatización o vergüenza que tienen que tolerar estas mujeres se traduce luego en una mayor exclusión social y aislamiento a los diferentes ámbitos en los que luego tendrán que reinsertarse.

En cuanto a las implicancias, se debe tomar en cuenta que desde los centros de rehabilitación, las actitudes de los profesionales deben ser adecuadas para su bienestar psicológico y deben estar libres de prejuicios sobre ellas. Como señala Morejón (2017), es necesario adaptar los tratamientos respetando las diferencias de género, prevenir factores de riesgo en mujeres consumidoras, ser flexibles respecto a las herramientas utilizadas para una adecuada intervención con mujeres, evitar actitudes negativas de los profesionales hacia la mujer consumidora, mejorar la metodología y técnica y capacitar al personal sobre el conocimiento de la realidad de la mujeres y madres drogodependientes para una mayor comprensión y adecuado tratamiento. Sin embargo, es importante señalar que también, como Morejón (2017) comenta, para muchos profesionales en el campo de la adicción es un obstáculo intervenir con mujeres, ya que sienten algún tipo de inseguridad, por lo que intentan poner en marcha intervenciones dirigidas a hombres drogodependientes, en parte porque las conocen en mejor medida y han tenido un impacto positivo en la recuperación de los pacientes y consideran que tendrá el mismo impacto en las mujeres.

Por último, la percepción del entorno familiar y social que se manifiesta mediante la estigmatización, los prejuicios y la falta de empatía para con las madres drogodependientes da cuenta de las implicancias de esta problemática no solo a nivel de sufrimiento psicológico de las madres drogodependientes en particular, sino también en el plano social y educativo.

Es un trabajo global, pues hay que intervenir sobre los ideales maternos y sobre los prejuicios y estigmatización que recae en las mujeres, además hay que educar para generar recursos de prevención y estrategias de afrontamiento hacia el consumo de drogas, pues todos deben tener acceso a esta información y no instalar la creencia de que es un problema que afecta más a los varones o que la maternidad libera o protege a las mujeres de caer en consumo.

En síntesis, con respecto al proceso de afrontamiento y sus distintas estrategias, se puede ver cómo las mujeres han ido haciendo uso de ellas en las distintas fases de manera saludable, pero también de manera no adaptativa justamente como un modo de seguir consumiendo y evitar ver sus problemas. No obstante, en rehabilitación se han visto más dispuestas a usarlas de manera adaptativa y activa, pues entienden que deben planificar sus días y su futuro, tienen un espacio para expresar emociones, para darle un significado a su experiencia y a sus problemas, para cuidarse a sí mismas y sobre todo a generar recursos para no volver a consumir.

Asimismo, visto el contexto específico de las mujeres drogodependientes, es necesario poner el foco en la prevención, particularmente, en generar factores protectores para evitar caer en el consumo, puesto que, por lo que se ha podido observar y conocer, existe poca cobertura, difusión y llegada con respecto a actividades de prevención de esta problemática en esta población en particular. Sobre todo la maternidad de la mujer consumidora es uno de los aspectos que los profesionales deben tomar en cuenta para la realización de una apropiada prevención y evitar, por ejemplo, complicaciones durante y después del embarazo. Es por ello que este punto es esencial para poder orientar a las madres a esta nueva realidad (Morejón, 2017).

A partir de lo señalado y del análisis de la problemática, en el presente estudio, se puede sugerir la importancia del enfoque de género en el tratamiento impartido por los centros terapéuticos con drogodependientes. Por lo cual, la atención del personal y el tratamiento ofrecido debe ser diferencial para atender a esta población específica. Por ello, es recomendable que el personal de salud (asistentes sociales, psicólogos, terapeutas) entienda que el abordaje es diferente, en este caso, debe ser exclusivo y diferenciado para madres adictas. Principalmente, ayudaría a disminuir los prejuicios sobre el estigma social que tienen los demás y ellas de sí mismas, a promover a que las madres pidan más ayuda, y

a comprender de manera más integral la realidad de estas mujeres, por el hecho de ser mujer y tener la carga de sus hijos.

Siguiendo con la misma línea, sería necesario profundizar en un protocolo de atención terapéutica para esta población. En el sentido de adaptar los tratamientos en los centros de rehabilitación, respetando las diferencias de género, mejorar la metodología y técnica y capacitar al personal sobre el conocimiento de la realidad de las mujeres y madres drogodependientes para una mayor comprensión y adecuado tratamiento.

Asimismo, en la misma rehabilitación se debe considerar temas como: el fortalecimiento de la autoestima, de modo que concienticen su valor como mujeres, estrategias de afrontamiento saludables basadas en sus emociones, todo ello sobre la base de su rol y capacidades como madres. Sería importante fomentar el desarrollo de estrategias prosociales; es decir, un afrontamiento más activo de estas madres en su periodo de rehabilitación y a futuro en su inserción en la sociedad. De este modo, debe ser indispensable trabajarlas dentro del proceso psicoterapéutico, así como el vínculo entre madre e hijo, para fortalecer sus capacidades maternas y que sepan que su rol no se ha perdido o desvalorizado. Para ello sería de relevancia que puedan tocar temas como crianza, apego, desarrollo y necesidades afectivas de sus hijos. Asimismo, ver la posibilidad de crear un espacio en los centros de rehabilitación en que las madres puedan estar con sus hijos, sobre todo en la etapa de desarrollo más temprana, ya que no se ha analizado en profundidad las repercusiones de desligar o separar a las madres de sus hijos en esta etapa del internamiento. Por ello, futuros estudios podrían enfocarse en evaluar los beneficios de que los hijos permanezcan con sus madres durante el proceso de rehabilitación.

Lo anterior, se potenciaría con la participación activa de sus familias en las intervenciones y soporte en el internamiento de la paciente, dado que es un componente fundamental para su recuperación. Del mismo modo, se considera importante la práctica de la espiritualidad en un proceso de recuperación, en este caso en la rehabilitación de un centro terapéutico, dado que es uno de los factores claves que favorece y genera tranquilidad y satisfacción para seguir su proceso de ayuda y disminuir las posibles recaídas. Finalmente, es necesario que los centros de rehabilitación, futuros investigadores y estudios se enfoquen en la prevención, particularmente, en generar factores protectores en las mujeres para evitar caer en el consumo y tomar en cuenta situaciones de riesgo.

Otra línea sugerida para futuros estudios es profundizar en el tema del inicio de la adicción en las madres drogodependientes, particularmente para analizar de manera diferenciada las características del fenómeno en aquellas que iniciaron su consumo antes de quedar embarazadas en comparación con aquellas que lo hicieron después de ser madres. De este modo, se puede comprender los distintos factores que pueden intervenir en el inicio del problema, como problemas familiares o psicológicos de base, embarazos no deseados, influencia de la pareja consumidora, que como se ha visto es uno de los factores de riesgo más resaltantes para el inicio del consumo en las mujeres. En el caso del presente estudio, la mayoría de las entrevistadas ya tenían problemas de drogodependencia antes de ser madres, por lo que no es considerado un factor desencadenante a tomar en cuenta en su historia de inicio de consumo. Por consiguiente al ser adictas y madres al mismo tiempo, ha sido para todas ellas un factor de motivación para no recaer. Para ellas es importante volver a fortalecer su capacidad materna y es un estímulo positivo para proyectarse a futuro y mejorar su vínculo con sus hijos.

Con respecto a las limitaciones, la principal ha sido conseguir la muestra de la investigación. Supuso una gran dificultad ya que en el Perú, específicamente en Lima, existen pocos centros de rehabilitación de drogas exclusivamente de mujeres y más aún que sean madres; la mayoría de centros de internamiento son de hombres, por lo que la disponibilidad y el acceso a la muestra se vieron reducidos. Asimismo, el acceso a entrevistar a las internas en los centros de rehabilitación fue de carácter restringido, ya que la mayoría no lo permitía por su reglamento, y no tenían autorización para que pudieran ser entrevistadas.

Por último, una limitación que se pudo experimentar a partir de las entrevistas, debido a que la mayoría atravesaba historias de violencia, pérdida de afectos y abandono de sus hijos, fue que quizá la mayoría de ellas se sintiera un poco vulnerable y no tan abierta a contestar algunas preguntas relacionadas con experiencias negativas pasadas, por lo que fue necesario replantear o reformular algunas preguntas, crear un espacio de confianza dentro de lo posible para poder obtener las respuestas vinculadas a los objetivos de la investigación. Probablemente, hacer las entrevistas en más de una sesión para lograr una mayor apertura y confianza habría sido ideal.

5 REFERENCIAS

- Alzás, T., Casa, L., Luengo, R., Torres & Verissimo, S. (2016). Revisión metodológica de la triangulación como estrategia de investigación. *Investigación Cualitativa en Ciencias Sociales*, 3, 639-648. Recuperado de <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2016/article/view/1009/985>
- Añazco, I. & Espinoza, P. (2017). *Estrategias de afrontamiento en pacientes drogodependientes en rehabilitación* (Tesis de licenciatura) Universidad de Cuenca, Cuenca, Ecuador. Recuperada de <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/28458/1/Trabajo%20de%20Titulaci%C3%B3n.pdf>
- Arana, X. & Germán, I. (2005). Las personas usuarias de drogas especialmente vulnerables y los derechos humanos: personas usuarias con patología dual y mujeres usuarias de drogas. *Egulzikore*, 19, 169-215.
- Arévalo, S., Prado, G. & Amaro, H. (2008). Spirituality, sense of coherence, and coping responses in women receiving treatment for alcohol and drug addiction. *Evaluation and Program Planning*, 31, 113-123. doi:10.1016/j.evalprogplan.2007.05.009
- Arias, M. (2000). La triangulación metodológica: sus principios, alcances y limitaciones. *Investigación y Educación en Enfermería*, 8(1), 1-13. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=1052/105218294001>
- Carver, C., Scheier, M. & Weintraub, J. (1989). Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 267-283. Recuperado de <http://www.psy.miami.edu/faculty/ccarver/documents/p89COPE.pdf>

- Casas, N. (2015). *La representación social negativa sobre las drogodependencias y sus repercusiones en el ámbito social y familiar* (Trabajo de grado) Universitat Central de Catalunya, Cataluña, España. Recuperada de http://repositori.uvic.cat/bitstream/handle/10854/4153/trealu_a2015_casas_nayra_representacio_social_memoria.pdf?sequence=2
- Castaños, M., Meneses, C., Palop, M., Rodríguez, M. & Tubert, S. (2007). *Intervención en drogodependencias con enfoque de género*. Madrid: Instituto de la Mujer. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Consejo Nacional de Control de Estupefacientes (2004). *Mujeres y tratamiento de drogas, Orientaciones técnicas para la incorporación de la variable género en el tratamiento y rehabilitación de mujeres con problemas de drogas*. Recuperado de http://www.bibliodrogas.gob.cl/biblioteca/documentos/TRATAMIENTO_CL_4859.PDF
- Criollo, M. & Guerrero, J. (2015). *Estrategias de afrontamiento en varones drogodependientes en rehabilitación en comunidad terapéutica* (Tesis de licenciatura) Universidad de Cuenca, Cuenca, Ecuador. Recuperada de <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/22165/1/tesis.pdf>
- De Miguel, E. (2016). Mujeres, consumo de drogas y encarcelamiento. Una aproximación interseccional. *Política y Sociedad*, 53(2), 529-549.
- Devida (2016). *Estudio epidemiológico andino sobre consumo de drogas en la población universitaria*. Recuperado de https://www.devida.gob.pe/documents/20182/96401/PER%C3%9A-UNODC-PREDEM-DEVIDA_UNIVERSITARIOS_2016.pdf/c225c649-05a0-46e4-b0ff-822c8cefaf03

- Estévez, G. (2015). *Mujeres-madres usuarias de pasta base de cocaína: la maternidad en cuestión* (Tesis de maestría) Universidad de la República, Montevideo, Uruguay. Recuperada de <https://www.colibri.udelar.edu.uy/bitstream/123456789/5480/1/Est%C3%A9vez,%20Gimena.pdf>
- Folkman, S. (2013). Stress, coping and hope. En B.I. Carr & J. Steele (eds.), *Psychological Aspects of Cancer* (pp. 119-127). US: Springer.
- Gómez, J., Valderrama-Zurián, J.C., Tortajada, S., Girva, T., Clari, E. & Saiz, A. (2008). Cocaína, violencia y género desde el punto de vista de los profesionales. *Revista Española de Drogodependencias*, 3(2), 180-194. Recuperado de http://www.aesed.com/descargas/revistas/v33n2_4.pdf
- Gómez, M. (2009). *Estudio comparativo de la problemática presentada por mujeres consumidoras de alcohol y otras drogas ilegales en un centro de tratamiento. Una perspectiva de género* (Proyecto de investigación final de maestría) Universidad de Zaragoza, Zaragoza, España. Recuperado de <http://www.fundacioncsz.org/ArchivosPublicaciones/73.pdf>
- Guevara, G., Hernández, C. & Flores, L. (2001). Estilos de afrontamiento al estrés en pacientes drogodependientes. *Revista de Investigación en Psicología*. 4(1), 53-65. Recuperado de http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/investigacion_psicologia/v04_n1/pdf/a03v4n1.pdf
- Helgeson, V. (2011). Gender, stress and coping. En S. Folkman (ed.), *The Oxford handbook of stress, health and coping* (pp. 63-85). UK: Oxford University Press.
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos: el concepto de afrontamiento.1984-1986*. Barcelona: Martínez Roca.

- Llinares, M. & Lloret, M. (2010). ¿Existe el estigma en los drogodependientes? Proceso de construcción de un estigma. *Revista de Análisis Transaccional y Psicología Humanista*, 62, 115-132. Recuperado de http://com.aespat.es/Revista/Revista_ATyPH_62.pdf
- Llort, A., Ferrando, S., Borrás, T. & Purroy, I. (2013) El doble estigma de la mujer consumidora de drogas: estudio cualitativo sobre un grupo de autoapoyo de mujeres con problemas de abuso de sustancias. *Alternativas*, 20, 9-22. Recuperado de https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/33646/6/Alternativas_20_01.pdf
- Mansilla, J.C. (2004). El problema de los valores y la ética en la rehabilitación de adictos. *LiberAddictus*, 80, 1-10. Recuperado de <http://www.liberaddictus.org/Pdf/0838-80.pdf>
- Martínez, M. (2004). *Ciencia y arte en la metodología cualitativa*. México DF.: Editorial Trillas
- Mena, L. (2018). La muestra cualitativa en la práctica: una propuesta. *Revista Eixo*, 8(3), 6-15.
- Merlino, A. (2011) *Investigación Cualitativa en Ciencias Sociales: Temas, problemas y aplicaciones*. Buenos Aires: Cengage Learning
- Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP) (2019). *Violencia en cifras*. Recuperado de https://www.google.com/url?url=https://www.mimp.gob.pe/contigo/contenidos/publicar-articulos/server/php/files/informe-estadistico-01-2019_PNCVF
- Ministerio de Salud del Perú (2017). *Documento técnico: Situación de salud de los adolescentes y jóvenes en el Perú, 2017*. Recuperado de <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4143.pdf>

- Morejón, S. (2017). *Mujer y drogas* (trabajo de grado). Universidad de Valladolid, Valladolid, España. Recuperado de <https://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/26748/1/TFG-G%202515.pdf>
- Murcia, M. & Orejuela, J. (2014). Las comunidades teoterapéuticas y psicoterapéutcas como tratamiento contra la adicción a SPA: una aproximación a su estado del arte. *Revista CES Psicología*, 7(2), 153-172.
- Noreña, A., Alcaraz-Moreno, N., Rojas, J., Rebolledo-Malpica, D. (2012). Aplicabilidad de los criterios de rigor éticos en la investigación cualitativa. *Aquichan*, 12(3) 263-274.
- Ortiz, P. & Clavero, E. (2014). Estilos de consumo de sustancias adictivas en función del género. Una aproximación desde el análisis del discurso. *Acta Sociológica*, 64, 121-144.
- Pedrero, E., Rojo, G. & Puerta, C. (noviembre, 2007). *Adicción y estrés. Estrategias de afrontamiento en adictos*. Trabajo presentado en X Jornadas de APRODA, Cádiz. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/270103434_Adiccion_y_estres_Estrategias_de_afrontamiento_en_adictos
- Rekalde, A. & Vilches, C. (2004). *Drogas de ocio y perspectivas de género en la CAV. Vitoria: Observatorio Vasco de Drogodependencias*. Recuperado de <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd90/1101RECdro.pdf>
- Rodríguez, A. (2012). *Afrontamiento y soporte social en un grupo de adictos de un hospital psiquiátrico de Lima* (Tesis de licenciatura). Pontificia Universidad Católica del Perú. Recuperada de

- http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/123456789/1561/RODRIGUEZ_CHACON_ALEJANDRA_AFRONTACION_SOPORTE.pdf?sequence=1
- Rojas, K. (2016). *¿Buena madre? ¿Mala madre? Maternidad y dependencia a las drogas* (tesis de maestría). Universidad de Chile. Recuperada de <http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/159198/Buena%20Madre%2C%20Mala%20Madre.pdf?sequence=1>
- Rojas, M. (2016). *Formas, trayectorias e impacto del consumo de drogas en las mujeres. Estudio en un colectivo de 2991 mujeres*. Recuperado de http://www.repositorio.cedro.org.pe/handle/CEDRO/324?mode=full&submit_simple=Mostrar+el+registro+Dublin+Core+completo+del+%C3%ADtem+
- Sánchez, L. (2013). *Drogas y perspectiva de género. Documento marco*. Recuperado de <http://www.lazoblanco.org/wp-content/uploads/2013/08manual/adolescentes/0053.pdf>
- Sirvent, C. (2007). La sociopatía adquirida. *Revista Española de Drogodependencias*, 32(3), 310-341.
- Solano, C. (2017). *Estilos de afrontamiento y riesgo de recaída en adictos residentes en comunidades terapéuticas de Lima (Tesis de maestría)*. Universidad Nacional Mayor de San Marcos). Recuperada de <http://www.repositorio.cedro.org.pe/bitstream/CEDRO/360/1/Tesis%20Maestria%20Afrontamiento%20Riesgo%20Recaida%202017.pdf>
- Stacco, P., Simonelli, A., Capra, N. & De Paolo, F. (2012). New perspectives of research and intervention for drug addicted mothers and their children. En D. Belin (ed.), *Drug Addictions: From Pathophysiology to Treatment* (pp- 425-452). Rijeka, Croacia: InTech.

- Urbano, A., & Arostegui, E. (2004). *La mujer drogodependiente: especificidad de género y factores asociados*. Bilbao: Universidad de Deusto.
- Valverde, L. & Pochet, J. (2003). Drogadicción: los hijos de la negación. *Ciencias sociales*, 99, 45-55.
- Villar, E. (2014) *Perspectiva de género y programas sobre drogas: El abordaje de las desigualdades*. Programa COPOLAD. Recuperado de https://www.copolad.eu/c/document_library/get_file?uuid=c4c8a51d-7bec-4d84-bd3b-5fbfc36c35b5&groupId=10157
- Zapata, M. (2009). La familia, soporte para la recuperación de la adicción a las drogas. *Revista CES Psicología*, 2(2), 86-94.

6. ANEXOS

Apéndice I

Guía de entrevista en profundidad semiestructurada

1. Preguntas abiertas (generales)

¿Cómo te encuentras?

¿Cómo llegaste a la institución? ¿Te obligaron o fue por voluntad propia?

2. Consumo de drogas

¿Desde cuándo comenzaste a consumir drogas?

¿Qué tipo de droga(s) has consumido?

¿Cómo se inició en el consumo? ¿Cuál crees que fue el motivo? ¿Por amigos que te invitaron droga? ¿Una pareja te incitó? ¿Tú misma tuviste curiosidad probar? ¿Por qué razón crees que tuviste esa curiosidad?

¿Consumías drogas durante el embarazo?

3. Afrontamiento

¿Hiciste algún cambio (o qué pasos seguiste) cuando te diste cuenta de que tu consumo era problemático? ¿Cuáles fueron?

¿Te enfocaste exclusivamente en tu recuperación? ¿Dejaste algo de lado para poder hacerlo?

¿Cuánto esperaste para acceder al tratamiento? ¿Podrías haber actuado antes? ¿Por qué?

¿Buscaste a alguien que te pudiera asesorar o brindar información o asistencia concretas para tu problema de drogodependencia?

¿Qué sientes que te ayudo más a salir de las drogas? ¿Qué te motivó internamente o externamente para dejar las drogas?

¿Buscaste a alguien (familia, amigos, pareja) para sentir apoyo emocional (cariño, contención, seguridad) durante este proceso?

¿Cuándo llegaste a aceptar que tenías un problema de adicción? ¿Cómo fue? ¿Qué sentiste?

¿Alguna vez creíste que no tenías un verdadero problema con las drogas? ¿Creías que no podía ser posible (real) que fueras adicta? ¿Por qué?

¿Te acercaste a alguna fe, religión o hiciste alguna búsqueda de tipo espiritual para transitar este proceso?

¿En algún momento pensaste en no dejar las drogas? ¿En algún momento te desentendiste del problema?

¿Cómo manifestabas o expresabas tus emociones con respecto al problema que atravesabas?

¿Cómo consideras que afrontaste esta situación? ¿Cómo crees que afrontaste el problema?

¿Crees que actuaste para mejorar tu situación o fuiste más pasiva frente al problema?

¿Te resignaste o evadiste el problema o tomaste decisiones y buscaste ayuda?

¿Recibiste ayuda de otras personas? ¿Aceptaste su ayuda o las rechazaste?

¿Sientes que llegaste a manipular a las personas de tu entorno o a negar tu responsabilidad como adicta? O, por lo contrario, ¿llegaste a colaborar con el resto para salir de esta adicción?

¿Te costó pedir ayuda?

¿Crees que has aprendido algo a raíz de tu problema de adicción? ¿Has podido sacar algo positivo de esta experiencia?

Cuéntame una experiencia de un día en donde hayas sentido que no podías afrontar esta situación. Y ahora, cuéntame un día, que por lo contrario sentiste que pudiste afrontarlo, ¿Cómo fue ese día que hiciste y que lograste hacer?

4. La maternidad en esta problemática

¿Tuviste problemas por ingresar a rehabilitación por tus hijos? ¿En algún momento tuviste temor de perder a tus hijos?

¿Cómo crees que tu situación de drogodependencia ha repercutido sobre tu vínculo o relación con tus hijos?

¿Sentiste en algún momento que no podías cuidar a tus hijos o hacerte responsable de su crianza?

¿Te preocupabas por lo que tu entorno decía sobre tu vínculo con tus hijos?

¿Alguna vez te dijeron o insinuaron que maltratabas a tus hijos?

¿Sientes que fracasaste como madre?

¿Sientes que tu entorno dejó de valorarte por ser consumidora y madre? ¿Alguna vez te dijeron que eras floja, irresponsable, que no te gusta trabajar o estudiar?

¿Cómo te percibes como madre tomando en cuenta el problema de adicción por el que has atravesado?

¿Cómo lo afrontaste siendo madre al mismo tiempo?

¿Qué pensaban los demás con respecto a tu situación de adicta y madre? ¿Qué hacías con respecto a sus comentarios? ¿Qué piensas tú?

¿Cuáles son tus planes a futuro? ¿Tienes algún plan en el aspecto laboral?

Apéndice II

Guía de entrevista focalizada a expertos

En su experiencia con madres drogodependientes en rehabilitación:

1. ¿Qué motiva a las mujeres a iniciarse en el consumo de drogas y qué factores distintivos intervienen? (curiosidad, pareja consumidora, entorno social, problemas personales, factores psicológicos, etc.)
2. La mayoría de estas madres logran tomar conciencia de su enfermedad recién estando internadas en un centro de rehabilitación, incluso dentro tiene que pasar un tiempo para que puedan aceptar su problema. ¿Por qué es necesaria una etapa de asimilación antes y después de estar internadas?
3. ¿Ha notado que acuden a la religión? ¿Por qué? ¿Qué papel cumple la religión en el proceso de afrontamiento a las drogas y en la rehabilitación?
4. ¿Cómo influye la búsqueda de apoyo emocional, sobre todo, el de la familia durante el proceso de afrontamiento y la recuperación? ¿Cómo se da este apoyo? ¿Qué es lo que las madres buscan y necesitan?
5. ¿Por qué se toma la decisión de alejar a las madres de su entorno (hijos, pareja, familia, amigos) para afrontar su situación y atravesar la rehabilitación?
6. ¿En qué momento las madres planifican una estrategia o un plan de acción para afrontar el problema o ingresar a rehabilitación? ¿Por lo general, la planificación está a su cargo o de sus familiares directos? ¿Por qué?
7. ¿Por qué razones las madres no toman acción frente a su problema a pesar de ser conscientes de que algún momento tienen que dejar la adicción?
8. ¿Cómo se considera la manipulación en madres drogodependientes?

9. ¿Qué situaciones o experiencias conducen a ese *momento clave* que les permite reaccionar, tomar conciencia y afrontar el problema?
10. ¿De qué modo influye la maternidad en el proceso de afrontamiento de la drogodependencia? Por ejemplo, para que se mantengan en rehabilitación, para que se relacionen con sus hijos estando en rehabilitación, en la formación de la imagen que tienen de ellas mismas o en la percepción que los demás tienen de ellas, etc.

Apéndice III

Consentimiento informado para participantes de la investigación

La presente investigación es conducida por María Alejandra Rechkemmer Gamero, estudiante de onceavo ciclo de la carrera de Psicología de la Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas. El objetivo de este estudio es conocer el proceso de afrontamiento en madres adultas drogodependientes que se encuentran en tratamiento de rehabilitación.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder a algunas preguntas en una entrevista individual. Esto tomará aproximadamente 60 minutos de su tiempo. Lo que conversemos durante estas sesiones se grabará en audio, de modo que pueda transcribir después las ideas que usted haya expresado.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación.

La entrevista será anónima y, para efectos de identificación, se usará un nombre ficticio.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso la perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber a la investigadora o de no responderlas.

Desde ya, le agradecemos su participación.

Nombre de la participante

Firma de la participante

Fecha