

# **Desarrollo personal y proyecto de comunidad: el caso especial de la mujer embarazada y el puerperio**

*Luigi Cancrini*  
Médico psiquiatra

Traducido por Pepa Moreno Fernández.  
Profesora de italiano del IES Manuel de Falla de Puerto Real (Cádiz).

Considero oportuno proponer, en cuanto a las consideraciones expuestas por Sartoretto y Botticchio, un marco epistemológico y algunas reflexiones generales partiendo de la comparación entre algunas de las experiencias concretas que se están realizando en este momento en Italia y en otros países. Muchos de mis conocimientos sobre las condiciones psicológicas y psicosociales de las mujeres jóvenes drogodependientes que viven un embarazo derivan de experiencias prácticas desarrolladas durante las intervenciones de supervisión de la labor de los operadores sociales que trabajan en este campo. Escuchando a éstos y a aquellos que están inmersos en el proceso de supervisión, he podido observar cómo algunos de ellos han llegado a discutir, a reelaborar su experiencia y a tener un encuentro más útil y funcional con el usuario del cual se han hecho cargo.

## **La espera del hijo:**

Así pues, pensemos juntos en el niño que nace en una situación en la cual la madre es drogodependiente: qué tipo de respuesta encuentra, qué tipo de dificultades va a encontrar al relacionarse, qué tipo de problemas aparecen, y qué tipo de reacciones tienen sus padres. El embarazo, en una mujer drogodependiente, constituye un problema desde el principio.

Recuerdo la historia de una joven drogodependiente de unos veinte años, hija de un padre muy viejo (75 años) y con una madre mucho más joven (unos 40 años). La chica, un año y medio aproximadamente antes de nuestro encuentro familiar empezó a tener problemas con las drogas, problemas aparentemente no muy graves. La madre se plantea la situación, la ve muy inquieta, hasta que por fin descubre que fuma, toma pastillas, y esnifa algo. Así que la lleva al SERT (Servicio de drogodependencias).

El SERT la ve unas cuantas veces. Comienzan las conversaciones, ella no siempre se

presenta. La situación no se considera especialmente grave. Llega el verano y la joven se va con la familia de vacaciones. Un día, a mitad de junio, se acerca a la madre y, con aspecto turbado y agresivo, le dice que el día anterior se había pinchado por primera vez. La madre entra en un proceso de ansiedad muy fuerte, se pone nerviosa, reacciona con violencia contra el SERT. Los acusa de no haber curado a su hija. Interrumpe sus vacaciones, vuelve a la ciudad e inicia una discusión muy fuerte con la hija. En definitiva, pasan unos meses de gran tensión, al término de los cuales la joven se va de casa y abandona el SERT, y se va a vivir con un grupo de personas que consumen drogas. La familia y los terapeutas vienen a verme para contarme toda la historia, ya que se encuentran en una situación muy difícil y angustiada y querían saber de qué manera sería posible retomar las relaciones con la hija. Durante el curso de la conversación surgen dos datos: el primero es que esta chica tiene una hermana diez años mayor que ella, de la cual la madre cuenta la historia con mucho orgullo. Es una chica sin padre, ya que éste no la reconoció. La madre se siente muy orgullosa al hablar de esta hija, y de cómo ella, como mujer, fue capaz de llevar a término su embarazo y de sacar a su hija adelante. Se casó con el padre de la joven de la que hemos hablado anteriormente después de muchos años, cuando la primera hija estaba ya criada.

El segundo elemento que pone de manifiesto la madre, de pura casualidad, es que en el mes de enero del mismo año la hija había abortado. Esto no se le había dicho a los psicoterapeutas que habían llevado el caso hasta entonces. No lo sabían ni los operadores del SERT. La historia la cuenta la madre: la joven había acudido a ella; ella se había agobiado muchísimo y le había aconsejado con insistencia que abortara. En ese momento, uniendo todos los datos, nos dimos cuenta de que el famoso día de junio, en el que la joven le había dicho que el día anterior se había inyectado heroína, correspondía más o menos al día en el que el niño debería haber nacido. En la terapia, este argumento entra en discusión, provocando un llanto fuerte de la madre, que se da cuenta inmediatamente de lo contradictoria que ha sido su postura: siempre se sintió orgullosa ante sus hijas, ante sí misma y ante cualquiera de su capacidad para enfrentarse al embarazo. Sin embargo, en el momento en el que la hija se había encontrado en una situación que repetía un poco la que ella misma había vivido, no había tenido el valor suficiente para asumir la situación y la había empujado con insistencia al aborto.

Lo más interesante sucedió después. Al final de la sesión se le dijo a la madre lo importante que era para ella que buscara a su hija de la manera más directa posible: acercándose, conversando con ella e invitándola a volver a casa.

La madre se convenció, aceptó el consejo (evidentemente se había quedado emocionalmente trastornada por lo que había sucedido en la sesión), y la hija decidió volver a casa. Durante el viaje de vuelta, sin que la madre tocara el tema, la hija relacionó el aborto con el comienzo de la drogodependencia, afirmando que lo que la madre no había entendido era justo eso.

Una historia de este tipo no es sólo conmovedora, ni implica sólo al aspecto humano de la historia, sino que presenta aspectos psicológicos de notable relieve. El primero de ellos es que, a veces, las personas hablan más a través de comportamientos que con las palabras. Para que se hable usando las palabras hace falta una relación que lo permita. Si una relación tiene dificultades, las palabras no pueden surgir porque las personas reaccionan más bien sin tener la posibilidad de explicar o justificar sus propios comportamientos.

La función del operador social (y/o del psicoterapeuta) será por lo tanto “dar palabras” a los comportamientos; construir significaciones para los sucesos y acontecimientos, construyendo situaciones de diálogo, en las cuales uno pueda expresarse y sea posible comunicar de manera clara y explícita.

### **Operadores y servicios sociales:**

Otra cuestión importante se refiere al papel del operador en general (del SERT, de la comunidad terapéutica, del consultorio) al cual una mujer drogodependiente le cuenta que está embarazada.

¿Cuántos, ante una mujer con un historial importante de drogodependencia, tienen la reacción instintiva de empujarla hacia el aborto?. ¿Cuántos operadores son capaces de escuchar las razones de esta mujer y de ayudarla a decidir antes que decidir por ella?. Todo esto es aún más complicado en las situaciones en las cuales hay enfermos seropositivos. Considero que se debe afrontar con extrema seriedad y delicadeza el discurso de la libertad de la persona que debe decidir por la vida de un hijo que lleva en su seno. Sin infravalorar la responsabilidad “de decisión” de los operadores sociales y la influencia que sus decisiones pueden ejercer en la elección de una mujer embarazada, el psicólogo deberá construir unas situaciones en las que la mujer tenga el máximo de información y de posibilidad de elección, asumiendo una postura neutral con respecto a la elección, pero profundamente comprometida y sumamente partidaria en la relación con la persona. En definitiva, partidaria en la relación y neutral con respecto a la decisión.

Otra situación es aquella en la que la mujer drogodependiente no informa a tiempo de su embarazo. Una mujer que hace uso de la heroína y que hace una vida de calle, puede tener irregularidades menstruales y no prestar atención a lo que pasa en su cuerpo, no dándose cuenta así de que está embarazada.

Pienso en la historia de una mujer que llega al quinto mes de embarazo y se da cuenta entonces de que está en estado. En realidad, es consciente mucho antes, pero evita darse cuenta creando una situación en la cual el niño forzosamente tiene que nacer. Es una mujer que está viviendo momentos contradictorios, que no tiene el valor de formular un pensamiento consciente. También en este caso las convicciones y las actitudes de los

operadores sociales pueden ser muy diferentes en cuanto a que cada uno tiene su propia opinión y tiende, más o menos conscientemente, a defenderla con firmeza, distinguiéndose entre los operadores “temerarios” que apoyan el embarazo a toda costa, y los que piensan que deben evitar como sea un embarazo peligroso para la mujer y el niño. Sin embargo, muchos olvidan que la libertad de decisión debería ser de la persona embarazada y no de los operadores.

Creo que es importante no anticipar juicios, no tratar superficialmente la posibilidad de que el nacimiento de un niño sea el primer paso de la que puede convertirse en una estrategia de recuperación total y de cambio de la persona. El embarazo supone muchos otros problemas en el momento en el que se declara. La mujer, en el fondo, manifiesta lo importante que es para ella lo que está pasando, exactamente a través de su capacidad para atraer la atención y de pensar en su cuerpo y en el de su hijo durante el embarazo (aunque aquí nos encontramos ante situaciones que con frecuencia son complejas).

Por ejemplo, ¿estamos seguros de que los servicios son de verdad capaces de hacer frente al embarazo de una mujer drogodependiente y seropositiva, sin interponer problemas personales, sin marginarla, sin atacarla, creando situaciones en las que verdaderamente se la pueda ayudar?

En Toscana y en Barcelona, algunos grupos de operadores han puesto en marcha una estrategia en la que se incluye el tratamiento con metadona a dosis ajustadas durante los últimos meses de embarazo para las mujeres que lo demanden. ¿Qué implica la metadona? Implica que el niño pueda nacer con síndrome de abstinencia. ¿Qué le puede pasar?. Puede suceder que el niño nazca enfermo, que el juez no esté de acuerdo con el servicio y haga una intervención inmediata para retirar la patria potestad en el momento en el que el personal sanitario denuncie el síndrome de abstinencia.

Éste es un ejemplo de lo importante que pueden ser, en el ámbito de los operadores, las reacciones que no se basan en una constatación de los hechos, sino que están basadas en sus prejuicios o en la importancia de sus reacciones.

Hacer un seguimiento del embarazo de una mujer drogodependiente significa, con toda seguridad, estar también en contacto con el Tribunal de Menores. La relación de colaboración con los operadores del Tribunal deberá ser honesta y clara, porque si no lo es no tiene sentido, no puede tener ninguna validez o finalidad terapéutica. Es impensable responder con una postura contradictoria por parte de las instituciones al problema concreto de un embarazo “crítico”.

## **Los tratamientos:**

Nunca he pensado en la metadona como algo fundamental en el tratamiento de los drogodependientes. Creo que ya es notable y sólida la larguísima experiencia de tantas comunidades terapéuticas que no utilizan los tratamientos con metadona, y que sacan provecho de consideraciones y actividades que se inspiran en tal reflexión. Si la metadona fuera tan importante, todos los tratamientos comunitarios serían un fracaso.

Así pues, cuando se le dice a una persona: "necesitas metadona", afirmando por lo tanto algo, que de todos modos no está probado científicamente, sino que se basa sólo en una hipótesis, se lanza un mensaje bastante complejo y contradictorio. Por un lado se le dice: "te quiero curar", sin embargo por otro se le está diciendo: "hay algo en ti que no funciona", y además "sin mi ayuda médica no te curarás".

Entonces me pregunto: ¿El servicio que realiza una operación de este tipo, es decir, que no se enfrenta a la mujer que espera un hijo con la necesidad de liberarse de los fármacos por respeto a sí misma y al niño que va a nacer, realiza una operación correcta con respecto a la posibilidad de una proyección en el futuro?. A esta misma mujer se le pedirá después ser madre. Por lo tanto, si ella lo desea de verdad, deberá ser capaz de poder afrontar cualquier prueba, cualquier dificultad. Naturalmente, la mujer toxicómana embarazada deberá tener todo el apoyo afectivo que sea posible, mejor dentro de una estructura comunitaria que la acoja y la proteja. Si no se ofrece a la "futura madre" la posibilidad de imaginar concretamente, de ver con sus propios ojos esta alternativa de vida dentro de una dimensión comunitaria, no serán posibles itinerarios que tengan verdaderamente un valor terapéutico y de rehabilitación.

Para una mujer que se encuentre en una situación parecida, será ciertamente muy difícil, y a veces inimaginable, pensar en la posibilidad de seguir adelante con el embarazo en la vida de calle o dentro de la familia tan marcadamente conflictiva de la que proviene. Es sumamente importante la predisposición positiva de los operadores y la "presión" en dirección a una estrategia terapéutica respetuosa con la salud de la mujer y fundamentalmente del niño que va a nacer, una estrategia terapéutica libre del consumo de drogas.

### **El momento del nacimiento:**

Se llega al momento del nacimiento, que es el segundo paso delicado, más o menos preparado, en el que se "decide" todo lo que podrá suceder en el futuro. En las horas inmediatamente precedentes y posteriores al nacimiento, todo lo que sucede en torno a ese hecho es fundamental. ¿Por qué?. Porque en el momento en el que la mujer da a luz al niño, sobre todo en situaciones de dificultad, se debe crear un nuevo equilibrio, sobre todo dentro de ella. Digamos que esta fase, no tanto en el plano biológico como en el psicológico, es una fase de extraordinaria complejidad. Entran en acción dos fuerzas contradictorias y

potentísimas. Una es la fuerza instintiva que está unida a la necesidad de atender a los hijos (un ejemplo es la imagen de la gata madre que no permite que le arrebaten sus crías porque debe ocuparse de ellas). Una frase típica puede ser: “Yo soy la única que se puede ocupar de esto”, un instinto razonado y mentalizado que se traduce en un sentimiento de propiedad. El otro elemento, terrible, que entra en conflicto con lo anterior y que está dentro de la historia de todas las mujeres drogodependientes, es el pensamiento: “No podré con esto”, que nace de un sentimiento de impotencia, de insuficiencia, de culpa. Cuando entra en juego el conflicto entre estas dos fuerzas, la situación es difícil de seguir, pero la verdad es que todos los que están alrededor se convierten en personas importantísimas para ayudar a la persona que vive este conflicto a que acepte la fuerza de la primera (“soy yo la que tiene que hacerlo”) o de la segunda postura (“no voy a poder”). No hay que olvidar que el “no aguanto más”, en el caso de las mujeres tóxicomanas, con frecuencia significa la recaída, es decir, el tener actitudes aparentemente de desafío a la enfermedad, pero que en realidad son dramáticas declaraciones de impotencia.

Pienso en dos imágenes propuestas por una terapeuta familiar, Elisabeth Fivaz, donde hay una mujer, su madre y una niña que está en los brazos de la mujer. La pequeña nació hace unos días y la madre intenta darle el pecho, pero la niña está con la cabeza echada hacia atrás y parece rechazarlo. La madre tiene miedo, se echa hacia atrás a la vez con el cuello y aleja ligeramente a la pequeña. La abuela se acerca al bebé para cogerlo. En ese momento, el operador hace algo de lo más simple: pone su mano en la espalda de la madre y le da un ligero movimiento de apoyo. La madre se siente confortada, se mueve levemente hacia delante y sonríe, la niña se acerca y la abuela se aleja. Es un juego simbólico, sencillísimo, que propone la idea de que los operadores en esta situación tienen una responsabilidad que va más allá de sus pensamientos conscientes, porque el verdadero problema es el de su movimiento afectivo. Si están con ella en términos de solidaridad y de confianza, las posibilidades de que la mujer salga adelante pueden ser mayores. Si los operadores están en contra, se asustan, se desorganizan o piensan que no es posible, el proceso que se pone en marcha tiene un resultado negativo. Como sucede, por ejemplo, cuando los operadores del hospital (enfermeros, médicos, o asistentes sociales) toman una postura, escriben al juez, y éste decide quitarle el niño a la madre, sometiéndola a una situación dramática difícil de asimilar, mientras otros operadores (los del SERT, por ejemplo) piensan que merece la pena cualquier tentativa con tal de que la madre acepte curarse con el fin de poder así cuidar a su hijo. Algunos operadores se ponen de parte de la madre y otros se ponen “teóricamente” de la parte del niño. Lo considero un conflicto peligroso y contraproducente.

El servicio social del SERT y el Tribunal de Menores, con frecuencia combaten entre ellos porque el servicio social está “de parte de las mujeres” y el Tribunal de Menores aparentemente está “en contra”. Mientras tanto el niño crece mal (en la incertidumbre personal de tantos operadores).

Creo que programas serios sólo pueden ser definitivos si se basan en una coordinación de comportamientos, que no deben ser establecidos por la ley, sino que deben ser la práctica fluida y concreta de operadores que trabajan en instituciones diversas.

### **La atención al niño:**

La fase siguiente es la del cuidado del niño. El gran problema está en colaborar con los servicios sociales que tienen el encargo de vigilar y supervisar el desarrollo del menor. Con tal fin, podemos afirmar que entre los servicios que se ocupan de las drogodependencias (como el SERT) y los servicios destinados a la tutela del menor no hay relación, excepto de naturaleza ética, y eso puede complicar mucho la situación. Desarrollando un punto de vista específico basado en la reflexión y en las experiencias que presentan, culturalmente, una cierta importancia, lo que actualmente se propone es un tipo de reconocimiento y valoración basado en una estrategia activa, es decir, a través del intento de activar y apoyar, admitiendo, siempre que eso sea posible, que en un momento determinado las personas no aguantan más.

El tribunal, con frecuencia le pide a las entidades y a los servicios que digan si la persona en cuestión puede ocuparse del niño o no: una respuesta basada en los resultados de los tests, o simplemente en las entrevistas, evidentemente no tiene mucho sentido. Por el contrario, las respuestas basadas en una exploración funcional exigen mucho tiempo, asumir la responsabilidad, y sobre todo exigen la puesta en marcha de intervenciones estructurales que pueden constituir las premisas para una ayuda válida a la persona que tiene el problema. Al final de la intervención psicosocial, en algunos casos, se deberá concluir que no son recuperables las funciones parentales, pero hace falta haberlo comprobado antes, de lo contrario se pone en marcha una operación profundamente incorrecta, injusta y destinada, por lo tanto, a producir efectos negativos y daños en todos los sujetos implicados en un hecho semejante.

### **Parejas y familias de origen:**

La última observación está dedicada a algunas reflexiones sobre las parejas y sobre las familias de origen. Si la pareja existe como tal, se conoce a través de una exploración activa. La pareja a veces tiene recursos, otras veces no. Hay parejas de drogodependientes en las que, en el momento en el que la mujer toma una decisión firme, de cambio, no se mantiene esta decisión, simplemente porque dichas parejas están basadas en la complicidad recíproca.

Por el contrario, hay otras parejas que tienen otros pactos entre ellos y que tienen la posibilidad de aceptar el cambio. No se pueden construir esquemas. Es la exploración funcional de las parejas la que nos enseña lo importante que es un cierto tipo de relación y cuál es el pacto que une a los miembros de las mismas. Los operadores deben valorar si existe esta “fuerza” (en términos de potencialidad, como recurso) dentro de la pareja, teniendo en

cuenta que éste es un elemento de gran complejidad sobre el que la interferencia de las familias de origen puede ser a veces fatigosa.

Otro ejemplo que puedo comentar es el caso de una mujer que vuelve a casa después de un período en una comunidad, y que se está ocupando de su hija, al parecer bastante bien, junto con su madre. Es de notar que siempre se dé el trío abuela, madre e hija. Esta niña ahora tiene unos seis años y se está criando bien. Llegado un momento, la abuela comienza a hacer una serie de llamadas solicitando una cita en la comunidad terapéutica donde la hija había estado anteriormente, comentando que las cosas no van bien y que su hija debería volver a la comunidad. Después de una charla con la hija se tiene la impresión de que no es así, de que la situación es bastante tranquila. Se descubre que el padre de la niña ha terminado su tratamiento en otra comunidad y ha contactado con su mujer y su hija. Se baraja la hipótesis entonces de que la abuela tenga miedo de ese encuentro, porque si la pareja se uniese de nuevo se destruiría el equilibrio que ha construido con tanto trabajo: un equilibrio que consiste en ocuparse de hija y nieta. Éste es un problema humano real. Y no es sinónimo de maldad de la abuela. A veces las cosas se complican sólo porque cada persona implicada en este tipo de situaciones tiene su lógica y unos intereses afectivos y emocionales que defender.

Una intervención en red que tenga en cuenta todos estos elementos es un trabajo complejo, que exige inevitablemente la puesta en común de todos los sujetos implicados en la intervención de ayuda. Cuando los operadores, por la razón que sea, presentan a un niño colocado en una situación familiar de riesgo, con uno o dos padres drogodependientes y por tanto se toma en consideración la hipótesis de confiarlo a otros, el estudio inmediato que exige el juez es el relativo a su contexto familiar. Para ilustrar la explicación puedo contar una historia y así mostrar lo complejo y difícil que puede ser la labor de los operadores sociales.

Es la historia de una chica de quince años con dos padres difíciles y que vive ahora con su padre. Cuando aún era una niña se quedó embarazada, naciendo su hijo cuando ella contaba con trece años y medio. La casa del padre parecía una casa sin problemas. De la madre no se sabía mucho. El juez decidió confiar el niño al abuelo. Un año después llega la denuncia de la joven, que dice que su hijo es el producto de un incesto y que el abuelo, al que se le ha entregado el nieto, no es una persona fiable.

En un caso que sucedió en Palermo hace unos años, el Tribunal de Menores había entregado el niño a sus abuelos, que un día fueron arrestados porque eran traficantes de droga. En estas circunstancias el niño se quedó con los abuelos, como caso pendiente de revisión, porque la madre no se podía ocupar de él.

Quiero decir que en todos los casos, la posibilidad de entregar un niño a un familiar debería valorarse con mucha atención. Quien ha trabajado con drogodependientes sabe que

sus familias son, con frecuencia, familias en las que el sufrimiento no afecta sólo al individuo, sino a la totalidad de relaciones que entran en juego. Confiar el niño a la familia sin una investigación detallada de los recursos reales y sin una adecuada valoración de cómo están las cosas, puede ser insuficiente. Sería necesario hablar con los operadores del servicio, que son los indicados para establecer las relaciones. El asistente social que hace la visita no puede conformarse en comprobar si en la casa hay espacio suficiente.

### **Algunas reflexiones finales:**

Propondría una reflexión general sobre las temáticas tratadas en estas jornadas. Está claro que el drogodependiente es una persona que no sólo no es irrecuperable, sino que de alguna manera está siempre esperando que suceda algo que le permita encontrar un poco de equilibrio. Creo que el nacimiento de un niño puede ser para la madre y para la pareja un hecho importante, pero no creo que esto no pueda suceder si no hay una capacidad de respuesta profesionalmente adecuada y presente en el aspecto humano por parte del servicio.

Además, considero que la experiencia de vida dentro de una comunidad terapéutica, en estas situaciones, puede constituir una alternativa verdaderamente útil. Creo que ofrecer espacios de vida (o la posibilidad de compartir la experiencia durante un período comunitario) a personas que deben afrontar un proyecto tan sumamente importante, es algo que un trabajador social debe llevar a cabo, siendo ésta una forma de mostrar el derecho a la vida, organizando el pensamiento de tal forma que la estructura católica y la estructura laica puedan encontrar puntos en común.

Una última cuestión se refiere a la realidad de los servicios sociales hoy en día en mi país. Esa realidad está con frecuencia muy lejos de las experiencias pioneras de las que se ha hablado y sobre las que se ha teorizado. Es una realidad en la que se afrontan cinco casos de cada cien, noventa y cinco no. Hoy está presente, cada día más, una necesidad muy grande de sistematización, de una intervención que corresponda a un encuentro real de naturaleza terapéutica. No nos podemos conformar con la situación en la que algunos pioneros llevan a cabo buenas iniciativas, mientras la gran mayoría de las intervenciones de ayuda a las mujeres toxicómanas embarazadas resultan no funcionales e incluso dañinas. Tenemos la necesidad de hacer sistemático el acceso a este tipo de curas para todas las personas que realmente las necesitan.