87



87

Experiencias y condiciones juveniles en América Latina

Nueva Antropología

Carlos María Galimberti, "Tirar (o no tirar) a los viejos por la ventana". La dinámica generacional en la Juventud Sindical en Argentina a partir de un estudio de caso (2010-2015) · Nicolás Cabrera y Gonzalo Assusa, Códigos de *barras*: jerarquías, legitimidades y disputas intergeneracionales en una hinchada de fútbol en Argentina · Camila Deleo, Trayectorias laborales de jóvenes urbanos argentinos: un análisis de los cambios y continuidades en los sentidos laborales · Luisina Castelli Rodríguez, Maternidades e intervención estatal entre mujeres usuarias de pasta base. Apuntes desde Uruguay · Ells Natalia Galeano Gasca, El *don* y la construcción de confianza por parte de jóvenes artistas en contextos de violencia física y estructural en Medellín, Colombia · Iván Francisco Porraz Gómez, Entender las violencias: los jóvenes migrantes centroamericanos en sus lugares de origen y su tránsito por el sur de México · Óscar Aguilera Ruiz, El movimiento estudiantil en Chile, 2006-2014. Una aproximación desde la cultura y las identidades

VOL. XXX, NÚM. 87, JULIO-DICIEMBRE DE 2017 ISSN 0185-0636

Nueva Antropología 87

Experiencias y condiciones juveniles en América Latina

MATERNIDADES E INTERVENCIÓN ESTATAL EN MUJERES USUARIAS DE PASTA BASE. APUNTES DESDE URUGUAY

Luisina Castelli Rodríguez*

Resumen: Este artículo es producto de un estudio etnográfico con mujeres usuarias de pasta base de cocaína, atendidas al momento de parir en un hospital público en Montevideo, Uruguay. El trabajo se enfoca en los vínculos que ellas sostienen con la institución sanitaria, asimismo, en las relaciones entre las intervenciones institucionales y las moralidades de género dominantes. Lo relevado permite sostener que el Estado tiene una presencia fuerte pero irregular en sus trayectorias vitales, pues durante el embarazo es ineficiente para protegerlas, además, luego del parto, asedia con requerimientos que resultan extremadamente difíciles de cumplir: con cada maternidad el Estado imita los procesos de algunos padecimientos que se tornan cíclicos.

Palabras clave: mujeres; maternidades; pasta base de cocaína; Estado.

Maternity and the Intervention of the State With Women who are Users of Cocaine Base Paste. Notes From Uruguay

Abstract: This article is the result of an ethnographic study of women who used cocaine base paste and who gave birth to their babies in public hospitals in Montevideo, Uruguay. It points out the ties they have with the healthcare institution and the relations between institutional interventions and the dominant gender morality. The results show that the State has a strong, but irregular, presence in their life pathways; during pregnancy it is unable to protect women and then following birth it is strict with very difficult requirements; reinstating with each new pregnancy processes of ailments which become cyclical.

Keywords: women; maternity; cocaine base paste; State.

INTRODUCCIÓN

El artículo pretende aportar al conocimiento de la vida de mujeres-madres-usuarias de pasta base de cocaína —tipo de cocaína fumable elaborada a partir de la hoja de coca— en Montevideo, Uruguay, profundizando en sus experiencias de maternidad y en su vínculo con instituciones estatales durante el embarazo y desde el momento en que paren a sus hijos. Se observa en especial el lugar que ocupan la dimensión de género y las moralidades en la estructuración de estos dispositivos de atención.

Qué define la maternidad es un debate en permanente reestructuración, conectado con las formas de construir

*Maestranda en Ciencias Humanas, Universidad de la República. Líneas principales de investigación: Género, maternidad, y usos de drogas. Correo electrónico: castelliluisina@gmail.com

y deshacer las posiciones de género (Butler, 2007). Su relevancia como tema antropológico radica en su potencial para relacionar esencialismos y relativismos, lo general y lo particular, la "naturaleza" y la "cultura". Una de las preguntas que mejor sintetiza estas tensiones puede ser la que hace décadas planteó Ortner (1979): "¿Es la mujer con respecto al hombre lo que la naturaleza respecto a la cultura?", pues hace visible que el género involucra relaciones de poder y desigualdad entre los sexos. Las feministas y teóricas del género críticas del "amor maternal" han dedicado cuantiosos esfuerzos en demostrar que la maternidad no responde a atributos sustanciales de las mujeres (Badinter, 1981; Scheper-Hughes, 1997); en cambio, la feminidad como la maternidad se piensan como significantes en disputa bajo condiciones socio-históricas particulares.

En las sociedades occidentales la maternidad se ha construido como una condición definitoria del ser mujer, pero no siempre fue así. Como señala Imaz (2010: 24), la "maternalización de la mujer" surge durante el siglo XVIII. En el presente avizoramos algunas mudanzas en este modelo, pero no deja de ser la concepción paradigmática. A través de la naturalización de la maternidad como destino biológico y social de las mujeres se ha aceitado una poderosa maquinaria de sujeción y control de sus cuerpos y sexualidades; incluso, como este caso evidencia, la supeditación de sus derechos como mujeres a los de sus hijos. La construcción dominante ordena que el lugar de la mujer, pero sólo en tanto madre, es sagrado, pues su cuerpo reúne y organiza las fuerzas de la "naturaleza" mediante la procreación. Durante el embarazo, "por fin (escribía de Beauvoir) su cuerpo es de ella, puesto que es del hijo que le pertenece. La sociedad le reconoce su posesión y la reviste, además, de un carácter sagrado. El seno, que antes era un objeto erótico puede exhibirlo ahora, porque es fuente de vida" (Imaz, 2010a: 480). Esta posición social distinguida, distinto que privilegiada, resulta irreprochable sólo si la mujer/madre es una *buena madre*. Ser madre supone al mismo tiempo un estatus social irreversible, más allá de las múltiples posibilidades en que puede devenir. Así, si toda mujer es una potencial madre y serlo supone determinados atributos morales que deben incansablemente ser demostrados, pensar las conexiones entre maternidad, consumo de pasta base y pobreza, pareciera delinear, sino situaciones excluyentes, al menos realidades signadas por una tensión permanente.

Si reparamos en la edad, buena parte de las mujeres-madres que consumen pasta base son jóvenes, pero viven como si fuesen adultas. La juventud, construcción relacional a la posición social de los sujetos (Bourdieu, 1990), al género y a la generación (Margulis, 2001), se desvanece entre las mujeres sobre las que trata este trabajo. En sus vidas atravesadas por la escasez, la juventud no encuentra condiciones de posibilidad y las transiciones a la adultez ocurren en edades tempranas, siendo la maternidad un hecho sustantivo. Esta característica se extiende entre la población de los

sectores sociales de menores recursos, a los cuales en su amplia mayoría ellas pertenecen (Suárez y Ramírez, 2014). En Uruguay "casi la mitad de la sociedad [...] se reproduce entre los sectores de más escasos recursos (43% de los niños nace en hogares con necesidades básicas insatisfechas)" (Rostagnol, 2012: 201).

Este artículo se basa en un estudio etnográfico realizado durante parte de 2013 y 2015, en un hospital público de maternidad de la ciudad de Montevideo, con mujeres usuarias de pasta base que eran atendidas al momento de parir (Castelli, 2016).[1] El trabajo se suma a un conjunto de etnografías producidas por investigadores de/en la región, que se han preocupado por esclarecer las tramas cotidianas en las que se desenvuelven las vidas de los usuarios de pasta base, las características de los escenarios de consumo y de compra-venta de la sustancia (Albano *et al.*, 2014, 2015; Castilla y Lorenzo, 2012; Castilla, Epele y Olsen, 2012; Fraiman y Rossal, 2011; Epele, 2007; Melotto, 2009; Rossal, 2013; Rui, 2012). Los "continuos de violencia" (Bourgois, 2010) que viven los sujetos marginalizados en su vínculo con el Estado también se basan en desigualdades de género. Lejos de ser "empoderante", la atención sanitaria que reciben las mujeres pobres reduce su autonomía y refuerza su posición social subordinada, a través de mecanismos de atención expulsivos y de su no reconocimiento como "sujetas morales" (Rostagnol y Viera, 2006).

Por otra parte, el "problema de las drogas" no es nuevo en América Latina. El consumo de pasta base aparece entre los países andinos durante los setenta, extendiéndose al Cono Sur en el 2000. Esta nueva oleada comienza junto con las crisis económicas que irrumpen en Argentina en 2001 y en Uruguay en 2002, y se la relaciona con cambios en las formas de producción y distribución en las redes del narcotráfico (Garibotto *et al.*, 2006). En Uruguay, ocho de cada diez usuarios son hombres, tres de cada cuatro tienen menos de 30 años y siete de cada diez viven en la capital del país (OUD, 2012: 33). En síntesis, se podría decir que el consumo de pasta base es principalmente una práctica de hombres-jóvenes-pobres, pero formular el problema en términos estadísticos encubre que las mujeres afrontan problemas específicos. En particular, las situaciones que involucran maternidad y consumo presentan escollos que se reproducen en el tiempo y que se caracterizan, como intentaré mostrar, por una relación conflictiva y desigual entre las mujeres y diversas instituciones estatales.

Las mujeres cuyas experiencias de vida aquí aparecen son aquellas que en el contexto del hospital declararon haber consumido pasta base en algún periodo durante el embarazo, que sostenían dicha práctica al momento del parto, o bien, que el equipo de salud lo constató mediante *screening* de orina, técnica a través de la cual puede detec-

[1] Este trabajo se enmarcó en las investigaciones del Núcleo Interdisciplinario Infancia Dos Mil Veinte (Universidad de la República), realizadas entre 2012 y 2014, bajo la coordinación de los doctores Gabriel González y Mario Moraes.

tarse la presencia de metabolitos de cocaína[2] entre 48 y 72 horas luego del último consumo (Moraes *et al.*, 2010). Sin embargo, los resultados del análisis de meconio[3] —donde también pueden encontrarse los metabolitos de cocaína—, dan cuenta que no son las únicas usuarias de pasta base o de cocaína atendidas en el hospital. Una porción de las usuarias pasa desapercibida. Aquellas que lo hacen explícito son las que se encuentran más afectadas por el consumo, en pocas palabras, las que no pueden esconderlo. Es específicamente sobre estas mujeres que nos referiremos aquí. Las conclusiones que se presentan no pueden generalizarse para el conjunto de usuarias.

La pertenencia a esta población, es decir, a los sectores sumergidos en la pobreza, aunado a la detección del consumo de pasta base y otras sustancias —con frecuencia aparece el uso de marihuana, tabaco, alcohol y/o psicofármacos—, son los disparadores de un dispositivo de atención que estudia su situación socioeconómica y estado psíquico para ejercer la maternidad. Al sopesar los factores de protección y riesgo es especialmente examinada su actitud hacia el consumo. Esto resulta clave para entender cuál es la trayectoria que siguen las mujeres, primero, porque durante el "pasaje" por el hospital se inicia una etapa del proceso de maternidad sobre la cual inciden las disposiciones normativas y prácticas de esta institución, y segundo, porque dado que esta población atraviesa particulares condiciones de exclusión y estigmatización relacionadas al consumo, los momentos en que son captadas por alguna institución estatal resultan clave para promover su cuidado e inclusión social. Al hablar de "pasaje" me refiero estrictamente a los espacios físicos, puesto que los vínculos, atravesamientos y/o dependencias de los sujetos a las instituciones son permanentes y parte constitutiva de ellos. En esta línea, argumentaré que las relaciones entre los mecanismos burocrático-institucionales y las concepciones morales sobre la maternidad, que exigen a las mujeres condiciones de vida que no tienen, las subordinan a formas de control que perduran en el tiempo y se tornan cíclicas, convirtiendo sus experiencias de maternidad en sufrimiento.

ENFOQUE METODOLÓGICO

Este estudio se basa en el método etnográfico y busca comprender la vida de estas mujeres desde *su* perspectiva. Por ello, realicé observación participante, charlas informales y registro, cuidando de no exponer a mis interlocutoras, preservando sus identidades y respetando su deseo de hablar o callar. De acuerdo con Farmer (2004: 308),

[2] Los metabolitos son sustancias o moléculas generadas por el organismo a lo largo del proceso metabólico de otra sustancia. La presencia de metabolitos de cocaína puede estar indicando indistintamente el consumo de pasta base, clorhidrato de cocaína o *crack*.

[3] El meconio es la primera deposición del neonato. Suele ser expulsado entre 12 y 28 horas después del nacimiento. "Se acumula desde el segundo trimestre del embarazo y es metabólicamente inerte, por lo que una vez los tóxicos o sus metabolitos llegan, permanecen fosilizados en altas concentraciones, permitiendo su estudio posterior" (Manrique *et al*., 2007: 78).

cuando la etnografía se da con poblaciones vulnerables y buscando desentrañar relaciones de desigualdad socioeconómica, de género u otro tipo, una de las claves está en mantener el foco en lo que él llama la "materialidad de lo social", es decir, en el examen de los modos en que la violencia estructural opera en los cuerpos y vidas de las personas. Para Farmer, la comprensión de los fenómenos de padecimiento social sólo se torna completa si se coloca lo "etnográficamente visible" en diálogo con la historia y la biología (*ibidem*), pues estas perspectivas aportan información relevante para conocer la corporización de las desigualdades —bajo la forma de enfermedades, riesgos e incluso muerte— a lo largo del tiempo.

La exploración en campo tuvo dos etapas, una durante la segunda mitad de 2013, y otra entre abril y mayo de 2015. En el primer periodo concurrí al hospital cada semana y entablé vínculo con mujeres que permanecían internadas luego del parto, entre quienes se sospechaba o se había confirmado el consumo de pasta base al menos en algún momento del embarazo. En ocasiones conocí a sus familiares, generalmente otras mujeres —madres, hermanas—, y a sus parejas, no siempre padres biológicos de sus hijos, aunque en buena parte de los casos se encontraban solas por completo. Su precario estado de salud, en algunos casos también el de sus hijos,[4] y los tiempos del dispositivo a través del cual se determina a quién se adjudica su tenencia, hace que en buena parte de los casos las mujeres y/o sus hijos permanezcan internados entre una y dos semanas, lo que hizo posible encontrarlas en repetidas ocasiones.

La segunda etapa estuvo destinada a la realización de entrevistas en profundidad con profesionales del equipo de salud (médicos de distintas especialidades, enfermeras y trabajadoras sociales). Asimismo, me di a la tarea de indagar en sus percepciones sobre las mujeres, el consumo, y sobre el procedimiento institucional que las aborda desde el momento que llegan al hospital hasta que son dadas de alta. También consulté los procesos burocráticos en las situaciones en que se judicializa la tenencia de los recién nacidos. Me interesaba observar las peripecias de la maternidad y los recorridos institucionales que las mujeres realizan una vez que han parido.

La escucha atenta y la búsqueda de empatía fueron las premisas de las instancias de encuentro con las mujeres, lo que supone habilitar el diálogo sobre todo tipo de cuestiones, y no sólo indagar en "lo problemático" en sus trayectorias de vida. En algunos casos

[4] El consumo de cocaína (en forma de clorhidrato, pasta base o *crack*) en el embarazo está asociado a mayor incidencia de infecciones maternas bacterianas e infecciones de transmisión sexual, entre ellas: sífilis, Virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y hepatitis B y C. También, a parto prematuro, desprendimiento de placenta normoinserta, abortos y óbito (Moraes *et al*., 2010: 102). Respecto a los efectos específicos sobre el recién nacido, el consumo de pasta base se asocia con el "retardo de crecimiento intrauterino, bajo peso de nacimiento, alteraciones neurológicas, aumento de la morbilidad y mortalidad infantil, especialmente la perinatal" (Mena *et al*., 2000: 1093).

la temática del consumo de drogas y la maternidad eran traídos a la conversación sin mayores reparos, pero en general el tema del consumo era evitado hasta comprender que lo que conversáramos no incidiría en las decisiones que el equipo de salud tomara sobre la tenencia de sus hijos.

Como orientación metodológica específica, privilegié la posibilidad de entablar diálogos informales con las mujeres, en lugar de recurrir a la entrevista estructurada. Entendí más adecuado sostener el registro de las interlocuciones, de las visitas al hospital y de los sucesivos encuentros con cada una, a partir del uso metódico del diario de campo. Varias cuestiones me condujeron a esta decisión: en primer lugar, por razones éticas el trabajo debía ser lo menos invasivo posible. Había que tener en cuenta que se trataba de mujeres que acaban de parir, que necesitaban cuidados o se sentían doloridas, o bien, que la mayoría de las veces transitaban por ese espacio en completa soledad. A su vez, mientras permanecían en el hospital era frecuente que se les aplicaran cuestionarios sobre su vida, sus proyectos y los apoyos por parte de familiares. Allí eran más que cualquier otra cosa sujetas de intervención y, dada la comprometida situación en la que las colocaba la detección del consumo, debían estar dispuestas a responder siempre, pues el mostrarse violentas u obstinadas aumentaba las probabilidades de ser separadas de sus hijos. Por último, el evitar el uso de cuestionarios y grabador permitió ubicarme en un lugar más asociado a una compañía, una escucha, que a una de las funciones de intervención/control hospitalarias.

Las reflexiones de las páginas que siguen se basan en las situaciones de vida conocidas y en la puesta en relación de las distintas perspectivas de los interlocutores consultados. Creo importante hacer explícito que escribo desde un lugar comprometido con la búsqueda de equidad de género, emancipación y respeto por las mujeres, y que hago propia la postura de Nancy Scheper-Hughes (1997) para quien la etnografía es, además de una reflexión crítica, un instrumento político para visibilizar las condiciones de vida de las poblaciones marginalizadas.

CADENA DE DESCUIDOS

Al llegar al hospital me dicen que ingresó una madre consumidora, Nadia, de 23 años. Además de la hija que acaba de nacer, tiene una niña de 6 años y un niño de 1 año y 4 meses; los dos últimos son de su pareja actual, quien ahora está en prisión, y la mayor es hija de una pareja anterior. No tiene la tenencia de ninguno de sus hijos, sin embargo, viven con ella, con su hermana, y con los hijos de ésta. Su hermana parece ser la persona más cercana con quien Nadia cuenta: fue ella quien la acompañó al momento del parto y quien durante estos días cuida de sus hijos; tal vez por eso no ha podido visitarla en el hospital. Desde que llegó se encuentra sola.

Hablaba con tranquilidad, pero su estado de angustia era evidente. La acompañé a ver a su bebé a la sala de

> cuidados especiales[5] y mientras conversamos soltó algunas lágrimas. Le preguntó a la enfermera por qué la bebé ya no estaba en una de las cunas cerradas donde la habían puesto en un principio, y esta contestó brevemente: "porque ahora está ahí", agregando luego: "tiene que traer ropa para su bebé, madre". De regreso a la habitación nos encontramos con una psicóloga; ellas ya se conocían, pues Nadia había pasado por este hospital cuando tuvo a su niño, instancia en la que también fue detectado el consumo. Me permitieron permanecer durante la entrevista. La psicóloga le realizó algunas preguntas sobre cuándo fue el parto, si consumía, qué consumía, sobre su pareja, en qué barrio vive y le aconsejó comunicarse con algún familiar, remarcando: "es importante que en el hospital vean qué apoyo tenés". Días más tarde Nadia me cuenta que, acatando la recomendación de la psicóloga, y aún sin estar de alta, salió del hospital en busca de su hermana para que se hiciera presente. Para llegar al barrio pidió monedas en la parada de ómnibus (Diario de campo, septiembre de 2013).

Como en la historia de Nadia, buena parte de las mujeres que consumen pasta base viven la experiencia del embarazo, el parto y la maternidad, que se instala a partir de entonces, en similares condiciones de desamparo afectivo y estatal, apoyándose en redes de cuidado conformadas por mujeres de su entorno familiar. Llegan al hospital desprovistas de compañía y recursos y, muchas veces, sin tener claro dónde van a ir luego.

A diferencia de las mujeres de sectores sociales medios y altos, quienes asumen la maternidad en estrecha relación al veredicto médico formulado en los primeros meses del embarazo (Imaz, 2010 y 2010a), aquí la maternidad suele inaugurarse a partir del parto y no antes, además de que está vinculada a la parcial o total ausencia de controles médicos, las dificultades para abandonar o moderar el consumo durante este periodo y las condiciones de precariedad presentes en su vida de todos los días. Estos factores aumentan los riesgos de sufrir múltiples violencias y constriñen las posibilidades de cuidarse a sí mismas y de vivir el embarazo en condiciones dignas. Ser cuidadas por familiares también supone dificultades, pues el consumo y la precariedad acarrea tensiones y conflictos; por otro lado, recibir cuidados por parte del Estado resulta todavía más complejo, ya que con frecuencia se las responsabiliza por no haber realizado la rutina de controles médicos, y se las considera negligentes cuando permanecen viviendo en la calle.

Esta valoración individualista pierde de vista la dimensión estructural del problema y la incapacidad de las instituciones para protegerlas, acentuando la reproducción generacional de la brecha social. Estos aspectos resultan de especial relevancia en el contexto uruguayo, caracterizado por una fuerte presencia estatal en la regula-

[5] Esto sucede cuando los bebés nacen prematuros, con alguna patología o se considera que la madre no está en condiciones de ofrecerle cuidados mínimos.

ción de la vida social. Una mirada en retrospectiva a la intervención estatal sobre las poblaciones marginalizadas revela que ésta ha sido eficaz para aparecer bajo múltiples maneras en sus trayectorias de vida, más no para modificar las condiciones acuciantes que los oprimen (Fraiman y Rossal, 2009). El caso de estas mujeres es un ejemplo claro de que el desenvolvimiento de lo que Foucault llamó gubernamentalidad, "entendida en el sentido amplio de técnicas y procedimientos para dirigir el comportamiento humano" (Foucault, 1997: 82, en Rose *et al*., 2006: 114), ata sus vidas a intervenciones institucionales que fijan su posición social, en lugar de modificarla, y que tornan en padecimientos cíclicos a las sucesivas maternidades, a las condiciones de desamparo, a la separación de sus hijos y a los incesantes intentos por recuperarlos.

Una prueba de omisión del Estado con respecto al cuidado de las mujeres durante el embarazo se hace evidente en el momento en que arriban al hospital a parir, con un estado de salud frágil. Poner el énfasis en que "no tuvieron" o "no recibieron" atención médica —entre otros tipos de cuidados que requieren— es una forma de mover el foco de la responsabilización de las mujeres hacia la del Estado; y ayuda a visibilizar que este fue poco eficaz en establecer a lo largo de sus vidas —y en especial en las situaciones que las involucran en tanto madres—, un vínculo estable y basado en la confianza que permitiera cuidarlas.

Dado que muchas de ellas tienen varios hijos, el hospital, en tanto espacio inevitable, es un lugar clave para comenzar a cubrir las necesidades que ambos requieren, y para desarrollar estrategias que apunten a modificar sus trayectorias de marginalidad. Sin embargo, ocurre que las mujeres que ya tuvieron hijos, y que conocen el riesgo de ser separadas de ellos, temen realizar consultas. La desconfianza por parte de usuarios de pasta base hacia las instituciones de salud fue notada por Epele (2007), para quien la mayor preocupación de estos sujetos es ser criminalizados por su consumo. Como resultado, "la duda, la sospecha, la desconfianza [...] se convierten en una de las barreras más importantes con las instituciones de salud" (*ibidem*: 167). Sus percepciones están fundadas en las experiencias previas con el sistema de salud, y en el vínculo conflictivo con otras instituciones y agentes estatales, como la policía. Entre las que sostienen un consumo intensivo, concurrir a un centro de salud resulta aún menos probable por las propias limitaciones que impone tales circunstancias. En un caso o en otro, el evitar el contacto con las instituciones de salud guarda relación con sentimientos de temor a sufrir represalias. Ellas no ven al hospital como un lugar donde solicitar ayuda, por el contrario, allí se sienten amenazadas y, sobre todo, expuestas a perder a sus hijos.

La falta de una atención adecuada podría comenzar a revertirse cuando llegan al hospital, sin embargo, las intervenciones están orientadas principalmente a "proteger el bien supremo, que son los niños", como me comentaron en repetidas ocasiones

distintos integrantes del equipo de salud. Aquí no se pone en tela de juicio que los recién nacidos requieren una especial atención, pero sí, que las necesidades específicas de las mujeres y sus derechos queden supeditados a los de sus hijos.

CUERPO, ADVERSIDAD Y ESTADO

El pasaje por el hospital también es una instancia en la que se producen configuraciones específicas entre sus cuerpos y las intervenciones institucionales, no exentas de violencia. Durante el trabajo de campo noté que sólo excepcionalmente ellas referían sus dolencias físicas y la fragilidad de su salud. A partir de ahí comencé a elaborar la idea de que los daños y violencias a las que se exponen cotidianamente —sobre todo si están viviendo en la calle y si el consumo es permanente, por los riesgos inherentes del mercado ilícito (Silva de Souza, 2004)[6]—, las conducen a obliterar su vivencia corporal. Esto no significa negar una dimensión corporal de las experiencias, sino que el cuerpo como "territorio" desde donde se producen significados, va desapareciendo de sus discursos. En sus relatos el cuerpo ocupaba siempre un segundo plano, a pesar de lo evidente de los daños y, a su vez, de la implicancia corporal de la maternidad. La oposición entre estos elementos es sólo aparente. Mientras más constantes se tornan las violencias, se las incorpora y normaliza como parte de lo cotidiano, y la experiencia corporal va siendo suprimida, ocultada o simplemente desestimada como relevante. No sólo las violencias que recaen en sus cuerpos pueden explicar este comportamiento, sino también los efectos del consumo de pasta base. Cuando narraban periodos de consumo intensivo en los que permanecían casi sin dormir y comer, aludían a una sensación de adormecimiento o falta de sensibilidad a estímulos como frío, calor, dolor o hambre y, en particular, estando bajo los efectos del consumo, a la falta de sentimientos. Castilla y Lorenzo (2012) hablan de "emociones maternales suspendidas" para referirse a la "supresión transitoria de la capacidad de expresar los sentimientos vinculados a la afectividad filial entre madres e hijos" (*ibidem*: 80) durante periodos de consumo. En el hospital la obliteración de la vivencia corporal se exacerba para ocultar el consumo y por sentirse expuestas a un escrutinio permanente. Allí sus cuerpos deteriorados constituyen la evidencia fáctica de su precariedad.

Esta actitud debe comprenderse como una forma de reaccionar frente a la inexistencia de condiciones para asumir una nueva maternidad, antes que, como desinterés, descuido o negligencia, a pesar del tipo de daños que pueda provocar. Entre los integrantes

[6] Observando las redes de economía ilícita en Río de Janeiro, el autor sostiene que "lo que posibilita la preservación de las redes del comercio ilícito diferencia de las redes informales, es justamente el uso de la violencia como factor distintivo y decisivo [...] el uso agresivo de la fuerza física (violencia), o la intimidación por medio de ella, es uno de los factores capaces de asegurar que los acuerdos firmados entre los agentes del mercado ilegal sean cumplidos" (Silva de Souza, 2004: 162-163).

del equipo de salud, el comportamiento de las mujeres genera controversia y no hay sentidos consensuados, así pues, para algunas, ciertas prácticas son inadmisibles, mientras que otros, se muestran más comprensivos y consideran sus circunstancias vitales. Al respecto, varias de ellas relataron que durante el embarazo el consumo se había intensificado a raíz de las angustias y preocupaciones por no contar con medios para afrontar una nueva maternidad, por lo general, con escaso apoyo por parte de los padres o sin él y, en los casos más extremos, viviendo en la calle. El consumo aparecía como una práctica que, incluso profundizando su precariedad, es vivido como una forma de lidiar con la adversidad; lo que no quita que las mujeres sientan culpa por haber consumido. La culpa, de hecho, es un sentimiento siempre presente en sus discursos. La obstinada presencia de este sentimiento da cuenta de cuán sujetas están al modelo de "amor maternal" y al rol de la buena madre. Resulta significativo observar que aun reconociéndose excluidas y estigmatizadas, ellas se responsabilizan por no poder brindar a sus hijos determinados cuidados y condiciones de vida. Una de ellas lo resumió con precisión cuando me dijo: "me di cuenta que mis hijos no tienen que seguir sacrificándose más por mí, soy yo la que tiene que sacrificarse por ellos, mis hijos no pidieron venir al mundo".

En otro contexto, pero que comparte con este las características de desamparo y escasez, Scheper-Hughes (1997) impugnó la noción del "amor maternal" revelando que, en condiciones de adversidad extrema, las actitudes y comportamientos de las mujeres pueden no corresponderse con lo que en las concepciones morales dominantes se considera correcto. La autora sostuvo que "el pensamiento materno no se guía por una justicia ciega o un compromiso con los principios universales abstractos" (1997: 388), por el contrario, el pensamiento moral de las mujeres está constreñido por condiciones relativas, concretas y específicas. Así pues, entender por qué los sujetos modifican sus prácticas en distintos contextos, llegando en ocasiones a verdaderas "rupturas morales" (Zigon, 2007) resulta necesario. Para Zigon, las "rupturas morales" son "momentos en que las personas o grupos de personas se ven forzadas a dar un paso más allá de su cotidianidad irreflexiva, para encontrar respuestas a ciertos dilemas éticos que requieren solución"[7] (*ibidem:* 140). Desde esta perspectiva, lo descrito más arriba sobre prácticas de consumo durante el embarazo, como también los episodios de *recaídas*[8] que con frecuencia sobrevienen luego del parto, pueden entenderse como disrupciones que acontecen cuando ciertas circunstancias opresivas se tornan imposibles de sobrellevar. Como se mencionó en otro lugar (Albano *et al.*, 2014), los usuarios de pasta base comparten con el común de la sociedad valores tradicionales como el trabajo, el apego a la familia y una diferenciación rigurosa de las respon-

[7] La traducción es mía.

[8] Volver a consumir luego de un tiempo sin hacerlo.

sabilidades según el género; en este sentido, no constituyen una alteridad por guiarse en sus comportamientos por otros "códigos", como ciertos discursos mediáticos argumentan, sino fundamentalmente por su posición social excluida y desacreditada.

Las interpretaciones propuestas por estos autores permiten comprender por qué lo que las mujeres dicen se ciñe a las pautas de la moral dominante, pero lo que hacen es visto como un comportamiento inapropiado, que puede incluso poner en riesgo la vida de sus hijos. En el contexto del hospital, ellas no sólo defienden su maternidad, sino que sostienen, casi sin excepciones, que "con este hijo saldré adelante", aludiendo al abandono del consumo de pasta base. En sus discursos, cuidar de sus hijos —en suma, *ser* madres— es la única forma posible de dejar el consumo atrás. El amor materno viene a desplazar otras necesidades. Sin embargo, sus experiencias concretas muestran que el abandono del consumo no es un proceso lineal, y muchas veces, ni siquiera definitivo, y que bajo circunstancias de violencia y desprotección, las posibilidades de cuidar de sus hijos se ven severamente reducidas. La colocación, en términos excluyentes de la maternidad y el consumo, encuentra continuidad en la postura de los integrantes del equipo de salud, quienes exigen esta escisión y la controlan mediante métodos específicos como el *screening* de orina.

PEREGRINAJES INSTITUCIONALES

Cuando alguna paciente llegaba al hospital bajo los efectos del consumo reciente era común escuchar la expresión "llegó con un cuadro de intoxicación". La identificación del consumo de pasta base se considera un factor de riesgo suficiente para realizar una investigación sobre esa mujer, es decir, para determinar qué medidas se adoptarán respecto a sus hijos. Así explicaba el procedimiento un médico:

> Las identificamos porque vinieron intoxicadas en el parto, no tuvieron ningún control del embarazo, viven en la calle o no sabemos dónde viven, no tienen trabajo, tienen otros hijos institucionalizados anteriores o ellas han estado acá y nosotros sabemos que tienen otros hijos que entraron dentro de la organización de protección infantil del Uruguay, por lo tanto, hacer una adecuada investigación de si ella puede hacerse cargo de su bebé lleva más tiempo, y después, muchas de ellas entran dentro de la judicialización, que es que pasan a juez su caso para que el juez decida si ella se queda con su bebé o va a otro lugar, y eso también lleva un tiempo considerable, a veces los bebés están meses con nosotros.
> E: ¿Hay alguna diferencia en la atención a estas mujeres y las que no se identifican como consumidoras?
>
> Siempre que se identifican factores de riesgo social altos se hace una investigación, para ayudar a la mujer para ver si existe algo en su red familiar, o en la red social, que pueda hacerse cargo del bebé. Sin duda, la declaración de consumo también dispara la investigación de si ella está apta o no para cuidar a su bebé, podría decir siempre que existen mu-

> chos factores de riesgo se investiga, pero el consumo también es un factor de riesgo importante, y sólo habiendo definido que consumió pasta base de cocaína durante el embarazo se hace una investigación especial por los riesgos que puede tener para su hijo.

Es paradójico cómo, buscando el cuidado, se traza entre ellas y la institución una relación desigual y de un mutuo malestar (Canevari, 2011). La llegada al hospital y el nacimiento de sus hijos da inicio a una etapa signada por recorridos institucionales múltiples, tanto si se judicializa el caso, como si no. Una vez que se detecta el ingreso de "una madre consumidora", la intervención primera es la del estudio de orina para comprobar el consumo reciente, seguida por la del equipo multidisciplinario, integrado por psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales y médicos. Cada área realiza un informe con el que es evaluado el comportamiento de la mujer; a través de este deciden si permanecerá con su hijo o no. Los casos que presentan mayores problemáticas, o sobre los cuales no se llega a un acuerdo, son los que se judicializan. Esto implica un nuevo proceso en el cual las mujeres y sus familiares u otros testigos son citados por un juez, quien decidirá a quién le será dada la tenencia del recién nacido, o si, en caso de no haber las condiciones mínimas para su cuidado, el bebé debe ser "institucionalizado". Institucionalizar a un recién nacido quiere decir que será trasladado a un hogar del INAU.[9] Más adelante el juez puede determinar que sea devuelto a su madre, padre u otro familiar, o finalmente, que debe ser dado en adopción, es decir, cuando las mujeres u otros familiares dejan de concurrir a visitarlos durante un tiempo prolongado.

Mientras transcurre el proceso de judicialización los bebés permanecen en el hospital, por lo que las mujeres que luchan por estar junto a sus hijos, si fueron dadas de alta, concurren de manera frecuente —cuando consiguen los recursos para hacerlo—; al mismo tiempo, enfrentan la instancia de judicialización y sus múltiples requisitos burocráticos, lidian con la abstinencia —mantenerse sin consumir pasta base es prácticamente un requisito para que les devuelvan a sus hijos— e intentan construir relaciones que les permitan mostrar ante el juez la existencia de ciertas redes vinculares de contención. Incluso, cuando la tenencia les es otorgada a ellas, también tienen que realizar una serie de trámites que tienen el cometido de hacer un seguimiento de su situación.

> Las muchachas van hablando y mientras una toma la palabra el resto mantiene un silencio riguroso. Fue el turno de Camila, quien lleva algo más de un año sin consumir (desde que nació su hija), y cada tanto aparece por el grupo.[10] Cuenta que consiguió una "changa"[11] haciendo limpieza dos

[9] Instituto del Niño y el Adolescente del Uruguay.

[10] Grupo terapéutico para mujeres con uso problemático de drogas. Este funciona dentro del hospital.

[11] Trabajo informal, puede ser puntual o por periodos cortos de tiempo.

veces por semana en una casa, y que está realizando los trámites en el juzgado para recuperar la tenencia de sus dos hijos más grandes. El proceso la tiene agotada entre citaciones, presentación de testigos y una disputa permanente con el padre de sus hijos (Grupo terapéutico, octubre de 2013).

Una de las organizadoras cede la palabra a Paula, que se veía triste y cabizbaja mientras esperaba su turno. Ella pernocta en un refugio porque la situación con su pareja es insostenible. Allí ingresa a las 7 de la tarde, se da un baño, come, realiza alguna tarea y se acuesta. Dice que en ese lugar se siente mejor, pues por lo menos tiene un baño y un lugar para descansar, si bien sólo es para pasar la noche. Cuenta que le realizaron la ligadura de trompas, la cual había solicitado hace más de un año, cuando nació su última hija. "Me vine con terrible valija, yo dije por lo menos quince días voy a estar, y estuve cuatro y para afuera". Paula esperaba pasar más tiempo en el hospital, "bien tranquila", lejos de los problemas que vive a diario. Las organizadoras del grupo la felicitaron por haber actuado decidida en relación a la ligadura de trompas, señalando "sabés a cuántas llaman y no van y pierden la oportunidad".

Paula tiene 7 hijos, todos institucionalizados y en distintos hogares. Nos cuenta que le pidió a la asistente social del refugio que la ayudara a recuperarlos. Las organizadoras del grupo le preguntan si los va a ver y contesta que sí, moviendo la cabeza. Los jueves visita a su bebé. "¿Y cómo te sentís?", "en parte bien y en parte triste porque está ahí y no conmigo, pero sé que ahí está bien". Los sábados recoge a tres de sus hijas, quienes están a cargo de distintas cuidadoras. Hace lo posible por verlas, pero se torna difícil por las vueltas que tiene que dar.

Le pregunto si tuvo noticias de las empresas de limpieza a las que se había postulado para trabajar. La habían llamado de una, "pero no me servía el horario", cuenta. Le pedían trabajar de 14 a 22 horas y rechazó la oferta, pues pensó que tendría que dejar de ir a ver a su bebé, agregando luego que se había arrepentido. Incluso había considerado trabajar durante la madrugada, pero en ese caso: ¿cuándo descansa y dónde? Nos dice con angustia que se había "entreverado" y que no supo tomar la decisión correcta en ese momento (Grupo terapéutico, noviembre de 2013).

¿Cuál sería la decisión correcta para una mujer que prácticamente vive en la calle y quiere recuperar a sus hijos, tener un trabajo estable y vivir una vida digna? Paula es consciente de que los jueces valoran positivamente que las madres visiten a sus hijos y, frente a esa situación, entendió que se vería perjudicada si tomaba el trabajo. Decidió sin recibir apoyo y desconociendo si existe oportunidad de que se coordine otro horario de visita en los hogares donde están sus hijos. Su vida puede considerarse un caso extremo y lamentablemente representa la situación de muchas de estas mujeres, entre quienes las redes de contención son sumamente frágiles. Su experiencia muestra

que el Estado está presente para proteger a sus hijos, pero no a ella.

Los relatos de Camila y Paula permiten ver cómo los tiempos y mecanismos institucionales tienen un peso decisivo en sus trayectorias de vida, pues el Estado regula los procesos de las "maternidades inapropiadas" (Darré, 2013), judicializando, institucionalizando a sus hijos e interviniendo en la salud reproductiva de las mujeres. Sobre este último aspecto, cabe mencionar que cuando ellas solicitan ligadura de trompas, porque no desean volver a quedar embarazadas, el equipo de salud suele mostrar cierta resistencia, ya que al ser todavía jóvenes, no consideran adecuado limitar su capacidad reproductiva. Sólo excepcionalmente se realizaba esta intervención mientras permanecían internadas. El caso de Paula muestra que fue citada luego de un año de espera y concurrió a pesar de sus dificultades. Pero no sucede así con todas; en la misma reunión en la que ésta relataba la intervención, otra mujer comentó "tuvo suerte, porque yo me anoté cuando nació Mica y todavía sigo esperando, y en el medio tuve a Braian".

Los procesos de judicialización no sólo requieren recursos —materiales y simbólicos—, de los cuales muchas veces ellas no disponen, sino que se extienden en el tiempo, pudiendo durar años. Con cada nueva maternidad se repite el procedimiento. La responsabilización de las mujeres-madres, antes que la de los hombres-padres, figuras ausentes en buena parte de los casos, hace que sean ellas quienes mayoritariamente se expongan a transitar por estos dispositivos institucionales.

Los recorridos por las distintas instituciones son interminables, instalándose en su vida como otro elemento constitutivo de sus padecimientos. Son verdaderos *peregrinajes institucionales* dentro del Estado. Estos peregrinajes pueden traducirse como recorridos burocráticos que se extienden en el tiempo, y que se vuelven cíclicos, los cuales son realizados por las mujeres que buscan preservar o recuperar aquello que sienten como único: sus hijos. Caracterizados por la exigencia antes que por la ayuda, dichos recorridos refuerzan las condiciones de marginalidad en las que viven, por lo que constituyen un tipo de específico de violencia estatal. En la medida en que los problemas que las afectan permanecen presentes a lo largo el tiempo, estos procesos pueden interpretarse como castigos morales, tornando a esta población una alteridad cada vez más radical.

PALABRAS FINALES

He procurado exponer algunas de las más acuciantes problemáticas que viven las mujeres-madres-usuarias de pasta base, enfocando sus vínculos con el Estado y el papel que este juega en la gestión de sus maternidades. La complejidad de las tramas, violencias y situaciones indagadas, donde las concepciones morales juegan un papel clave, torna apremiante conocer cómo se construyen y, en tanto investigadores, nos interpela a aportar herramientas para su resolución. Retomando a Scheper-Hughes (1997), creo que una manera de promover transformaciones es

dando a conocer las realidades de estas mujeres.

Las mujeres que son usuarias de pasta base provienen mayoritariamente de sectores sociales sumergidos en la pobreza. En sus trayectorias de vida coexisten prácticas de consumo con la maternidad. Hay momentos en que el consumo es más intenso y otros donde se modera o se abandona. Con frecuencia han sido madres en sucesivas oportunidades y estas tienen en común una intervención estatal que viven como una amenaza antes que como una ayuda.

El Estado aparece atravesando sus vidas con distintos dispositivos. Pero el problema no parece ser la presencia, sino el modo de intervenir. Si durante el embarazo se muestra ineficiente para establecer lazos de protección y cuidado de las mujeres y sus hijos, luego del parto asedia con requerimientos que resultan extremadamente difíciles de cumplir, teniendo la potestad de decidir qué hacer con sus hijos. Las más perjudicadas siempre son las que están en las posiciones de mayor exclusión, pues son las que cuentan con menor sostén afectivo y de recursos, las que tienen menos oportunidades de permanecer junto a sus hijos y, en definitiva, las que pierden todas las batallas por recuperarlos.

El consumo de pasta base ocupa un lugar importante pero no es el único elemento que determina sus comportamientos, sin embargo, muchas veces es una vía de desahogo. No obstante, desde la perspectiva del equipo de salud se entiende que esta práctica contiene un riesgo suficiente para disparar la investigación sobre las aptitudes de las mujeres para cuidar a sus hijos. En otro lugar (Albano *et al.*, 2014) constatamos que en las trayectorias de vida de usuarios con consumo problemático de pasta base, la vulnerabilidad aparece de manera previa al inicio del consumo, por lo que no debería entenderse la abstinencia como la clave para que las mujeres puedan cuidar de sus hijos, puesto que ello no se corresponde de manera lineal con mejores condiciones de vida. La precariedad desborda los riesgos específicos que instala el consumo, y la conjugación entre escasez y violencias que sufren en el cotidiano, socava su deseo de ejercer la maternidad en condiciones dignas. Con frecuencia el consumo (re) aparece en situaciones de angustia y fragilidad en sus redes de contención, mientras que las instituciones del Estado no logran tener un papel relevante para evitar estas situaciones, aun cuando hay ciertos esfuerzos orientados a ello. En especial el descubrirse embarazadas puede empujarlas a intensificar el consumo, relacionado al hecho de no contar con medios para asumir el cuidado de un nuevo hijo.

Un aspecto que merece ser destacado es que ciertas perspectivas y valores que aparecen en los discursos de las mujeres, se corresponden con los del equipo de salud. Tanto unas como otros otorgan a la maternidad un lugar sustancial, y entienden necesario abandonar el consumo. Sin embargo, las prácticas de ambos actores revelan otra realidad. En el caso de las mujeres, las condiciones de vida menoscaban sus posibilidades de cuidar de sus

hijos como quisieran y, muchas veces, cuidados maternales y consumo coexisten; del otro lado, los dispositivos estatales terminan por cumplir un papel determinante en establecer protocolos de separación, antes que de protección de madres e hijos y de preservación de su vínculo. Un ejemplo paradigmático es lo que aquí he aludido como *peregrinajes institucionales* o recorridos por diversas instituciones que realizan las mujeres para recuperar a sus hijos "institucionalizados", generándose itinerarios cíclicos, que reaparecen en cada instancia de maternidad y que sólo excepcionalmente arriban a resultados favorables.

BIBLIOGRAFÍA

Albano, G. *et al*. (2014), "Caminando solos", en Héctor Suárez y Marcelo Rossal (coords.), *Fisuras. Dos estudios sobre pasta base de cocaína en el Uruguay. Aproximaciones cuantitativas y etnográficas*, Montevideo, fhce/oud, pp. 61-154.

_____ (2015), "Legal, ilegal, legítimo. Usuarios de pasta base de cocaína en Montevideo", *Gazeta de Antropología*, vol. 1, núm. 31.

Badinter, E. (1981), *¿Existe el amor maternal? Historia del amor maternal. Siglos xvii al xx*, Barcelona, Paidós.

Bourdieu, P. (1990), *Sociología y cultura*, México, Grijalbo.

Bourgois, P. (2010), *En busca de respeto: vendiendo crack en Harlem*, Buenos Aires, Siglo XXI.

Butler, J. (2007), *El género en disputa. El feminismo y la subversión de la identidad*, Madrid, Paidós.

Canevari, C. (2011), *Cuerpos enajenados. Experiencias de mujeres en una maternidad pública*, Santiago del Estero, Barco Edita, fhu/unse.

Castelli, L. (2016), "Mujeres-madres-usuarias de pasta base. Maternidad y consumo en contextos de pobreza", en Mario Moraes (coord.), *Consumo de pasta base de cocaína y cocaína en mujeres durante el embarazo*, Montevideo, ei/udelar, pp. 77-136.

Castilla, V. y G. Lorenzo (2012), "Maternidad y consumo de pasta base/paco en barrios marginales de Buenos Aires", *Cuadernos de Antropología Social*, núm. 36, pp. 69-89.

_____, M. Epele y C. Olsen (2012), "Dinámicas familiares, prácticas de cuidado y resolución de problemas asociados al consumo intensivo de pasta base/paco en Buenos Aires, Argentina", *Antípoda: Revista de Antropología y Arqueología*, núm. 14, pp. 209-229.

Darré, S. (2013), *Maternidad y tecnologías de género*, Buenos Aires, Katz Editores.

De Beauvoir, S. (2013), *El segundo sexo*, Buenos Aires, DeBolsillo.

Epele, M. (2007), "La lógica de la sospecha. Sobre criminalización del uso de drogas, complots y barreras de acceso al sistema de salud", *Cuadernos de Antropología Social,* núm. 25, pp. 153-170.

Farmer, P. (2004), "An anthropology of structural violence", *Current Anthropology*, vol. 3, núm. 45, pp. 305-325.

Fraiman, R. y M. Rossal (2009), *Si tocás pito te dan cumbia. Esbozo antropológico de la violencia en Montevideo*, Montevideo, aecid/pnud/mi.

_____ (2011), *De calles, trancas y botones. Una etnografía sobre pobreza, violencia y solidaridad urbana*, Montevideo, bid/mi.

Garibotto, G. *et al*. (2006), "El paco bajo la lupa. El mercado de la pasta base de cocaína en el Cono Sur", *Drogas y conflicto. Documentos de debate*, núm. 14.

Imaz, E. (2010), *Convertirse en madre. Etnografía del tiempo de gestación*, Madrid, Feminismos/Ediciones Cátedra/Universidad de Valencia.

_____ (2010a), "Entre ginecólogos y matronas. La relación con el médico en la cotidianidad de la embarazada", en Mari Luz Esteban, Josep Comelles y Carmen Díez Mintegui (eds.), *Antropología, género, salud y atención*, Barcelona, Ediciones Bellaterra, pp. 173-189.

Manrique, S. *et al*. (2007), "Meconio: vehículo de biomarcadores de exposición a sustancias psicoactivas en gestantes", *NOVA, Publicación en Ciencias Biomédicas*, vol. 7, núm. 5, pp. 76-83.

Margulis, M. (2001), "Juventud: una aproximación conceptual", en Solum Donas Burak (comp.), *Adolescencia y juventud en América Latina*, Cartago, Libro Universitario Regional, pp. 41-56.

Melotto, P. (2009), "Trajetórias e usos de crack: estudo antropológco sobre trajetórias de usuários de crack no contexto de bairros populares de São Leopoldo-RS", tesis de maestría, ppgas-ufrgs.

Mena, M. *et al*. (2000), "Drogadicción embriofetal por abuso de pasta base de cocaína durante el embarazo", *Revista Médica de Chile*, vol. 10, núm. 128, pp. 1093-1100.

Moraes, M. *et al*. (2010), "Consumo de pasta base de cocaína en el Uruguay en el embarazo, su incidencia, características y repercusiones", *Archivos de Pediatría del Uruguay*, vol. 2, núm. 81, pp. 100-104.

Observatorio Uruguayo de Drogas (2012), *5ta encuesta nacional en hogares sobre consumo de drogas*, Montevideo, oud/jnd.

Ortner, S. (1979), "¿Es la mujer con respecto al hombre lo que la naturaleza con respecto a la cultura?", en Olivia Harris y Kate Young (comps.), *Antropología y feminismo*, Barcelona, Anagrama, pp. 109-131.

Rose, N. *et al*. (2006), "Gubernamentalidad", *Astrolabio*, núm. 8, pp. 113-152.

Rossal, M. (2013), "Dispositivos estatales, moralidades y dones envenenados: aproximaciones etnográficas a las relaciones de intercambio de pasta base de cocaína", tesis de maestría, Montevideo, fhce-udelar.

Rostagnol, S. (2012), "De la maternidad elegida a no ser madre (por ahora): anticoncepción y aborto en la vida de las mujeres", *Sexualidad, Salud y Sociedad-Revista Latinoamericana*, núm. 12, pp. 198-223.

_____, y M. Viera (2006), "Derechos sexuales y reproductivos: condiciones habilitantes y sujetos morales en los servicios de salud. Estudio en el Centro Hospitalario Pereira Rossell, Uruguay", en Susana Checa (ed.), *Realidades y coyunturas del aborto: entre el derecho y la necesidad*, Buenos Aires, Paidós, pp. 299-316.

Rui, T. (2012), "Corpos abjetos: etnografia em cenários de uso e comércio de crack", tesis de doctorado, Campinas, ifch-Unicamp.

Scheper-Hughes, N. (1997), *La muerte sin llanto. Violencia y vida cotidiana en Brasil*, Madrid, Ariel.

Silva de Sousa, R. (2004), "Narcotráfico y economía ilícita: las redes del crimen organizado en Río de Janeiro", *Revista Mexicana de Sociología*, núm. 66, pp. 141-192.

Suárez, H., y J. Ramírez (2014), "Los desposeídos", en Héctor Suárez y Marcelo Rossal (coords.), *Fisuras. Dos estudios sobre pasta base de cocaína en el Uruguay. Aproximaciones cuantitativas y etnográficas*, Montevideo, fhce/jnd, pp. 23-59.

Zigon, J. (2007), "Moral breakdown and the ethical demand: a theoretical framework for an anthropology of moralities", *Anthropological Theory*, vol. 2, núm. 7, pp. 131-150.