



Universidad Nacional de Rosario

Facultad de Ciencias Políticas y Relaciones Internacionales

Escuela en Trabajo Social

Cooperativa de Trabajo Padre Misericordioso: El consumo problemático de sustancias psicoactivas desde una perspectiva de género

Cintia Imoberdorf

Trabajo Integrador Final

Licenciatura en Trabajo Social

Directora: Lic. Betina Bovino

Rosario, 2021

Gracias,

A mis padres, por las oportunidades brindadas, por la confianza inquebrantable y por el apoyo incondicional, siempre.

A mi hermana y a mi hermano, por la complicidad, la alegría, el aguante y el amor.

A mi directora de tesina, por la paciencia, la dedicación y los aprendizajes compartidos, pero sobre todo por su cálido y afectuoso acompañar.

A mis amigas y amigos, los de acá y los de allá, por hacer de éste y todos los transitaros más amenos, por sostener y alentar, por ser familia.

A mis compañeras de trabajo, por el compromiso y la solidaridad, por los encuentros y desencuentros que tanto nos hacen crecer, por la cercanía y el afecto.

A las mujeres que transitan y han transitado el Centro de Día de Mujeres, por los aprendizajes recíprocos, por su valentía, por animarse a reconocernos y creer en las unas en las otras.

A la Universidad Pública, por alojarme y por empujarme a expandir la mirada y el corazón.

Resumen

El presente trabajo responde al “Trabajo Integrador Final” de la Licenciatura en Trabajo Social, carrera que se dicta en la Facultad de Ciencias Políticas y Relaciones Internacionales de la Universidad Nacional de Rosario. El mismo tiene la intención de incluir la perspectiva de género en el campo de los consumos problemáticos de sustancias psicoactivas y desde allí analizar el doble estigma con que cargan las mujeres que padecen dicha problemática.

En función de ello, se realiza un recorrido teórico que habilita a la construcción y reflexión sobre la problemática y se recupera, mediante el análisis de entrevistas realizadas al equipo interdisciplinario, la experiencia del Centro de Día de Mujeres de la Cooperativa de Trabajo “Comunidad Padre Misericordioso”.

Palabras Clave: consumo problemático – sustancias psicoactivas – género – representaciones sociales – estigmas.

Índice

Introducción.....	5
Capítulo 1: ¿Drogadicción o consumo problemático de sustancias?.....	10
1.1. El consumo como problema.....	10
1.2. Problematicando los consumos: ¿Qué vínculo tejemos con las sustancias?.....	13
1.3. Estrategias de abordaje.....	16
1.4. Modelos de Abordaje.....	17
1.5. Consumos Problemáticos y Representaciones Sociales.....	22
1.6. Marco legal.....	24
Capítulo 2: Perspectiva de género: Aproximaciones teóricas.....	32
2.1. Sexo y Género.....	32
2.2. Patriarcado.....	35
Capítulo 3: Mujeres y Consumidoras. La experiencia del Centro de Día de Mujeres de la Cooperativa de Trabajo Comunidad Padre Misericordioso.....	38
3.1. Doble Estigma.....	45
Capítulo 4: Consumo problemático de sustancias, perspectiva de género y Trabajo Social.....	53
Reflexiones Finales.....	57
Referencias Bibliográficas.....	60
Anexo.....	66

Introducción

En los últimos cincuenta años, el consumo problemático de sustancias psicoactivas se ha transformado en una de las cuestiones que mayor relevancia, interés y preocupación ha cobrado, ya que se trata de una problemática que nos afecta de manera transversal a todos los ciudadanos y ciudadanas y que genera consecuencias devastadoras no solo a nivel individual sino también a nivel del lazo social. Podemos dar cuenta de esta situación ya que se trata de un tema que ocupa cada vez más espacio en la agenda pública, generando acalorados debates políticos y mediáticos.

Es por esto que nos interpela y compromete a numerosas instituciones gubernamentales y no gubernamentales así como también a distintos grupos sociales. Sumado a lo anterior, predomina un sentido común que vincula directamente el consumo de sustancias psicoactivas con otras problemáticas sociales como la violencia, el delito, la juventud, la inseguridad ciudadana, la prostitución, el VIH-SIDA.

Esta vinculación es problemática porque de ella se desprenden una inmensa cantidad de representaciones sociales que afectan principalmente a las personas que padecen un consumo problemático. Estas representaciones, en su mayoría, como desarrollaremos más adelante, devienen en estigmas, entendidos estos, según Erving Goffman (2006) como atributos profundamente desacreditadores, los cuales dotan a las personas de cierta identidad social. Siguiendo la propuesta del autor, es preciso que los pensemos en términos de relaciones, ya que mientras tal atributo, por un lado estigmatiza a quien lo posee, por otro lado puede confirmar la normalidad del resto que no lo posee. Goffman plantea que existen tres tipos de estigmas: las deformaciones del cuerpo; los defectos del carácter, como la falta de voluntad, la deshonestidad, las pasiones antinaturales que refieren a perturbaciones mentales, adicciones, homosexualidad, desempleo; y por último estigmas tribales asociados a cuestiones de nación, raza, religión.

Por consiguiente, la sociedad puede, y de hecho lo hace, rechazar y excluir a aquellas personas que no poseen determinada característica común o que cargan con alguna cualidad que se sale de la norma y por lo tanto son considerados diferentes. Esto ocurre y se refleja en el campo de

los consumos problemáticos de sustancias psicoactivas, tema que nos interesa abordar en este trabajo, donde transitan gran cantidad de mitos y prejuicios.

Estos prejuicios y estereotipos se intensifican y agravan cuando se transversalizan con características relativas a la posición social, al nivel económico y educativo, a la edad, a la nacionalidad y también al género. En este sentido, podríamos afirmar que se produce un doble estigma si quienes consumen sustancias psicoactivas son mujeres. Es decir, que las representaciones sociales negativas se refuerzan y agravan de acuerdo a los valores y comportamientos socioculturales que tradicionalmente se nos han adjudicado a las mujeres: ser madres y esposas, cuidadoras de otros, bondadosas, dóciles, pasivas y sensibles. Y como consecuencia, esto genera un mayor rechazo y condena social, ya que rompe con los mandatos femeninos establecidos. En la sociedad actual, capitalista y patriarcal, se juzga como incompatible el hecho de ser madre y ser adicta y la condena es aún mayor si además de adicta se es pobre.

Y si a esto sumamos que vivimos en un contexto socio-histórico que continúa sufriendo las consecuencias del desarrollo de las políticas neoliberales, las cuales han labrado procesos de exclusión que arrojaron como resultado una gran fragmentación de la sociedad: individualismo, competencia, precarización laboral y desempleo, profundización de la pobreza y de las desigualdades, podemos decir, entonces, que estamos ante una problemática social compleja. Al respecto, Alfredo Carballada señala que:

“estas surgen en una tensión entre necesidades y derechos, la diversidad de expectativas sociales y un conjunto de diferentes dificultades para alcanzarlas en un escenario de incertidumbre, desigualdad y posibilidades concretas de desafiliación. Las problemáticas sociales complejas irrumpen en un mundo en el cual el mercado aparece como gran disciplinador y en el que el orden simbólico y real de la vida cotidiana se presenta como efímero y sin sentido...”. (Carballada, 2008: 262)

En el presente trabajo nos proponemos adentrarnos y profundizar en el tema del consumo de sustancias psicoactivas desde una perspectiva de género. El interés sobre el tema surge, en primer lugar, a raíz de la propia experiencia laboral en el Centro de Día de Mujeres de la Comunidad Padre Misericordioso (CPM), dispositivo que aborda situaciones de consumo problemático de sustancias y en el que nos encontramos trabajando desde hace tres años. En segundo lugar, pon nuestra propia trayectoria como mujeres en un mundo patriarcal y

androcéntrico, por nuestra historia y nuestras vivencias que nos conmueven e incentivan a reivindicar la construcción de lazos más afectivos y solidarios entre nosotras.

En este trayecto nos han surgido múltiples interrogantes: ¿la vivencia de un consumo problemático es igual para varones que para mujeres? ¿Existen diferencias en las prácticas y modalidades de consumo de los mismos? ¿Y en las motivaciones? Socialmente, ¿se reacciona o se valora de la misma manera si quien consume es un hombre o es una mujer? ¿Qué sucede con la maternidad/paternidad y las prácticas de cuidado? ¿Podemos aplicar abordajes y tratamientos idénticos para hombres y mujeres?

Teniendo en cuenta los elementos enunciados, nos planteamos como objetivo general indagar el doble estigma que sufren las mujeres consumidoras de sustancias psicoactivas que asisten al Centro de Día de Mujeres de la Cooperativa de Trabajo CPM, en el período que transcurre de 2018 hasta la actualidad.

Como objetivos específicos nos proponemos, en primer lugar, indagar sobre el estigma que sufren las personas por ser consumidores y consumidoras de sustancias psicoactivas. Luego, analizar cómo el doble estigma incide en las diferentes esferas de la vida de las mujeres. Y, finalmente, indagar cuál es el rol del Trabajo Social en esta problemática y la importancia de su intervención.

Para ello tendremos en cuenta dos enfoques. Por un lado la propuesta de la Sedronar, de una mirada y abordaje integrales de los consumos problemáticos, esto es, entendiéndolos como un proceso multicausal, producto de la relación que pueda tejerse entre un sujeto, una o varias sustancias y un determinado contexto, y que como tal nos afecta e involucra a todos como sociedad. Por otro lado, desde un enfoque de género, que según el punto de vista de Silvia Levin (2014), nos invita a interpelarnos y nos desafía desde dos ángulos: como forma de conocimiento, garantizando una visión amplia, inclusiva y diversa, que nos permita romper con la mirada androcéntrica del mundo y de la vida así como también cuestionar las maneras en que la sociedad patriarcal piensa y actúa; y como modo de vida, lo que requiere de una transformación personal, que podamos descubrir y asimilar los propios obstáculos internalizados de nuestra cultura patriarcal, transformarnos para transformar.

Por todo lo expuesto, la perspectiva y las estrategias metodológicas para realizar este trabajo son cualitativas. Porque, como dice Irene Vasilachis de Gialdino, *“la investigación cualitativa se interesa, en especial, por la forma en la que el mundo es comprendido, experimentado, producido; por el contexto y por los procesos; por la perspectiva de los participantes, por sus sentidos, por sus significados, por su experiencia, por su conocimiento, por sus relatos”* (Vasilachis de Gialdino, 2006: 28).

La elaboración del mismo ha sido realizada a través de la recopilación y análisis de una selección de documentos, material bibliográfico y legislaciones existentes sobre el tema. Asimismo, se han recolectado datos a partir de la realización de entrevistas semi-estructuradas al equipo de profesionales que se desempeña en el Centro de Día de Mujeres de la CPM y de la observación participante y no participante. Se trata de un proceso reflexivo, en el que intentamos enfrentaremos y poner en jaque nuestros propios preconceptos, entendiendo que los valores personales nos acompañan en la labor de esta investigación y que no somos meramente observadoras sino que nos encontramos inmersas e interactuamos en la realidad investigada.

El presente trabajo se encuentra organizado en cuatro capítulos. En el primero, intentamos aproximarnos a la problemática del consumo de sustancias, entendiendo que se trata de un fenómeno complejo y multicausal. Para ello buscamos acercarnos a la construcción social de la problemática, analizar qué lugar ocupan las sustancias en nuestra sociedad, cuáles son las estrategias y modelos mediante los cuales se ha abordado históricamente la problemática, y un breve recorrido por las leyes que la han regulado.

En el segundo capítulo, desplegamos algunos conceptos y categorías que vienen proponiendo y reivindicando los feminismos desde hace décadas, como la diferencia entre sexo y género, y patriarcado, los cuales consideramos que son fundamentales tomar en cuenta para poder incluir la perspectiva de género en el abordaje de los consumos problemáticos. Allí analizaremos cómo la estructuración de la familia y la organización del cuidado nos ubican a las mujeres en una posición de desventaja y subordinación respecto de los hombres.

En el tercer capítulo, intentaremos analizar el doble estigma que padecen las mujeres consumidoras de sustancias psicoactivas, por un lado, por el solo hecho de realizar esta práctica y por el otro, por el hecho puntual de ser mujeres, lo que implicaría alejarse del modelo idealizado y

de los mandatos sociales establecidos para ellas. Para este fin, tomaremos en cuenta la experiencia de las mujeres que asisten al Centro de Día de Mujeres de la CPM en la ciudad de Rosario a partir de la realización de entrevistas al equipo de profesionales que aborda y acompaña las situaciones en dicho dispositivo.

En el cuarto y último capítulo, intentaremos visualizar y plantear la relevancia del Trabajo Social en los equipos interdisciplinarios que intervienen en el campo de los consumos problemáticos de sustancias psicoactivas y cuáles pueden ser sus aportes.

Capítulo 1

¿Drogadicción o consumo problemático de sustancias?

1.1. El consumo como problema

A partir de los años sesenta, a lo largo y a lo ancho del mundo, el consumo de sustancias psicoactivas ha ido en continuo aumento, como podemos observar en los datos que aportan los estudios realizados por distintos organismos competentes, como la Oficina de las Naciones Unidas contra la droga y el Delito (UNODC)¹ a nivel internacional y el Observatorio Argentino de Drogas (OAD)² a nivel nacional. Sin embargo, es a partir de la década del noventa que esta problemática aparece como síntoma de malestar social que, producto del fracaso de las políticas y discursos prohibicionistas que predominaron en las décadas anteriores y del tratamiento parcial y sesgado de la misma por los medios masivos de comunicación, se la comienza a asociar a otros conflictos como la violencia, la deserción escolar, la delincuencia, la marginalidad, el VIH-SIDA.

Aunque el consumo de sustancias psicoactivas data de muchísimo tiempo atrás. Las tribus y grupos más antiguos y de distintas partes del mundo ya utilizaban distintos tipos de sustancias psicoactivas como hierbas, hongos y plantas para acompañar prácticas médicas o cultos religiosos y mágicos.

José Gómez Di Vincenzo y Martín Cagide, desde la Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina (Sedronar³), afirman que si bien las problemáticas ligadas al

¹ https://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/WDR2012/WDR_2012_Spanish_web.pdf

² <https://www.argentina.gob.ar/sedronar/investigacion-y-estadisticas/observatorio-argentino-de-drogas/estudios/area-de-interes/consumo-de-drogas-en-la-poblacion-general>

³ Anteriormente denominada Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico. El cambio de nombre fue idóneo al cambio de funciones de la Secretaría, que a partir del decreto 33/2017 tuvo como nuevos lineamientos la coordinación de políticas y estrategias para la prevención, capacitación y tratamiento de las adicciones, en articulación con los Ministerios de Salud, Desarrollo Social y Educación y Deportes, mientras que la lucha contra el Narcotráfico fue traspasada al Ministerio de Seguridad.

consumo de sustancias psicoactivas se han incrementado notablemente en los últimos cincuenta años, el consumo de las mismas comenzó hace mucho tiempo. Los autores argumentan que existe gran cantidad de evidencia de que los pueblos aborígenes de nuestro continente consumían drogas como alcohol y alucinógenos, aunque se trataba de un consumo diferente al que observamos en la actualidad:

“El consumo de aquéllos pueblos era un consumo reglado de una manera particular. No se consumía en cualquier momento, sino que se lo hacía en cierto momento del año, en general vinculado con alguna cuestión religiosa, o para celebrar algún acontecimiento significativo, como el término de la cosecha. No consumía cualquier miembro de la comunidad, sino que eran personas autorizadas por la liturgia quienes lo hacían, los llamados chamanes, para conectarse con fuerzas espirituales o con los dioses” (Gómez Di Vincenzo y Cagide, 2019: 17).

Podríamos decir entonces que según la época y las diferentes culturas, ciertas sustancias pueden o no ser concebidas como “drogas”, y el consumo de las mismas puede no ser un problema. Ahora bien, en la sociedad actual, el consumo ocurre de una manera muy diferente: consume todo tipo de persona y en cualquier momento o lugar; y existe una gran variedad de sustancias, que ocasionan efectos cada vez más rápidos y que pueden ser adquiridas cada vez más fácilmente.

Siguiendo el paralelo que establecen Gómez Di Vincenzo y Cagide, cabe que nos preguntemos si acaso no sucede lo mismo con otros objetos de consumo, como por ejemplo los celulares. Los primeros que aparecieron, satisfacían estrictamente la necesidad de comunicarse, generalmente los utilizaban los adultos, con un objetivo específico y de forma moderada. Luego empezaron a aparecer celulares cada vez más sofisticados, con muchas más funciones que las de satisfacer las necesidades recién mencionadas y que fueron siendo adquiridos por casi todas las personas. Algo similar sucede con los tiempos de espera para el consumo. Anteriormente las personas debíamos ahorrar durante bastante tiempo para poder comprar algún bien durable, mientras que ahora, mediante las tarjetas de crédito y sistema de cuotas, es posible acceder a ellos de forma inmediata y pagarlos después.

Podemos atestiguar que, en la actualidad, estamos viviendo entonces en una cultura en la que se valora el consumo por el consumo, en la que la satisfacción de las necesidades y demandas debe darse de forma inmediata e indiscriminada y que si no adquirimos estos bienes que se nos

imponen, nos quedamos por fuera de la sociedad; bienes que no son estrictamente necesarios, sino que se intenta adquirirlos para ser y pertenecer. Al respecto, Zygmunt Bauman (2003), agrega que esta sociedad de consumo promueve que quienes la integramos busquemos incesantemente satisfacer las necesidades que ella misma genera para lograr así mantenerse en funcionamiento.

A diario podemos observar cómo la publicidad nos enseña que la solución a los padecimientos subjetivos puede darse a través del consumo: nos ofrecen la felicidad en pastillas, envasada en cremas y productos para el cabello, en gaseosas y bebidas alcohólicas, en autos cero kilómetros y días de shopping, etc. Es en esta lógica consumista en la que estamos inmersos y por la que nos encontramos incluidos socialmente.

Ahora bien, *“todas las sociedades, en todos los tiempos, ofrecen mecanismos de regulación de los padecimientos subjetivos y colectivos, a fin de garantizar el orden social. Las instituciones -como el matrimonio, la escuela, la familia- tienen la función de construir personas que sean funcionales a esa sociedad”* (Gómez Di Vincenzo y Cagide, 2019: 18). Vemos que en la actualidad, esas instituciones clásicas se encuentran en una profunda crisis. Y ante este desconcierto, pareciera emerger como ordenador social el consumo. Los padecimientos se canalizan consumiendo, se pertenece a cierto grupo social por el tipo de objetos que se consumen.

Por consiguiente, cabe preguntarnos si es casual que en plena sociedad de consumo se agraven los problemas de consumo drogas. Es necesario resaltar que si bien este contexto no es una causa determinante ni absoluta de las adicciones, sí es el escenario donde éstas tienen lugar.

Siguiendo la misma línea, Alfredo Carballada plantea que *“la falta de sentidos, la pérdida de la noción de totalidad, la sensación de no pertenencia a un todo integrado, confirman la escenografía donde se expresan muchos de los padecimientos actuales, porque las drogas se conocen desde los inicios de la historia, pero es justamente en esta civilización donde aparece el fenómeno de las adicciones”* (Carballada, 2008: 120).

En las últimas décadas, y como consecuencia de los avances del capitalismo, la competencia desmedida, el individualismo, la desconfianza en el porvenir, el “sálvese quien pueda”, se han ido disipando muchas de las pautas que marcaban la vida cotidiana. Pautas que tenían que ver con la solidaridad entre vecinos, entre pares, los códigos y los vínculos de ayuda

mutua con amigos, compañeros de trabajo, de estudio. En otras palabras, se han profundizado la precarización y la fragilidad de vínculos sólidos.

Como afirma Carballada, *“estas pérdidas, producto de un mundo cada vez más competitivo, complejo e individualista, no implicarían sólo un cambio en las costumbres, sino un fuerte retroceso en la construcción y existencia de instancias de socialización y contención, resonando esencialmente en tanto constitución de identidades colectivas”* (Carballada, 2008: 120). El parcelamiento y la atomización de la sociedad, la ausencia de lazos sociales, la incertidumbre en relación al futuro, la sensación de vacío y la falta de sentidos en lo cotidiano son características propias de este escenario en el cual se despliegan los padecimientos de los consumos problemáticos.

1.2. Problematicando los consumos: ¿qué vínculo tejemos con las sustancias?

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), droga sería toda sustancia que, introducida en el organismo por cualquier vía de administración, produce una alteración de algún modo, del natural funcionamiento del sistema nervioso central del individuo. Con esta definición queda claro que son drogas muchas más sustancias que las que habitualmente nombramos como tales, por lo que podemos afirmar entonces que existen muchos tipos de drogas: además de la cocaína, la marihuana, el LSD, la heroína, el paco; también son drogas el alcohol, el tabaco, los psicofármacos.

Si bien, algunas de estas sustancias, según la cantidad o dosis que se proporcione al organismo, pueden producir dependencia. No obstante, no todas están prohibidas o son ilegales. Por ejemplo, en cualquier kiosco podemos adquirir bebidas alcohólicas y/o cigarrillos.

Como plantea Susana Ryan (2009), existe una clasificación social e histórica de las drogas, es decir que las sociedades en un determinado tiempo y lugar establecen como tal. Esta clasificación las divide en dos grupos: el de las drogas legales, en el que se encuentran aquellas

sustancias cuyo consumo está socialmente aceptado y su producción y distribución se proporcionan dentro del circuito legal. El café, el tabaco y el alcohol son algunos ejemplos. Dentro de este grupo se encuentran también los medicamentos, que son considerados sustancias legales reguladas o intermedias, puesto que se adquieren bajo prescripción médica. El segundo grupo es el de las drogas ilegales, en el que se engloban aquellas sustancias socialmente prohibidas, como la marihuana, la cocaína, el éxtasis, el paco, el LSD, entre otras. Éstas se producen y distribuyen mediante un circuito ilegal y clandestino. Coincidimos con la autora en que esta clasificación es de tipo cultural, es decir, que diferentes culturas prohíben y permiten el uso de diferentes drogas. Respecto a lo anterior, resulta pertinente aclarar que se puede padecer adicciones tanto a sustancias legales como ilegales; y que el hecho de que una sustancia sea legal no significa que sea inofensiva, y puede causar daños dependiendo cuánto, cómo y dónde se la consuma.

Por esta razón, podemos decir que existen diversas formas en las que las personas pueden vincularse con las sustancias, pero no todas estas devienen necesariamente en adicciones y no siempre resultan un problema para sí mismas o para la comunidad. Resulta necesario comprender que no todo consumo de sustancias ilegales conduce directamente a una adicción o consumo problemático y que el consumo de drogas legales puede llevar a situaciones y/o consumos problemáticos. Con esto nos referimos a que las personas pueden entablar distintos vínculos con las sustancias y que, según el vínculo que establezcan con las mismas, pueden existir diferentes niveles de consumo:

-Uso de sustancias: ocurre cuando el consumo se da de forma esporádica y ocasional. Habitualmente casi todas las personas en algún momento de nuestra vida utilizamos sustancias, legales o ilegales; por ejemplo, cuando estamos enfermos tomamos medicamentos, o bebemos alcohol en reuniones familiares o amistosas. Este uso esporádico no es problemático, pero puede transformarse en tal si, por ejemplo una persona en estado de ebriedad condujera un vehículo, o si estando en una fiesta consumiera una pastilla sin saber qué está consumiendo y ésta le causara algún daño;

-Abuso de sustancias: se produce cuando el consumo se realiza con cierta periodicidad y en exceso. Se consume para lograr algo (por ejemplo tomar una dosis más alta de medicación que la

prescripta por el médico para poder dormir), es decir que existe cierta intencionalidad en el vínculo con la sustancia;

-Adicción a una sustancia: se genera cuando la sustancia es utilizada de forma permanente y compulsiva, cuando una persona tiene la necesidad inevitable de consumir y depende física y/o psíquicamente de la misma. De este modo, las drogas se tornan indispensables no ya por el placer de consumirlas sino para evitar el displacer que su ausencia causa en la vida de la persona que la consume. Esta dependencia, hace que el sujeto se pierda en el objeto y pierda la libertad de tomar decisiones y se le dificulte construir un proyecto de vida propio.

Ahora resulta pertinente preguntarnos: ¿qué o cuándo un consumo es problemático? La Ley 26.934 “Plan Integral para el Abordaje de los Consumos Problemáticos”, sancionada en 2014, establece que los consumos problemáticos son:

“aquellos consumos que -mediando o sin mediar sustancia alguna- afectan negativamente, en forma crónica, la salud física o psíquica del sujeto, y/o las relaciones sociales. Los consumos problemáticos pueden manifestarse como adicciones o abusos de alcohol, tabaco, drogas psicotrópicas –legales o ilegales- o producidos por ciertas conductas compulsivas hacia el juego, las nuevas tecnologías, la alimentación, las compras o cualquier otro consumo que sea diagnosticado compulsivo por un profesional de la salud” (Ley 26.934, Art. 2°, 2014).

Por consiguiente, podemos afirmar que no resulta correcto ponderar el consumo problemático de sustancias sólo cuando sucede mediante el consumo de drogas ilegales y que la problemática del consumo no radica únicamente ni en el sujeto, ni en la sustancia ni en el contexto, sino en la interrelación que se establece entre estos tres elementos. En otras palabras, consideramos que el meollo de la cuestión radica en el vínculo que los sujetos establecen con las sustancias en determinado contexto sociocultural.

1.3. Estrategias de abordaje

A la hora de abordar los consumos problemáticos, existen tres elementos fundamentales a tener en cuenta: A) la sustancia, B) la persona que la utiliza, y C) el contexto social y cultural de tal uso. Estos tres factores deben ser tomados en cuenta independientemente de cuál sea el modo de afrontar el problema. Sin embargo, existen diferentes miradas y formas de abordaje, prevención y asistencia, que varían según en cuál de esos elementos se pone énfasis. Tal como plantean Gómez Di Vincenzo y Cagide, *“esas miradas conviven en permanente tensión en el imaginario social, penetrando en las representaciones, los discursos y las prácticas sociales”* (Gómez Di Vincenzo y Cagide, 2019: 28). Desarrollaremos a continuación de forma breve cuáles son esas miradas y qué implicancia tendría cada una.

Existen miradas que afirman que el problema es la sustancia, las cuales consideran que éstas son un objeto capaz de captar a los sujetos, como si algo poderoso en ella dominara a las personas. La sustancia es concebida como un problema en sí mismo, como el factor principal que lleva a la dependencia. Por tal motivo, este punto de vista propone una estrategia de prevención que hace eje en el acceso a la sustancia y en trabar su consumo evitando el acceso. Es una mirada que se asocia al régimen prohibicionista.

También hay otras miradas que sostienen que el problema es la persona. Éstas se detienen en el análisis de la persona que consume y consideran que es el sujeto quien tiene un problema y por lo tanto debe ser ayudado. Piensan al sujeto como paciente, como un ser vulnerable o enfermo, y como tal debe ser auxiliado, salvado. Desde esta perspectiva se ve al sujeto como un ser individual no social y no inserto en un contexto y se considera que es necesario aislar a aquellos que tienen problemas con el consumo para trabajar con su adicción en centros de recuperación. Este tipo de miradas asocian a las personas que consumen con personas que ponen en riesgo la seguridad ciudadana, avalando y sosteniendo un abordaje punitivo del fenómeno. Desde esta perspectiva también se defiende un régimen prohibicionista.

Por último, existe un tercer grupo de miradas que hacen hincapié en que el problema es el contexto. Éstas sostienen que es el medio social donde se produce el consumo el que determina el modo y el porqué de dicha práctica, por lo que resulta preciso contextualizar y tener en cuenta el

momento histórico y las condiciones sociales en las que se da el consumo. Toman en cuenta las características de la estructura social, las condiciones socioeconómicas y ambientales y consideran al consumo de drogas como síntoma social, es decir, como manifestación de las disfunciones del sistema.

1.4. Modelos de abordaje

Las distintas miradas y/o perspectivas recién desarrolladas dan sostén a diferentes formas o modelos de abordaje. Y como elabora Helen Nowlis (1982), existen cuatro puntos de vista diferentes, cuatro modelos de abordaje de los consumos problemáticos, que varían según cómo conciben la problemática, de acuerdo a cómo interjuegan y se interrelacionan los tres elementos ya mencionados (sujeto-contexto-sustancia) y en cuál de ellos ponen un mayor acento. Estos supuestos van a influir en las formas de acción, tratamiento, legislación y prevención de cada uno de los modelos.

Vale aclarar que los distintos enfoques que desarrollamos a continuación no se dan literal y concretamente en la realidad, sino que implican diferentes posicionamientos y formas de abordaje de los consumos problemáticos que ofician de guía para el análisis de la problemática que nos convoca. Al final, expondremos como un quinto enfoque el modelo multidimensional, que proponen desde la Sedronar.

Modelo Ético-Jurídico

Este es el primer modelo preventivo-asistencial y surgió hace más de un siglo. Establece que el eje del problema es la sustancia y las divide radicalmente según el criterio de legalidad, sin dar importancia a su composición farmacológica. Las cataloga en inocuas (aquellas sustancias que

son lícitas) o peligrosas (aquéllas sustancias que están legal y socialmente prohibidas). Únicamente estas últimas son concebidas como drogas y como causante de la problemática de la adicción.

Así, se supone a la droga como un agente activo, como un ente poderoso que es capaz de captar al sujeto. Mientras que este último es considerado como un elemento pasivo en esa relación, como víctima. Paradójicamente, el sujeto que consume drogas es también definido como delincuente. Consumir sustancias ilícitas implica un delito, por lo tanto, quien consume drogas está transgrediendo las normas y violando la ley, hechos por los cuales merece ser penalmente castigado.

Como afirman Gómez Di Vincenzo y Cagide, *“Esta concepción responde a condiciones morales y jurídicas, y propicia la construcción de un estereotipo del consumidor como drogadicto, desviado, peligroso, delincuente. La idea de las drogas como flagelo entendido como amenaza social frente a la cual la sociedad debe defenderse se construye uno de los efectos de este modelo”* (Gómez Di Vincenzo y Cagide, 2019: 32). Por lo tanto, este modelo punitivo, lleva adelante estrategias de tipo abstencionista, buscando, por un lado reducir la oferta, mediante la prohibición del cultivo, la elaboración, distribución y venta de ciertas sustancias, mientras que por otro lado, pretende reducir la demanda, penalizando a las personas que consumen las sustancias ilegales.

En cuanto a las medidas de prevención, el modelo ético-jurídico busca disuadir a las y los potenciales consumidores mediante la difusión de campañas que alerten sobre los efectos nocivos de las sustancias, los daños y peligros que éstas pueden ocasionar, así como también sobre las consecuencias y sanciones penales para su consumo o comercialización.

Modelo Médico-Sanitario

Este modelo, que surge a mediados del siglo veinte, al igual que el enfoque anteriormente descrito, pone el foco en las sustancias, con la diferencia de que vincula a las adicciones con el modelo de enfermedades infecciosas y por lo tanto concibe a los consumidores de sustancias como enfermos. Esta concepción, considera que las sustancias psicoactivas son el agente causal de las adicciones, es decir que, como un virus que infecta nuestro organismo, indefectiblemente deben ser eliminadas. Por consiguiente, la forma de tratamiento implica una desintoxicación,

desresponsabilizando a los sujetos de sus actos. Como sostienen Gómez Di Vincenzo y Cagide, *“las drogas constituyen un agente activo externo, a la manera de un agente patógeno. El sujeto es un actor pasivo concebido como vulnerable, situado en el lugar de huésped infectado”* (ibíd). En otras palabras, las sustancias asumen un papel principal como agente activo que causa dependencia, mientras que los sujetos cumplen un papel pasivo.

El modelo médico-sanitario no tiene en cuenta el criterio de legalidad de las sustancias, por lo que no las distingue entre lícitas e ilícitas. Pero sí realiza otra distinción que tiene que ver con los efectos que las sustancias ocasionan en el organismo: las diferencia en duras y blandas, de acuerdo al grado de toxicidad de las mismas.

Las estrategias de este modelo también persiguen el abstencionismo, aunque ya no desde una perspectiva jurídica, sino médico-hegemónica. Se busca prevenir el consumo mediante campañas publicitarias a cargo de especialistas o expertos (médicos) que pretenden informar y alertar sobre los daños que ocasionan las drogas en el organismo y los riesgos individuales y sociales que puede provocar depender de ellas.

Modelo Psico-Social

Este enfoque surge en la década de los ochenta y, a diferencia de los anteriores, ya no coloca el acento en las sustancias sino principalmente en el sujeto que las consume. El sujeto aparece como agente activo, como protagonista, y el eje se centra en la relación que éste establece con las sustancias.

Como en el modelo que precede, el sujeto que consume es concebido como enfermo, pero en este caso se trata de una enfermedad mental. Ya no se supone que la causa de la enfermedad de la adicción sean las drogas, sino por lo contrario, se asevera que es el sujeto quien padece un trastorno o enfermedad psíquica previa y por ese motivo consume sustancias. En otras palabras, el consumo se presenta como síntoma de un malestar.

En este modelo ya no tiene relevancia el estatus legal (lícitas o ilícitas) o farmacológico (duras o blandas) de las sustancias psicoactivas, sino que la importancia radica en el vínculo que

los sujetos establecen con las mismas. Por consiguiente, se toman en cuenta las nociones de uso, abuso y dependencia, haciendo una distinción entre cantidades, frecuencias y modalidades de consumo. Se considera que hay un consumo problemático únicamente si hay abuso o dependencia de las sustancias.

Ahora bien, *“este enfoque otorga un lugar importante al contexto entendido como entorno inmediato (grupo familiar, grupo de amigos, allegados). El contexto puede actuar para bien o para mal. Si ese ámbito es visto como generador de tensiones y presiones sobre el consumidor entonces se procura aislarlo”* (ob. cit., p. 33). Es por esto que, desde esta concepción, reivindican la creación de más centros que puedan asistir y tratar a las personas que padecen un consumo problemático, alejándolos y excluyéndolos del contexto que los enferma.

Las estrategias de prevención que promueve este enfoque no se orientan exclusivamente a evitar el consumo de sustancias, sino que pretenden modificar algunas actitudes y comportamientos de los sujetos, por lo que apuntarán al mejoramiento de sus relaciones interpersonales y a la promoción de su autocuidado.

Modelo Sociocultural

El modelo sociocultural surge a fines de la década del ochenta y, en relación con la tríada sujeto, sustancia y contexto, pone énfasis en este último. Se destaca que la complejidad y vulnerabilidad del contexto histórico, social y cultural influyen directamente en el consumo de sustancias psicoactivas y los problemas que de allí se derivan.

Este enfoque realiza una lectura macro social de la problemática y considera que el consumo de sustancias es consecuencia de la presión que ejercen los factores culturales y socioeconómicos sobre los sujetos. De esta manera, el consumo de sustancias también es leído como síntoma, pero a diferencia del modelo anterior, como un síntoma social, como manifestación de las disfunciones del sistema. En otras palabras, el consumo aparece como una forma de evasión ante los problemas y la realidad que se presentan como insoportables para los sujetos.

Desde este modelo, tal como lo expresan Gómez Di Vincenzo y Cagide, *“la dimensión subjetiva es leída como un reflejo de los problemas sociales, los conflictos psicológicos se ubican como emergentes de condiciones socioeconómicas y ambientales”* (ob. cit, p. 34). Problemas que tienen que ver con la pobreza, la falta de empleo, una vivienda inadecuada, etc. Desde esta concepción, la prevención apunta a reivindicar una mejor calidad de vida de las personas, a través de acciones y políticas que tiendan a brindar y garantizar un mayor acceso a la salud, al trabajo, a la educación, a una vivienda digna.

Modelo Multidimensional

Ahora bien, como una propuesta superadora a estos cuatro modelos y formas de abordaje tradicionales de los consumos problemáticos recién descritos, a la que este trabajo adhiere, el enfoque multidimensional promueve una mirada que no haga hincapié en alguno de los elementos de la tríada sustancia, sujeto y contexto sino que los pueda entender y abordar desde una perspectiva relacional, con toda la complejidad que ello implica. Esta propuesta precisa necesariamente de un abordaje que sea integral, interdisciplinario y colectivo, en donde se tengan en cuenta una mayor cantidad de aspectos, como la interrelación entre el sujeto, su historia y su entorno, los vínculos, las redes de sostén que pueda tener o generar, el contexto, etc.

En cuanto a la prevención, desde este enfoque se *“apunta a la interrelación dinámica entre las características individuales, las del entorno cercano (familia, grupo de pares) y las del entorno macrosocial”* (ob. cit., p. 35). Por lo tanto, las estrategias deberán orientarse a patrocinar y favorecer el fortalecimiento de las redes sociales así como también la construcción de un proyecto individual que pueda insertarse en un proyecto colectivo.

1.5. Consumos problemáticos y representaciones sociales.

Las miradas y formas de prevención, abordaje y tratamiento del consumo de sustancias psicoactivas, también van influyendo y calando hondamente en el pensamiento y las representaciones que la sociedad tiene sobre la problemática. Por lo que no es casualidad que existan y predominen diversos temores y prejuicios frente a los consumos (problemáticos y no problemáticos), ni que se los relacione estrechamente con la ilegalidad, la delincuencia y la marginalidad.

Siguiendo a Denise Jodelet (1986), las representaciones sociales constituyen formas del pensamiento y de conocimiento social, las cuales se sostienen y se transmiten a través de las relaciones entre las personas, interpretando y reproduciendo la realidad cotidiana. Se trata de las ideas, creencias, saberes y opiniones que configuran el sentido común y que son compartidas por el conjunto de la sociedad. En palabras de la autora:

“el concepto de representación social designa una forma de conocimiento específico, el saber de sentido común, cuyos contenidos manifiestan la operación de procesos generativos y funcionales socialmente caracterizados. En sentido más amplio, designa una forma de pensamiento social. Las representaciones sociales constituyen modalidades de pensamiento práctico orientados hacia la comunicación, la comprensión y el dominio del entorno social, material e ideal. En tanto que tales, presentan características específicas a nivel de organización de los contenidos, las operaciones mentales y la lógica” (Jodelet, 1986: 474).

En nuestra sociedad, existen muchas representaciones, mitos y creencias ligadas al consumo problemático de sustancias: suele ser percibido socialmente como un problema de gran envergadura, que pone en riesgo tanto a las personas que consumen las sustancias como a la sociedad misma. También existe una fuerte convicción de que el problema es la juventud, que la sustancia es un flagelo capaz de apoderarse de la las voluntades o que quien consume es un enfermo/a que debe curarse.

Pero esta manera de concebir la problemática, se encuentra arraigada en ciertos prejuicios y estereotipos que están fuertemente radicados en el sentido común de la gente, y que se sustentan no sólo en las distintas concepciones y modos de abordaje sino también en la forma en que la

problemática es tratada por los medios masivos de comunicación y en las distintas normas y leyes que han ido regulando dicha problemática a lo largo de la historia. Lo grave de ello es que estas representaciones sociales terminan marginando y responsabilizando a los individuos o a las familias de comportamientos de los que, como sociedad, también somos responsables.

El criminólogo español Carlos González Zorrilla (1987) plantea que en los medios de comunicación es fácil advertir una suerte de identificación entre los términos “droga”, “juventud”, “desviación”, “delincuencia”, “enfermedad”. Esta manera de tratar y exponer masivamente los consumos problemáticos tiene como efecto la vivencia de “las drogas” como una amenaza para las personas y para la sociedad en general, como un mal sobre el que es urgente intervenir y erradicar. El autor esboza que la percepción social de la problemática se sustenta en los siguientes preconceptos o estereotipos:

A-El primero se basa en el propio concepto de droga: se trata de un concepto monolítico, que considera y compacta a las drogas como si fueran una sola, sin distinción alguna, asignando una relevancia determinante a algunas de ellas, como la marihuana, la cocaína, el LSD y descartando del concepto a otras como el alcohol, el tabaco o los psicofármacos, y sin que tal distinción tenga un fundamento objetivo en términos de daño social, nocividad o dependencia. Subyace a este prejuicio el criterio de legalidad o ilegalidad de las sustancias; son vistas como drogas solo las sustancias ilegales y se las considera además en bloque como “la droga”. Este preconcepto se rompería si en lugar de hablar de “la droga” pudiéramos vislumbrar que existen diversas sustancias, con efectos diferentes en la salud de las personas y formas de consumo muy distintas, que no necesariamente devienen en problemáticas. De esta manera podemos entender que no existe una relación estrecha y determinante entre el consumo de sustancias psicoactivas y la dependencia de las mismas.

B- Al segundo estereotipo el autor lo denomina “fetichismo de la sustancia”, lo que significa identificar a la droga con una suerte de ente mágico con propiedades maléficas. De esta manera, la droga aparece como algo externo a la sociedad y que infecta al cuerpo social sano. Por lo tanto, al tratarse de un mal que infecta a los sujetos, la droga es identificada como una enfermedad. Este estereotipo provoca dos consecuencias fundamentales: la primera es la guerra

contra las drogas, es decir luchar contra ese mal que ataca a la sociedad; la segunda es considerar a la persona adicta como enferma, situando al sujeto en un papel pasivo e irresponsable.

C- El tercer estereotipo que menciona el autor, identifica la droga como la expresión de una actitud individual o colectiva de oposición a la sociedad, de rebeldía y de afirmación de una cultura propia, al margen de las normas sociales, típica de la juventud. Esta mirada considera que el consumo de drogas es un problema de los jóvenes, asociando la droga con la cultura juvenil y con la desviación social. Este preconceito impide observar dos cuestiones: la primera, que hoy el consumo de sustancias se relaciona más con la pretensión de inclusión social en el marco de los discursos del mercado en una sociedad consumista; y la segunda el consumo de sustancias psicoactivas en la población adulta.

Como mencionamos anteriormente, estos preconceitos y prejuicios, devienen en estigmas, ya que van configurando ideas e imágenes de los consumidores y las consumidoras de sustancias psicoactivas como delincuentes, trasgresores, enfermos. Y estas concepciones, lejos de resolver o apaciguar la problemática, no hacen más que empeorarla, ya que por ejemplo y como correlato, provocan el alejamiento de quienes consumen del sistema de salud, limitando sus derechos.

1.6. Marco Legal

Durante el siglo veinte, a través de diversas convenciones, acuerdos y tratados internacionales, se incluyó en la agenda mundial el problema de las drogas como un tema de preocupación creciente. En este marco se difundió e instaló en el mundo la matriz prohibicionista-abstencionista, mediante la cual se instauró la denominada “guerra contra las drogas” y cuya fundamental expresión fue la respuesta penal y sus principales destinatarios los usuarios. Estas posturas que se configuraron a nivel internacional, tuvieron indefectiblemente su correlato en la legislación nacional.

Como plantea Alejandro Corda, fue en la década de 1920 que, en nuestro país, tuvieron inicio las respuestas estatales sobre estupefacientes, a partir de una modificación en el Código Penal que habilitó su utilización para reprimir conductas relacionadas con las drogas: *“en 1926 se incluyó en él la posibilidad de castigar con prisión de seis meses a dos años su posesión o tenencia ilegítima (...) y los usuarios eran caracterizados como viciosos-contagiosos”*. (Corda, 2015: 2)

Sin embargo, siguiendo al autor, fue partir de la década del sesenta que comenzaron a evidenciarse en la legislación de nuestro país las influencias internacionales y se crearon dispositivos de atención para los usuarios. En 1963 Argentina aprobó la Convención Única de Estupefacientes de Naciones Unidas (suscripta en 1961) la cual estableció un sistema de fiscalización internacional de ciertas sustancias psicoactivas que prohibió todo uso de las mismas que no sea médico o científico.

En consonancia con esto, en 1967 se produjo una modificación en el Código Penal que aumentó las penas a los delitos vinculados con las sustancias, sancionando con prisión de uno a seis años y multiplicando las conductas incriminadas. Con esta modificación, se continuó castigando la tenencia ilegítima de sustancias, pero sólo en la medida que la cantidad fuese mayor a la de consumo personal. Hasta 1973, año en que esta ley fue derogada y se retornó a la versión anterior, fue la única vez que no se penó la tenencia de sustancias para uso personal (*Cfr.*, Corda, 2015).

Por otro lado, en 1968 también se efectuó una modificación en el Código Civil que incorporó la posibilidad de realizar internaciones compulsivas de personas con padecimiento mental (“toxicómanos”, “alcohólicos”) en instituciones psiquiátricas y de encierro, limitando de esta manera su capacidad legal.

Como corolario de estos lineamientos y formas de abordaje, el consumo de sustancias psicoactivas se fue mancomunando con la incapacidad y la demencia; los sujetos eran estigmatizados y concebidos como peligrosos, por lo que debían ser encerrados y apartados de la sociedad. Fue durante estos años que se fundaron los primeros dispositivos de atención a los usuarios de sustancias psicoactivas. Entre estos, el Fondo de Ayuda Toxicológica (1966) y el Centro de Prevención de la Toxicomanía (1971) de la Cátedra de Toxicología en la Facultad de

Medicina de la UBA, el Servicio de Toxicomanía en el Hospital Borda (1971) y el Centro Nacional de Reeducción Social, más conocido como CENARESO (1973). Fueron las primeras instituciones que comenzaron a ofrecer un tratamiento y rehabilitación específicos, ambulatorios y/o residenciales, a aquellas personas que padecían un consumo problemático de sustancias. Por otro lado, fue también en este período que surgieron las primeras asociaciones civiles que intentaron dar respuesta y ofrecer un tratamiento a esta problemática: comunidades terapéuticas principalmente ligadas a iglesias evangélicas (Cfr., Corda, 2015).

Unos años después, en 1974, se sancionó la Ley 20.771, la primera ley especial de estupefacientes. La misma se cimentó sobre la idea de que quienes consumen sustancias ilícitas no solo se perjudican a sí mismas/os sino que además implica riesgos y daños para toda la sociedad. La ley de Estupefacientes igualaba al usuario con el traficante y escarmentaba la tenencia de sustancias, incluso la de uso personal, con multas y prisión de uno a seis años. Asimismo, en su artículo 9° establecía la posibilidad de que el juez competente pueda imponer, junto con la pena, una medida de seguridad curativa, que consistiría en un tratamiento de desintoxicación y los cuidados terapéuticos que requiera la rehabilitación de personas dependientes.

De esta manera, el uso de sustancias ilícitas, fue concebido y tratado como delito y como enfermedad al mismo tiempo, ya que por un lado, se aplicaba una pena pero por otro, se imponía un tratamiento terapéutico. En la década de ochenta, con el retorno de la democracia, *“comenzó a ganar terreno la postura judicial de someter a un serio control de constitucionalidad la disposición que penaba sin excepciones la tenencia de estupefacientes”* (Touzé, 2010: 2).

En 1986 la Corte Suprema de Justicia de la Nación dictó el Fallo Bazterrica, en el cual expresaba que el artículo de la ley que pena la tenencia de sustancias psicoactivas para consumo personal era inconstitucional por invadir la esfera de la libertad personal. Por otra parte, fue también en esta década que se detectaron y comenzaron a expandirse los primeros casos de VIH. El Virus de Inmunodeficiencia Humana afectó puntualmente a aquellas personas que utilizaban drogas inyectables y además reforzó las representaciones sociales sobre la peligrosidad de las y los consumidores, ya que se consideraba que podían portar (y contagiar) un virus que estaba muy asociado a la muerte.

Ahora bien, dejando atrás el pequeño avance que había significado el fallo judicial de 1986 y en sintonía con la Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas firmada en Viena en 1988, al año siguiente (1989) se creó en nuestro país la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y Lucha contra el Narcotráfico (Sedronar), dependiente de la presidencia de la nación. Dicho organismo, *“se constituyó como el principal defensor de los postulados de la política sobre drogas”* (Corda, 2015: 4) y focalizó bajo su órbita múltiples y dispares responsabilidades, que iban desde la prevención y atención sanitaria a la persecución y lucha criminal.

En octubre de ese mismo año se promulgó una nueva ley especial de estupefacientes: la Ley N° 23.737 sobre Tenencia y Tráfico de Estupefacientes. Mediante esta ley, la cual continúa vigente en la actualidad, se continuó castigando la tenencia de sustancias psicoactivas para consumo personal con un mes a dos años de prisión, los cuales podían ser sustituidos por una medida curativa, es decir, un tratamiento de desintoxicación y rehabilitación en caso de dependencia (Art. 16) o por una medida educativa en caso de que el imputado fuera un principiante o experimentador (Art. 21).

Como corolario, la ley ha fortalecido los prejuicios y preconceptos que consolidaron a las personas consumidoras de sustancias psicoactivas como delincuentes y como enfermos, generando como único resultado la persecución y criminalización de las usuarias y los usuarios de drogas ilícitas. Siguiendo a Graciela Touzé (2012) la ley N° 23.737, encontraba sus argumentos en la convicción de que la penalización de las drogas disminuiría el consumo y alcanzaría a todos los eslabones del comercio de las mismas. Sin embargo, promovió el efecto opuesto, ya que a lo largo de los noventa y en los últimos años se produjo un incremento sostenido y una diversificación del consumo de sustancias ilícitas.

Por otro lado, en el año 2005 se realizó una reforma en la Ley N° 23.737 conocida como “desfederalización”, la cual permitió que las agencias penales de las provincias persiguieran determinados delitos de la ley, concretamente los vinculados a los usuarios y la venta en menor escala. Como consecuencia de esta reforma, quienes se vieron más afectados fueron los sectores más vulnerables: aumentó notablemente el número de causas judiciales de los usuarios y distanció de los equipos de salud a aquéllos que no pudieran o no quisieran dejar de consumir.

Tal como expone Touzé, es a partir de 2007 que el Estado argentino comenzó a tener iniciativa, impulsando algunas medidas que decantaron en la creación de un Comité Científico Asesor en 2008, el cual *“desarrolló una serie de propuestas legislativas y orientaciones para redefinir las políticas públicas en la materia, en línea con los estándares de los derechos humanos, tanto en la esfera penal como en los aspectos sociosanitarios”* (Touzé, 2010: 4).

Estas propuestas hicieron énfasis en la necesidad de un nuevo enfoque en el campo de la salud mental y la educación, implicando una articulación interministerial (Ministerios de Salud, Trabajo, Educación, Desarrollo Social, Justicia, Seguridad y DDHH). Siguiendo a la autora, esta iniciativa surgió de una crítica profunda sobre el funcionamiento del sistema penal que desproporcionalmente se aplicó a los consumidores de drogas. A su vez, generó tensiones y posiciones encontradas al interior del aparato estatal, ya que el gobierno comenzaba a posicionarse a favor de la despenalización de la tenencia para consumo personal⁴.

En concordancia, en el año 2009 la Corte Suprema de Justicia de la Nación dictó un fallo histórico, conocido como “Fallo Arriola”. El mismo, declaró la inconstitucionalidad del artículo 14 de la Ley 23.737 que pena la tenencia para consumo personal, siempre y cuando no implique un riesgo o daño para sí o para terceros, argumentando que invade la esfera de la intimidad y la libertad personal. Además, expuso que el problema de la adicción era un problema de salud, por lo que debía abordarse primeramente en el ámbito sanitario y no encarcelarse a los afectados. Con este fallo y, como afirma Touzé,

“la corte fue más allá de la solución del caso penal, porque exhortó a todos los poderes públicos a asegurar una política de Estado contra el tráfico ilícito de estupefacientes y a adoptar medidas de salud preventivas (...) Se puede entender el fallo de la Corte como una apelación al poder ejecutivo para que sea más eficaz en sus políticas de drogas, y una solicitud de reformas en el sistema actual” (Touzé, 2010: 2).

En este contexto, se reavivó el debate sobre la política de drogas en Argentina, que apuntó a la reforma de la ley penal de drogas, aunque no sin resistencias. Desde la Sedronar, recién en 2011, con el cambio de su titular, se comenzó a apoyar la posibilidad de reformar la ley penal para dejar de criminalizar a los usuarios.

⁴ Al interior del Poder Ejecutivo Nacional, los principales exponentes de estos posicionamientos enfrentados fueron, por un lado, Aníbal Fernández (quien primero se desempeñó como Ministro de Justicia, Seguridad y DDHH y luego como Jefe de Gabinete) que defendía la despenalización, y por otro lado, José Granero (titular de la Sedronar de ese período) quien abogaba por conservar la legislación punitiva. (Touzé G., 2012)

Siguiendo a Touzé, *“el fallo Arriola impulsó el reconocimiento de los derechos de los usuarios de drogas que luego se expresó más específicamente en la Ley de Salud Mental 26.657, promulgada en el año 2010, en relación con la garantía del principio de autonomía en el proceso de tratamiento y del respeto de su identidad”* (Touzé, 2012: 66). La Ley N° 26.657 entiende a la Salud Mental como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implican una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona. Y en su artículo número cuatro testifica que las adicciones deben ser abordadas como parte integrante de las políticas de salud mental y que las personas con uso problemático de drogas, legales e ilegales, tienen todos los derechos y garantías que se establecen en la mencionada ley.

Entre los mismos, podemos mencionar el derecho a recibir atención sanitaria y social integral y humanizada; el derecho a conocer y preservar la identidad y grupos de pertenencia; el derecho a ser tratado/a con la alternativa terapéutica más conveniente, que menos restrinja derechos y libertades; derecho a poder tomar decisiones relacionadas a la atención y tratamiento. De esta manera, se entiende que cualquier persona que tenga un vínculo problemático con el consumo de sustancias, está padeciendo y por lo tanto debe ser contenido/a y abordado/a en el marco de las políticas de salud mental.

La Ley de Salud Mental significó una ruptura y cambio de paradigma al dejar de criminalizar a las usuarias y a los usuarios de sustancias y comenzar a concebir a los consumos problemáticos como padecimientos mentales. Se produjo el pasaje de un paradigma penal-represivo a un paradigma de salud.

Por otra parte, en el año 2014 el Poder Ejecutivo firmó un decreto que permitió separar los paradigmas penal y sanitario. Como consecuencia, las capacidades represivas y vinculadas al narcotráfico quedaron bajo la órbita del Ministerio de Seguridad de la Nación, mientras que la Sedronar conservó las competencias sanitarias, siendo su deber coordinar las políticas nacionales de reducción de la demanda de drogas. Entre ellas, la Ley 26.934, más conocida como Plan IACOP (Plan Integral para el Abordaje de los Consumos Problemáticos), que fue sancionada ese mismo año.

La mencionada ley, tiene como objetivos: A- la prevención de los consumos problemáticos, a través de centros comunitarios de prevención que deberán ofrecer un amplio horario de atención y encontrarse distribuidos por todo el país; B- la asistencia gratuita a las personas que lo padecen por lo que tanto la salud pública como las obras sociales y prepagas deberán brindar y garantizar su acceso a todas las personas; y C- la integración social de los mismos, esto es, incorporando a las personas con dicho padecimiento a actividades educativas y laborales.

A modo de síntesis, podemos decir que, la denominada guerra contra las drogas y la aplicación de políticas punitivas durante décadas, ha fracasado. En efecto, la criminalización de los diferentes componentes del negocio contribuyó a un notable incremento de la violencia y la corrupción, de la organización de bandas criminales que en enfrentamientos sangrientos se disputan el control de los mercados y el poder político, así como también el debilitamiento de las capacidades del Estado en este plano.

A su vez, la criminalización de las usuarias y los usuarios, que derivó en la concepción de éstos como desviados y delincuentes, no hizo otra cosa que estigmatizarlos. *“Las políticas neoliberales articuladas al contexto punitivo que enmarca el consumo de drogas ilegales en Argentina, produjo un discurso hegemónico caracterizado por la criminalización y estigmatización de los usuarios de drogas ilegales y los drogadependientes”* (Vázquez y Stolkiner, 2009: 299).

Si bien la Ley de Salud Mental simboliza y representa una conquista y un gran avance en materia de justicia y reconocimiento de derechos, la matriz prohibicionista-abstencionista continúa vigente en diversas prácticas. Asimismo, al concebir los consumos problemáticos de sustancias como un padecimiento mental, se corre el riesgo de que quienes consumen sean etiquetados y/o estigmatizados como enfermos mentales y como correlato se promueva una medicalización de los mismos. Lo grave de esto, siguiendo a Vázquez y Stolkiner (2009), es que uno de los efectos principales de la estigmatización es su capacidad de producir grupos específicos de ciudadanos que ven limitado su cumplimiento de derechos, como el derecho a la atención en salud.

Para finalizar este capítulo, nos resulta preciso destacar que estos estigmas y prejuicios que preexisten alrededor de la problemática del consumo, se intensifican y refuerzan cuando se

transversalizan con otras variables como la posición social, el nivel económico y educativo, la edad y también al género. En este último nos enfocaremos en el capítulo siguiente.

Capítulo 2

Perspectiva de Género: Aproximaciones teóricas

Introducir la perspectiva de género en la problemática que nos convoca, implica vislumbrar que en el campo de los consumos problemáticos de sustancias psicoactivas, así como en todas las dimensiones de nuestra vida, intervienen mandatos y representaciones sociales en torno a los géneros que impactan de distinta manera en hombres, mujeres o identidades de género diversas. Como desarrollamos en el capítulo anterior, los consumos problemáticos de sustancias se encuentran estigmatizados socialmente. Pero, ¿qué pasa si incluimos la dimensión de género? ¿Es lo mismo si quién consume es varón o es mujer?

Consideramos que en una sociedad que es fundamentalmente androcéntrica, es decir, en la que el mundo se encuentra definido en masculino y se considera al hombre como medida de todas las cosas, es menester que las mujeres seamos visibilizadas en nuestra singularidad, de la misma manera que las desigualdades y desventajas que nos traspasan y debemos afrontar. Es por todo lo anterior que creemos necesario tener en cuenta los conceptos y categorías de análisis que desarrollamos a continuación.

2.1 Sexo y Género

El concepto de género es un aporte imprescindible y significativo que le debemos al feminismo contemporáneo. Surgió para explicar y problematizar las desigualdades existentes entre hombres y mujeres, permitiendo vislumbrar que lo femenino y lo masculino son una construcción histórica y cultural y por ende, que no se trata de un hecho natural sino que esa desigualdad

encubre una relación de poder que varía de acuerdo a los diferentes momentos históricos y las distintas sociedades. En este sentido, Marta Lamas define género como el *“conjunto de ideas, representaciones, prácticas y prescripciones sociales que una cultura desarrolla desde la diferencia anatómica entre mujeres y hombres, para simbolizar y construir socialmente lo que es “propio” de los hombres (lo masculino) y “propio” de las mujeres (lo femenino)”* (Lamas, 2000: 2).

Entonces, si bien es evidente que existe una diferencia sexual, el hecho de que esta determine los distintos roles y atributos de mujeres y hombres no es algo natural sino una construcción social. Y, en concordancia con la autora, es precisamente de esa diferenciación anatómica que se desprende y se sostiene la división básica *“que corresponde a la división sexual del trabajo más primitiva: las mujeres paren a los hijos, y por lo tanto, los cuidan: ergo, lo femenino es lo maternal, lo doméstico, contrapuesto con lo masculino como lo público”* (Lamas, 1996: 5).

En efecto, es fundamental diferenciar conceptualmente género y sexo, ya que se trata de dos cosas distintas: el sexo hace referencia a lo biológico, lo anatómico, más concretamente a la genitalidad; mientras que el género refiere a lo socialmente construido, a lo simbólico. Este último es una construcción cultural que, además, es transversal a otros factores como la clase social, la educación, la edad y la etnia.

De esta manera, el concepto de género nos advierte que muchas de las cuestiones que pensamos que son atributos naturales de los hombres o las mujeres, en realidad son características construidas socialmente. Como afirma la autora, es a partir de los primeros años de vida, que tanto niñas como niños, reciben un trato diferenciado y a partir de ello van desarrollando actitudes y características diferentes a lo largo de la vida.

Es sustancial destacar que estas distinciones están tan profundamente arraigadas que la organización social del espacio y del tiempo y la división sexual del trabajo son consideradas como naturales; y que se sostienen y perduran a lo largo del tiempo gracias a que existen instituciones que legitiman su desarrollo. Pierre Bourdieu (2000), en *La dominación masculina*, insiste en que la fuerza de esa dominación radica en el hecho de que no necesita justificación, que se encuentra arraigada en nuestros inconscientes y en las instituciones de la sociedad. Es decir que

se trata de una violencia simbólica. Lo específico de la violencia simbólica es que perpetúa y legitima el orden establecido y sus relaciones de dominación con un gasto mínimo de energía, ya que se instala sobre lo inculcado socialmente y es asimilada de manera invisible por personas e instituciones como la familia, la iglesia y el Estado.

Con esto queremos decir que, aunque en numerosas oportunidades suceda, no es suficiente el uso de la fuerza para la subsistencia de la dominación masculina, sino que existen múltiples prácticas que coaccionan, limitan y restringen la libertad y dignidad de las mujeres. En nuestras sociedades, la jerarquización sexual se ha materializado en sistemas sociales y políticos patriarcales, los cuales definen roles y estereotipos de cómo debe ser un hombre y cómo debe ser una mujer. Como consecuencia, hombres y mujeres, desempeñamos tareas diferenciadas y nos desenvolvemos en esferas sociales distintas: los hombres en la esfera pública, del trabajo, racional y económica; mientras que las mujeres debemos ocuparnos de la esfera privada, doméstica, es decir de las tareas del hogar y del cuidado de los miembros que lo habitan. En efecto, esta separación señala una desigual distribución salarial entre varones y mujeres, así como también un diferente reparto del poder político y social, de los recursos económicos, bienes materiales, ocio, autonomía, prestigio, oportunidades de educación y formación, etc.

De acuerdo con Rosa Cobo Bedia (1995), estas actividades diferenciadas comienzan a aprenderse en los primeros años de vida. Es en el propio proceso de socialización que se van adquiriendo los mandatos de feminidad y masculinidad: la ropa, los colores, los juguetes, la ocupación del espacio, la televisión, la familia, la escuela y grupo de pares, entre otros, constituyen silenciosamente las bases fundamentales de la reproducción de la desigualdad de los sexos.

Además, existen otros elementos que también contribuyen a su reproducción, como los que Bonino Méndez (1996) denuncia en su trabajo: los micro-machismos. Es decir, aquellos mecanismos y formas en que se relacionan hombres y mujeres que reproducen las relaciones de poder asimétricas y las injusticias cotidianas de manera casi imperceptible. Los micro-machismos se expresan en prácticas cotidianas que suelen ser invisibilizadas y a veces hasta legitimadas, como por ejemplo el control y decisiones sobre el uso del dinero por parte de los varones; la toma de decisiones sin consultar ni tener en cuenta la opinión de la mujer; la imposición de intimidad, en

decir el acercamiento sexual sólo cuando el varón lo desea; promesas de cambio, victimismo, desautorizaciones, descalificaciones, entre muchos otros.

2.2 Patriarcado

Ahora bien, todo esto es posible porque vivimos en una sociedad patriarcal desde hace siglos. El capitalismo y el patriarcado en tanto sistemas, entre otras cosas, organizan y estructuran nuestras vidas: desde la división social del trabajo y la manera en que satisfacemos nuestras necesidades hasta la asignación de los roles de género y los modos en que nos relacionamos. Y como consecuencia van produciendo, configurando y condicionando nuestras subjetividades, cuerpos e identidades.

Dolores Reguant define al patriarcado como:

“una forma de organización política, económica, religiosa y social basada en la idea de autoridad y liderazgo del varón, en la que se da el predominio de los hombres sobre las mujeres; del marido sobre la esposa; del padre sobre la madre, los hijos y las hijas; de los viejos sobre los jóvenes y de la línea de descendencia paterna sobre la materna. El patriarcado ha surgido de una toma de poder histórico por parte de los hombres, quienes se apropiaron de la sexualidad y reproducción de las mujeres y de su producto, los hijos, creando al mismo tiempo un orden simbólico que lo perpetúa como única estructura posible” (Varela, 2008: 145)

Se trata de un sistema de dominación masculina que subordina y oprime a las mujeres y que encubre relaciones de poder, bajo las cuales se estructuraron y se continúan estructurando la familia, la sexualidad y las diferentes instituciones sociales, como el Estado y la Escuela, la Iglesia, los medios masivos de comunicación, entre otras.

La familia, como primer espacio de socialización de las personas, donde se transmiten las pautas, normas y valores que rigen a las sociedades, es un ámbito fundamental de reproducción de este sistema desigual. Si bien la concepción de familia ha ido mutando y ajustándose a los nuevos contextos sociales y culturales, aún perduran y continúan muy arraigadas las costumbres y

características de la familia clásica, monogámica, heterosexual y reproductiva, en la que los hombres/padres son protectores y proveedores económicos de la misma, lo que los dota de cierta autoridad; mientras que las mujeres debemos desempeñarnos en las tareas reproductivas del hogar, es decir de los quehaceres domésticos y el cuidado y reproducción de sus miembros. Como correlato de esta distinción sexual en la realización de tareas, se nos concede a las mujeres como único deseo posible la maternidad y se nos adjudica el poder de los afectos, del amor y la sensibilidad, a la vez que se nos priva del conocimiento, las opiniones y el deseo sexual. Se espera nuestra permanente disponibilidad al servicio de dicha familia, quedando relegadas al ámbito doméstico.

Esta definición de roles, como denuncia Eleonor Faur (2003), lejos de ser ingenua e inofensiva, encubre una desigual distribución del poder entre hombres y mujeres: desventajas en términos de autonomía, de apropiación de sus cuerpos, de participación en la generación de recursos y en la toma de decisiones sobre los mismos. Y si alguna de nosotras trasgrediéramos este modelo ideal o pretendiéramos asumir un proyecto de vida distinto al de la maternidad y la familia nos encontraríamos expuestas a toda forma de descalificación y/o sanción social.

Ahora bien, con la expansión y crecimiento desmedido del capitalismo y como respuesta a las crisis y necesidades económicas de la época, fue necesario que las mujeres comenzáramos a engrosar las filas del mercado laboral. Aunque dicha incorporación implicó una prolongación de los roles hogareños: fundamentalmente tareas de asistencia y de cuidado, repitiendo así los roles establecidos dentro del hogar, como cocineras, lavanderas, trabajadoras domésticas, costureras, niñeras y maestras.

Además, como se plantea en innumerables publicaciones feministas, si bien esta inscripción fue, por un lado, una indiscutible conquista, ya que nos otorgó a las mujeres una mayor independencia y autonomía; por otro lado, implicó una sobrecarga y una sobreexigencia de nosotras mismas, ya que debimos seguir haciéndonos cargo de las tareas domésticas y de crianza y cuidado de la familia. Es decir que, al no haber modificaciones en la esfera del hogar, las mujeres nos vimos obligadas a desarrollar en soledad una doble y a veces triple jornada laboral. Y lo que es peor aún, sin ninguna retribución económica, ya que el cuidado y atención de los miembros de la

familia, al ser considerados como un acto de amor, provocan la invisibilización de este trabajo que es sumamente productivo.

Hasta ahora, las responsabilidades y tareas de cuidados de los miembros del hogar, continúan recayendo principalmente sobre las mujeres; oficiando de obstáculo e impidiendo que nos podamos desempeñar en actividades productivas, educativas o de disfrute personal. Incluso hasta el propio autocuidado suele quedar postergado en pos de la familia.

Si bien este modelo clásico de familia que hemos descripto se encuentra obsoleto y en crisis desde hace tiempo, gracias a los diferentes cambios sociales y culturales que se han producido, como argumenta Falcone, *“el estereotipo femenino de la madre esposa en el hogar continúa vigente, difundiendo imágenes que se ajustan al modelo tradicional de la familia nuclear basada en la división del trabajo de padre proveedor-madre doméstica”* (Falcone, 2017: 15). Y esto debido a que el patriarcado encuentra y utiliza este (y otros) estereotipos y mitos, así como también la violencia, para reproducirse y perpetuarse en las distintas sociedades. Es decir que esta diferenciación, que implica la subordinación de lo femenino a lo masculino trasciende a todas las esferas de la vida.

Capítulo 3

Mujeres y Consumidoras. La experiencia del Centro de Día de

Mujeres de la Cooperativa de Trabajo Comunidad Padre

Misericordioso

La Cooperativa de Trabajo Comunidad Padre Misericordioso es una institución católica que comienza sus actividades en el año 2009. La sede de la misma, se encuentra ubicada en Zeballos 668, en el centro de la ciudad de Rosario. Tiene como objetivos brindar prevención y asistencia a personas que se encuentran atravesadas por una extrema vulnerabilidad social, en situación de calle y/o que padecen un consumo problemático de sustancias, así como también la promoción de su reinserción en la sociedad. Está conformada por equipos de profesionales, por voluntarios/as y por religiosos/as que se desempeñan en los diferentes dispositivos.

Se fundó como una organización de la sociedad civil, pero en el año 2018 se inició el proceso de cambio para constituirse como una Cooperativa de Trabajo, actual figura legal. Es una institución sin ánimo de lucro y de carácter mixto, ya que por un lado se encuentra subvencionada por organismos estatales nacionales (a través de la Sedronar) y mediante convenios con distintas áreas provinciales y municipales (Niñez y Adolescencia, Género y Diversidad) y, por otro lado, se financia con el aporte económico y/o mobiliario de personas y empresas que pertenecen al sector privado.

En mayo de 2010 comenzó a funcionar en un predio ubicado en Barrio Cristalería el primer dispositivo, una casa de internación (“el Hogar”) para hombres que padecen esta problemática, con el objetivo de brindarles asistencia terapéutica y espiritual. Desde entonces la institución ha crecido enormemente y ha ampliado la oferta de atención a través de distintos dispositivos: de asistencia y de prevención.

Los dispositivos de prevención son los denominados “Centros de Vida” y “Centros de Niñez Belén”. Estos centros se encuentran distribuidos en distintos barrios periféricos de Rosario⁵ y tienen como fin acompañar y contener a niñas/os, jóvenes y adultos/as en territorio. Para ello, desarrollan y coordinan actividades como apoyo escolar, espacios de juego, deportes varios, capacitaciones en oficios, talleres y movimientos culturales y también comparten meriendas y/o almuerzos. Funcionan allí también escuelas de enseñanza media para adultos (EEMPA).

Entre los dispositivos de asistencia, se encuentran por un lado, los centros terapéuticos, que están orientados específicamente a la atención y tratamiento de personas que padecen un consumo problemático de sustancias: el ya mencionado Hogar de Cristalería; la Granja Terapéutica y Centro de Día Baigorria, donde el tratamiento que se ofrece puede ser ambulatorio y/o residencial; y los Centros de Día Rosario y de Mujeres cuya modalidad de atención es ambulatoria. De estos, salvo este último, todos tienen como destinataria la población masculina. Y, por otro lado, se encuentran los Grupos para Familiares y las Casas de Medio Camino. Además, en 2018 comenzó a gestarse “El Taller de Pini”, un dispositivo de capacitación en oficio, puntualmente el de corte y confección, el cual tiene como objetivo brindar oportunidades de capacitación y empleo principalmente al colectivo LGTBI+.

Ahora bien, el dispositivo que nos interesa abordar, en dirección a nuestro tema de interés, es el Centro de Día de Mujeres. Este espacio surgió hace poco más de tres años, más específicamente en octubre de 2017, y se encuentra ubicado en el barrio República de la Sexta, en la ciudad de Rosario. El mismo está conformado por un equipo interdisciplinario, que comprende a tres psicólogas (una de ellas directora del Centro), una psiquiatra, dos operadoras socio-comunitarias y por cinco talleristas. Este dispositivo funciona de lunes a viernes de 13 a 19 hs. y su modalidad de atención es ambulatoria. Allí, quienes asisten, comparten el almuerzo y luego realizan los talleres y grupos terapéuticos, entre ellos se destacan los talleres de emociones, sentimiento libre, audiovisual, de arte, huerta, baile y educación física y el taller espiritual. A estos, se incorporó recientemente una capacitación en oficio, precisamente en el rubro de lo textil. Por otro lado, las mujeres que concurren cuentan con un espacio terapéutico individual con la psicóloga y/o psiquiatra, una vez por semana.

⁵ Barrios Tablada, Las Flores, La Lata, San Martín Sur, Las Delicias, Granada y Ludueña

Desde sus inicios, el Centro de Mujeres ha tenido como fin brindar acompañamiento profesional y espiritual a mujeres que padecen un consumo problemático de sustancias psicoactivas (y que no poseen cobertura de salud), así como también incentivar y promover el desarrollo de su autoestima y autonomía, brindando herramientas que les permitan desempeñarse en sus entornos.

Sin embargo, la práctica y la experiencia de estos años han puesto en evidencia que el consumo de sustancias no es el único ni el principal problema que atraviesa a las mujeres que han transitado por este dispositivo, sino que éste muchas veces se presenta como “síntoma” de otras dificultades y conflictos que emergen en sus vidas. Es por esto que, si bien desde sus comienzos acompaña a mujeres de bajos recursos socioeconómicos, predominantemente de barrios populares de la ciudad, que se encuentran por fuera del circuito formal de empleo, que no cuentan con cobertura en lo que respecta a salud y que padecen un consumo problemático, en el último tiempo se comenzó a recibir situaciones en las que la cuestión del consumo no oficie de filtro para el ingreso y así acompañar otras cuestiones que también las traspasan, como la violencia de género, las dificultades para vincularse intrafamiliar e interpersonalmente, el consumo problemático por parte de otros miembros de su hogar, la maternidad, etc. Así nos lo comenta una de las entrevistadas:

“Al principio, si tenemos que pensar el espacio, era como bien puntualizado a la problemática del consumo, lo que lo caracterizaba... a medida que lo fuimos recorriendo también fuimos entendiendo que a las mujeres nos pasan muchas más cosas que el consumo, así que en diálogo institucional también de alguna manera se fue dando esta propuesta de que no sea un filtro sino que también a veces pueda ser el posibilitador digamos, a una nueva vida, a una nueva historia. (...) Empezaron a aparecer otras cuestiones que por ahí pueden tener que ver con la violencia de género, cuestiones de maternar también o en la otra vereda digamos si en alguna de las historias también ha existido el abortar, también cómo procesar eso eh...” (Psicóloga 1)

Sumado a lo anterior, los datos que aporta una de las entrevistadas sobre la cantidad de mujeres que están realizando tratamiento, nos dan cuenta de la particular dificultad que se da en el caso de las mujeres para acceder al mismo. Si bien en la actualidad son diez las mujeres que asisten al Centro de día, en los últimos tres años, fueron sólo setenta y cinco las que pudieron sostener al menos un pequeño período el tratamiento; esto, de un total de las ciento sesenta y

cuatro entrevistas que se realizaron en estos últimos cuatro años (y sin mencionar los acercamientos que en varios casos no llegaron siquiera a la concreción de una entrevista formal).

Podríamos decir que estos números reflejan que las mujeres no llegan tan fácilmente a los espacios de tratamiento y que, si llegan, encuentran más dificultades para la adherencia y sostenimiento del mismo. Esto se condice con los datos que arroja el Observatorio Argentino de Drogas (2017): se estima que, en Argentina, solo el 2% de mujeres con consumo problemático de sustancias buscó ayuda profesional y se evidencia que, de las personas que buscaron tratamiento, las mujeres tuvieron menor acceso y permanencia en los dispositivos.

Las mujeres que participan y han participado en el Centro de Día de Mujeres de la CPM presentan en su mayoría demandas derivadas de largas trayectorias de consumo de sustancias psicoactivas. Como nos comenta al respecto una de las entrevistadas, *“En su mayoría son mujeres que están en situación de vulnerabilidad socioeconómica, muchas de ellas víctimas de violencia, que desde pequeñas son víctimas de distintos tipos de abuso y generalmente con demandas importantes en relación a lo afectivo, a lo material... con muchas carencias, a eso me refiero”* (Coordinadora)

Se trata de mujeres cuyo contacto con los servicios de salud es inestable o inexistente y con poca adherencia a los procesos del tratamiento; mujeres con escasos recursos económicos, amas de casa, que se encuentran al margen del circuito formal de trabajo, generando una dependencia económica hacia sus parejas y cuyos ingresos percibidos provienen principalmente de asignaciones familiares; mujeres que suelen presentar dificultades a nivel vincular, que tienen poco contacto con sus familias y afectos o que estos lazos se encuentran erosionados; madres que han perdido o les ha sido arrebatada la tutela de sus hijos e hijas: *“las pacientes que asisten al centro de día son de nivel socioeconómico de bajos recursos, viviendas en asentamientos irregulares, dificultad para acceder a las necesidades básicas, con nivel educacional más heterogéneo”* (Psiquiatra)

Por otro lado, los motivos por los cuales las mujeres que asisten al centro de día de la CPM se inician o se han acercado al consumo problemático de sustancias psicoactivas son diversos. Uno de los factores señalado por las profesionales del dispositivo es la influencia o sometimiento por parte de parejas: *“En la mayoría de los casos las mujeres se inician en el consumo eh... de alguna manera vinculadas al consumo de su pareja, o sea nos han relatado muchas situaciones de, bueno*

de momentos de violencia en los que la pareja las ha incitado a consumir o en algunos casos las han obligado a consumir, hay muchas situaciones que se dan de esta manera (Coordinadora).

Además, nos comenta una de las entrevistadas, la curiosidad y la recreación son factores por los cuales las mujeres también comienzan a consumir sustancias:

“Creo que en la mayoría comienza por algo más relacionado con aspectos recreativos en sustancias. Luego al vivenciar los efectos de los mismos comienzan a ser utilizados de forma excesiva, como el alcohol o psicofármacos, para efectos evasivos, para revertir efectos de otras drogas. Como estimulantes para poder llevar a cabo responsabilidades o para funcionar en sociedad” (Psiquiatra).

Las profesionales, destacan como detonante recurrente la vivencia de todo tipo de abusos. Abusos sexuales, intrafamiliares, de poder, violencias por parte de sus vínculos más cercanos: *“...algo más que puede verse de manera reiterada es el antecedente de abuso, de abuso sexual... bueno no solo de abuso sexual sino también de... la mayoría de ellas han sido víctimas de violencia desde muy pequeñas por parte de la familia, después han tenido parejas violentas, eso se ve muchísimo...” (Coordinadora).*

A su vez, varias de ellas concluyen que el consumo de sustancias psicoactivas por parte de las mujeres aparece como un “escape”, como una forma de evadir los problemas, como un sedante frente al dolor y las exigencias sociales: *“y... muchas relatan por ahí abusos en la infancia, en la adolescencia... eh después también abusos de sus parejas, entonces como una manera también de apaciguar el dolor... ese dolor que no pueden poner en palabras se apacigua con la sustancia. Se trata de tapar y después ya es un círculo vicioso que no se puede frenar, pero casi todo es para apaciguar el dolor” (Operadora).*

“Y después digo que... de tanta escucha eh se llega como para... lo decía en la respuesta anterior, mitigar un poco, darle un freno a todo lo que piensa la mujer... me parece que la mujer piensa muchísimo y que la sustancia psicoactiva, obviamente dependiendo de cuál sea, le presta esta posibilidad de transportarse a otro lugar digamos, eh... me parece que va por ahí...” (Psicóloga 1).

Nos parece importante aclarar que, si bien existen similitudes o algunos aspectos biográficos comunes -por ejemplo una historia marcada por abusos-, en el inicio del consumo de

sustancias por parte de las mujeres, estos no son determinantes, sino que se van configurando de acuerdo a la historia y subjetividad de cada una de ellas, al contexto sociocultural y al vínculo que se empieza a generar con ciertas sustancias. Es decir que, en el consumo problemático de sustancias, es la confluencia de los factores socioculturales, de las propias sustancias y de las características individuales de cada mujer, lo que determina cada situación particular.

En relación a las sustancias de preferencia, Nuria Romo Áviles (2006) expone que los datos epidemiológicos muestran que las mujeres prefieren consumir sustancias legales, como pueden ser el alcohol y los psicofármacos, mientras que las drogas ilegales suelen ser consideradas patrimonio de la masculinidad; pero explica que los datos también muestran que en los últimos años, el consumo de sustancias ilegales por parte de las mujeres, aunque sigue siendo menor si se contrasta con los varones, viene aumentando de manera progresiva, acortando la brecha de diferencia entre los mismos.

Un informe de la Sedronar (2017), cuyo resultado proviene de un Estudio Nacional en población de 12 a 65 años sobre consumo de sustancias psicoactivas, arroja que en las mujeres, prevalece el consumo de alcohol, tabaco, marihuana y tranquilizantes sin prescripción médica y en menor medida el consumo de cocaína y estimulantes sintéticos. En la experiencia del centro de mujeres de la Comunidad Padre Misericordioso el equipo de trabajo destaca el alcohol como sustancia predominante: *“en los casos que hemos visto la mayoría por ahí es el alcohol en las mujeres... también hay cocaína, psicofármacos...”* (Operadora); aunque también sucede el consumo de sustancias ilegales: *“Las pacientes consumen diferentes tipos de sustancias, alcohol, psicofármacos, tabaco, cocaína, marihuana, ocasionalmente otro tipo de sustancias como estimulantes sintéticos (...) Creo que hay mayor preferencia por las mujeres de consumir alcohol y psicofármacos* (Psiquiatra).

En lo que respecta a las modalidades o estrategias de consumo por parte de las mujeres, las profesionales se encuentran con dos realidades. Por un lado el consumo de sustancias puede realizarse en grupos, o con alguna pareja, quedando las mujeres expuestas a distintos tipos de riesgos, y muchas veces en situaciones de sometimiento: *“...como yo decía antes, las incitan a consumir, las obligan eh... o su misma situación en los casos en que por ejemplo eh... están en*

situación de prostitución y... en ese ambiente hay... circulan sustancias y por la misma situación en la que están terminan quizás consumiendo” (Coordinadora).

Pero por otro lado, el consumo de sustancias por parte de las mujeres, suele darse también en soledad, en el ámbito del hogar

“En cuanto a los modos o estilos de consumir, sí me parece que el modo de consumo del varón es más visible, digamos como que si tiene que ir y embriagarse eh... está mucho más permitido digamos, me parece que la mujer en muchas oportunidades y en sus historias le ayuda mucho tal vez a mitigar algún tipo de malestar, algún tipo de angustia y es como más reservado... no siempre en un lugar diferente a su casa, digamos el consumo se da en algún ambiente de la casa... por ejemplo un pase en el baño, pero tiene esta capacidad de abrir la puerta y que pareciera que nada pasó digamos... y si están sus hijos, porque muchas veces, digamos las mujeres que vienen acá, la mayoría, y no sé si todas, son mamás... entonces no pasó nada” (Psicóloga 1).

En este sentido, Romo Áviles (2010) afirma que la realidad de que todavía predomine socialmente el rol de la mujer como cuidadora y esposa dependiente podría influir en el hecho de que las mujeres seamos más cautas y evitemos la exposición pública, por lo que el consumo suele ocultarse y/o darse principalmente en el ámbito de lo privado. Siguiendo a esta autora, consideramos que la situación de inferioridad del género femenino tiene mucho peso para comprender los usos que hacen las mujeres de las sustancias psicoactivas, es por esto que consideramos fundamental la perspectiva de género en el consumo problemático de sustancias para poder vislumbrar la situación de las mujeres desde los propios contextos en los que usan y abusan de tales sustancias.

Esta antropóloga, que estudia el consumo problemático de sustancias de las mujeres en su país⁶, asevera que las responsabilidades parentales diferenciales entre hombres y mujeres ocasionan formas de consumo distintas entre unos y otros. También las entrevistadas relatan esta diferenciación en la experiencia del centro de día:

“Y la diferencia por ahí que yo noté entre hombres y mujeres es que por ahí la mujer se sigue ocupando de lo que son los chicos y tal vez lo hacen cuando ellos no están, como cuando ya termina la jornada... aunque también hay excepciones de que no, de que tal vez pasó algo y consumieron y los hijos están ahí. Pero la mayoría intenta como continuar con la vida cotidiana y cuando ya los hijos están acostados o en la escuela,

⁶ España.

ahí tal vez consumen, a diferencia de los hombres que lo que veo es que no reparan en ese detalle de consumir cuando por ahí no están los hijos...” (Operadora).

“...sin embargo, me parece que aun así, no deja de estar presente... no siempre, no todas, eh pero en las necesidades cotidianas que haya dentro del hogar por ejemplo, eh... o volver... digamos la mujer también tiene esto, por ahí en el instante no servimos para nada porque estamos totalmente dada vueltas digo, pero al otro día la mujer abre la puerta y vuelve y sigue... digo, capaz que el hombre dijo me fui a comprar cigarrillos y no volvió nunca más digamos... (Psicóloga 1).

Podemos vislumbrar que las estrategias de consumo de las mujeres se encuentran condicionadas por su rol de género, es decir, por las responsabilidades y exigencias domésticas y de cuidado que sobre ellas recaen; y que la sobrecarga y malestar que genera el hecho de tener que conciliar el trabajo doméstico (siendo la mayoría de las veces el soporte afectivo de la familia) y las responsabilidades laborales, predisponen en muchas ocasiones a un consumo de sustancias paliativo, para poder sobrellevar tal situación. En otras palabras, las mujeres recibimos infinitas demandas y exigencias que provienen de los ámbitos familiar o laboral y de la sociedad toda, pero la mayoría nos encontramos en soledad a la hora de enfrentarlas.

2.1. Doble estigma

Consideramos también que este ocultamiento tiene que ver con la constatación del doble estigma con que cargamos las mujeres: por un lado, por romper con el modelo construido e idealizado que nos fue asignado y por otro, por ser consumidoras de drogas. En otras palabras, las mujeres consumidoras de sustancias psicoactivas son doblemente rechazadas: por contraponerse a los roles tradicionales de género y por su relación con la ilegalidad, lo que las vuelve un objeto de penalización moral y social por la misma trasgresión doble.

Como venimos desarrollando en el presente trabajo, las entrevistadas también dan cuenta de que la práctica del consumo de sustancias psicoactivas es concebida socialmente como una desviación de lo que las mujeres debíamos ser, como una ruptura con los mandatos de feminidad; por lo que las mujeres asumimos y cargamos con la presión social de lo que se espera

de nosotras: ser amas de casa eficientes y madres responsables, la cual entra en contradicción con la conducta “irresponsable” del consumo, generando un gran rechazo en la sociedad.

“Bueno eh, creo que la consecuencia más eh más compleja es el rechazo que muchas veces produce por los círculos sociales más cercanos y también bueno, mejor dicho por la sociedad en general (...) Pensaba, digo, en esta cuestión del consumo más asociado a actividades masculinas por ejemplo, eh... más asociado y avalado socialmente, no es lo mismo para la mirada social un hombre que se emborracha o que consume drogas que una mujer, eh cuando sucede en la mujer por lo general eso también va asociado a cuestiones peyorativas, digo que denigran el rol de esa mujer... que es una puta, una irresponsable y todo una serie de características peyorativas para esa persona” (Psicóloga 2).

Esa mirada ofensiva y denigrante hacia las mujeres consumidoras de sustancias psicoactivas se construye sobre el imaginario social de que, de esa manera, se desvían de los roles de género que le fueron asignados, así como también del ideal de mujer que vive por y para los demás, trascendiendo negativamente:

“Y digamos eh repercute de manera negativa porque no puede ser que una mujer consuma digamos en el discurso eh... en un lugar de culpabilización, de mal ejemplo (...) Y después, como consecuencia más grave me parece que somos muy abusadas en esos momentos, digamos, la mujer que sufre o está bajo la influencia de una sustancia psicoactiva corre peligro de vida... por donde lo mires, sea en un bar, sea en la intimidad de su casa, en su comedor, sea de una amiga, todo el tiempo... y en ese momento que tenemos como las facultades conscientes más disminuidas corremos peligros... de ser abusadas, de ser violadas, de ser maltratadas, de ser trasladadas a otro lugar y no saber a dónde, nos pasa eso... al hombre no...” (Psicóloga 1).

Ante estas indeseables pero posibles y reales situaciones de abusos y violencias hacia las mujeres, aunque nos encontremos en una situación de extrema vulnerabilidad y riesgo, suele predominar la mirada social y patriarcal que tiende a minimizar la gravedad de los mismos, justificándolos o incluso culpabilizando a las víctimas por no encontrarse en un estado “apropiado”.

Las representaciones sociales y el trato diferencial hacia hombres y mujeres se refuerzan en lo que respecta al consumo problemático de sustancias. Una de las profesionales esboza esta diferencia de la siguiente manera: “...*me parece que si nosotras consumimos está todo mal y que si el hombre consume es el winner digamos de la situación eh... y que eso no se rompe... es como*

una de las cosas más fuertes eh... la mujer si consume es denigrada, es acusada, es señalada..." (Psicóloga 1).

En este sentido, podemos decir que el consumo de sustancias psicoactivas por parte de los varones se encuentra más avalado socialmente, o que es una actividad que puede ser concebida como propia de ellos, ya que coincide con los mandatos de la masculinidad, como ser fuertes, valientes, transgresores, los que tienen "más aguante".

Pero estas características son incompatibles con las de la feminidad, por lo que las mujeres nos encontramos socialmente condenadas y estigmatizadas. Condena que se establece sobre todo por el no cumplimiento de los mandatos sociales con los que las mujeres cargamos, fundamentalmente si somos madres. En palabras de una de las profesionales:

"...no hay una misma mirada ya de por sí para el lugar del hombre y el lugar de la mujer en la sociedad, sino que bueno eh todavía estamos en un sistema social patriarcal eh que hace que nuestro lugar de mujeres sea muy complejo a la hora de tomar decisiones sobre todo, ya sea sobre nuestro cuerpo, como así también en relación a nuestras responsabilidades o mandatos dentro de la sociedad (...) quizás hago mucho hincapié en la cuestión de la maternidad, pero lo que he visto en esta experiencia, en esta posibilidad de trabajar tanto con mujeres como con hombres, es que... los hombres tienen privilegios al momento de hacer un tratamiento y las mujeres tienen responsabilidades eh... y lo que hace falta es que haya derechos, para ambos (...) no es lo mismo una madre que no puede hacerse cargo de sus hijos porque consume y tiene que hacer un tratamiento entonces va y se interna que un padre. Un padre sí puede abandonar su hogar, una madre no eh... no puede porque hay un mandato social regido y avalado por múltiples instituciones (...) pero también creo que más allá de la maternidad, bueno... son los privilegios que la historia digamos le ha dado al hombre solamente por ser hombre, y bueno creo que eso es lo más difícil de visibilizar y de atacar..." (Psicóloga 2).

El consumo de sustancias por parte de las mujeres implica una transgresión de los mandatos sociales establecidos y como consecuencia, puede aparecer inherente la posibilidad de retirada de la guarda de las/los hijas/os, por lo que hacerlo público para la realización de un tratamiento por ejemplo, nos podría resultar muy difícil a las mujeres, ya que podría implicar un enorme costo moral y social. De ahí quizás que el número de mujeres que llega a los espacios de tratamiento es mucho menor si se compara con la población masculina, así como también pueden presentar mayores dificultades para su sostenimiento.

“Y yo creo que a la mujer eh... no sé si le cuesta más problematizar su consumo... no sé si le cuesta a la persona de la mujer problematizar su consumo, quizás lo que le cuesta es como llegar a los espacios, poder como poner sobre la mesa esto y de alguna manera pedir ayuda. Y creo que esto se debe a que bueno, la condena social sobre las mujeres ha sido, es mucho más grande eh... están también estos juicios que se van elaborando en relación a los roles que se esperan de parte de una mujer... como que sea buena madre, que sea buena pareja, o que cumpla con todo, que lleve a los chicos a la escuela, que trabaje, eh... como múltiples exigencias que me da la sensación que a veces no recaen de la misma manera sobre la población... en realidad no me da la sensación, es un hecho digamos que no recaen de la misma manera sobre la población masculina... sobre todos las exigencia en relación a bueno, al rol materno no? Son muy fuertes. Yo creo que de alguna manera la mujer que reconoce que tiene una problemática de consumo siente que está a la vez reconociendo que no puede ser una buena madre o que no puede ejercer bien su función materna, entonces me parece que este es un elemento trascendental, el tema de que blanquear la problemática de consumo ellas lo viven como que puede verse que no pueden ejercer adecuadamente su rol materno, en el cual muchas veces están solas digamos... es un rol que ejercen en la soledad, sin acompañamiento, sin ayuda... bueno vidas que a veces están a su cargo y ellas no pueden digamos... o con ese peso, con esa presión” (Coordinadora).

Por otro lado, el consumo problemático de sustancias psicoactivas puede generar diversas consecuencias en la vida de las mujeres y en los diversos ámbitos de socialización. Según una de las profesionales entrevistadas, puede ocasionar grandes dificultades a la hora de relacionarse, para conseguir o sostener un empleo, para cumplir con las responsabilidades parentales y/o domésticas que le fueron socialmente impuestas: *“El consumo genera mayor deserción escolar, dificultad para poder sostener un trabajo a largo plazo, repercutiendo en su economía y la relación con familiares y amigos. Aunque la mujer intenta sostener el ámbito familiar aun en consumo e intentar responsabilizarse por su hogar y familia”*. (Psiquiatra)

Aun así, como esboza otra de las entrevistadas, intentan cumplir con esos mandatos, e incluso pueden llevar adelante diferentes tareas sin dificultades:

“...algunas tal vez no ven como... no se ve como afectado porque siguen con la vida cotidiana, por ahí llevando a los chicos a la escuela, yendo a trabajar y por ahí el consumo se da después del trabajo... como hay otras que no, que sí, que tal vez sus hijos ya están eh... hogarizados o con alguna abuela, otros que tal vez ya no están participando de lo que es la escuela (...) que tal vez ya fueron... han tenido con medida excepcional y entonces ya están en los centros residenciales o tal vez con algún familiar...” (Operadora).

Estos relatos dejan entrever cómo las mujeres que asisten al centro de día, así como la mayoría de las mujeres de los grupos sociales más desventajados, continúan portando imágenes de género altamente tradicionales: mujeres madres, que tienen a su cargo las tareas del hogar y de cuidado de todos sus miembros, con nulas posibilidades de trabajar, de estudiar, de asistir a espacios recreativos y hasta de ocuparse de su salud y realizar un tratamiento si así lo quisieran.

“...creo que hay una cuestión que... que tiene que ver con su condición de mujeres... emm como antes hablaba, esta cuestión de la maternidad presente en cada una de ellas hace que... que muchas veces se conjuguen digamos las cuestiones de inicio de consumo con el tema del sostenimiento del tratamiento, porque siempre estamos hablando de mandatos, digamos que una mujer... ya de por sí una mujer que consume tiene eh una cuestión social que es mucho más fuerte que un hombre eh... y también una mujer madre que consume, mucho peor en lo que respecta a los mandatos y exigencias que hacen a su lugar de... a su maternidad eh lo cual hace que por un lado tengan que transitar un tratamiento para dejar de consumir y sobrevivir y también hace que en el medio de ese tratamiento tengan que ocuparse de sus hijos porque la mayoría tiene parejas que no aportan en ese cuidado sino que recae toda la responsabilidad sobre ellas... no solamente que no aportan sino que restan porque bueno, la mayoría vive en situaciones de mucha agresión, ya sea física, verbal, simbólica eh... lo cual hace que sea más difícil poder sostener un espacio donde poder eh... trabajar su problemática de consumo” (Psicóloga 2).

Podemos observar entonces, cómo la distribución desigual de las responsabilidades de las tareas de cuidado entre los géneros impacta de manera significativa en los consumos problemáticos de sustancias. Y del mismo modo, queda en evidencia cómo se juzga más a las mujeres que no pueden cumplir perfectamente con la maternidad que a los hombres que se desvinculan muy fácilmente de la paternidad. Así lo dice una de las entrevistadas:

“Porque la mujer tiene como una doble... no quiero llamarlo carga, pero sí una doble mochila, porque es tu vida y la de tus hijos, la de tu familia por así decirlo... cosa que al hombre no se le pone esa mochila, se lo deja como más... bueno, puede elegir... si la quiere tomar decimos uy que hombre tan responsable... ¡no!, cumplió con su deber por decir. Y en la mujer no decimos ay qué mujer tan responsable de venir a una capacitación con tu hija... como que ahí también considero que debemos cambiar la mirada, las palabras... porque digo, si no cambiamos eso se sigue como haciendo, se vuelve cotidiano, lo naturalizamos y ahí es donde cometemos el error”. (Operadora)

En los relatos de las profesionales, la cuestión de la maternidad aparece con mucho énfasis, afirmando que en cuantiosas ocasiones impide u oficia de obstáculo al momento de comenzar un tratamiento, ya que resulta muy difícil para las mujeres poder conciliar y delegar las

responsabilidades de las distintas esferas de su vida. Por tal motivo plantean la necesidad de pensar en nuevos espacios para mujeres así como también repensar los pocos que existen:

“...durante mucho tiempo, tal vez ahora se está modificando eso, se está cambiando, en buena hora... pero durante mucho tiempo tal vez los dispositivos estaban más pensados para hombres... en relación a que lo digo por ejemplo? En relación a que generalmente cuando una mujer hace un tratamiento ambulatorio por consumo problemático eh... muchas veces no tiene a donde dejar a sus hijos, tiene que concurrir al espacio con sus hijos y no hay, en líneas, generales espacios preparados para acoger a la mujer con sus hijos, con sus chicos (...) Entonces, para resumirlo digamos, es como que muchas veces los espacios no están preparados o se necesita un abordaje más complejo, más integral para poder recibir eh... la realidad de la mujer digamos, con todo lo que implica...” (Coordinadora).

Estas diferencias en los roles construidos y asignados socioculturalmente a los géneros, nos coloca a las mujeres en situaciones de desventaja, de desigualdad de poder y de accesibilidad frente a los recursos, por lo que se vuelve inevitable reivindicar dispositivos más amplios y complejos, con umbrales mínimos de exigencia para una mayor accesibilidad, que puedan ofrecer una mirada y un abordaje más integral y acorde a la complejidad de las situaciones. Dispositivos que sean pensados desde una perspectiva de género, es decir, que no sean una réplica de los tratamientos que fueron diseñados desde una lógica masculina, que puedan contemplar la existencia de sobrecargas familiares, que no reproduzca las violencias y desigualdades existentes entre los géneros. Como plantea una de las entrevistadas:

“...el hombre tiene más... como un abanico de instituciones que puede elegir si se quiere internar, si quiere hacer centro de día, cuando la mujer solo tenemos muy pocas instituciones... no quiero dar un número, pero si se tienen que internar no hay un lugar por ahí donde ellas se puedan internar con sus hijos/hijas eh... ahí ya tenés el primer obstáculo si quieres un camino de recuperación, entonces... por eso. No creo que solamente la sociedad pone obstáculos sino también el estado no se hace parte de eso, de tener más instituciones donde puedan albergar a las mujeres y también a los hijos/as... si una mujer se quiere internar o hacer un tratamiento de día, o una capacitación o lo que sea y si no cuenta como para pagar una niñera o no tiene el acompañamiento de alguien queda al margen, cosa que al hombre no le pasa... es muy raro ver al hombre que va a cargar con el hijo para ir a una capacitación... el hombre siempre tiene a alguien, está la mujer, está la madre... está la figura de una mujer, la figura femenina, una tía, una sobrina que le cuida a los hijos... en cambio a la mujer le achacan más cosas”. (Operadora)

De allí se desprende otra veta del cuidado en el ámbito de los consumos problemáticos: las mujeres como cuidadoras y salvadoras, haciéndose cargo no solo de los hijos, sino también de

hermanos, nietos, sobrinos, parejas o vecinos que se encuentran realizando un tratamiento por consumo problemático de sustancias; y que por estar cuidando a otros se quita relevancia al propio autocuidado.

En efecto, esta situación de desigualdad no será posible de revertir hasta que no se distribuyan las responsabilidades del cuidado en el seno de las familias y en nuestra sociedad. Y mientras esto no suceda, mientras las tareas de cuidado, atención y sostén de la familia sigan recayendo sobre la figura femenina, seremos nosotras quienes cargaremos social y subjetivamente con esta cuestión.

Por último, las profesionales entrevistadas consideran que existen algunos factores o situaciones comunes que se ponen en juego a la hora de decidir hacer un tratamiento o acudir a algún espacio en busca de ayuda. Por un lado, cuestiones muy personales como pueden ser un embarazo o “una tocada de fondo”, por ejemplo una sobredosis, o la pérdida temporal de la guarda de sus hijos por medidas excepcionales por parte de la Dirección Provincial de Niñez:

“...es como muy personal, no podemos generalizar porque hay mujeres que tal vez no sé... sufren alguna sobredosis bueno y eso les hace tocar fondo y reaccionar... tal vez hay mujeres que pierden por las medidas excepcionales a sus hijos/hijas, entonces ahí bueno, es como el freno... tal vez otras no tienen ningún... así ningún cimbronazo, como un sacudón y dicen bueno, paro... como que ahí no generalizo porque es personal y va a depender de lo que esa mujer pueda llevar adelante en ese camino de recuperación y también va a depender de con quien se cruce en el camino para ese... para esa recuperación...” (Operadora).

Además, es fundamental la presencia y apoyo de vínculos de confianza para las mujeres, que puedan sostener y acompañar sin prejuicios en el proceso para poder mermar y/o abandonar el consumo de sustancias. Como afirma una de las entrevistadas:

“...a veces aparece una persona en la vida de esa mujer, sea que se yo, una mujer de una parroquia, sea un vecino o una vecina del barrio, alguien que está en un centro barrial eh... alguna persona del centro de salud, algún médico de referencia, un psicólogo o psicóloga de referencia... por ahí aparece una persona con la que esa mujer se siente en confianza y empieza de a poco a poder destrabar algunas cuestiones, a poder poner en palabras lo que le pasa, eh... contar, hablar de su realidad eh... me parece que a veces esas personas ofician como puentes entre lo que es esa mujer y las instituciones que tal vez trabajamos más específicamente como esta problemática, la problemática del consumo (...) pero bueno se necesita mucho acompañamiento, y también se necesita como dije en un principio trabajar en red, que distintos actores

podamos como acompañar a esa mujer, trabajando de manera conectada, organizada, articulada...” (Coordinadora).

Será preciso entonces generar redes entre diversos actores institucionales y de la comunidad en general para poder sostener, acompañar y abordar de manera colectiva la complejidad que esta problemática conlleva.

Capítulo 4

Consumo problemático de sustancias, perspectiva de género y Trabajo Social.

Como venimos sosteniendo y expresando a lo largo de este trabajo, el consumo problemático de sustancias psicoactivas es un problema social complejo, que implica múltiples aristas y que transcurre y se expresa en un contexto social que se encuentra profundamente segmentado y escindido, en donde impera una sensación de no pertenencia y de falta de sentidos. Es así que, como afirma Carballada, *“la drogadicción, en tanto padecimiento, se convierte en una expresión del desencanto frente a un mundo fragmentado y sin sentido”* (Carballada, 2006: 1).

Siguiendo al autor, ante este escenario, la intervención emerge como un instrumento posibilitador de transformaciones. Sin embargo, la complejidad que la problemática de los consumos de sustancias implica, da cuenta de una serie de cuestiones que son transversales y que sobrepasan la especificidad de las profesiones e instituciones actuales. A su vez, el hecho de que nuestras intervenciones se produzcan en el terreno de lo social merece comprender que allí no intervenimos en soledad, sino que existen otras profesiones que también intervienen en esta área (Carballada, 2008).

Además, si entendemos al consumo problemático como un fenómeno multicausal, es decir, que va más allá de la sustancia en sí misma, y que por lo tanto debe ser abordado desde sus tres dimensiones (sujeto, objeto y contexto), resulta fundamental la interdisciplina como estrategia. Ninguna profesión en particular podría dar una respuesta global a dicha problemática.

En palabras de Alicia Stolkiner, *“la interdisciplina nace, para ser exactos, de la incontrolable indisciplina de los problemas que se nos presentan actualmente, de la dificultad de encasillarlos”* (Stolkiner, 2005: 1). Siguiendo a dicha autora, la interdisciplinariedad implica un

posicionamiento, en el cual se reconoce la incompletud de las herramientas de cada disciplina, implica un abordaje sostenido y constante e implica cooperación.

Es por esto que queremos destacar la importancia de que, como esboza Susana Cazzaniga, a la hora de abordar situaciones complejas, distintos saberes dialoguen y pongan en juego su especificidad profesional en clave de integralidad, para luego identificar las intervenciones particulares desde una perspectiva de complementariedad. Y el Trabajo Social es uno de estos saberes, que porta *“una mirada particular que nos permite decir y hacer con voz propia y desde allí dialogar con otros saberes”* (Cazzaniga, 2001: 3).

A su vez, la Ley de Salud Mental N° 26.657, que integra a los consumos problemáticos de sustancias psicoactivas al campo de la salud mental, establece explícitamente la necesidad de un abordaje interdisciplinario de los padecimientos mentales. Así lo establece en su artículo 8°: *“Debe promoverse que la salud mental esté a cargo de un equipo interdisciplinario integrado por profesionales, técnicos y otros trabajadores capacitados con la debida acreditación de la autoridad competente. Se incluyen las áreas de psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional y otras disciplinas o campos pertinentes”* (Ley de Salud Mental, 2010).

Por otro lado, la complejidad de la problemática y las posibles resoluciones ante el malestar ameritan ir más allá de la interdisciplina, es decir, que se precisa de muchos actores. Es por esto que consideramos que la intervención debe dar cuenta de *“una importante capacidad para articular y generar diálogos entre diferentes instancias, lógicas y actores institucionales”* (Carballeda, 2008: 265), y desde Trabajo Social podemos aportar en este sentido. Resulta conveniente un abordaje interinstitucional e intersectorial, lo cual implica necesariamente un trabajo en red junto a los demás actores involucrados, sean estos organismos estatales (en sus diversos niveles), con presencia territorial, como centros de salud, escuelas, clubes y demás organizaciones de la sociedad civil, así como también con las familias, vecinos y/o vínculos significativos para las/los sujetos de nuestra intervención.

¿Por qué el Trabajo Social debería formar parte de estos equipos interdisciplinarios? Como sostiene Cazzaniga, *“la capacidad de argumentar, la rigurosidad teórica, la intervención responsable, posiciona de otra manera y otorga condiciones para el ejercicio de poder, en este caso poder decir, poder hacer, poder construir”* (Cazzaniga, 2001: 8).

En este sentido, y siguiendo a Carlos Montaña (2000), como profesionales de Trabajo Social nos valemos de un conjunto de saberes y conocimientos teóricos que nos permiten analizar e investigar las diversas manifestaciones de la cuestión social así como también a elaborar intervenciones que puedan contribuir a su transformación. Intervenciones que están dotadas de cierta intencionalidad y que tienen como instrumento fundamental la política social.

Para ello, contamos con herramientas técnico-instrumentales como pueden ser los registros, los informes, las entrevistas; herramientas que dan prioridad a la palabra, a la mirada, a la participación y escucha de un otro o de una otra.

Retomando a Carballada (2008) las intervenciones requerirán de una reflexión y revisión constante de los marcos conceptuales propios, de la influencia de las representaciones sociales, de los mandatos establecidos. Y deberá implicar también una mirada a la singularidad de las personas, en este caso puntualmente de las mujeres, para propiciar la recuperación de su autonomía.

La realidad de las mujeres es muy heterogénea, por lo que no es posible pensar en recetas ni en caminos lineales para las intervenciones, sino que éstas deberán adecuarse y apelar a las singularidades y trayectorias individuales; por lo que para abordar el padecimiento de las mismas, será necesario el acceso a sus historias de vida, a sus perspectivas y a sus potencialidades.

Para ello, será fundamental intervenir desde una perspectiva de género, incluirla como herramienta. La incorporación de esta mirada nos permitirá visibilizar los mecanismos que nos oprimen, marginan, violentan y discriminan a las mujeres, así como también nos habilitará a repensar las situaciones cotidianas que se nos presentan.

La inclusión de la perspectiva de género en este campo apunta a hacer valer los derechos de todas las personas; nos permitirá vislumbrar que los consumos problemáticos de sustancias psicoactivas por parte de las mujeres existen y que no pueden ser estudiados ni abordados de manera aislada, sino que será necesario pensarlos de manera transversal a sus historias, sus vivencias y sus realidades cotidianas, las cuales se encuentran atravesadas y condicionadas por las violencias estructurales del sistema patriarcal.

En este sentido, al momento de acompañar los procesos de mujeres que están padeciendo un consumo problemático, debemos tener en cuenta que existen ciertos condicionamientos que operan más allá del consumo en sí mismo, como los distintos tipos de violencia (psicológica, sexual, física, simbólica, sexual), las relaciones de poder, las exigencias domésticas y familiares, los mandatos sociales, la estigmatización, la ausencia de proyectos personales y la incertidumbre respecto del futuro, la escases de posibilidades para acceder a un empleo, etc.

Ahora bien, la perspectiva de género implica un doble desafío para las y los profesionales de Trabajo Social, ya que se trata de una profesión que posee un gran protagonismo femenino. Como expone Marilda Iamamoto, el Trabajo Social es *“una profesión tradicionalmente de mujeres y para mujeres”* (Iamamoto, 1998: 127). Así, las profesionales absorbemos tanto la imagen social y estereotipada de la mujer, como las discriminaciones impuestas por el mercado de trabajo. Es decir, que vivimos en primera persona las mismas desigualdades de género, cargamos con las mismas exigencias y mandatos sociales y también nos encontramos en una posición desventajada.

Por otro lado, Ana Alcazar-Campos plantea que desde sus orígenes el Trabajo Social se encuentra en una posición de inferioridad y subordinación en relación a otras profesiones y disciplinas. Y reconoce que la fuerte presencia femenina se explica porque desde sus inicios el ejercicio del Trabajo Social ha sido concebido *“como una prolongación del rol asignado tradicionalmente a las mujeres, con una serie de actitudes y capacidades que se consideran naturales”* (Alcázar-Campos, 2014: 30).

En suma, la perspectiva de género se configura como una formación imprescindible para el Trabajo Social. El desafío es internalizarla y hacer uso de la misma, de manera que atraviese siempre nuestras prácticas, sea cual fuere el lugar desde el cual nos estemos desempeñando.

Entonces, la perspectiva de género, por un lado nos invita a reflexionar sobre nuestro rol como profesionales en los equipos de trabajo, sobre nuestro posicionamiento frente a otras profesiones, a interpelar los puestos o lugares que ocupamos en las instituciones; mientras que por otro nos sirve como herramienta para revelar y denunciar las relaciones de poder que se establecen entre hombres y mujeres, así como también luchar por la transformación de las mismas.

Reflexiones finales

Para concluir esta tesina, nos proponemos esbozar algunas reflexiones en torno al camino recorrido. Cabe aclarar que con las mismas no pretendemos arribar a una conclusión final cerrada y/o acabada, sino que por el contrario, nos habilitarán a seguir indagando y generando nuevos interrogantes.

Desde el inicio, nos propusimos como objetivo indagar sobre el doble estigma que padecen las mujeres que consumen sustancias psicoactivas. Para ello, realizamos una recopilación y una ardua lectura de estudios y bibliografía existente sobre la temática. A partir de este primer acercamiento descubrimos que existen abundantes estudios y datos sobre los consumos por parte de la población masculina, mientras que escasean la información respecto de la población femenina. Los estudios más recientes, comienzan a tomar en cuenta la categoría de género como factor diferencial para estudiar los consumos problemáticos de sustancias psicoactivas.

Durante todo el recorrido pudimos vislumbrar que los consumos de sustancias psicoactivas se constituyen como una problemática social compleja, en la que influyen múltiples y diversos factores. Intentamos pensarlos como un fenómeno que es producto del vínculo que tejen los sujetos con las sustancias en un determinado contexto social y cultural.

Observamos que existe una enorme cantidad de representaciones sociales en torno a la problemática del consumo, las cuales repercuten de manera negativa sobre los usuarios de sustancias psicoactivas, quienes son estigmatizados con vigor. Estigmas que se ven doblemente agravados si quienes consumen son mujeres.

De esta premisa partimos al intentar incluir la perspectiva de género en el estudio de la problemática. Para dicho análisis, realizamos entrevistas al equipo de profesionales del Centro de Día de Mujeres de la CPM y de las mismas, se desprendieron algunas cuestiones sobre las que nos parece sumamente importante reflexionar. Una de ellas, es que los mandatos y representaciones sociales que se constituyen en torno a los géneros influyen en el campo de los consumos problemáticos de sustancias psicoactivas de muchas maneras.

Pudimos observar también que las mujeres desarrollan estrategias de consumo distintas a las de los varones; que se las juzga mucho más que a éstos, quienes se desvinculan más fácilmente de sus responsabilidades parentales; que se encuentran con mayores obstáculos y dificultades para pedir ayuda, para poder llegar a los dispositivos que ofrecen tratamiento y para lograr sostenerlos en el tiempo. Entre estos obstáculos, aparecieron con fuerza la maternidad y las responsabilidades de cuidado sobre otros integrantes de la familia. En síntesis, las diferencias de género socialmente asignadas producen desigualdades que repercuten en el deterioro de la salud y del bienestar de las mujeres respecto de los hombres.

Por otro lado, aparece un cuestionamiento a los dispositivos de tratamiento existentes, tanto ambulatorios como residenciales, ya que la mayoría solo aceptan a varones. Y los pocos dispositivos que admiten a mujeres son una réplica de aquéllos, es decir que están pensados y organizados en función de una lógica androcéntrica. Esto también dificulta que las mujeres puedan sostener y apropiarse de los espacios de tratamiento.

Lo anterior queda demostrado ante la constante necesidad, que se manifiesta desde la práctica, de dispositivos específicos que puedan alojar a mujeres con sus hijos. En este punto cabe que nos preguntemos si no se trataría de una respuesta paliativa, es decir, si estaríamos reforzando los mandatos de género. Pero hasta tanto no exista una distribución real de las responsabilidades de cuidado, éstas seguirán siendo una carga para las mujeres.

En este sentido, deberá ser una prioridad pensar y reivindicar espacios, abordajes y dispositivos que se adecúen a las necesidades específicas de las mujeres, que no estigmaticen ni reproduzcan las desigualdades existentes. Dispositivos que sean más accesibles, que garanticen umbrales mínimos de exigencia, a los que las mujeres puedan asistir de acuerdo a sus posibilidades.

Como profesionales, en tanto que el Trabajo Social forma parte de los equipos interdisciplinarios de estos dispositivos, será fundamental la formación constante, la incorporación de la perspectiva de género, la cual nos habilitará a que podamos repensar nuestras miradas y lecturas, a revisar nuestros posicionamientos, las formas en que acompañamos. Así como también a visibilizar y potenciar las voces y las vivencias de las mujeres con las que trabajamos, que son las protagonistas.

Quizás el desafío sea pensar cómo generar espacios e intervenciones que no reproduzcan las violencias estructurales del patriarcado, para lograr abordajes transformadores, que no sean excluyentes sino inclusivos, que puedan alojar y acompañar a las personas con sus padecimientos. Además, será preciso poder articular con otras instituciones y actores sociales, como centros de salud, instituciones de primera infancia, centros de capacitación, familiares, entre otros, para generar abordajes en conjunto, más integrales.

Para finalizar, nos gustaría retomar las palabras de Alfredo Carballada: “El Trabajo Social está allí, donde el padecimiento se hace presente, donde las trayectorias se inscriben en los cuerpos; está allí escuchando relatos, observando, haciendo, convirtiendo ese padecimiento en resistencia” (Carballada, 2006).

Referencias Bibliográficas

- Alcázar-Campos, A. (2014). Miradas feministas y/o de género al trabajo social, un análisis crítico, en Revista Portularia, Vol. 14, N 1. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/1610/161029523003.pdf>
- Bauman, Z. (2003). *Modernidad líquida*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Bonino Méndez, L. (1996). *Micromachismos. La violencia invisible en la pareja*, Madrid. Recuperado de: http://pmayobre.webs.uvigo.es/pop/archi/profesorado/pablo_rama/micromachismos.pdf
- Bourdieu, P. (2000). *La dominación masculina*, Barcelona: Anagrama.
- Burín, M. (1996). “Género y psicoanálisis. Subjetividades femeninas vulnerables”, en Dio Bleichmar, E. y Burín, M. (compiladoras), *Género, psicoanálisis, subjetividad*. Buenos Aires: Paidós.
- Carballeda, A. (2006). La adolescencia y la drogadicción en los escenarios del desencanto, en Margen Periódico de Trabajo Social y Ciencias Sociales, Edición digital N. 42. Recuperado de: <https://www.margen.org/suscri/margen42/carba.html>
- Carballeda, A. (2008). “La prevención en drogadicción. Una mirada desde la intervención en lo social”, en Carballeda, A. (coord.), *Drogadicción y Sociedad*. España: Espacio Editorial.
- Carballeda, A. (2008). Problemáticas sociales complejas y políticas públicas, en Revista CS, N. 1. Recuperado de: https://www.icesi.edu.co/revistas/index.php/revista_cs/article/view/409/409
- Cazzaniga, S. (2001). El Abordaje desde la singularidad, en Revista Desde el fondo. Recuperado de: http://www.fts.uner.edu.ar/publicaciones/publicaciones/desde_el_fondo/pdf/Nro_22/2%20Cazzaniga%2022.pdf

- Cazzaniga, S. (2001) “Trabajo Social e Interdisciplina: la cuestión de los equipos de salud”, en Cazzaniga, S. (dir.), *Hilos y nudos*. Buenos Aires: Espacio.
- Cobo Bedia, R. (1995). “Género”, en: Amorós, C. (dir.), *Diez palabras clave sobre mujer*. España: Verbo Divino.
- Corda, A. (2015). Criminalización de los usuarios de droga en Argentina, en Revista Voces en el Fénix, N. 42. Recuperado de: <https://www.vocesenelfenix.com/content/criminalizaci%C3%B3n-de-los-usuarios-de-drogas-en-la-argentina>
- Dorlin, E. (2009). *Sexo, género y sexualidades. Introducción a la teoría feminista*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.
- Falcone, R. (2017). Género y familia. Reflexiones sobre la autoridad en la familia patriarcal y su vigencia en las sociedades contemporáneas, en Revista Electrónica Intersecciones Psi, N. 13. Buenos Aires. Recuperado de: http://www.intersecciones.psi.uba.ar/revista_ed_num_23.pdf
- Faur, E. (2003). “¿Escrito en el cuerpo? Género y derechos humanos en la adolescencia”, en Checa, S. (comp.), *Género, sexualidad y derechos reproductivos en la adolescencia*. Buenos Aires: Paidós.
- Fernandez, A. M. y Giberti, E. (1989). *La mujer y la violencia invisible*. Buenos Aires: Editorial Sudamericana.
- Freud, S. (1992). “El malestar en la cultura”, en Freud, S., *Obras completas, volumen 21 (1927-31)*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Gamba, S. (2008). ¿Qué es la perspectiva de género y los estudios de género?, en Mujeres en Red, El Periódico feminista. España. Recuperado de: <http://www.mujeresenred.net/spip.php?article1395>
- Goffman, E. (2006). *Estigma, la identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu.

- Gómez Di Vincenzo, J., Cagide, M. y otros. (2019). *Abordaje integral de los consumos problemáticos*. Buenos Aires: Presidencia de la Nación.
- González Zorrilla, C. (1987). Drogas y control social, en Poder y Control, N. 2. Barcelona. Recuperado de: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/drogas_y_control_social_gonzalez_zorrilla.pdf
- Iamamoto, M. (1998). *El servicio social en la contemporaneidad. Trabajo y formación profesional*. San Pablo: Cortez Editora.
- Jodelet, D. (1986). “La representación social: fenómenos, concepto y teoría”, en Moscovisi, S. (comp.). *Psicología Social II: pensamiento y vida social. Psicología social y problema sociales*. Barcelona: Paidós.
- Lamas, M. (2000). Diferencias de género, sexo y diferencia sexual, en Revista Cuicuilco, Vol. 7, N. 18 México. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/351/35101807.pdf>
- Lamas, M. (1996). La perspectiva de género, en La Tarea Revista de Educación y Cultura de la sección 47 del SNTE, N. 8. Recuperado de: https://www.ses.unam.mx/curso2007/pdf/genero_perspectiva.pdf
- Levin, S. y otros. (2014). *Políticas públicas, Género y Derechos Humanos en América Latina*. Rosario: Poyecto Latin.
- Martinez Redondo, P. (2009). *Extrañándonos de lo normal. Reflexiones feministas para la intervención con las mujeres drogadependientes*. Madrid: Horas y Horas.
- Montaño, C. (2000). *La naturaleza del servicio social. Un ensayo sobre su génesis, su especificidad y su reproducción*. San Pablo: Cortez Editora.
- Nowlis, H. (1982). *La verdad sobre la droga. La droga y la educación*. París: Unesco.
- Rodriguez, S. (2007). Dilucidando desde el Trabajo Social, dificultades y posibilidades de la intervención en drogadicción, en Margen Periódico de Trabajo Social y Ciencias Sociales,

Edición digital N. 46. Buenos Aires. Recuperado de:
<https://www.margen.org/suscri/margen46/interdrog.html>

Romo Áviles, N. y Gil García, E. (2006). Género y uso de drogas. De la ilegalidad a la legalidad para enfrentar el malestar, en Trastornos Adictivos: Órgano oficial de la sociedad española de toxicomanías, Vol. 8, N. 4. España. Recuperado de:
https://www.researchgate.net/publication/28142068_Genero_y_uso_de_drogas_De_la_ilegalidad_a_la_legalidad_para_enfrentar_el_malestar

Romo Áviles, N. (2005). Género y uso de drogas. La invisibilidad de las mujeres, en Monografía Humanitas, Vol. 5, Fundación Medicina y Humanidades Médicas. España. Recuperado de:
<https://www.drogasgenero.info/wp-content/uploads/romo.pdf>

Romo Áviles, N. (2010). *La mirada de género en el abordaje de los usos y abusos de drogas*, en Revista Española de Drogadependencias, Vol. 35, N. 3, Asociación Española de Estudio en Drogadependencias. España. Recuperado de: https://www.aesed.com/upload/files/vol-35/n-3/v35n3_ed.pdf

Ryan, S. (2009). *Prevención del consumo problemático de drogas. Desde el lugar del adulto en la comunidad educativa*. Buenos Aires: Ministerio de Educación de la Nación.

Sautú, R. y otros. (2005). *Manual de Metodología. Construcción del marco teórico, formulación de los objetivos y elección de la metodología*. Buenos Aires: CLACSO.

Slapak, S. y Grigoravicius, M. (2008). Consumo de drogas: la construcción de un problema social, en Anuario de investigaciones, Vol. 14. Buenos Aires. Recuperado de:
http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-16862007000100023

Soriano García, N. (2017). Perspectiva de género: una formación imprescindible en trabajo social. Valencia. Recuperado de: <https://www.universidadviu.com/es/actualidad/nuestros-expertos/perspectiva-de-genero-una-formacion-imprescindible-en-trabajo-social>

Stolkiner, A. (2005). Interdisciplina y Salud Mental. IX Jornadas Nacionales de Salud Mental – I Jornadas Provinciales de Psicología. Salud mental y medicalización: estrategias posibles en la Argentina de hoy. Misiones. Recuperado de:

http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/066_salud2/material/unidad1/subunidad_1_3/stolkiner_interdisciplina_salud_mental.pdf

Stolkiner, A. (2015). “Salud mental: avances y contradicciones de su integración a la salud comunitaria”, en Tesler, L. (comp.), *¿Qué hacer en salud? Fundamentos políticos para la soberanía sanitaria*. Buenos Aires: Colihue. Recuperado de: <http://www.eutm.fmed.edu.uy/LICENCIATURAS%20MVD/materias%20basicas/psicologia/2020/Salud%20Mental/Salud%20Mental%20avances%20y%20contradicciones%20de%20su%20integraci%C3%B3n%20a%20la%20salud%20comunitaria.pdf>

Touzé, G. (2010). Argentina: ¿la reforma que viene?, en Serie reforma legislativa en materia de drogas N. 6, Transnational Institute, Washington Office on Latin América. Recuperado de: <http://fileserv.idpc.net/library/Argentina%20la%20reforma%20que%20viene.pdf>

Touzé, G. y otros. (2012). Consideraciones sobre el debate legislativo en torno a la ley de drogas, en Revista Debate Público Reflexión de Trabajo Social, año 2, N. 4, Buenos Aires. Recuperado de: <https://intercambios.org.ar/assets/files/Consideraciones-sobreeldebatelegislativo....pdf>

Varela, N. (2008). *Feminismo para principiantes*, Barcelona: Ediciones B S. A.

Vasilachis De Gialdino, I. (2006). La investigación cualitativa en Vasilachis Di Gialdino, I. (Coord.), *Estrategia de investigación Cualitativa*. Barcelona: Gedisa.

Vázquez, A. y Stolkiner, A. (2009). Procesos de estigma y exclusión en salud. Articulaciones entre estigmatización, derechos ciudadanos, uso de drogas y drogadependencia, en Anuario de investigaciones, Vol. 16, Facultad de Psicología UBA, Buenos Aires. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/3691/369139945027.pdf>

Documentos consultados:

Corte suprema de Justicia de la Nación Argentina. (2009). Fallo Arriola. Recuperado de: <http://www.saij.gob.ar/corte-suprema-justicia-nacion-federal-ciudad-autonoma-buenos->

aires-arriola-sebastian-otros-recurso-hecho-causa-9080-fa09000059-2009-08-25/123456789-950-0009-0ots-eupmocsollaf

Ley de Protección Integral a las Mujeres N° 26.485 (2009). Recuperada de: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/ley_26485_violencia_familiar.pdf

Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 (2010). Recuperada de: <http://www.mpd.gov.ar/uploads/documentos/Ley%2026657.pdf>

Ley Plan Integral para el Abordaje de los Consumos Problemáticos N° 26.934 (2014). Recuperada de: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26934-230505/texto>

Observatorio Argentino de Drogas. (2017). Estudio nacional en población sobre consumo de sustancias psicoactivas: resultados sobre demanda de tratamiento. Recuperado de: <https://www.argentina.gob.ar/sedronar/investigacion-y-estadisticas/observatorio-argentino-de-drogas/estudios/investigaciones-por-a%C3%B1o/2017?tca=AS5fZP7SriBGrY3mT95Bzla4U82dWFcWcrLCuNgT8b8>

Observatorio Argentino de Drogas. (2017). Estudio nacional en población sobre consumo de sustancias psicoactivas: resultados sobre la población femenina. Recuperado de: <https://www.argentina.gob.ar/sedronar/investigacion-y-estadisticas/observatorio-argentino-de-drogas/estudios/investigaciones-por-a%C3%B1o/2017?tca=AS5fZP7SriBGrY3mT95Bzla4U82dWFcWcrLCuNgT8b8>

Observatorio Argentino de Drogas. (2017). Estudio nacional en población sobre consumo problemático de sustancias psicoactivas: resultados sobre magnitud del consumo. Recuperado de: <https://www.argentina.gob.ar/sedronar/investigacion-y-estadisticas/observatorio-argentino-de-drogas/estudios/area-de-interes/consumo-de-drogas-en-la-poblacion-general>

Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. (2012). Informe mundial sobre las drogas. Recuperado de: https://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/WDR2012/WDR_2012_Spanish_web.pdf

Anexo

Entrevista N° 1. A Coordinadora del Centro de Día de Mujeres de la Cooperativa de Trabajo Comunidad Padre Misericordioso

Entrevistadora: ¿Cómo surge este dispositivo? ¿A quiénes está destinado?

Coordinadora: bueno, eh... este dispositivo surge en el año 2017, eh... a partir de que una de las personas que empezó con el proyecto, que es Juliana eh... estaba trabajando en territorio, en el barrio Ludueña y empieza a ver eh que bueno, que se acercaban muchas mujeres ahí al dispositivo barrial con inquietudes en torno bueno a... a que también presentaban problemática de consumo porque lo que venía sucediendo era que la mayoría de los dispositivos con los que contaba la institución estaban apuntados eh... a trabajar con hombres. Entonces ella empieza a detectar que bueno que había mujeres que también se acercaban planteando que bueno que tenían algunas cuestiones relacionadas al consumo, dificultades relacionadas al consumo y obviamente otras dificultades eh... asociadas y no asociadas y bueno empezó ella a notar que... sería bueno crear o generar algún espacio para acompañar también a las mujeres con esta problemática, que hasta el momento no existía en la institución.

E: y empieza funcionando acá, donde estamos ahora?

C: digamos, dentro del radio de la Parroquia Nuestra Señora del Pilar, que queda en calle Colon 1839 pero eh antes funcionábamos en otro espacio que nos había cedido la parroquia eh... que por ahí las instalaciones estaban un poco deterioradas entonces a partir de bueno de notar eso y de ver que había otras posibilidades nos mudamos a otro espacio, y ya hace un poco más de un año, porque nos mudamos en junio de 2019, que estamos en este otro espacio que también pertenece a la parroquia, que afortunadamente tiene otras comodidades.

E: y la institución cómo se sostiene, cómo se financia?

C: bien, eh... Sí, el Centro de Mujeres, al igual que los otros dispositivos de Padre Misericordioso, reciben financiamiento de la Sedronar, también hay convenios con provincia, hay convenios creo con el municipio de Rosario eh... hay distintos convenios y también hay aportes bueno de privados, que obviamente son en menor escala pero que también están, ya sea aportes económicos y también aportes en lo material, ayudas en cuanto a mobiliario y demás.

E: Bien... y desde la interactúan o trabajan en red con otras instituciones del barrio y/o ciudad?

C: Sí, cuando abre el Centro de Mujeres allá por el 2017, en un principio recorrimos eh... hospitales y bueno algunos centros barriales también, dando a conocer que iba a abrir este espacio, bueno comentando un poco cual era la idea, como teníamos pensado empezar a trabajar eh... y a partir de eso empezamos a generar vínculos que, que fueron como... de a poco digamos... fuimos como tendiendo algunas redes que se fueron como acrecentando y reafirmando con el tiempo, eh... hay algunos centros de salud por ejemplo de la ciudad con los que tenemos un contacto por ahí más fluido, que nos han derivado algunas situaciones, hay otros en los que por ahí tal vez no nos hemos dado a conocer tanto... también tenemos contacto con algunos hospitales... y también hay como un circuito de derivación interno dentro de la institución que... consiste en que por ahí cuando se detecta alguna situación de consumo, eh alguna chica que está en situación de consumo en uno de estos dispositivos barriales que se llaman Centros de Vida bueno, como que por ahí se tiende a conectarla con nosotros y ver la posibilidad de que esa chica pueda empezar a asistir también a este espacio... acompañarla desde los dos espacios y si, en general obviamente tratamos de generar vínculos con otras instituciones para poder trabajar en red y... generalmente también son situaciones bastante compleja que necesitan ser abordadas eh... también de una manera integral y desde varios ángulos.

E: ¿Cómo es la dinámica de funcionamiento del Centro? Horarios, actividades.

C: eh... bueno actualmente el centro funciona de lunes a viernes de 13 a 19hs. eh... ahora por la situación que estamos viviendo, en contexto de pandemia, las chicas no están viniendo a almorzar, es decir que está recortado el horario. Estamos con las chicas de 15 a 19hs. eh... el año pasado

teníamos el almuerzo, o sea cuando ellas llegaban cocinábamos, almorzábamos y aproximadamente a las 15hs empezábamos con las actividades... hay instancias de trabajo grupal, o sea grupos terapéuticos, eh... hay instancias de trabajo terapéutico individual, psicológico y psiquiátrico, eh... también contamos con diversos talleres... de arte, huerta, audiovisual, espacio de trabajo espiritual, también actividad física o baile, talleres también para que las chicas puedan eh... desarrollar algunas habilidades en torno a la búsqueda laboral, a poder conseguir trabajo, como hacer un cv... y demás.

E: ¿Cuántas mujeres asisten actualmente? ¿Cuántas han pasado por el espacio?

R: bien, actualmente están viniendo 10 mujeres. Eh... por ahí lo que hemos notado en estos tres años que lleva el centro, eh que el centro viene en funcionamiento digamos, es que hemos recibido muchas consultas, hemos hecho muchas entrevistas de admisión, pero eh... por ahí no han sido tantas las mujeres que han podido como sostener su tratamiento en el tiempo, eh... eso si lo notamos. No obstante, ha habido muchísimas consultas, a veces también hay consultas por situaciones que nosotros creemos que por ahí no podríamos acompañar de la manera más idónea desde este espacio, entonces tratamos de generar algún contacto con otra institución que pueda abordar esa situación de una manera más adecuada, como que en ese sentido tratamos siempre de, bueno de generar puentes con otras instituciones cuando no podemos por ahí dar respuesta a la complejidad que presenta esa situación, ese caso en particular eh... pero sí, han sido muchas las consultas que hemos recibido en estos tres años y bueno, como dije antes algunas chicas no han podido tal vez sostener en el tiempo su concurrencia al espacio pero otras sí y bueno se ven los frutos de eso también.

E: Y tienen algún registro... o estiman cuantas fueron esas consultas?

C: No... digamos, hay un registro de las entrevistas de admisión que fuimos haciendo, ehh... y de las chicas que han transcurrido por un tiempo, digamos... pero de todas las consultas no... Hay chicas que llaman por teléfono, piden turnos y después por distintos motivos no llegan, o se contactan familiares para pedir ayuda... digamos, información.

E: Claro... ¿y qué características tiene la población que asiste a este espacio?

C: Eh... en su mayoría son mujeres que están en situación de vulnerabilidad socioeconómica, eh... muchas de ellas víctimas de violencia, desde pequeñas víctimas de distintos tipos de abusos eh... generalmente con demandas importantes en relación a lo afectivo, a lo material... con muchas carencias a eso me refiero, con múltiples carencias eh... o sea la institución para la cual trabajamos apunta a esa población, a personas que están en situación de vulnerabilidad socioeconómica eh... ha habido consultas también de chicas que por ahí han tenido algún tipo de cobertura en lo que es salud, pero en esos casos tratamos bueno de derivar o de buscar otras opciones... en su mayoría las chicas que concurren al espacio son chicas que por ahí no tienen acceso... bueno, no tienen cobertura en lo que respecta a salud.

E: ¿Qué tipo de sustancias consumen predominantemente? ¿Cómo es la modalidad de consumo de las mujeres... ¿crees que hay diferencia en los modos/estilos de consumir en comparación con los varones? ¿Por qué?

C: eh, bueno a lo largo del tiempo eh hemos podido ver y también a partir de, bueno de leer algunas investigaciones eh hemos podido también contrastar esas investigaciones también con lo que vemos acá eh y es real que... en la mayoría de los casos las mujeres se inician en el consumo eh... de alguna manera vinculadas al consumo de su pareja... o sea nos han relatado muchas situaciones de, bueno de momentos de violencia en los que la pareja las ha incitado a consumir o les han eh... en algunos casos las han obligado a consumir, hay muchas situaciones que se dan de esta manera. Eh... después, algo más que puede verse de manera reiterada es el antecedente de abuso... de abuso sexual... bueno no solo de abuso sexual sino también de... la mayoría de ellas han sido víctimas de violencia desde muy pequeñas por parte de la familia, después han tenido parejas violentas eh... eso se ve muchísimo eh... Y las sustancias bueno, hay situaciones en las que el consumo es predominantemente de alcohol o también exclusivamente de alcohol, que eso por ahí se ve en las mujeres más grandes el tema del consumo de alcohol. Eh... también hemos tenido situaciones de mujeres de cincuenta o sesenta años con fuerte consumo de cocaína, eh... hay casos en los que se da el policonsumo, digamos que consumen distintas sustancias, eh...

E: eso por ahí es más común en la población más joven o no?

C: Sí, sí, sí. Por ahí en lo que respecta a perfiles psicológicos se podría decir que hay una asociación más en lo que es una tendencia hacia la depresión con el consumo de alcohol eh... y bueno la cocaína por ahí se vincula más a otros rasgos de personalidad o a otras cuestiones eh... pero bueno mayoritariamente las sustancias por decirlo de alguna manera más eh... de las cuales más nos hablan son cocaína, alcohol, marihuana y benzodiacepinas también, en algunos casos.

E: ¿Cómo crees que influye la cuestión de género en la forma en que las personas inician y enfrentan su consumo?

C: Bien... muchas veces está el tema del sometimiento... como que la situación de consumo de la mujer también está atravesada por lo que es el sometimiento digamos, eh... situaciones en la que los hombres las... como yo decía antes, las incitan a consumir, las obligan eh... o su misma situación en los casos en que por ejemplo eh... están en situación de prostitución y... en ese ambiente hay... circulan sustancias y por la misma situación en la que están terminan quizás consumiendo eh... sí... como era la pregunta? Que se inician y...

E: y enfrentan

C: y yo creo que a la mujer eh... no sé si le cuesta más problematizar su consumo... no sé si le cuesta a la persona de la mujer problematizar su consumo, quizás lo que le cuesta es como llegar a los espacios, poder como poner sobre la mesa esto y de alguna manera pedir ayuda. Y creo que esto se debe a que bueno, la condena social sobre las mujeres ha sido, es mucho más grande eh... están también estos juicios que se van elaborando en relación a los roles que se esperan de parte de una mujer... como que sea buena madre, que sea buena pareja, o que cumpla con todo, que lleve a los chicos a la escuela, que trabaje, eh... como múltiples exigencias que me da la sensación que a veces no recaen de la misma manera sobre la población... en realidad no me da la sensación, es un hecho digamos que no recaen de la misma manera sobre la población masculina... sobre todos las

exigencia en relación a bueno, al rol materno no? Son muy fuertes. Yo creo que de alguna manera la mujer que reconoce que tiene una problemática de consumo siente que está a la vez reconociendo que no puede ser una buena madre o que no puede ejercer bien su función materna, entonces me parece que este es un elemento trascendental, el tema de que blanquear la problemática de consumo ellas lo viven como que puede verse como que no pueden ejercer adecuadamente su rol materno, en el cual muchas veces están solas digamos... es un rol que ejercen en la soledad, sin acompañamiento, sin ayuda... bueno vidas que a veces están a su cargo y ellas no pueden digamos... o con ese peso, con esa presión.

E: ¿Qué consecuencias o implicancias ocasionó el consumo de sustancias psicoactivas en sus ámbitos cotidianos de socialización?... como la familia, el trabajo

C: y el consumo, cuando deviene en consumo problemático, termina afectando distintas áreas de la vida de la persona. Eh... en lo socio-afectivo bueno, empieza a generar problemas vinculares, eh... digo el consumo puede ser de alguna forma lo que genera problemas vinculares o esos problemas vinculares también pueden eh alimentar de alguna manera esta tendencia al consumo, no? Entonces es como bueno, no se sabe que está primero en este sentido pero... eh... yo creo que termina afectando a la mujer en sus diversas áreas de desarrollo... o en diversos aspectos de su vida. También es real que muchas veces eh... en las mujeres, al menos desde mi punto de vista, el consumo es como un emergente más de una gran complejidad porque pienso que a lo mejor quizás una mujer no puede insertarse laboralmente, o no puede sostener un trabajo pero no es solamente porque esta mujer presente una problemática de consumo, sino que seguramente hay cuestiones de lo que es la constitución psíquica de esa mujer cuando era eh... cuando esa mujer fue pequeña de que no se le inculcó eh... la confianza en sí misma, no se la acompañó, no se la estimuló eh... como decía antes seguramente esa mujer pudo haber sido víctima de muchas situaciones de violencia eh... probablemente esa mujer después se haya vinculado con algún hombre que haya continuado eh... haya perpetuado esta violencia, entonces... esa violencia muchas veces es simbólica, es económica... como que tampoco se le da, se le permite ni se la acompaña para que la mujer pueda eh... trabajar y ser independiente, ser autónoma... muchas veces lo que se pretende desde el entorno es lo contrario, digamos que la mujer tenga una posición de sumisión, que no

pueda generar autonomía... son muchas cuestiones que muchas veces influyen en que distintas áreas de la vida de la mujer estén como, de alguna forma afectadas, no solamente el consumo pienso... es algo significativo y que tiene impacto pero no es lo único que... que a veces no le permite a la mujer desarrollarse, sobre todo a las mujeres que están en situación de vulnerabilidad, a eso me refiero puntualmente.

E: Pienso, un poco en relación a esto de la familia... y lo que me dacias antes, esto de que el hecho de que la mujer asuma su consumo es de alguna manera reconocer que no puede hacerse cargo de sus hijos... tienen experiencias de situaciones que estén con medidas de protección?

C: Sí, sí. Hemos recibido acá en centro de día algunas situaciones de mujeres, o de familias digamos, que han tenido alguna intervención de la Dirección Provincial de Niñez o del Servicio Local en relación a sus hijos por diversas situaciones, bueno los chicos se encuentran en riesgo, se encuentran en situación de vulnerabilidad eh... ha habido algunas situaciones de medida de protección excepcional donde bueno, las mamás han sido apartadas de... temporalmente de sus hijos hasta que puedan bueno, realizar un trabajo, hasta que puedan eh... digamos hasta que puedan estar de alguna manera en condiciones de acompañar a sus hijos, de... pero qué sucede? Lo que muchas veces sucede es que nuevamente volvemos a esto de que la presión recae sobre la mamá, digamos. Las distintas instituciones empiezan a trabajar con la madre, eh... tanto niñez, como los centros de salud, nosotros... empezamos a hacer un trabajo con esa mamá, pero pareciera que ese papá queda como al margen de la situación. Entonces también hemos visto a mujeres intentando comprometerse con mejorar en los distintos aspectos que necesitan mejorar para poder eh... criar a sus hijos, para poder desempeñar su rol de mamás pero también sintiéndose muy presionadas, muy presionadas por las distintas instituciones, por sus familias eh... que esperan bueno que ellas puedan como... puedan hacerse cargo de todo cuando muchas veces tienen muchos impedimentos bueno eh... a nivel subjetivo para poder enfrentar distintas situaciones... sobre todo si les toca solas... sin contención y sin acompañamiento familiar... y con esto no hablo solo de la pareja sino también de los padres, bueno de la familia extensa no? ...la familia ampliada.

E: Desde el punto de vista de la sociedad, ¿pensás que existe una misma mirada y un mismo trato para hombres y mujeres que padecen un consumo problemático? ¿Por qué?

C: Y... reitero este pensamiento mío de que el juicio es muy fuerte en el caso de... el juicio digo la condena social es muy fuerte, pesa mucho eh... en el caso de las mujeres que padecen consumo problemático. Y después lo que noto también es como... una tendencia si se quiere, que no se si llamar tendencia pero como que a veces pareciera que la distintas instituciones bueno de la sociedad civil o los organismos del estado eh... tienden a bueno, a hacer la vista gorda frente a muchas cosas con la complejidad que abordar ciertas situaciones implica, eh... digamos, me da la sensación que por ejemplo en lo que respecta al tratamiento de consumos problemáticos durante mucho tiempo, tal vez ahora se está modificando eso, se está cambiando, en buena hora... pero durante mucho tiempo tal vez los dispositivos estaban más pensados para hombres... en relación a que lo digo por ejemplo? En relación a que generalmente cuando una mujer hace un tratamiento ambulatorio por consumo problemático eh... muchas veces no tiene a donde dejar a sus hijos, tiene que concurrir al espacio con sus hijos y no hay eh... en líneas generales espacios preparados para acoger a la mujer con sus hijos, con sus chicos eh... como que recibir de alguna manera al hombre... se torna “más sencillo” porque el hombre por lo general viene solo digamos, viene... viene con menos responsabilidades o con menos cargas... no porque no las tenga sino porque muchas veces la sociedad es como más permisiva y avala que el hombre se desligue de un montón de cuestiones y en contraposición condena a la mujer que por ahí no puede hacerse cargo de su vida y presenta dificultades para hacerse cargo quizás de la vida de sus hijos. Entonces, para resumirlo digamos, es como que muchas veces los espacios no están preparados o se necesita un abordaje más complejo, más integral para poder recibir eh... la realidad de la mujer digamos, con todo lo que implica... por ejemplo pensar, si se va a abrir un dispositivo para acompañar a mujeres, ya sea mujeres que están en situación de violencia de género, mujeres que padecen consumo problemático, digamos lo que veníamos hablando antes que se termina todo relacionando, hay que pensar también en generar un dispositivo que pueda acompañar a los chicos porque está siempre la posibilidad de que la mujer tenga que concurrir al espacio con sus hijos, porque no tenga a alguien para dejarlos al cuidado, alguien con quien dejarlos eh... y bueno, este es un factor que me parece muy importante tener en cuenta... que siempre que se piense un dispositivo para mujeres hay que pensar también, ya sea residencial o sea ambulatorio, hay que

pensar en cómo acompañar a aquellas mujeres que bueno, que necesitan un acompañamiento, necesitan hacer un tratamiento, pero también eh... necesitan estar cerca de sus hijos y sus hijos necesitan estar cerca de ellas, entonces... bueno, eso me parece algo muy importante.

E: ¿Qué factores influyeron para que decidan abandonar el consumo o tengan iniciativa para comenzar un proceso de recuperación?

C: Creo que pueden haber varios factores que influyen en que las mujeres deciden eh... empezar a problematizar su consumo, buscar ayuda, eh... conectarse con algún espacio que les pueda brindar esa ayuda eh... uno de los factores me parece es que a veces aparece una persona en la vida de esa mujer, sea que se yo, una mujer de una parroquia, sea un vecino o una vecina del barrio, alguien que está en un centro barrial eh... alguna persona del centro de salud, algún médico de referencia, un psicólogo o psicóloga de referencia... por ahí aparece una persona con la que esa mujer se siente en confianza y empieza de a poco a poder destrabar algunas cuestiones, a poder poner en palabras lo que le pasa, eh... contar, hablar de su realidad eh... me parece que a veces esas personas ofician como puentes entre lo que es esa mujer y las instituciones que tal vez trabajamos más específicamente como esta problemática, la problemática del consumo. Siempre hay actores que aparecen y van tendiendo redes, van generando puentes, eh... eso por un lado. Después me parece que bueno, la maternidad a veces puede ser un factor también que ayude en caso de que hemos tenido experiencia con chicas bueno, que a partir de un embarazo bueno comienzan a tener otro tipo de cuidados sobre sí mismas, sobre su cuerpo eh... y bueno empiezan de a poco a abandonar si se quiere el consumo. Por supuesto que esto es un trabajo que en general las personas tienen que hacer como de por vida no, de preguntarse qué relación establecen con la sustancia, que la lleva a, eh... digamos, muchas veces como hablábamos antes, el contexto influye mucho, entonces eh... es como un trabajo continuo. Por ahí hay momentos de la vida en los que quizá las mujeres pueden mermar su consumo o pueden mantenerse durante un periodo de tiempo alejada de lo que es el consumo y a veces suceden situaciones que llevan a que la mujer quizás recaiga, vuelva a tener episodios de consumo... como también sucede lo contrario... a veces tienen una vivencia que impacta de manera significativa en su vida y a partir de eso lo dejan o bueno, deciden pedir ayuda. Pero bueno, eso me parecería como, como factores... yo creo que si una mujer

encuentra espacios de salud donde pueda sentirse contenida, donde pueda desarrollarse, eh... ya sean espacios de aprendizaje, espacios para emprender, eh... acompañamiento en lo que respecta bueno a salud, salud física, a salud mental y empieza esa mujer a tender, a generar vínculos sanos, eh... la posibilidad de que el consumo pase a digamos, pase a ser algo que ya no la atraviese de la misma manera está, pero bueno se necesita mucho acompañamiento... y también se necesita como dije en un principio trabajar en red, que distintos actores podamos como acompañar a esa mujer, trabajando de manera conectada, organizada, articulada...

E: Bien... Te gustaría agregar algo más?

C: No... creo que está.

Entrevista N° 2. A psicóloga del equipo.

Entrevistadora: ¿Qué características tiene la población que asiste a este espacio?

Psicóloga 1: Ehh... las chicas que asisten a este espacio bueno, respecto de edades si son menores tienen que tener... tienen que ser acompañadas por un adulto y firmar un consentimiento y si son adultas digamos también está buenísimo si están acompañadas pero en principio tienen que venir solas. Al principio, si tenemos que pensar el espacio, eh... era como bien puntualizado a la problemática del consumo, lo que lo caracterizaba, eh... a medida que lo fuimos recorriendo también fuimos entendiendo que a las mujeres nos pasan muchas más cosas que el consumo, así que... eh, en diálogo institucional también de alguna manera se fue dando esta propuesta de que no sea el filtro sino que también a veces pueda ser el posibilitador digamos, a una nueva vida, a una nueva historia. Entonces bueno, actualmente eh... respecto de las condiciones, porque hablar de consumo no es hablar de estructura personal sino algo que bueno, la mujer hace eh... un poco eso. Después también empezaron como bueno... a aparecer otras cuestiones que por ahí pueden tener

que ver con la violencia de género eh... cuestiones de maternar también o en... en la otra vereda digamos si en alguna de las historias también ha existido el abortar eh, también como procesar eso, eh... Después si me parece que en su mayoría han sido mujeres de barrios más periféricos de la ciudad en cuanto a lo socioambiental si se quiere eh... poquitas de lo que es el micro o macrocentro, eh... muchas derivadas de los centros de vida y bueno, no se estadísticamente pero algunas más... menos por otros espacios digamos, eh... pero creo que en este último tiempo el espacio también fue siendo más conocido y con posibilidad de... de que pueda ser una referencia para otras instituciones.

E: ¿Qué tipo de sustancias consumen? ¿Cómo es la modalidad de consumo de las mujeres... ¿crees que hay diferencia en los modos/estilos de consumir en comparación con los varones? ¿Por qué?

P1: Eh... a mí siempre me dio la sensación de que... de que el alcohol fue como lo que todas eh... y lo que más, me parece en la mujer. En mi experiencia he conocido menos que se hayan dado digamos con merca, eh... o con drogas más duras si se quiere. Las hubo, porque no es que no, eh pero que de hecho esas personas llegaron más rápido a NA por ejemplo que a este espacio... digamos que ya transitaban previamente otro lugar... marihuana también me parece que es otro de los eh... de las sustancias pero... digamos como inicio me parece que es el consumo de alcohol el más fuerte y más predominante, que en algunas es el único digamos y que en otras bueno tal vez es posibilitador de... después dársela con algo más... que lo más común es cocaína. Y después eh... desconozco si hubo así más sobre ingesta de medicación pero sí de vincularla digamos... sí a veces hay algunas que han estado tomando medicación y bueno frente a eso la recaída de mezclarla con el alcohol. Eh... después sí, en cuanto a los modos o estilos de consumir, sí me parece que el modo de consumo del varón es más visible, digamos como que si tiene que ir y embriagarse eh... está mucho más permitido digamos, me parece que la mujer en muchas oportunidades y en sus historias le ayuda mucho tal vez a mitigar algún tipo de malestar, algún tipo de angustia y es como más reservado... no siempre en un lugar diferente a su casa, digamos el consumo se da en algún ambiente de la casa... por ejemplo un pase en el baño, pero tiene esta capacidad de abrir la puerta y que pareciera que nada pasó digamos... y si están sus hijos, porque

muchas veces, digamos las mujeres que vienen acá, la mayoría, y no sé si todas, son mamás... entonces no pasó nada. Entonces como que este consumo muchas veces pareciera que fortalece la situación, digamos como que... no digo que esté bien pero sino como que... en estas ocasiones las activa desde otro lugar o si digamos da para abajo, a veces se puede armar en reuniones sociales de amistades si se quiere pero que no son tan visibles... me parece que... que es menos la mujer que uno puede encontrar como en algún lugar quebrada... ahora, si la encontraste es la peor del universo digamos, y que además la abusaron digamos, o sea porque además es eso porque si vos corres ese riesgo lo más probable es que termines violada eh... pero que digamos me parece que ahí se da una diferencia y de hecho me parece que si tenemos que hablar a nivel de tolerancia la mujer aguanta mucho más el consumo que el varón, el varón me parece que flaquea mucho más rápido y que necesita de mujeres de hecho, porque pareciera eso, para poder hacer su tratamiento. Como que para la mujer pensarse en un tratamiento es acomodar diez millones de cosas y aun así quizás sostenerlo al menos una vez por semana o dos... al hombre no le importa despojarse de todo lo que tiene eh...

E: Sí... o le resulta más fácil...

P1: Claro, la mujer tiene que armar un laberinto para poder... bueno, no sé si respondí a la pregunta...

E: Sí, sí... voy con la otra pregunta... ¿Cuáles crees que son los motivos de inicio, o qué factores influyen en el acercamiento de las mujeres al consumo de sustancias psicoactivas?

P1: Mira, hablando en edades, a mí me pasó, si tengo que separarlo, la adolescente más desde el juego, digamos más desde la junta, eh... muchas veces entre mujeres... algunas veces me ha pasado escuchar que algún amigo les hizo probar, que en aquellos momentos era más el faso digamos, lo que en una primera instancia, eh... entonces como que en la adolescente me parece que pasa más por esto, por el descubrir y el hacer algo ilegal, como si fuera fumar cigarrillo... como el trasgredir, que hoy se visibiliza mucho más en el adolescente también, eh... además de que por ejemplo la planta de marihuana está en cualquier casa también si quieres, digamos como

que es... aunque hay algunas cosas dentro de la marihuana que empiezan a ser un poco más legales hay otras que evidentemente todavía no, pero digamos la plantita está y es de muy fácil acceso si se quiere. Eh... ahí no sé si haría una distinción es cuanto a lo barrial... me parece que por ejemplo el adolescente no importa de donde sea, hace esto... sí es real que se genera a edades mucho más tempranas en los barrios más periféricos me parece eh... no significa que en los otros no se genere pero sí como que están mucho más expuestas a esto. Y después digo que... de tanta escucha eh se llega como para... lo decía en la respuesta anterior, mitigar un poco, darle un freno a todo lo que piensa la mujer... me parece que la mujer piensa muchísimo y que la sustancia psicoactiva, obviamente dependiendo de cuál sea, le presta esta posibilidad de transportarse a otro lugar digamos, eh... me parece que va por ahí... pero que sin embargo, por eso lo voy a reivindicar y no porque alabe el drogarse digamos, pero... sin embargo, me parece que aun así, no deja de estar presente... no siempre, no todas, eh pero en las necesidades cotidianas que haya dentro del hogar por ejemplo, eh... o volver... digamos la mujer también tiene esto, por ahí en el instante no servimos para nada porque estamos totalmente dada vueltas digo, pero al otro día la mujer abre la puerta y vuelve y sigue... digo, capaz que el hombre dijo me fui a comprar cigarrillos y no volvió nunca más digamos... eh... me parece que es más por ahí y que de hecho me parece que la mujer consume más sola, el hombre no, el hombre me parece que es más social, la mujer tiene esto que por ahí vos no tenes idea, capaz que vos te drogas digo y el otro, si vos no lo decís no te das cuenta.

E: ¿Cómo crees que influye la cuestión de género en la forma en que las personas inician y enfrentan la adicción?

P1: Eh.. digamos, me parece que la cuestión de género es súper pesada eh y digamos, por eso te digo que viene mucho del lado que de hecho la mujer lo piensa mucho más eh... hasta hay un para qué, digo en esto yo me acuerdo de una de las pacientes eh lo tenía muy en claro por qué se drogaba digamos, y obviamente cuando inicia con su tratamiento todas estas cuestiones de... estas cosas que por ahí el adicto o la adicta sabe que tiene y que la lleva a consumir digamos... las reservas. Entonces cuando se tiene tratamiento de hecho somos mucho más conscientes de sacar esas reservas... por ejemplo, digo. Pero me parece que de hecho, como en todo, la mujer la tiene

más clara eh de por qué entra y obviamente como cualquier tratamiento es difícilísimo salir, es mucho más fácil entrar que salir, pero que sí, digamos, la mujer se concientiza es si en salir, sale, digamos, con todas sus marcas y con sus tiempos pero eh... tiene esta cualidad de... a mi modo de verlo, de poder pensar en ella y de poder pensar en los demás, digo me parece que el hombre piensa en él por ejemplo únicamente.

E: ¿Y cómo repercute el consumo de sustancias psicoactivas en sus ámbitos cotidianos?

P1: Y digamos eh repercute de manera negativa porque no puede ser que una mujer consuma digamos en el discurso eh... en un lugar de culpabilización, de mal ejemplo eh... de “cómo puede ser qué”, eh... desde donde se mire, de manera negativa. Digo, después si, bueno ni hablar por ejemplo en la escuela, pienso si son madres o si son alumnas, como no te acerques a ella tipo es una mala influencia, o sea somos una mala influencia claramente, y si fuera la mamá de... no a esa casa no vas digamos, o sea como... que por ahí quizá sí es similar con el varón eso, pero las mujeres también tenemos esta veta de juzgadoras... heredada claramente, que tenemos que romper pero que todavía existe. Y después, como consecuencia más grave me parece que somos muy abusadas en esos momentos, digamos, la mujer que sufre o está bajo la influencia de una sustancia psicoactiva corre peligro de vida... por donde lo mires, sea en un bar, sea en la intimidad de su casa, en su comedor, sea de una amiga, todo el tiempo... y en ese momento que tenemos como las facultades conscientes más disminuidas corremos peligros... de ser abusadas, de ser violadas, de ser maltratadas, de ser trasladadas a otro lugar y no saber a dónde, nos pasa eso... al hombre no. Pero a la mujer además de eso, si dice me quiero tomar una birra, tenes si te metieron algo por ejemplo y te drogaron ahí y te llevaron, digo que me parece que ese es como el peor final pero que lamentablemente es uno de los más probables.

E: ¿Crees que existe una misma mirada y un mismo trato para hombres y mujeres que padecen un consumo problemático?

P1: No, para nada, para nada. Me parece que... que si nosotras consumimos está todo mal y que si el hombre consume es el winner digamos de la situación eh... y que eso no se rompe... es como

una de las cosas más fuertes eh... la mujer si consume es denigrada, es acusada, es señalada, eh... el hombre si consume seguramente tuvo un problema con su madre, o con su pareja, o sea que también tenemos la culpa digamos... y digo esto, me parece que... lo positivo, siempre por ahí nos referenciamos a esto de que es un garrón de que estas instituciones existan porque significa que existe el consumo... ojalá no existiera o no existiéramos dentro de este lugar... que, en el último tiempo se pensó más en la posibilidad de tratamiento para la mujer, digo hace años atrás únicamente las casas eran pensadas para varones digamos, los centros terapéuticos o las granjas, como se le llamaban... de hecho esta misma institución en la que nosotros trabajamos digamos, en la que mucho tiempo fue pensada para el hombre porque pareciera que el hombre era el único que tenía problemas de consumo o que si los tenía era el único que podía salir, no sé, eh... por eso lo vínculo con lo que decía antes, digamos como que pareciera que la mujer no consume.. sí, la mujer consume, pero tiene esta capacidad de que no se note, digamos como muchas cosas eh... Y bueno, en este último tiempo me parece que hay eh... digamos, así como esta, otras instituciones que trabajan o de manera mixta que está bueno digamos, o que tienen su institución para hombres y se han animado a abrir ahora espacios para mujeres digamos... que entiendo que se la puede empezar a ver también a la mujer de una manera más integral en esta sintonía... porque es real que como mujeres venimos con muchas más cosas, y no voy a decir acá que esté mal o que esté bien, pero la mayoría de los casos sucede que los hijos, si es que la mujer es madre, están con la mamá... entonces, pensar en una institución es o que sea con hijos o en donde van a quedar esos hijos digamos, y no todas eligen no estar con sus hijos por un año por ejemplo, entonces esa es una de las cosas, o que una acceda a esto mientras está embarazada, entonces precisa otro tipo de controles, digo las mujeres tenemos muchos controles a nivel ginecológico que también se tiene que garantizar, o sea no es lo mismo que durante un año vos no te hagas un pap o no te hagas una ecografía de mamas eh.. y por ahí un hombre no se lo tiene que hacer entonces decis, las mujeres y en esto yo no quiero decir que somos más complicadas... a veces uso la palabra compleja, a veces uso la palabra más integrada si se quiere, como que hay otras cuestiones que también poseemos que... y por eso digo que me parece que la adicción va como por al lado digamos, y que trato de entender que muchas veces la no respuesta o la tardanza en la respuesta es porque... el tipo de pregunta implica muchas más cosas digamos, no es únicamente agarro mi bolsito y me voy, porque así no fuera madre alguien o no estuviera embarazada, tiene todas estas cualidades porque muchas veces somos las que cuidamos a nuestros viejos o sostenemos la familia... digo amén de

esto de la maternidad o no maternidad. Entonces como que digo me parece que la mujer es muy pilar en muchas cuestiones, quizás hasta domésticas por esto que venimos también hablando de donde nos ponen... y dificulta esto del acceso. Pero en contracara digo, me parece que fueron surgiendo varios espacios así sean de internación o de día que hacen que la mujer digamos se pueda sentir bien también, digamos, y así sea no dejándolo, así sea reduciéndolo para que pueda compartir su vida, pueda escuchar a otras y no sentirse sola, entonces... me parece que es mucho más lo que hacemos las mujeres por las mujeres que a veces los que... lo que el estado hace si se quiere, pero bueno.

E: ¿Qué factores influyeron para que decidan abandonar el consumo o tengan iniciativa para comenzar un proceso de recuperación?

P1: Ahí creo que, desde le escucha, es diverso, digo en ocasiones a veces me ha pasado de que la maternidad sea un punto fuerte por el cual dejar de consumir eh... entonces bueno ese es el límite. En otras no, no ha sido la maternidad porque de hecho estando embarazadas han seguido consumiendo, pero no fue la gestación sino a veces el nacimiento y el verlo... a veces fue como más temporal si se quiere y después se volvió pero hubo un tiempo en que no, eh... Me parece que el cansancio de ser avasalladas completamente y gran parte del tiempo, o sea porque ni siquiera consumir en paz digamos, me entendes, ni siquiera decir bueno me siento acá en esta esquina porque ya pasó alguien y te dijo algo, o sea que ni siquiera en eso nos dejan tranquilas y decis bueno basta estoy cansada de que... Me parece que también en otras oportunidades el frenar a tenido que ver con otra que ha concientizado o acompañado, alguna amiga, algún familiar, tal vez una pareja también, eh... y que bueno frente a esto una va como replanteándose, o decis bueno a ver está bueno esto que me dicen... eh pensando en lo que decía antes de... del grupo adolescente, me parece que ahí se disgrega como más rápido, a veces tenes quienes por ahí sí optan por este camino o por ahí fue solo ese período de prueba y no se llegó a un abuso de la sustancia entonces simplemente hubo un uso y no estaríamos hablando de adicción, pero bueno eh... creo que también eh... la posibilidad de proyectarse a veces lo que pasa es que bueno también en los momentos más de lucidez eh... esto, la posibilidad de decir bueno no, yo sí puedo. Yo vinculo muchísimo, si tenemos que hablar más en adultos, el consumo con una falta de amor a una misma

digamos, para mi es no digo LA cuestión pero me parece que la falta de cariño a una, y obviamente ni hablar la historia que hayamos tenido, y que me parece que de ahí viene esto de no valorarnos... digo, me parece que son como los primeros escalones hacerme mierda... a elegir el consumo como para destruirme porque siento que no valgo... entonces me parece que también cuando aparece otro u otra que me ayuda a valerme porque todavía no me puedo querer, también empieza una fase de cambio en esa mirada, eh.. que bueno, que puede ser alguien cercano o tal vez algún testimonio, digo a mi me parece que los testimonios son fundamentales para cualquier tipo de situación, entonces tal vez cuando alguien puede escuchar un testimonio de otro y no sentir que solo a mi me pasa, también me puede despertar los ojos y animarme a pensar con un proceso de recuperación.

Entrevista N° 3. A Psicóloga del Equipo.

Entrevistadora: ¿Qué tipo de sustancias consumen? ¿Cómo es la modalidad de consumo de las mujeres... ¿crees que hay diferencia en los modos/estilos de consumir en comparación con los varones?

Psicóloga 2: Bueno, eh la mayoría de las pacientes que yo atiendo acá consumen alcohol, es como la sustancia predominante. Eh también hay una gran parte que consume o han consumido cocaína. Eh, yo creo que el predominio de esas sustancias en parte coincide con el consumo de la población digamos de hombres, pero si me parece que son distintas las causas o los motivos, más allá de que bueno cada historia es singular, ¿no? Creo que hay un predominante que... bueno que es diferente en cada uno más allá de las singularidades. Creo que en lo que respecta a la mujer hay un nivel de exigencia que es mucho más invisibilizado, eh que cuesta mucho verlo y que está muy naturalizado, ya sea tanto para la mirada de la paciente como también para las y los profesionales, que creo que muchas veces es necesario la formación y escuchar los discursos actuales para poder eh... abordar o abarcar este tipo de situaciones. Me parece que hay una exigencia extra en lo que respecta por ejemplo a la maternidad, eh una exigencia que mejor dicho es un mandato social,

eh... lo que hace que muchas mujeres madres que... todas las pacientes que yo atiendo son mujeres madres emm consuman en la mayoría de los casos por la cantidad de, bueno de situaciones de exigencia y de vulnerabilidad, tanto de ellas como de sus hijos. La mayoría frente a situaciones de una violencia machista, no solamente una pareja que las agrede, las humilla, las violenta sexualmente sino también de un sistema que eh repite la misma violencia.

E: Bueno, recién un poco mencionaste algo de eso, pero: ¿cuáles crees que son los motivos de inicio o qué factores influyen en el acercamiento de las mujeres al consumo de sustancias psicoactivas?

P2: Em bueno, en relación a los factores creo que hay un predominante muy grande que es, son situaciones de abuso, em el abuso en no solamente, bueno la adicción ya es un abuso de una sustancia, eh de una actividad o mejor dicho no poder dejar de hacer algo, y yo creo que estas mujeres han sido personas que no... que bueno que han sido atacadas, que no pudieron defenderse frente a eso... que nadie tendría que defenderse de un ataque, de un ataque sexual, físico... creo que bueno el principal factor desencadenante ha sido una situación de abuso intrafamiliar la mayoría de las veces y que han... esa situación de abuso la han replicado eh... de alguna manera en el contexto en que viven actual. Digo la han replicado pero no fue una búsqueda consciente de eso sino que bueno, lamentablemente ha sido el contexto en el cual se han criado y lo que han conocido, digo, hoy en día la mayoría están con parejas o en contextos en donde viven situaciones de vulnerabilidad cotidiana. Y frente a las mismas siguen consumiendo.

E: ¿Y crees que influye la cuestión de género en la forma en que las personas inician y enfrentan la adicción?... ¿de qué manera?

P2: Ehh... sí, creo que hay una cuestión de género sobre todo en la manera en que transitan el consumo y también el tratamiento. Más que... principalmente como pueden transitar o no el momento del tratamiento, a lo cual no sé si está respondiendo la pregunta pero eh... Sí, creo que hay una cuestión que... que tiene que ver con su condición de mujeres... emm como antes hablaba, esta cuestión de la maternidad presente en cada una de ellas hace que... que muchas

veces se conjuguen digamos las cuestiones de inicio de consumo con el tema del sostenimiento del tratamiento, porque siempre estamos hablando de mandatos, digamos que una mujer... ya de por sí una mujer que consume tiene eh una cuestión social que es mucho más fuerte que un hombre eh... y también una mujer madre que consume, mucho peor en lo que respecta a los mandatos y exigencias que hacen a su lugar de... a su maternidad eh lo cual hace que por un lado tengan que transitar un tratamiento para dejar de consumir y sobrevivir y también hace que en el medio de ese tratamiento tengan que ocuparse de sus hijos porque la mayoría tiene parejas que no aportan en ese cuidado sino que recae toda la responsabilidad sobre ellas... no solamente que no aportan sino que restan porque bueno, la mayoría vive en situaciones de mucha agresión, ya sea física, verbal, simbólica eh... lo cual hace que sea más difícil poder sostener un espacio donde poder eh... trabajar su problemática de consumo.

E: ¿Qué consecuencias ha ocasionado el consumo de sustancias psicoactivas en sus ámbitos cotidianos de socialización?

P2: Bueno eh, creo que la consecuencia más eh más compleja es el rechazo que muchas veces produce por los círculos sociales más cercanos y también bueno, mejor dicho por la sociedad en general. Eh... más que nada por esta diferencia que decíamos antes entre la mirada puesta sobre la mujer y el varón. Pensaba, digo, en esta cuestión del consumo más asociado a actividades masculinas por ejemplo, eh... más asociado y avalado socialmente, no es lo mismo para la mirada social un hombre que se emborracha o que consume drogas que una mujer, eh cuando sucede en la mujer por lo general eso también va asociado a cuestiones eh... como por ejemplo que...cuestiones peyorativas, digo que denigran el rol de esa mujer... que es una puta, una irresponsable y todo una serie de características peyorativas para esa persona. Eh... por eso creo que la consecuencia del consumo en la mujer tiene otras características propias un poco de los mandatos sociales, digamos de lo que se espera de una mujer... una mujer que sea la madre, mas características ligadas a lo maternal. Entonces cuando esa mujer consume bueno, es lo peor.

E: ¿y crees que existe una misma mirada para hombres y mujeres que padecen un consumo problemático, por parte de la sociedad?

P2: Eem no, eh definitivamente no, porque no hay una misma mirada ya de por sí para el lugar del hombre y el lugar de la mujer en la sociedad, sino que bueno eh todavía estamos en un sistema social patriarcal eh que hace que nuestro lugar de mujeres sea ehh... muy complejo a la hora de tomar decisiones sobre todo, ya sea sobre nuestro cuerpo eh... como así también en relación a nuestras responsabilidades o mandatos dentro de la sociedad eh... lo cual hace que bueno, partiendo de esta mirada, de esta forma de desarrollarse nuestra cotidianeidad que sigue siendo dentro de los márgenes de lo patriarcal hace que sea totalmente diferente y en relación al consumo también, eh... quizás hago mucho hincapié en la cuestión de la maternidad, pero lo que he visto en esta experiencia, en esta posibilidad de trabajar tanto con mujeres como con hombres, es que... los hombres tienen privilegios al momento de hacer un tratamiento y las mujeres tienen responsabilidades eh... y lo que hace falta es que haya derechos, para ambos... eh hasta que no tengamos una legislación en que bueno, que visibilice y que de un marco legal para todos y todas no... creo que va a ser muy difícil eh... poder garantizar el derecho a un tratamiento, teniendo en cuenta que en nuestro país rige una ley de salud mental y adicciones que es muy buena, sí, pero creo que todavía falta trabajar más en cuestión de la equidad, eh sí, de la justicia.

E: recién mencionabas tu experiencia con varones también... ¿Cuáles crees que son esos privilegios con los que cuentan?

P2: y los privilegios principales son el hecho de tener por ejemplo... eh una, bueno en relación a la paternidad creo que son muy distintos los roles, eh creo que de alguna manera cuentan con privilegios en relación, por ejemplo la mirada social, no es lo mismo una madre que no puede hacerse cargo de sus hijos porque consume y tiene que hacer un tratamiento entonces va y se interna que un padre. Un padre sí puede abandonar su hogar, una madre no eh... no puede porque hay un mandato social regido y avalado por múltiples instituciones, entre ellas bueno... un montón, que hace que eh... que bueno, que no lo pueda hacer y que no haya un marco legal que ampare esas cuestiones. Y estamos hablando de un derecho de salud mental y bueno también de... de cuidado de la vida, ¿no? Y... bueno creo que principalmente esa es la diferencia que yo he visto en, como te digo en mujeres madres ehh pero también creo que más allá de la maternidad, bueno... son los privilegios que la historia digamos le ha dado al hombre solamente por ser hombre, y

bueno creo que eso es lo más difícil de visibilizar y de atacar... no sé si usar esa palabra, me suena medio belicosa pero si de poder eh... luchar para cambiarlo.

E: ¿Qué factores influyen para que quieran dejar de consumir?

P2: Bueno, eh creo que principalmente lo que hizo que muchas de ellas hayan podido empezar a cambiar eh... esta cuestión de la problemática del consumo fue encontrar un lugar donde encontrarse y darse cuenta que no estaban solas... porque al ser mujeres principalmente víctimas de violencia de género eh... muchas veces lo que sucede con estas situaciones es que bueno se llevan a un momento de aislamiento total que... que parece que están solas y creo que... que lo que cambia esta situación es encontrar un lugar donde puedan ser alojadas después de circular por tantos lugares expulsivos para una mujer, ¿no? Digo, expulsivo puede ser el sistema de salud eh... el sistema familiar puede ser expulsivo, bueno el estado puede expulsar cuando no ve, cuando no ampara dando derechos ¿no? Y bueno creo que la posibilidad de que haya más lugares como un centro de día o bueno en el mejor de los casos un lugar donde haya la posibilidad de internarse, también junto con sus hijos e hijas eh... da la posibilidad de que pueda haber pequeños grandes cambios digo... pero para que eso pueda existir, para que pueda ser real esa posibilidad creo que tiene que haber un margen legal digo, y frente a eso es dar la posibilidad de que haya derechos para mujeres y hombres porque la mirada sexista dentro de la legislación eh... bueno hace la diferencia... creo que para que algo exista hay que nombrarlo primero, creo entonces bueno que hay que hablar de esta diferencia al momento de abordar la problemática del consumo de mujeres, que la condición de mujeres hace la diferencia digamos eh... bueno creo que para que sea equitativo es necesario... bueno empezar desde cero, digo desde un marco legal que avale esta cuestión de derechos.

E: Te gustaría decir o agregar algo más?

S: Ehh, no, no, creo que ya está.

Entrevista N° 4. A operadora Socio-terapéutica del equipo.

Entrevistadora: ¿Qué características tiene la población que asiste a este espacio?

Operadora: bueno, la población que asiste al centro son mujeres de escasos recursos, de barrios marginales en su mayoría... siempre está una minoría que por ahí tiene otra clase social.

E: ¿Qué tipo de sustancias consumen? ¿Cómo es la modalidad... ¿crees que hay diferencia en los modos/estilos de consumir en comparación con los varones?

O: Eh bueno, en los casos que hemos visto la mayoría por ahí es el alcohol en las mujeres... también hay cocaína, eh... psicofármacos. Y la diferencia por ahí que yo noté entre hombres y mujeres es que por ahí la mujer se sigue ocupando de lo que son los hijos y tal vez lo hacen cuando ellos no están, como cuando ya termina la jornada... aunque también hay excepciones de que no, de que tal vez paso algo y consumieron y los hijos están ahí. Pero la mayoría intenta como continuar con la vida cotidiana y cuando ya los hijos están acostados o en la escuela, ahí tal vez consumen, a diferencia de los hombres que lo que veo es que no reparan en ese detalle de consumir cuando por ahí no están los hijos... el dan en cualquier tiempo y forma.

E: ¿Y cuáles crees que son los motivos de inicio, o qué factores influyen en el acercamiento de las mujeres al consumo?

O: y... muchas relatan por ahí abusos en la infancia, en la adolescencia... eh después también abusos de sus parejas, entonces como una manera también de apaciguar el dolor... ese dolor que no pueden poner en palabras se apacigua con la sustancia. Se trata de tapar y después ya es un círculo vicioso que no se puede frenar, pero casi todo es para apaciguar el dolor.

E: ¿Qué consecuencias ha ocasionado el consumo de sustancias psicoactivas en sus ámbitos de socialización?

O: Y eso es como muy particular también de cada mujer porque algunas tal vez no ven como... no se ve como afectado porque siguen con la vida cotidiana, por ahí llevando a los chicos a la escuela, yendo a trabajar y por ahí el consumo se da después del trabajo... como hay otras que no, que sí, que tal vez sus hijos ya están eh... hogarizados o con alguna abuela, otros que tal vez ya no están participando de lo que es la escuela, pero bueno como que cada caso es particular no? No podemos poner algo general de que todas las mujeres abandonaron a los hijos o de que todas las mujeres mandan a los hijos a la escuela porque depende también de como tal vez ellas se relacionan, de los recursos que tienen, de las herramientas, de los recursos simbólicos que cada una pueda tener y... y la va piloteando.

E: ¿a qué te referías con hogarizados?

O: y que tal vez ya fueron... han tenido con medida excepcional y entonces ya están en los centros residenciales o tal vez con algún familiar... tal vez a veces pasa que llegan las denuncias entonces bueno, ahí como que se destapa una olla de consumo, de maltrato tal vez hacia los hijos y bueno tal vez ahí es donde ellas ya no se pueden relacionar porque el consumo ya como que costó eso también.

E: Desde el punto de vista de la sociedad, ¿crees que existe una misma mirada y un mismo trato para hombres y mujeres consumen?

O: no, no es la misma mirada. En la mujer se le achaca todo el tema de que es una mala madre... que obviamente una mala esposa, eh... se le carga la familia en las espaldas, cosa que el varón tiene más libertad a la hora de querer iniciar un tratamiento, eh tiene más... como un abanico de instituciones que puede elegir si se quiere internar, si quiere hacer centro de día, cuando la mujer solo tenemos muy pocas instituciones... no quiero dar un número, pero si se tienen que internar no

hay un lugar por ahí donde ellas se puedan internar con sus hijos/hijas eh... ahí ya tenés el primer obstáculo si quieres un camino de recuperación, entonces... por eso. No creo que solamente la sociedad pone obstáculos sino también el estado no se hace parte de eso, de tener más instituciones donde puedan albergar a las mujeres y también a los hijos/as... si una mujer se quiere internar o hacer un tratamiento de día, o una capacitación o lo que sea y si no cuenta como para pagar una niñera o no tiene el acompañamiento de alguien queda al margen, cosa que al hombre no le pasa... es muy raro ver al hombre que va a cargar con el hijo para ir a una capacitación... el hombre siempre tiene a alguien, está la mujer, está la madre... está la figura de una mujer, la figura femenina, una tía, una sobrina que le cuida a los hijos... en cambio a la ujer le achacan más cosas.

E: ¿Qué factores influyeron para que decidan abandonar el consumo o tengan iniciativa para comenzar un proceso de recuperación?

O: Y bueno, ahí también es como muy personal... no podemos generalizar porque hay mujeres que tal vez no sé... sufren alguna sobredosis bueno y eso les hace tocar fondo y reaccionar... tal vez hay mujeres que pierden por las medidas excepcionales a sus hijos/hijas, entonces ahí bueno, es como el freno... tal vez otras no tienen ningún... así ningún cimbronazo, como un sacudón y dicen bueno, paro... como que ahí no generalizo porque es personal y va a depender de lo que esa mujer pueda llevar adelante en ese camino de recuperación y también va a depender de con quien se cruce en el camino para ese... para esa recuperación... porque no es lo mismo comenzarlo sola, no digo que no se puede pero... yo creo que si vos estas acompañado con alguien de tu familia y también donde, la institución a la cual recurras a pedir un tratamiento vayan caminando los tres... yo creo que es como una mesa de tres patas no? Obvio que por ahí la mayor... el mayor porcentaje lo lleva la persona que se va a recuperar pero después bueno, tenes que tener el equipo de profesionales y alguien de tu familia que te acompañe... si estas solo... si una mujer está sola creo que es bastante difícil... no digo que no se pueda pero se complica bastante.

E: Te gustaría agregar algo más?

O: no... por ahí esto que te decía de que no hay lugares. Ver de qué manera... porque también lo veo como que es una violencia hacia la mujer de parte del estado... de que no tenga por ahí posibilidades de una internación con sus hijos, eh... de concurrir a un tratamiento con sus hijos, que haya más espacios donde esas mujeres puedan albergar a sus hijos también y ellas poder comenzar un camino de recuperación, eh... no se tiene en cuenta eso, como que le pedimos que se recupere, que sea todo lo que la sociedad te manda, buena madre, buena esposa, pero a la hora de brindarle la ayuda o la herramienta para que pueda retomar una vida sana y saludable, nos falta... nos falta esta pata fundamental de qué hacer con sus hijos.. eso me gustaría agregar... que lo pensemos como sociedad, como institución, como estado... de qué manera eso se puede ir trabajando, porque es algo que va a seguir sucediendo, no es que no va a suceder

E: El punto está también en esto de que el cuidado... las tareas de cuidado recaen en las mujeres...

O: Sí... ya estás limitada. Porque la mujer tiene como una doble... no quiero llamarlo carga, pero sí una doble mochila, porque es tu vida y la de tus hijos, la de tu familia por así decirlo... cosa que al hombre no se le pone esa mochila, se lo deja como más... bueno, puede elegir... si la quiere tomar decimos uy que hombre tan responsable... no, cumplió con su deber por decir. Y en la mujer no decimos ay qué mujer tan responsable de venir a una capacitación con tu hija... como que ahí también considero que debemos cambiar la mirada, las palabras... porque digo, si no cambiamos eso se sigue como haciendo, se vuelve cotidiano, lo naturalizamos y ahí es donde cometemos el error.

Entrevista N° 5. A psiquiatra del equipo

Entrevistadora: ¿Qué características tiene la población que asiste a la institución?

Psiquiatra: Las características que poseen las pacientes que asisten al centro son de nivel socioeconómico de bajos recursos, viviendas en asentamientos irregulares, dificultad para acceder a las necesidades básicas, con nivel educacional más heterogéneo.

E: ¿Qué tipo de sustancias consumen? ¿Cómo es la modalidad de consumo de las mujeres? ¿Crees que hay diferencia en los modos/estilos de consumir en comparación con los varones? ¿Por qué?

P: Las pacientes consumen diferentes tipos de sustancias, alcohol, psicofármacos, tabaco, cocaína, marihuana, ocasionalmente otro tipo de sustancias, como estimulantes sintéticos. La modalidad de consumo creo que varía desde los fines de semana hasta forma diaria, la mayoría de las veces acompañada por sus parejas u otras personas. Creo que hay mayor preferencia por las mujeres de consumir alcohol y psicofármacos. A diferencia de los hombres que no prefieren tanto los psicofármacos.

E: ¿Cuáles crees que son los motivos de inicio, o qué factores influyen en el acercamiento de las mujeres al consumo de sustancias psicoactivas?

P: Creo que en la mayoría el comienza por algo más relacionado con aspectos recreativos en sustancias. Luego al vivenciar los efectos de los mismos comienzan a ser utilizados o como medicamentos de forma excesiva como el alcohol o psicofármacos, para efectos evasivos para revertir efectos de otras drogas. Como estimulantes para poder llevar a cabo responsabilidades o para funcionar en sociedad.

E: ¿Cómo crees que influye la cuestión de género en la forma en que las personas inician y enfrentan el consumo?

P: La cuestión de género influye desde cómo es vista la problemática del consumo de la mujer desde la sociedad en general hasta que tratamientos disponibles para las mismas. Al igual que la población trans.

E: ¿Qué consecuencias o implicancias ocasionó el consumo de sustancias psicoactivas en sus ámbitos cotidianos de socialización? (Familia, amigos, escuela, trabajo, etc.)

P: El consumo genere mayor deserción escolar, dificultad para poder sostener un trabajo a largo plazo, repercutiendo en su economía y la relación con familiares y amigos. Aunque la mujer intenta sostener el ámbito familiar aun en consumo e intentar responsabilizarse por su hogar y familia.

E: Desde el punto de vista de la sociedad, ¿pensás que existe una misma mirada y un mismo trato para hombres y mujeres que padecen un consumo problemático? ¿Por qué?

P: No. La mujer bajo la mirada de la sociedad debe responder a obligaciones familiares, laborales y del cuidado del hogar, lo cual no se le exige a los hombres.

E: ¿Qué factores crees que influyen para que las mujeres tengan iniciativa de comenzar un proceso de recuperación o para que decidan abandonar el consumo?

P: Cuando comienzan a tener problemas en su ámbito familiar, sobre todo cuando tiene hijos. Cuando familiares, hermana/os o padres acompañan al proceso de recuperación. Es extraño que una mujer acceda a ayuda por consumo de sustancias sin que exista algún apoyo previo, desde familiares o amistades o personas allegadas a la misma.