

2024

Consumos problemáticos : una cuestión de salud. Análisis de los modelos de abordaje vigentes en los dispositivos de General Alvarado

García Curto, Valentina

Universidad Nacional de Mar del Plata, Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social

<http://kimelu.mdp.edu.ar/xmlui/handle/123456789/1065>

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository

CONSUMOS PROBLEMÁTICOS: Una cuestión de Salud.
Análisis de los modelos de abordaje vigentes en los
dispositivos de General Alvarado.

Tesis de Grado para optar al título de Lic. en
Trabajo Social.



2024

Directora: Lic. Prieto, Ana.

Co-directora: Lic. Lorenzini, Florencia.

Autora: García Curto, Valentina.

INDICE

1. Introducción.....	6
2. Capítulo 1 - Consideraciones ético-políticas, epistemológicas y metodológicas	
1.1 Presentación.....	13
1.2 Consideraciones ético-político-epistemológicas.....	14
1.2.1 La epistemología feminista.....	14
1.2.2 La perspectiva de géneros y diversidades.....	16
1.2.2.1 La perspectiva de géneros en la Universidad Nacional de Mar del Plata.....	19
1.2.3 El enfoque de derechos.....	22
1.3 Consideraciones epistemológicas-metodológicas.....	25
1.3.1 El enfoque metodológico.....	25
1.3.2 La entrevista.....	27
1.3.3 Los objetivos de la investigación, el universo y la muestra.....	29
1.3.4 El análisis y la interpretación de los datos.....	31
3. Capítulo 2 - El campo de la salud	
2.1 Presentación.....	35
2.2 El campo de la salud.....	36
2.3 El sistema de salud argentino.....	40
2.4 Salud Mental: recorrido histórico hacia la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657.....	43
2.5 La accesibilidad a la salud como acceso a derechos.....	52
4. Capítulo 3 - Herramientas teórico-conceptuales complementarias a la investigación: la justicia epistémica, la interdisciplina y la interseccionalidad	
3.1 Presentación.....	57
3.2 La justicia epistémica: deconstruir lo hegemónico para visibilizar otras formas de saber, de ser y de hacer.....	59

3.3 La noción de interseccionalidad: entrecruzamiento de opresiones en lxs sujetxs de intervención.....	60
3.4 La interdisciplina: una herramienta fundamental para los abordajes en salud mental.....	62
5. Capítulo 4 - Consumos problemáticos y abordajes: dispositivos y modelos de atención	
4.1 Presentación.....	66
4.2 Los consumos problemáticos: caracterización de los mismos a partir de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657.....	67
4.3 Modelos de abordaje: Disputas y tensiones entre modelos hegemónicos y nuevos paradigmas de derechos.....	69
4.4 Dispositivo: consideraciones conceptuales.....	78
4.4.1 El partido de General Alvarado y sus dispositivos de abordaje de consumos problemáticos.....	80
6. Capítulo 5 - Mujeres y disidencias en los dispositivos de General Alvarado	
5.1 Presentación.....	97
5.2 El patriarcado como constructor y reproductor de hegemonía: representaciones sociales y estigmas en torno a lxs sujetxs de intervención.....	99
5.2.1 La construcción de representaciones sociales	100
5.2.2 El estigma en salud mental.....	103
5.3 Las barreras de accesibilidad en los dispositivos de General Alvarado.....	105
5.3.1 El género como barrera de accesibilidad a la salud	107
5.3.2 La(s) violencia(s) en el campo de la salud.....	110
5.4 Modelos de familia, la maternidad y los cuidados: aspectos que interjuegan en los dispositivos.....	113
7. Capítulo 6 - Conclusiones	
Conclusiones.....	118
Referencias Bibliográficas.....	127

Agradecimientos

A mis papás, los pilares incondicionales de mi vida, quienes me acompañan y me apoyan en cada cosa que hago. A mis hermanas, Delfina y Amparo, mis compañeras de vida también incondicionales que siempre están ahí para mí. Sin el apoyo de estas cuatro personas, nada de esto hubiera sido posible.

A mis abuelos, por tanto amor. A mi tía Patri, por preguntarme siempre cómo me fue en cada examen, por los mensajes de aliento y las velitas prendidas antes de rendir. A mi prima Manu, que adoro con todo mi ser, por tener siempre las palabras justas, por las risas compartidas y por acompañarme en todo. A toda mi familia, que siempre está ahí para lo que necesito, por ser tan unidos y por cada momento compartido.

A mis amigas de toda la vida, que ya son parte de mi familia, por su compañía, por sus palabras, por sus consejos y su amor. A las amigas que la Facultad me dio, con quienes compartimos momentos de estudio y de risas, por acompañarme en esta trayectoria, por motivarme, alentarme y ayudarme siempre.

A mis directoras, Ana y Flor, por transitar conmigo este recorrido, por su paciencia, por sus aportes, por su tiempo, por estar siempre abiertas a escuchar, por sus reflexiones y conocimientos.

A la Universidad Nacional, Pública y Gratuita, por permitirme formarme como Trabajadora Social y ver nuevas formas de ser y de hacer en la vida.

Introducción

La presente investigación adquiere el carácter de tesis de grado de la Licenciatura en Trabajo Social. La temática de la misma emerge a partir de un proceso de postulación a la Beca de Estudiante Avanzada de la Universidad Nacional de Mar del Plata en el año 2022, y los interrogantes que aquí se recuperan son producto de diversas problematizaciones surgidas de la transición por la formación académica en la Licenciatura en Trabajo Social de la Universidad Nacional de Mar del Plata.

El estudio hace hincapié en los modelos de abordaje de consumos problemáticos presentes en los dispositivos de General Alvarado, encuadrándose desde el campo de la salud y partiendo de un posicionamiento desde el enfoque de derechos humanos, la epistemología feminista y la perspectiva de géneros y diversidades. A su vez, se incluyen como parte fundamental de la investigación tres categorías consideradas transversales y complementarias, que son la justicia epistémica, la interseccionalidad y la interdisciplinariedad. A partir de la categorización y explicitación de estas categorías que recorren la investigación a lo largo de todo el escrito, se lleva a cabo una introducción teórico-conceptual que permite ahondar y enriquecer la temática y el posicionamiento de este estudio.

La elección de los consumos problemáticos como temática de estudio es resultado de un proceso reflexivo surgido en el marco de las prácticas de formación profesional de la asignatura “Supervisión de las Intervenciones Sociales” del quinto año de la Licenciatura en Trabajo Social desarrolladas durante el año 2020, a partir de la inserción dentro del Patronato de Liberados Bonaerense del Partido de General Alvarado. En las mismas, se observa que una de las principales problemáticas que atañe y atraviesa a lxs sujetxs que allí concurren, es el consumo problemático de sustancias.

Partiendo de ello, es que la presente investigación tiene como objetivo general el de indagar acerca de los modelos de abordaje desde los cuales se desarrollan las intervenciones de lxs profesionales en los dispositivos de General Alvarado que abordan esta problemática, y su incidencia en la accesibilidad a la salud de lxs sujetxs usuarixs. Para tal fin, se recuperan los discursos de lxs profesionales integrantes de tales dispositivos, en torno a las modalidades de trabajo implementadas en cada uno; las representaciones sociales sobre los consumos, las sustancias y lxs sujetxs; la perspectiva de géneros al interior de las intervenciones; entre otras cuestiones.

A su vez, se busca dar respuesta a seis objetivos particulares que se asocian

con indagar los marcos normativos y legales vigentes en Argentina en materia de salud mental¹ y consumos problemáticos; conocer los distintos modelos de abordaje en salud mental y consumos problemáticos; explorar y caracterizar los modelos de abordaje que generan accesibilidad a la salud; conocer y describir los tipos de dispositivos presentes en el distrito de General Alvarado para abordar los consumos problemáticos; reconocer los sentidos que lxs profesionales de los dispositivos atribuyen a los consumos problemáticos y a lxs sujetxs atravesadxs por los mismos; y, por último, explorar los efectos que tales sentidos atribuidos por lxs profesionales adquieren en las intervenciones profesionales.

Los modelos de abordaje fueron surgiendo a partir de las necesidades y las posibilidades de la sociedad, mediante diversos procesos económicos, sociales y culturales (Menéndez, 2022). En relación al campo de la salud, los modelos de abordaje de consumos problemáticos existentes son diversos y adquieren características diferenciadas en base al contexto, al momento histórico en el que emergen y a la normativa vigente en cada momento. Cada uno de dichos modelos tiene posicionamientos y maneras específicas de nombrar y pensar las situaciones que se presentan en los abordajes, lo cual influye en las intervenciones de lxs profesionales, ya que a partir de ello se van moldeando las representaciones en torno a los consumos, a lxs sujetxs consumidores, a la sustancia, a los padecimientos, etc.

La investigación se realiza desde una perspectiva cualitativa, buscando dar respuesta a los siguientes interrogantes principales: ¿Cuáles son los modelos de abordaje presentes en el ámbito de la salud? ¿Cuáles son los modelos de abordaje que prevalecen en lxs profesionales de los dispositivos de abordaje de consumos problemáticos de General Alvarado? ¿Cuáles son los marcos normativos y legales actuales, en materia de salud mental, en Argentina? ¿Qué características adquieren los dispositivos de consumos problemáticos presentes en General Alvarado? ¿Se presentan barreras de accesibilidad a la salud en los dispositivos de General Alvarado? ¿Cuáles son los aspectos que obstaculizan y/o facilitan el acceso a los derechos de lxs sujetxs? ¿Qué sentidos le atribuyen lxs profesionales de los dispositivos a los consumos problemáticos? ¿Qué sentidos le atribuyen lxs profesionales a lxs sujetxs atravesadxs por situación de consumo problemático? ¿Qué características particulares asumen las intervenciones en relación con esos sentidos atribuidos?

¹ Se define a la salud mental como “un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona” (Artículo N° 3 de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657).

Estos interrogantes, tal como se menciona al comienzo del presente apartado, son fruto de las distintas problematizaciones desarrolladas durante la trayectoria académica por la Universidad Nacional de Mar del Plata cursando la Licenciatura en Trabajo Social. A partir de dicha trayectoria, se adquiere cierto posicionamiento ético y político desde el enfoque de derechos humanos, la perspectiva de géneros y diversidades, y la feminista. De esta manera, es posible llevar a cabo la investigación y plantear tales interrogantes, los cuales son congruentes y concordantes con dicho posicionamiento.

En este sentido, comprendiendo que la investigación se encuentra anclada en la perspectiva de derechos humanos, la de géneros y la feminista, mediante tales aportes se pretende alejarse de “las lógicas neoliberales, meritocráticas, colonialistas, patriarcales, heterocentradas y productivistas” (Hermida, Stefani, 2020, p. 35). Es por ello que, dentro de la misma se desarrollan categorías nodales como lo son el enfoque de derechos; la perspectiva de géneros y diversidades; la epistemología feminista; la accesibilidad a la salud; el modelo de abordaje integral comunitario; la Ley Nacional de Salud Mental; entre otras, que dan lugar al reconocimiento de sí y del otro y abren paso a la incomodidad y cuestionamiento de aquellas categorías rígidas e impuestas por el pensamiento hegemónico, esencialista y patriarcal.

A partir de la inclusión de categorías de esta índole, es posible poner en duda, cuestionar, explorar y dar lugar a otros mundos posibles y a otros tipos de propuestas, tales como los saberes populares, los provenientes de las comunidades periféricas, fronterizas y desplazadas, los de las mujeres, los de lxs niñxs, entre tantos otros. Se propone, en cuestión, intentar romper las fronteras de lo unívoco, lo establecido, lo impuesto, lo hegemónico e instaurado a lo largo de la historia. De esta manera, es posible desaprender, problematizar y volver a construir y reconstruir posibilidades de abordaje, de intervención e investigación en Trabajo Social (Hermida, Stefani, 2020).

En tal sentido, para lograr alcanzar los objetivos planteados con anterioridad, se optó por un diseño metodológico cualitativo (Vasilachis, 2006), utilizando como técnica a la entrevista semi-estructurada (Corbetta, 2007) en consonancia con la observación-participación, así como con el registro y la transcripción a través del cuaderno de campo (Fernandez, 2001). De esta manera, el plan de trabajo se encuentra situado en los tres dispositivos existentes en el partido de General Alvarado que abordan consumos problemáticos, siendo estos el Dispositivo Territorial Comunitario (DTC) Sedronar; el Servicio de Abordaje Municipal en Adicciones (SAMA); y el Centro Provincial de Atención a la Salud Mental (CPA). En cuanto al universo de

análisis, el mismo se encuentra conformado por lxs profesionales de distintas disciplinas que integran estos dispositivos.

La estructura de esta tesis se compone de cinco capítulos principales. El primero de ellos se titula “*Consideraciones ético-políticas, epistemológicas y metodológicas*”, y en este se desarrolla el posicionamiento ético-político y epistemológico que orienta el proceso investigativo, a partir de ciertas categorías transversales como la epistemología feminista, el enfoque de Derechos y la perspectiva de géneros y diversidades. Luego, se despliegan los aspectos metodológicos centrales que guían a la investigación, describiendo los objetivos, el universo de análisis y las técnicas utilizadas para la recolección de datos y su posterior análisis.

El segundo capítulo, denominado “*El campo de la Salud*”, constituye una parte fundamental de esta investigación, considerando que los consumos problemáticos son una cuestión de salud mental que debe ser abordada como parte integrante de este campo, a partir de los aportes de la Ley Nacional de Salud Mental 26.657. El mismo parte de definir el concepto de campo de la salud a partir de los aportes de Bourdieu (1988), como espacios de juego históricamente constituidos que se encuentran conformados por diversxs sujetxs e instituciones que adoptan distintas posiciones dentro del mismo. Luego, se incluyen aportes de autores como Spinelli (2010), Gutierrez (1995), Menéndez (1988), entre otrxs. En otro apartado, se lleva a cabo una caracterización del Sistema de Salud Argentino junto con sus diferentes subsectores (público, de la seguridad social y privado), sus niveles de atención y la fragmentación existente dentro del mismo. Finalmente, se realiza un recorrido histórico de la salud mental, haciendo hincapié en las disputas y contradicciones que existieron y continúan existiendo dentro de este campo a lo largo del tiempo, en relación a la definición de las problemáticas de salud mental, a lxs profesionales habilitadxs para el abordaje de los padecimientos mentales, a las perspectivas ideológicas y científicas, etc. En un último apartado de este cuarto capítulo se define a la accesibilidad a la salud a partir de distintxs autores, adhiriendo a una comprensión de la misma en términos de acceso a derechos (Arias y Sierra; 2019), más allá del acceso físico a una institución.

En el tercer capítulo, nombrado “*Herramientas teórico-conceptuales complementarias a la investigación: la justicia epistémica, la interdisciplina y la interseccionalidad*”, se lleva a cabo una caracterización de algunos conceptos considerados transversales y complementarios para la temática de esta investigación, tales como las mencionadas en el propio título. Dichas categorías se encuentran ancladas teóricamente a lo largo de todo el escrito, por lo que se torna pertinente

incorporar un capítulo en torno a ellas en pos de caracterizarlas y desarrollarlas con mayor profundidad, y así dar cuenta del posicionamiento desde el cual se las aborda.

Luego del desarrollo de estos tres primeros capítulos, en los que se realiza una aproximación teórico-conceptual que permite nutrir la temática de estudio, en los próximos capítulos comienzan a alojarse los conceptos centrales de la investigación, relativos a los consumos problemáticos, los dispositivos de salud, los modelos de abordaje y demás cuestiones emergidas en el trabajo de campo. Asimismo, se realiza un cruce dialéctico entre los discursos surgidos en las entrevistas y el entramado teórico y argumental de la investigación, a partir de la inclusión de algunos extractos de las entrevistas realizadas a lxs profesionales de los dispositivos de General Alvarado.

En tal sentido, en el cuarto capítulo, denominado “*Consumos Problemáticos y abordaje: dispositivos y modelos de atención*”, se conceptualizan los consumos problemáticos con aportes de la Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina (Sedronar), la Ley Nacional de Salud Mental 26.657, la Ley 26.934, entre otrxs. A su vez, se define a los dispositivos adhiriendo a los planteos de Fanlo (2007), quien sostiene que su emergencia se da a partir de determinado acontecimiento históricamente particular; y se describen los dispositivos de consumos problemáticos existentes en General Alvarado. Finalmente, se lleva a cabo un análisis de los diversos modelos de abordaje presentes en el campo de la salud para abordar procesos de salud-enfermedad-atención, desde los cuales derivan las ideas y representaciones de lxs profesionales.

El quinto capítulo “*Mujeres y disidencias en los dispositivos de General Alvarado*”, aborda una cuestión que se reitera en las entrevistas, que refiere a la inexistencia y/o baja concurrencia de mujeres y disidencias a los dispositivos de General Alvarado. El mismo comienza abordando un concepto tan amplio y complejo como lo es el patriarcado, planteando al mismo como constructor de hegemonías, binarismos, estigmas y barreras de accesibilidad a la salud y demás derechos fundamentales de lxs sujetxs, a partir de la discriminación, la desigualdad y la exclusión. A su vez, se plantea al género como una de las principales cuestiones que repercute en la accesibilidad a la salud de las personas; y se incorporan otras categorías como la(s) violencia(s) en el campo de la salud, los modelos de familia, la maternidad, los cuidados, etc.

Por último, a modo de cierre de este trabajo de investigación, en otro capítulo se presentan las conclusiones surgidas del mismo. En este se explicitan los diferentes hallazgos obtenidos a partir del proceso investigativo, así como también se incluyen reflexiones finales en torno al trabajo de campo realizado y a los lineamientos teóricos abordados.

CAPITULO I

Consideraciones ético-políticas, epistemológicas y metodológicas de la investigación



1.1 Presentación

En el presente capítulo se desarrolla el posicionamiento ético-político, epistemológico y metodológico de la investigación. En base a ello, se considera relevante presentar este capítulo con los planteos de Benitez et.al (2020) respecto a las epistemologías, quienes sostienen que “no existe una única epistemología, sino que hay tantas como sistemas de pensamiento o filosofías, las cuales se expresan en las lenguas y formas de vivir de los pueblos” (p. 124).

En primer lugar, se desarrolla el posicionamiento ético-político y epistemológico, adhiriendo para ello a la epistemología feminista, a la perspectiva de Derechos Humanos y a la de géneros² y diversidades. Asimismo, se detallan los aspectos metodológicos centrales que guiaron el proceso de investigación, describiendo los objetivos, el universo de análisis y las técnicas utilizadas para la recolección de datos y su análisis.

² En la siguiente investigación se utilizará el concepto de “géneros” y no de “género”, como así también, se hablará de “feminismos” y no de “feminismo”, en pos de evitar adherir a categorías binarias que generen exclusión, entendiendo que dichos conceptos se constituyen como heterogéneos y diversos y no comprenden las disidencias existentes.

1.2 Consideraciones ético-político-epistemológicas

1.2.1 La Epistemología Feminista

Plantear un posicionamiento implica un presupuesto ético y metodológico a partir del cual se orientan las diversas acciones y decisiones llevadas a cabo en la presente investigación. De esta manera, se vuelve interesante destacar el posicionamiento feminista que adquiere la misma.

A partir de diversas teorías y metodologías, los feminismos instauraron las bases que posibilitaron la creación de una metodología feminista que nutre la investigación y la intervención en sí mismas. De tal forma, tal como sostiene Alvarado (2017), a través de la articulación entre el feminismo y la epistemología es posible generar preguntas y cuestionamientos que de otra manera no tendrían lugar, y cruces en lo que se denomina el activismo y la academia, reconocido como un espacio-tiempo entre el compromiso político y la producción discursiva. Este encuentro entre lo académico y lo político permite articular preguntas y generar espacios desde un “saber afectado que nada tiene que ver [...] con la universalidad, la abstracción, la neutralidad, la eficiencia y la eficacia” (Alvarado, 2017, p. 38-39).

De esta manera, se parte de considerar a los aportes de los feminismos como eje transversal de la presente investigación. En torno a ello, se incorpora a la epistemología feminista como un aspecto nodal que abre espacio a la deconstrucción (Bartra, 2002) de las disciplinas y a la producción de conocimientos. Esto implica desarticular a aquellas con un marcado androcentrismo e intentar construir otras, que sean no sexistas y no androcéntricas, considerando que “[...] el feminismo es emancipación, es igualdad en la diferencia y es justicia social” (Hermida, Stefani, 2020, p. 35).

Tal como explicita Alvarado (2017), las epistemologías tradicionales niegan y silencian las experiencias, conocimientos y saberes de mujeres, y el conocimiento compartido en comunidad. Las mismas están basadas en una supuesta neutralidad y objetividad del saber científico, a través del cual se institucionaliza a ciertos autores y obras como canon consagrado y, por ende, transmisible, y se establece la ausencia de los discursos de mujeres como normalidad filosófica. De esta manera, se reproduce un discurso que es propio del varón, blanco, burgués, heterosexual, que no solo niega a las mujeres sino que también a los no-blancos y no-occidentales.

En este sentido, mediante los aportes de Martínez y Agüero (2018), se recupera el concepto de “sujeto conocedor situado” o “conocimiento situado” propuesto por Haraway (1995), que es central para la epistemología feminista, ya que se configura

como “base de la defensa de la objetividad feminista” (Martínez y Agüero, 2018, p.4). Mediante el mismo se intenta romper con la concepción del sujeto mítico cognoscente universal, único y eterno, propuesto por la ciencia moderna, y concebir unxs sujetxs y un conocimiento marcados por la raza, el género, el sexo, la etnia, la clase social, entre otras cuestiones. De esta manera, es posible rechazar la visión única del mundo planteada por la ciencia positivista, basada en un sujeto ideal que es hombre, de clase media-alta y europeo o grecolatino.

A través de los feminismos es posible desarrollar un proceso de investigación diferente al habitual o tradicional, ya que el mismo se plantea interrogantes distintos, sobre aspectos que no adquieren relevancia en otro tipo de investigación, tal como la cuestión del género, la desigualdad, la hegemonía, las jerarquías, el patriarcado, el lugar de la mujer, entre otras. Así, este tipo de investigación posibilita cuestionar la producción de conocimientos basada en la exclusión e invisibilización de otrxs, y dar lugar a aquello que fue silenciado y negado durante tanto tiempo. Se trata, en términos de Martínez Pozo (2020), de deconstruir, a través de las perspectivas críticas feministas, aquellos modelos dominantes de producción y validación de conocimiento científico que se encuentran insertos en estructuras, mecanismos y relaciones de poder androcéntricas, sexistas y patriarcales.

En este sentido, Muñoz Arce (2018) plantea el concepto de “racionalidad neoliberal”, el cual establece un estado de “verdad” a través del cual la sociedad es medida y gobernada, y se presenta como fuerza histórica que produce subjetividades y sociedad. Esta lógica ha colonizado la manera de producir conocimientos a escala global, promoviendo a partir de diversos dispositivos un tipo de conocimiento que se ha vuelto hegemónico. La misma atraviesa al ámbito de la investigación “poniendo el conocimiento en oferta al interior del mercado de la investigación” (Busch, 2017: 2).

De esta manera, se puede notar la forma en la cual lo hegemónico y monodisciplinar ha atravesado y continúa atravesando e influyendo diversas áreas de la vida social, tal como sucede con la investigación en Trabajo Social y con los abordajes llevados a cabo en salud mental. Por lo cual, incluir a la epistemología feminista en la presente investigación posibilita pensar en otras maneras de generar conocimiento y de investigar en Trabajo Social, que permitan transformar las relaciones sociales injustas, desiguales, subalternizantes, opresoras y excluyentes, propias del pensamiento hegemónico.

Tal como plantea Bartra (2002), las epistemologías tradicionales “excluyen sistemáticamente [...] la posibilidad de que las mujeres sean sujetos o agentes del conocimiento, sostienen que la voz de la ciencia es masculina” (p. 14). En base a ello, plantear una investigación con un método feminista le otorga un enfoque y una manera

de observar, leer y preguntar diferente, de carácter no androcéntrico y no sexista (Bartra, 2010). Al mismo tiempo que permite cuestionar y cambiar los imaginarios acerca de quién posee el saber y quién no, en el marco de la producción de conocimientos.

Asimismo, al incorporar a la epistemología feminista en la presente investigación, se intenta demostrar que no solo las mujeres deben ser legitimadas como sujetxs del conocimiento, sino que también, todxs aquellxs que fueron silenciadxs, negadxs y oprimidxs. Se trata, en efecto, de ofrecer a las mujeres y a todxs aquellxs que fueron silenciadxs, las explicaciones y respuestas que ellxs necesitan acerca de los fenómenos sociales que lxs atraviesan, que contribuyan a mejorar y transformar su condición subalterna; y no de dar respuestas unívocas sobre los problemas planteados por una mayoría hegemónica (psiquiatras, instituciones de atención médica, sistema judicial, etc.) (Bartra, 2002). De “desafiar el orden hegemónico a partir de la identificación de espacios de acción [...] que permiten dar otro sentido - un “contra-sentido”- a las políticas hegemónicas del neoliberalismo (Strier y Bershtling, 2016)” (Muñoz Arce, 2018, p.42).

Posicionarse desde una epistemología y metodología feministas implica posicionarse desde la singularidad y no desde la universalidad, desde los conocimientos parciales y situados, desde lo local y particular. En efecto, implica abrirse a la escucha de lo diferente sin juzgar ni criticar; supone cuestionarse, interrogarse y re-conocerse, a partir de la incorporación y visibilización de lo local, lo particular, y de todo aquello que ha permanecido oculto, invisibilizado, oprimido y excluido por la realidad hegemónica.

Se trata de ocupar una posición que permita observar desde allí y conectar con otrxs, obteniendo así conocimientos parciales, situados y encarnados (Araiza Díaz y González García, 2017). Asimismo, de construir “un andamiaje teórico conceptual para la deconstrucción de la matriz moderna-colonial-patriarcal-occidental de construcción del saber, el género, la clase y la sexualidad (Alvarado, 2016)” (Alvarado, 2017, p. 40).

En síntesis, incluir tanto los aportes de los feminismos como de la perspectiva de géneros permite deslegitimar los sistemas de dominación históricamente contruidos y, a partir de ello, construir equidad en relación al acceso a los mercados laborales, a los espacios educativos y a los diversos espacios de la vida cotidiana.

1.2.2 La perspectiva de géneros y diversidades

La perspectiva de géneros³ es una categoría que interpela a toda la sociedad, la cual posibilita situarse en contra de las opresiones de géneros y reconocer el orden social que genera una división opresiva entre hombres y mujeres.

La misma refiere a maneras de ver, sentir y pensar las relaciones entre lxs sujetxs, y su finalidad es visibilizar las relaciones históricamente desiguales de poder que se dan entre los géneros dentro del marco del patriarcado, que oprime, excluye y vulnera a lxs sujetxs (Makcimovich, 2017). A partir de ello, es posible distinguir cómo la diferencia de géneros habilita o restringe maneras de ser en sociedad (Ministerio de las Mujeres, Género y Diversidad, 2021).

En términos de Lamas (1996), esta perspectiva implica llevar a cabo una completa revisión de todo, desde las formas en las que se organizan las mujeres, sus tiempos, sus espacios, hasta las creencias más enraizadas, las prácticas y políticas sociales, las políticas públicas referidas a la histórica inequidad de géneros, la brecha salarial entre hombres y mujeres, entre otras cuestiones. Al mismo tiempo, considerando que la perspectiva de géneros se encuentra presente en la intervención en lo social del Trabajo Social, Makcimovich (2017) plantea revisar todas aquellas categorías sociales, culturales, económicas y políticas con las cuales se construyen las problemáticas que se presentan en la cotidianeidad de las experiencias, y así recuperar las voces, saberes y prácticas de las clases y sectores históricamente oprimidos, negados e invisibilizados.

Tal como plantean Tajer et.al. (2002), a partir de esta perspectiva es posible develar las desigualdades y vulnerabilidades existentes detrás de las asimetrías sociales y demás diferencias simbólicas entre disidencias, las cuales ocasionan maneras diferentes de abordar el proceso salud-enfermedad-atención para cada unx; diferentes formas de enfermar, de gestionar la enfermedad, de vivir, de ser atendidos, e incluso de morir. Es en este sentido que, desde la Intervención profesional del Trabajo Social se intenta problematizar la cuestión de los géneros, incorporando los aportes de la perspectiva de géneros y de los feminismos, en pos de evidenciar, denunciar y actuar frente a tales opresiones que generan exclusión e invisibilización.

La incorporación de esta perspectiva implica reconocer la diferencia de roles adjudicada a las personas de acuerdo a la identidad sexo-genérica que asumen y la manera en la que ello impacta en su acceso a los recursos y derechos, e intentar romper con “el binarismo cis heteronormativo sobre el que se sostienen los modelos de atención dominantes” (Balaña et.al, 2019). De esta manera, será posible promover

³ Se comprende al género como “social e históricamente construido -y por ende socialmente regulado y a la vez modificable” (Pombo; 2012).

intervenciones inclusivas, a partir de modelos de atención género-transformadores (Tajer, 2002) capaces de garantizar el derecho universal a ser diferente .

En base a lo establecido, resulta pertinente mencionar que, muchas veces en las instituciones y dispositivos de salud se reproducen lógicas patriarcales y cis-sexistas; constituyendo esto uno de los principales motivos por los cuales muchas personas no llegan a acceder a un tratamiento por consumos problemáticos (Sedronar y Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad de la Nación, 2022), así como por cuestiones de salud en general.

Por ende, la incorporación de la perspectiva de géneros hace posible analizar la manera en la cual operan las representaciones sociales, los estigmas y/o estereotipos en dichos dispositivos, y problematizar así las diversas desigualdades y jerarquías generadas en base a las diferencias sexo-genéricas entre lxs sujetxs, con el objetivo de construir nuevos escenarios más igualitarios e inclusivos.

En términos de Scott (1986), la categoría de género se ha encontrado ausente en las principales teorías sociales propias del siglo XVIII. Empero, fue a partir de las inalcanzables luchas y del esfuerzo del movimiento feminista que buscaba plasmar la falta de teorías que puedan explicar las desigualdades existentes por motivos de géneros, que se desarrolla y comienza a incorporarse esta categoría trascendental (Martinez, 2009).

Tales desarrollos teóricos elaborados por los feminismos en torno a la perspectiva de géneros, dieron lugar “al reconocimiento de la importancia de incorporar esta mirada no solo como campo de estudio, sino como un modo de aportar al cambio social a partir de la visibilización y erradicación de las desigualdades y violencias por motivos de género” (Programa Integral de Políticas de Género UNMDP, Informe de Gestión 2022). De esta manera, considerando a las Universidades como ámbitos de construcción de subjetividades y agentes clave para la elaboración de políticas públicas que promuevan tal cambio social, se vuelve fundamental avanzar en la institucionalización y transversalización de la perspectiva de géneros en el sistema universitario nacional.

Asimismo, la implementación de la mencionada perspectiva da lugar a desnaturalizar aquello que se presenta como dado en torno a las relaciones de géneros, comprendiendo que “la desnaturalización, a través de su enunciación y denuncia de los diferentes tipos de violencia, implica deslegitimar las relaciones asimétricas de género” (Guzzetti, 2012, p. 111).

Del mismo modo, considerando que las Universidades Nacionales cuentan con un origen intrínsecamente androcéntrico, incorporar la perspectiva de géneros y de derechos humanos al interior de las mismas debe considerarse como una cuestión

sumamente necesaria y urgente, que posibilita el reconocimiento de las distintas demandas de los movimientos feministas y el acompañamiento en la lucha por una sociedad más justa e igualitaria. Asimismo, la perspectiva de géneros dentro de las Universidades y de las distintas Unidades Académicas constituye “(...) uno de los recursos fundamentales para poder acabar con las múltiples violencias machistas, el patriarcado y la misoginia” (Bonavitta, 2018, p.227).

Tal como plantea la citada autora, suele existir un gran vacío en relación a los planes de estudio y los contenidos curriculares de las Universidades, ya que suelen carecer las asignaturas de Géneros y Feminismos, y entonces al utilizar la perspectiva de géneros se expresan las formas sexuadas del saber en los proyectos educativos y las diferencias en las respectivas situaciones y necesidades de hombres y mujeres. Por lo cual, añadir estas categorías dentro del ámbito académico y de formación, implica una gran transformación en los diseños curriculares institucionales, en las asignaturas, en la investigación e intervención, así como también implica cuestionar “las formas de conocer, de acreditar los conocimientos, como de repensar la idea misma de “universidad” como el lugar del conocimiento universal, moderno, occidental, científico y objetivo” (Bonavitta, 2018, p.234).

1.2.2.1 La perspectiva de géneros en la Universidad Nacional de Mar del Plata

A partir de los aportes anteriores, se torna interesante traer a consideración y analizar los avances en materia de géneros desarrollados e implementados en la Universidad Nacional de Mar del Plata, considerando que la misma es la institución en la que se encuentra la Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social, de la cual emerge la presente tesis de grado. A la vez que, se considera oportuno poder plasmar los avances en materia de géneros desarrollados en la misma, ya que es un espacio de formación de futurxs profesionales que luego realizarán sus intervenciones en base a dichos aportes.

En este sentido, es pertinente destacar que, tal como se establece en el Informe de Gestión realizado en el año 2022 por el Programa Integral de Políticas de Género de la UNMDP, en los últimos años se han incorporado a la estructura universitaria argentina una gran variedad de espacios y programas de género que trabajan para incluir esta mirada en la formación, estructura y dinámica universitaria. En base a ello, en la Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social de la Universidad Nacional de Mar del Plata surgen diversos avances en materia de

Perspectiva de Géneros en la formación de lxs estudiantes de la mencionada Licenciatura.

En el año 2012, como correlato de la sanción de la Ley de Identidad de Género N° 26.743⁴, se crea un Programa de Género y Acción Comunitaria de la Secretaría de Extensión de Ciencias de la Salud y Trabajo Social (OCA 80-12), constituyendo el mismo el primer espacio institucional de la Universidad que tiene entre sus objetivos promover la equidad entre los géneros. A su vez, en el año 2013 se han llevado a cabo diversos talleres y seminarios acerca de Identidad de Géneros, Educación Sexual Integral, Parto Respetado y Trata de Personas, los cuales estuvieron destinados a toda la comunidad universitaria en general.

En el año 2015 se crea una Red Interuniversitaria por la igualdad de géneros y contra la violencia, de la cual forma parte la Universidad Nacional de Mar del Plata. En este marco, en el año 2017 se crea el Programa Integral de Políticas de Género (PIPG), cuyo principal objetivo es trabajar en la transversalización de la perspectiva de géneros. El mismo constituyó un paso fundamental en la institucionalización de dicha perspectiva y el comienzo de un trabajo sostenido hacia la erradicación de las violencias y discriminaciones por motivos de género en la UNMDP. Asimismo, a partir de la articulación con distintas Universidades, se formula e implementa el Protocolo de Actuación y Abordaje en Casos de Violencia de Género en el ámbito de la Universidad Nacional de Mar del Plata (OCS 2380-17).

Luego, a partir de la adhesión por parte del Consejo Superior de la UNMDP en el año 2016 a la Ley Provincial de Cupo Trans N°14.783, se incorpora en el año 2017 el Cupo Laboral travesti-trans en Actas Paritarias Locales N°01/2017 y 04/2017 (OCS 022/16). De esta manera, la Universidad Nacional de Mar del Plata se convierte en la primera Universidad de Latinoamérica en establecer un cupo del 1% en los ingresos a la categoría inicial de la Planta Permanente del personal universitario destinado a la población travesti-trans.

A lo anteriormente mencionado, se incorpora en el año 2018 la adhesión e implementación de la Ley Nacional N° 27.499 “Ley Micaela” por parte de la Universidad Nacional de Mar del Plata, la cual establece la capacitación obligatoria en género destinada a todxs aquellxs que integran funciones en cualquiera de los tres poderes del Estado. A partir de la misma, la Universidad se compromete a capacitar a funcionarixs,

⁴ La Ley de Identidad de Género N° 26.743 se sanciona en Argentina en mayo del año 2012. La misma reconoce el derecho de las personas a ser inscriptas en su DNI acorde con su identidad de género, así como el derecho a la salud integral de las personas. Esta Ley comprende a la identidad de género como “la vivencia interna e individual del género tal como cada persona la siente, la cual puede corresponder o no con el sexo asignado al momento del nacimiento” (Art. 2).

docentes, personal universitario y estudiantes de la institución, constituyendo una herramienta elemental para lograr mayores avances tanto a nivel académico como de formación.

A su vez, en el año 2020 se incorpora la aprobación del proyecto de Transversalización Curricular de la Perspectiva de Géneros en la UNMDP (OCS 1700 y 1796), el cual promueve e impulsa dicha transversalización en todos los ámbitos académicos. El mismo implica la creación y/o actualización de planes de estudio de las distintas carreras de pregrado, grado y posgrado ya existentes en la UNMDP, como también de las nuevas carreras, “ya sea como contenido específico, asignatura o la estrategia pedagógica que se adapte a los objetivos de cada una de las carreras” (OCS N°1796).” (Programa Integral de Políticas de Género UNMDP, Informe de Gestión 2022).

De esta manera, es posible vislumbrar los grandes avances impulsados en la UNMDP en cuanto a ampliación de derechos en materia de géneros y diversidad, pudiendo destacar también la Ordenanza de Consejo Superior N° 2143/12, la cual declara a la Universidad una institución libre de discriminación por identidad y expresión de género; el Régimen Especial de Cursadas para estudiantes embarazadas y estudiantes madres y padres (Ordenanza de Consejo Superior N° 1324/15); la Licencia por violencia de género para docentes y trabajadoras universitarias; el proyecto de Lenguaje Inclusivo y la Guía para el uso de un lenguaje inclusivo en la Universidad Nacional de Mar del Plata (Ordenanza de Consejo Superior N° 1245/19); el Dispositivo “Interpelando masculinidades”: Espacio grupal de acompañamiento y abordaje para varones/masculinidades de la Universidad Nacional de Mar del Plata que ejercen violencia de género (Resolución de Rectorado N° 4780/21); entre tantos otros.

Los mencionados avances en materia de perspectiva de géneros en la formación de lxs estudiantes de la UNMDP, adquieren una importancia fundamental en tanto que ello se configura como conocimiento aplicable tanto en el desarrollo disciplinar de lxs trabajadores sociales como en su ejercicio profesional. A partir de dicho conocimiento, es posible la construcción de nuevas estrategias para la transformación de la sociedad, en una que sea más inclusiva, más justa e igualitaria, y que permita visibilizar las diferencias y las identidades.

Al mismo tiempo, mediante tales aportes en materia de géneros es posible realizar una revisión crítica de los nudos epistémicos sobre los que se afianzan las disciplinas, y problematizar los impactos que las desigualdades de géneros construidas social y culturalmente ejercen sobre la forma y los modos en los cuales se construye conocimiento. A partir de ello, los saberes contruidos deben encontrarse, interpelarse,

complementarse y deconstruirse, atravesando las instituciones, los territorios, las políticas públicas, la academia, los movimientos sociales y demás (Hermida, 2018).

En base a ello, el mayor desafío al que deberán enfrentarse luego lxs estudiantes y profesionales es, al de apropiarse, problematizar y hacer uso de dicha perspectiva en las prácticas e intervenciones.

1.2.3 El enfoque de Derechos

Tal como establecen Hermida y Meschini (2017), el enfoque de derechos o el enfoque basado en los derechos humanos (EBDH), surge como propuesta conceptual a finales del siglo XX en el marco de la Organización de Naciones Unidas, a partir de las teorías de desarrollo y de las categorías surgidas en el campo académico y político sobre Derechos Humanos. El mismo “busca reconstruir el lazo social a través de la presencia activa del Estado en políticas públicas de asistencia, reparación, promoción y garantía de derechos humanos, sociales y populares” (p. 29).

El enfoque de Derechos se basa en el reconocimiento, la efectivización y la restauración de derechos. Este propone un sistema integrado y estructurado por principios, reglas y estándares de Derechos Humanos, que intenta otorgar efectividad a las medidas desarrolladas por los Estados y fijar estándares específicos que sean aplicables a los sistemas internos de cada país (Carballeda, 2016). De esta manera, dicho enfoque posibilita llevar a cabo abordajes integrales y transversales de diversas problemáticas.

Los Derechos Humanos tienen la capacidad de reproducir relaciones de inclusión y liberación, así como de opresión y exclusión, por ende deben entenderse como medio de emancipación y significación. De esta manera, los Derechos Humanos “no deben perder desde una mirada nuestroamericana, la capacidad de traducirse en procesos que reconozcan la interseccionalidad que atraviesa a los sujetos que son sus titulares” (Hermida, 2018, p. 14).

Al hablar de derechos se está haciendo alusión a la protección, a la lucha, a la política, al ejercicio profesional, a las familias, etc. (Hermida, 2018). En tal sentido, el Trabajo Social y los Derechos Humanos adquieren una estrecha relación (Martínez, 2020), ya que el mismo ocupa un lugar trascendental en la lucha por el reconocimiento, la ampliación y la garantía de derechos, y su experticia en lo social le permite ser la voz autorizada para hablar en términos de concreción de derechos (Hermida, 2018). En el caso del Trabajo Social argentino, los derechos humanos constituyeron un cambio de paradigma que se institucionaliza con el cambio del Día del Trabajador Social, del 2 de julio (Día del Asistente Social) al 10 de diciembre, relacionado con el

Día Internacional de los Derechos Humanos (Martínez, 2020). Asimismo, la Ley Federal de Trabajo Social 27072/14 constituye un acontecimiento de significativa importancia para la profesión, que vislumbra la relación fundante entre Trabajo Social y Derechos Humanos.

Por su parte, Estepa y Maisonnave (2020) establecen que los Derechos Humanos deben ser pensados desde una perspectiva crítica, situada y compleja, y se encuentran estrechamente “relacionados con la justicia, la solidaridad, la autonomía y la emancipación de sujetos (individuales y colectivos)” (p. 48). A su vez, agregan que los mismos “están abiertos a la disputa acerca de qué implican, a quién corresponden y en qué casos” (p. 51), lo cual permite superar el carácter individualista que las perspectivas liberales le atribuyeron a los Derechos Humanos, y reconocerlos como espacios de resistencias y procesos de lucha por la dignidad humana.

De esta manera, el enfoque de derechos se convierte en una herramienta elemental para el Trabajo Social, ya que otorga posibilidades más amplias para lograr comprender y explicar los problemas sociales (Carballeda, 2016). Asimismo, a partir de este enfoque las personas son consideradas como titulares plenos e integrales de derechos, y no como meros beneficiarios de los mismos (Carballeda, 2016) o como expresiones deterioradas (Hermida y Meschini, 2018). De esta manera, la acción de las Políticas Sociales y de la Intervención del Trabajo Social se centran en el sujeto de intervención como sujeto de derechos. Tales Políticas Sociales son definidas en términos de igualdad, y los Derechos Humanos son pensados como una propuesta para guiar y orientar dichas Políticas de los Estados y para fortalecer las instituciones democráticas (Carballeda, 2016).

En base a este trabajo, el enfoque de derechos constituye una herramienta fundamental para el abordaje del problema de investigación. En primer término, considerando que los consumos problemáticos son comprendidos como una cuestión de salud mental, y la misma como un derecho humano fundamental que es parte del derecho a la salud integral de todos los sujetos. En segundo lugar, dado que el enfoque de derechos apunta a efectivizar el nuevo paradigma impulsado mediante la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental, el cual promueve una comprensión del proceso histórico-dialéctico que determina socialmente la salud, obligando a repensar sus dispositivos y sus prácticas (Barcala y Laufer, 2015).

A la vez que, el desarrollo de la salud mental implica garantizar el ejercicio de otros derechos humanos fundamentales que se ponen en juego en la relación de los sujetos con el sistema de salud mental. Tal como establecen Farone y Barcala (2020), mediante la Ley Nacional de Salud Mental se “reconoce y regula el ejercicio del derecho a la salud en general, a la dignidad y la autonomía, a la capacidad jurídica, a

la libertad, a la integridad personal, a la igualdad y no discriminación, al acceso a la información, a la intimidad, a la identidad y a la integración comunitaria” (p 66-67).

En este sentido, a través de la Ley Nacional de Salud Mental 26.657 se promueve el pleno goce de los derechos humanos y la protección integral de lxs sujetxs de la intervención en salud mental. Dentro de la misma se encuentran plasmadas diversas normativas, tales como tratados de cumplimiento obligatorio por los Estados, que refieren al derecho a la libertad, a la salud, a la integridad personal, entre otros; el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos; el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; diversos instrumentos jurídicos internacionales como convenios, cartas, tratados, pactos y convenciones con jerarquía constitucional, dentro de los cuales se encuentra la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad; normas jurídicas que especifican los aspectos de los derechos humanos que se ponen en juego en los servicios de salud mental, tales como los Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención en Salud Mental (ONU, 1991); la Declaración de Caracas (OPS, 1990) y los Principios Rectores Para el Desarrollo de la Atención en Salud Mental en las Américas, o también llamados “Declaración de Brasilia” (OPS, 2005); entre otros (Faraone y Barcala, 2020).

A partir de la mencionada Ley de Salud Mental y las diversas normativas internacionales de derechos humanos integradas en la misma, se incorporaron distintas transformaciones en los abordajes e intervenciones en salud mental, incluyendo un posicionamiento desde el enfoque de derechos. Entonces, realizar abordajes desde este enfoque implica la construcción del otrx como unx sujetx de derechos capaz de ser protagonista de aquellos procesos que lx involucran, escuchando sus demandas y necesidades y reconociendo su posibilidad de voz, de voto y de verdad. De esta manera, al considerar a lxs sujetxs como partícipes en la construcción de sus demandas, es posible transformar la lógica que ubica al otrx en un rol pasivo a la espera de ser beneficiarix de la acción de lxs demás.

Asimismo, en la Argentina continuaron incorporando diversas sanciones y legislaciones en materia de ampliación de derechos e igualdad social, en pos de fortalecer la política de derechos humanos en el campo de la salud. De esta manera, entre algunas de ellas es posible identificar a la Ley de Educación Sexual; la Ley de Matrimonio Igualitario; la Ley de Banco de Datos Genéticos; la Ley de Derechos del Paciente; la Ley de Identidad de Género; la consideración del femicidio como figura legal y la agravación de las penas por homicidios cometidos por odio de género o por la orientación sexual, entre otras.

Por ende, realizar abordajes e intervenciones en salud desde un enfoque de derechos permite visibilizar las distintas problemáticas que se encuentran en las intersecciones entre la salud mental y los derechos humanos, partiendo de una perspectiva integral, socio-comunitaria e interseccional. Todo ello permite plasmar que es sumamente necesario pensar a la salud mental en articulación con los derechos humanos, promoviendo de esta manera una protección integral de lxs sujetxs de intervención.

1.3 Consideraciones epistemológicas-metodológicas

Se considera pertinente comenzar este apartado estableciendo que, a la hora de realizar investigaciones en Trabajo Social, es muy importante comprender que no existe una sola forma de entender la realidad social y a lxs sujetxs; sino que, por el contrario, existen distintos caminos para pensar y conocer lo social. Se trata de poder renunciar al fetiche del método (Mancinas Espinoza et.al., 2017). Es decir, poder mirar con otros ojos el análisis de los problemas sociales desde el Trabajo Social, incorporar la mirada de la autocrítica, de las dimensiones ético-políticas, epistemológicas, metodológicas y ontológicas.

Asimismo, es relevante mencionar la relación de interdependencia constante existente entre metodología y epistemología, las cuales son fundamentales la una para la otra y se complementan mutuamente en cada paso de la investigación. Una metodología sin epistemología conlleva a un hacer irracional, convirtiendo de esta forma al Trabajo Social en una técnica a aplicar, en lugar de ser pensado como un corpus teórico-práctico con sus bases asentadas. Mientras que una epistemología sin metodología quedaría en ideas imprecisas, que carecen de apoyo empírico.

1.3.1 El enfoque metodológico

El enfoque metodológico que orienta la presente investigación es de carácter cualitativo (Vasilachis de Gialdino, 2006), a partir de las interpretaciones acerca de los significados y sentidos otorgados por lxs profesionales integrantes de los dispositivos de General Alvarado que fueron entrevistadxs para la investigación, pertenecientes a distintas disciplinas que son especificadas más adelante en este mismo capítulo.

La investigación cualitativa posibilita comprender que existen infinitas realidades posibles, dado que la construcción normativa que cada persona hace de la realidad es diferente. La misma es concebida, en términos de Pardo (1995), como una práctica social liberadora de naturaleza holística que busca lograr la comprensión de

las diversas realidades construidas en los espacios desiguales del mundo occidental. Por lo que, la misma “propicia el entendimiento conjunto de realidades diferentes [...], parte de una visión del mundo absolutamente humanista; que no permite la fragmentación de las realidades históricas, ni la atomización de las totalidades sociales” (Pardo, 1995, p.11).

A partir de la investigación cualitativa es posible obtener formas otras de conocer y, por ende, de ser de nuestras sociedades, ya que da lugar a las diferencias entre contextos, situaciones y procesos. La misma se asienta en la experiencia subjetiva de lxs sujetxs, a partir del estudio de los fenómenos sociales mediante la inmersión en la vida cotidiana de la situación seleccionada para el estudio.

Esto permite comprender y explicar de manera situada los contextos y procesos recurriendo a la realidad local, ya que se ubica en el contexto particular en que tienen lugar las historias de lxs sujetxs, sus vidas, sus perspectivas subjetivas, sus comportamientos, sus interpretaciones, experiencias, etc. (Vasilachis de Gialdino, 2006). Por ende, es posible dar cuenta que este tipo de investigación se aleja de aquellos modelos normativos que se consideran y presumen naturales y universales.

La elección de este tipo de investigación se debe a que a partir de la misma es posible examinar un problema humano o social determinado, mediante un proceso interpretativo de indagación basado en distintas tradiciones metodológicas. Así como también, permite interpretar los hechos en base a los significados otorgados por las personas, analizando palabras, estudiando situaciones naturales, presentando diversas perspectivas de lxs informantes, describiendo los significados que adquieren las situaciones habituales y problemáticas en la vida de lxs individuxs, etc.

En tal sentido, las técnicas de recolección utilizadas para llevar a cabo la presente investigación implican la recopilación de información teórica sobre el tema a abordar y sobre los marcos normativos y legales institucionales. A su vez, la principal estrategia utilizada es la entrevista semi-estructurada (Corbetta, 2007) a lxs profesionales, en combinación con el registro (Guber, 1991) a través del cuaderno de campo. Tanto el registro como el cuaderno de campo constituyen elementos muy valiosos en el proceso de análisis e interpretación de datos, ya que permiten recuperar relatos y documentar información relevante recabada a través de otras técnicas (Fuentes, 2001).

Las fuentes de datos son tanto primarias como secundarias, constituyendo las entrevistas las fuentes primarias, mientras que la recolección de información disponible, la revisión bibliográfica y documental, la lectura, análisis e interpretación de autores, constituyen las fuentes secundarias.

A través del proceso investigativo es posible relacionar las distintas dimensiones de una problemática determinada, a partir de analizar los procesos que se generan en sus interdependencias y relaciones históricas contextuales (Achilli 2005). En tal sentido, se destaca la importancia y necesidad de generar articulaciones entre la teoría y la práctica, entre la investigación y la intervención, ya que es a partir de dicha vinculación entre el trabajo de campo y la elaboración teórica, que es posible llevar adelante procesos de investigación.

1.3.2 La entrevista

En el presente apartado se procede a conceptualizar sobre la entrevista, siendo que es la herramienta optada para enriquecer la presente investigación y lograr aproximarse a los objetivos establecidos.

En tal sentido, Fernández (2001) establece que la entrevista se presenta como una de las técnicas fundamentales de la investigación cualitativa, la cual se lleva a cabo mediante una conversación que es provocada y guiada por lx entrevistadorx; realizada a determinadx sujetxs seleccionadx a través de un plan de investigación; con una finalidad de tipo cognitivo y una serie de preguntas que, aunque suelen estar previamente armadas, se encuentran sujetas a flexibilidad y modificación en base a lo que vaya surgiendo en la entrevista (Corbetta, 2007). A partir de dicha conversación, se mantiene un diálogo igualitario y horizontal entre personas equivalentes, y su objetivo es “recuperar y registrar las experiencias de vida guardadas en la memoria de la gente” (Dalle et.al., 2005, p.48).

Lxs sujetxs entrevistadx son seleccionadx teniendo en cuenta los objetivos de la investigación. A partir de ello, el objetivo último de la misma es comprender acerca de la perspectiva de dichxs sujetxs, conocer sus discursos, sus interpretaciones, sus acciones, sus categorías, sus percepciones y demás. En tal sentido, quien investiga logra captar la riqueza de los diversos significados otorgados por lxs sujetxs en torno a su realidad, sus recuerdos y sus vivencias (Corbetta, 2007). De esta manera, se vuelve una “técnica ideal para conocer los criterios de quienes integran los conglomerados humanos desde su punto de vista individual y personal” (Fernandez, 2001, p.15).

Por ende, la entrevista se vuelve una técnica fundamental e insustituible de la investigación cualitativa, ya que permite obtener una descripción del mundo desde la perspectiva de lxs propixs entrevistadx. En base a ello, es relevante destacar que para desarrollar esta técnica de manera exitosa se requiere de una total apertura que posibilite un registro detallado de la situación, de los intercambios verbales, de las

expresiones emocionales y afectivas, de los silencios, los gestos, las omisiones, entre otras cosas (Pardo, 1995). Para ello, la honestidad, la confianza y el respeto mutuo se vuelven aspectos trascendentales que posibilitan lograr los objetivos de la misma.

Asimismo, es fundamental utilizar esta técnica de recolección de datos en consonancia con la observación-participación, ya que ello permite ampliar las perspectivas y visiones sobre los asuntos y problemas sociales. Así como también, con el registro y la transcripción a través del cuaderno de campo, en pos de proteger y conservar la palabra. De esta manera, para lograr esta articulación de técnicas de manera propicia, quien entrevista debe escuchar atentamente y con cautela la descripción y recuperación de los recuerdos de lx entrevistadx, que vuelven a ser vividos desde el presente. Por ende, quien entrevista se vuelve un observador indirecto, ya que no percibe los fenómenos sociales en sí, sino que observa la reconstrucción que lxs sujetxs realizan en torno a las experiencias y los hechos observados por ellxs (Fernandez, 2001).

En base a ello, la entrevista suele convertirse en la única manera de descubrir las diversas visiones y perspectivas de lxs sujetxs, a partir de recopilar información sobre determinados acontecimientos o problemas que lxs incumben. En tal sentido, es pertinente mencionar que dentro de esta técnica de recolección de datos, existen diversos tipos de entrevistas, pudiendo encontrar las estructuradas, las no estructuradas y las semi-estructuradas (Corbetta, 2007), siendo esta última la optada para la realización de este plan de trabajo, en combinación con el registro y la observación.

La elección de la entrevista semi-estructurada se fundamenta en la libertad que la misma otorga tanto a lx entrevistadorx como a lx entrevistadx, ya que posee un carácter conversacional que le permite a estx últimx utilizar sus propios términos, y mantener al mismo tiempo determinado orden de importancia sobre los temas a abordar. A la vez que, en este tipo de entrevistas el guión de lx entrevistadorx puede ser una lista de temas a tratar, o más bien formularse de forma más analítica con preguntas de carácter más general. Por lo que, este tipo de entrevista le permite a lx entrevistadorx realizar ciertas preguntas que, si bien fueron seleccionadas previamente, se llevan a cabo a partir de un esquema flexible y no estandarizado (Corbetta, 2007). Así como también, formularlas de la manera que considere más apropiada para cada sujetx y seguir el orden que le resulte más pertinente (Batthyány y Cabrera, 2011).

Por ende, tanto la manera de realizar las preguntas como el orden de las mismas, queda sujeto a elección de lx entrevistadx. Asimismo, dada la flexibilidad de esta técnica, le permite a lx entrevistadorx repreguntar en ese mismo momento en caso

de que algo no haya quedado del todo claro. De esta manera, a partir de dichas preguntas y posibles repreguntas, se pretende que lxs participantes puedan hablar y expresarse sin restricciones; lo cual implica desarrollar preguntas abiertas para obtener la mayor cantidad de datos en torno a los objetivos de la misma (Scribano, 2008).

1.3.3 Los objetivos de la investigación, el universo y la muestra

Para comenzar, se considera oportuno recuperar los objetivos que guían la investigación. Con respecto al objetivo general de la misma, se propone “indagar los modelos de abordaje desde los cuales se desarrollan las intervenciones de lxs profesionales en los dispositivos de consumos problemáticos de General Alvarado, y su incidencia en la accesibilidad a la salud.” Por su parte, los objetivos particulares planteados en pos de dar respuesta al objetivo general, son los siguientes:

- Indagar los marcos normativos y legales vigentes en Argentina en materia de salud mental y consumos problemáticos.
- Conocer los distintos modelos de abordaje en salud mental y consumos problemáticos.
- Explorar y caracterizar los modelos de abordaje que generan accesibilidad a la salud.
- Conocer y describir los tipos de dispositivos presentes en el distrito de General Alvarado para el abordaje de los consumos problemáticos.
- Reconocer los sentidos atribuidos por parte de lxs profesionales de los dispositivos a los consumos problemáticos y a lxs sujetxs atravesadxs por los mismos.
- Explorar los efectos que adquieren en las intervenciones los sentidos atribuidos por lxs profesionales a los consumos problemáticos y a lxs sujetxs atravesadxs por los mismos.

De esta forma, en pos de lograr una coherencia metodológica con los mencionados objetivos, el universo de estudio se reduce a los tres dispositivos de abordaje de consumos problemáticos ubicados en el Partido de General Alvarado. En

tal sentido, las unidades de análisis identificadas son lxs profesionales de distintas disciplinas integrantes de tales dispositivos, pudiendo distinguir:

- Profesionales de Trabajo Social.
- Profesionales de Psicología.
- Profesionales de Enfermería.
- Profesionales de Psiquiatría.
- Profesionales de Acompañamiento Terapéutico.

En lo referente a la muestra, se adhiere a la definición de Sousa Minayo (2004), quien manifiesta que “una muestra cualitativa ideal es la que refleja la totalidad de las múltiples dimensiones del objeto de estudio” (p. 123). En torno a ello, siguiendo el modelo cualitativo-teórico o intencional (Glasser y Strauss, 1967), la selección de lxs sujetxs entrevistadxs de la investigación se llevó a cabo siguiendo lineamientos teóricos y no azarosos.

En estas muestras intencionales no hay una determinación previa acerca de la cantidad de casos que se deben relevar, sino que se van ampliando o reduciendo en base a la elección de lx investigadorx, y teniendo en cuenta la cantidad y calidad de la información recabada. En base a ello, el cierre de la muestra se realiza por saturación teórica, es decir, cuando agregar nuevos casos o nuevxs sujetxs a entrevistar no implica la ampliación de la información recogida hasta ese momento. Por lo tanto, es fundamental que lx investigadorx haga hincapié y se preocupe por la profundización y abarcabilidad en el proceso de comprensión, ya sea de una organización, una institución, un grupo social, etc. (Sousa Minayo, 2004).

En este caso, tal como se menciona previamente, la muestra intencional se encuentra formada por profesionales del Trabajo Social, la Enfermería, la Psicología, la Psiquiatría y el Acompañamiento Terapéutico, considerando que son las distintas disciplinas que integran los dispositivos que abordan los consumos problemáticos en General Alvarado. En torno a ello, la muestra tomada para la realización de este plan de trabajo contó con la participación de 12 entrevistadxs, siendo 5 psicólogos; 1 acompañante terapéutica; 2 psiquiatras; 2 enfermerxs; 2 trabajadoras sociales.

En relación al trabajo de campo, tal como se menciona en apartados anteriores, junto con las entrevistas se implementa la observación y el registro en el cuaderno de campo. En cuanto a la presentación de resultados del proceso de análisis e interpretación, se incluyen extractos de entrevistas a partir de consignar un número a la profesión de base de lx entrevistadx. De esta manera, lxs lectores de este estudio

podrán dar cuenta del campo profesional/disciplinar en el cual se aloja la información relevada.

Finalmente, se considera pertinente mencionar que, previo a la realización de las entrevistas, les fue otorgado a lxs profesionales un consentimiento informado en el que se brinda información relativa a la investigación y al resguardo de su identidad en lo establecido en las entrevistas.

1.3.4 El análisis y la interpretación de los datos

El análisis y la interpretación de los datos son comprendidos y abordados en este trabajo de manera conjunta, ya que tal como plantea Romeu Gomes en de Sousa Minayo et. al. (2007), a partir de ellos es posible “mirar atentamente los datos de la investigación” (p. 53). En base a ello, los principales objetivos perseguidos mediante dicho análisis e interpretación son, llevar a cabo una comprensión de los datos recogidos; confirmar o no los presupuestos de la investigación y/o responder las cuestiones formuladas; y ampliar los conocimientos acerca del asunto investigado, vinculándolos con el contexto del cual forman parte (de Sousa Minayo et. al., 2007).

En este sentido, para llevar a cabo el análisis de las entrevistas realizadas, se recurre a la Teoría Fundamentada de Datos propuesta por Glasser y Strauss en 1967, a partir de la cual es posible lograr una aproximación a la realidad social de manera diferente. La misma permite llevar a cabo el desarrollo de una teoría sobre determinado fenómeno o fenómenos, a partir de la inmersión en los datos (Paramo Morales, 2015).

La metodología de la teoría fundamentada se asienta sobre dos estrategias, las cuales pueden delimitarse como el método de comparación constante y el muestreo teórico. Con respecto a la primera, Soneira (2006) establece que a partir de ella se lleva a cabo la recolección, la codificación y el análisis de los datos de manera simultánea con el objetivo de generar teoría; por lo que, con esta metodología la teoría es construida a partir de los datos obtenidos. Para tal fin, se utilizan dos procedimientos, encontrando el ajuste por un lado, el cual implica el surgimiento de distintas categorías a partir de los propios datos, las cuales deben ser fácilmente aplicables a ellos; y, por otro lado, el funcionamiento, el cual requiere que estas categorías sean “significativamente apropiadas y capaces de explicar la conducta en estudio” (Soneira, 2006, p. 155).

En cuanto al muestreo teórico, este se utiliza para ir descubriendo categorías y propiedades, y así poder sugerir interrelaciones dentro de una misma categoría (Glasser y Strauss, 1967). A través de este, los casos a estudiar son seleccionados por

lx investigadorx en base a su potencial para ampliar y precisar conceptos y teorías ya utilizados.

Al hablar de categorías, se hace referencia a aquellos conceptos que comparten elementos o aspectos con características en común, o que se encuentran relacionados entre sí. A partir de las mismas es posible establecer clasificaciones, por lo que al utilizarlas se realiza un agrupamiento de determinados elementos, ideas o expresiones en torno a un concepto que es capaz de abarcar todo eso. Entonces, tal como sostiene Gomes en de Sousa Minayo (2007), formular categorías a partir de los datos recabados requiere de cierta fundamentación y experiencia por parte de lx investigadorx, así como también llevar a cabo profundizaciones sobre las relaciones entre la base teórica de lx investigadorx y los resultados investigados. Por lo cual, esto no siempre es tarea fácil (de Sousa Minayo et.al., 2007).

En base a ello, la metodología de la teoría fundamentada comienza con la recolección de la información, que en este caso se lleva cabo a partir del registro de las entrevistas realizadas. Esta recolección finaliza por saturación, es decir en aquel momento en el que se considera que agregar nuevos casos no implica un aumento en la cantidad y en la calidad de la información recolectada previamente. Luego, se prosigue con la codificación, la cual implica "(...) comparar la información obtenida, tratando de dar una denominación común a un conjunto de datos que comparten una misma idea (...) leer y releer nuestros datos para descubrir relaciones (...)" (Soneira, 2006, p. 156). En este procedimiento se lleva a cabo una comparación constante, la cual comienza comparando las entrevistas en pos de obtener las categorías, y luego de ello se comparan los nuevos datos recolectados con las categorías teóricas (Soneira, 2006).

El tercer procedimiento de esta metodología implica poder delimitar la teoría, y esto se lleva a cabo a partir del proceso de comparación y de sus dos operaciones de análisis, que son el criterio de parsimonia y el criterio de alcance. En cuanto al primero, este implica utilizar un mínimo de conceptos y formulaciones para llevar a cabo la máxima explicación y comprensión de un fenómeno; y, con respecto al segundo, implica ampliar el campo de aplicación de la teoría pero sin desligarse de su base empírica (Soneira, 2006). A partir de ello, se pretende centrarse en aquella o aquellas categorías centrales, siendo estas las que surgen con gran frecuencia en las entrevistas. En este sentido, una vez que la nueva información no proporciona nuevos conocimientos sobre tales categorías centrales y sus propiedades, es posible dar cuenta que la categoría está saturada; por lo que mediante este procedimiento se identifica la saturación.

Esta metodología finaliza con la determinación de una teoría sobre el tema o la temática analizada en la recolección de los datos, lo cual es el objetivo de la utilización de la metodología; y luego con la comunicación de los resultados obtenidos. En este sentido, cabe mencionar que la elección de la metodología propuesta se vincula, principalmente, con que la misma permite generar teorías propias a partir de la observación y el análisis de datos realizado por el propio investigador. Asimismo, la elección se debe a su forma de generar teoría, ya que parte desde los datos recogidos y su análisis, y no desde marcos teóricos preestablecidos.

En base a lo planteado, es oportuno destacar que uno de los soportes nodales para poder llevar a cabo un procesamiento, análisis e interpretación pertinentes fue la construcción de matrices de datos. Las mismas posibilitaron llevar a cabo una comparación de la forma en la que diferentes entrevistados respondieron con convergencias y divergencias a cada una de las variables relevadas. Asimismo, mediante la organización de la información fue posible construir una base de datos ordenada, secuenciando las entrevistas desgrabadas y trabajando con etiquetas que permitieron ubicar las categorías a relevar. Por último, el método de comparación constante ha posibilitado la construcción de nuevas preguntas, conjeturas e interpretaciones, y también ubicar aquellas categorías surgidas en el trabajo de campo que no estaban previstas en los guiones iniciales. El mismo es comprendido como un proceso en el que se van ubicando similitudes, diferencias, repeticiones, matices, etc.

Finalmente, a partir del cruce dialéctico entre los diversos discursos surgidos en las entrevistas y aquellos discursos teóricos integrantes del entramado teórico y argumental de esta investigación, fue posible reconocer en las entrevistas distintas ideas y prácticas que fueron registradas en el marco teórico y en los antecedentes, y también ubicar diferencias, singularidades y nuevas temáticas que al comienzo del relevamiento teórico no estaban presentes. Así, a través de una relación dinámica entre la ciencia y la propia experiencia surgida de la realidad concreta, es posible llevar a cabo este proceso de producción de conocimientos y lograr “[...] una aproximación a la realidad social, que no puede ser reducida a ningún dato de investigación” (de Sousa Minayo et.al., 2007, p. 60).

CAPITULO II

El campo de la salud



2.1 Presentación

El campo de la salud adquiere un rol protagónico y fundamental dentro de esta investigación, considerando que la misma se enfoca en el abordaje de los consumos problemáticos como cuestión de salud. En tal sentido, este segundo capítulo adquiere gran relevancia para abordar la temática de estudio y comprender el posicionamiento desde el cual parte.

En primer lugar, el capítulo comienza con una descripción y caracterización del campo en sí mismo y de su composición, tomando para ello los aportes de Bourdieu (1988), Spinelli (2010), Gutierrez (1995), Nucci et.al. (2018), entre otros. Luego, se plantea la complejidad y heterogeneidad que el campo de la salud adquiere, en base a los capitales en juego; las lógicas disímiles y contradictorias; los diversos paradigmas y modelos de atención del proceso salud-enfermedad-atención; los problemas de financiamiento, entre otras cuestiones. En torno a dicha complejidad, se destaca la influencia de la Medicina Social Latinoamericana en el campo de la salud, la cual se vincula con la perspectiva de derechos humanos e incluye a lo social como cuestión nodal en el análisis de la salud.

Más adelante, el capítulo se adentra en la caracterización del Sistema de Salud Argentino, mencionando la fragmentación y segmentación que lo atraviesa e identificando sus tres grandes subsectores: el subsector público, el de seguridad social y el privado. Luego de ello, se efectúa un recorrido histórico en torno a los distintos momentos que ha atravesado la salud mental en la Argentina en base a cada momento y período de la historia, hasta llegar a la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657.

Finalmente, se incluye un apartado en torno a la accesibilidad a la salud, planteando las diversas barreras de acceso a los derechos fundamentales que pueden presentarse al interior de los dispositivos y/o instituciones de salud. Se plantea a la accesibilidad más allá del acceso físico a una institución, sino que la misma alude también a la accesibilidad económica, la no discriminación, al acceso a la información, al trato digno y respetuoso, etc. Es decir, la accesibilidad es pensada en términos de acceso a derechos, y como uno de los componentes fundamentales del derecho a la salud.

2.2 El campo de la salud

Al aludir al concepto de campo, se hace referencia a lo que Bourdieu (1988) define como “espacios de juego históricamente constituidos, con sus instituciones específicas y sus leyes de funcionamiento propias” (p.108). Tales espacios están conformados por diversxs sujetxs e instituciones, que adoptan distintas posiciones dentro del campo y establecen sus relaciones en base a dichas posiciones. El campo, comprendido en estos términos, existe en cuanto tal en la medida en que haya jugadores dispuestos a jugar el juego, que crean en las inversiones y recompensas, que estén dispuestos y que tengan la capacidad de entrar en el juego y luchar por las apuestas y compromisos del mismo (Bourdieu y Wacquant, 2005).

Por lo tanto, el campo es comprendido como un espacio en el cual convergen diversos actores, recursos, problemas e intereses que conforman una red de relaciones, y donde existen diferentes capitales en juego y agentes que luchan por la consolidación o apropiación de los mismos. En términos de Spinelli (2010), los principales capitales en juego al interior de un campo son, el capital económico, referido a que se interviene en función de los intereses económicos; el social, a que se interviene en base a relaciones sociales; el cultural, a que se interviene en función del prestigio y/o conocimientos; y el simbólico, vinculado a la intervención en base a la capacidad de manejar y/o de imponer significaciones de manera legítima.

En este sentido, lxs distintos agentes compiten por acumular tales capitales, en pos de construir, profundizar, dar continuidad o generar rupturas en las estructuras del campo. Por ende, la estructura que cada campo adquiere, es producto de las diversas relaciones de fuerza entre los agentes o las instituciones comprometidas en el juego, por lo que “es la propia estructura del campo, en cuanto sistema de diferencias, lo que está permanentemente en juego” (Gutierrez, 1995, p.32).

En términos de Bleger, el campo es dinámico, dado que está constantemente reestructurándose y modificándose. Por lo tanto, quien hoy posee el poder dentro de un campo puede que mañana ya no lo posea y viceversa, debido que al interior de los mismos se definen y redefinen constantemente las relaciones de fuerza entre los agentes y las instituciones comprometidas en el juego (Gutierrez, 1995).

En lo que respecta al campo de la salud, se parte de considerar que es fundante en este proceso investigativo. El mismo es heterogéneo y complejo, ya que se encuentra entrecruzado por lógicas disímiles e incluso contradictorias, entre las cuales se mezclan las posiciones sobre la salud colectiva y social, los paradigmas de protección de derechos, el modelo médico hegemónico, las concepciones en torno a la trans e interdisciplina, entre otras, que llevan indefectiblemente a constituir la

complejidad del campo.

Al interior de dicho campo convergen diversos actores y hay distintos capitales en juego, y es de acuerdo al momento político-económico en el que se encuentra un país, que tendrá mayor hegemonía un capital por sobre otro, o que estarán en tensión (Bourdieu, 1988). Asimismo, Spinelli (2010) agrega que la complejidad del mismo se debe a la concentración de capital económico; a los problemas de financiamiento; la corrupción tanto macro como micro; la persistencia de estructuras administrativas arcaicas en el Estado; las bajas capacidades de gobierno; la falta de regulación en la formación de profesionales, entre otras cuestiones influyentes.

Sumado a ello, los modelos de atención del proceso salud-enfermedad-atención, suelen generar desigualdades y exclusión al interior del propio campo. En este sentido, uno de los modelos que ha prevalecido e influido fuertemente al interior del campo de la salud, generando desigualdades y exclusión, es el médico-hegemónico. En términos de Menéndez (1988), este modelo se caracteriza por el biologismo, el individualismo, la ahistoricidad, la asociabilidad, el mercantilismo, el autoritarismo, la participación subordinada y pasiva del sujeto de intervención, la exclusión del conocimiento, la legitimación jurídica, etc. Entre estas características, el biologismo constituye el rasgo preponderante del modelo, y se define a la enfermedad en función de dicho biologismo, sin tener en cuenta las relaciones sociales que determinan lo fenoménico de la enfermedad (Menéndez, 1988).

De esta manera, se “(...) tienden a normar y medicalizar los cuerpos, sin incluir los componentes económicos y socio-culturales” (Nucci et al., 2018, p. 11). Se dejan de lado los procesos colectivos determinantes del padecimiento⁵ y/o enfermedad, y se tienden a reconocer sólo ciertas formas de atención, dejando de lado las más diversas y a veces impensables actividades curativas y/o sanadoras (de Lellis et.al., 2012). Así, las prácticas dejan de lado el contexto social, económico, político y cultural que las produce, y se realizan siguiendo únicamente el discurso del médico.

Por lo cual, tal como sostiene Menéndez (2020), este modelo no solo cumple funciones vinculadas a procesos curativos y preventivos, sino que también a la normalización, al control y a la legitimación del orden establecido. Esto dificulta el trabajo interdisciplinario, que es vital para lograr intervenciones transformadoras y evitar los reduccionismos, en pos de ampliar las perspectivas y miradas sobre las

⁵ En la presente investigación se adopta la categoría de “padecimiento” en lugar de “trastorno”, ya que “a diferencia del concepto de enfermedad o trastorno, los enunciados de padecimiento o sufrimiento fundan un concepto histórico-social y cultural sobre el padecer/sufrir que [...] es cambiante en cada contexto (Faraone, 2013)” (Faraone y Barcala, 2020, p. 81). Por lo que el término “padecimiento” se vincula con la relación del sujeto con lo social y lo cultural, mientras que el de “trastorno” es propio de la psiquiatría y del modelo biomédico centrado en la enfermedad, y se aleja de los lineamientos de esta investigación.

problemáticas que atraviesan al campo de la salud.

A su vez, al interior de los servicios de salud han existido históricamente grandes desigualdades en cuanto a las normas de cada organización, la percepción de recursos, las formas de utilizarlos y, principalmente, en relación a los derechos que son reconocidos a la población. De esta manera, es posible dar cuenta que la vigencia de modelos prohibicionistas y atrasados durante tanto tiempo, ha producido vulneración del derecho a la salud y barreras en la accesibilidad a la salud. En términos de Spinelli (2010), estos modelos causan grandes desigualdades y la exclusión de diversos grupos sociales al acceso a la atención, generando de esta manera una medicina para ricos, otra para pobres y dejando a un gran porcentaje de la sociedad fuera de toda cobertura de salud.

Por lo cual, se torna imprescindible vislumbrar que dentro del campo de la salud no hay una única vertiente de formación o de intervención, sino que el mismo está atravesado por múltiples lógicas interrelacionadas y contrarias entre sí. En tal sentido, una de las corrientes que ha influido cada vez con más fuerza dentro del campo de la salud, y que se encuentra estrechamente vinculada con la perspectiva de derechos humanos, es la Medicina Social Latinoamericana.

En términos de López Arrellano y Peña Saint Martin (2006), la Medicina Social Latinoamericana reconoce al proceso salud-enfermedad como algo continuo dentro del proceso vital humano, donde los términos salud-enfermedad no son estados opuestos. Asimismo, esta corriente incluye a lo social como aspecto fundante en el análisis de la salud, lo que permite ampliar la mirada de la salud y la enfermedad a partir de contextualizar a lxs sujetxs en un tiempo y en un espacio determinado, y así evitar caer en reduccionismos.

En tal sentido, cabe mencionar que los conceptos de salud y de enfermedad, así como los modos de conservar y recuperar la salud, han ido variando a lo largo de la historia de acuerdo a las circunstancias de tiempo y lugar (Testa, 2020), en relación a distintas perspectivas y posicionamientos. De esta manera, en el siglo XX se logran identificar dos momentos importantes en las definiciones sobre la salud: el primero, durante la primera mitad de siglo, en el cual la medicina se subordina a la biología; y el segundo, en la otra mitad, donde la salud comienza a ser pensada como un proceso dinámico de equilibrio entre el organismo humano y su ambiente, destacando la influencia de los factores sociales, históricos, políticos y económicos. Es en este segundo momento cuando comienza a hablarse del “proceso salud-enfermedad” (Módulo 1 Programa Médicos Comunitarios, 2010).

En la presente investigación se implementa este concepto de “proceso salud-enfermedad”, considerando oportuno incorporar a esta diada el término

“atención” propuesto por Menéndez (2003). En palabras de Pagnamento et.al (2016): “el autor incluye a la atención, al considerar que los procesos de salud-enfermedad suponen respuestas sociales, y por tanto estas respuestas instituyen una estructura necesaria para la producción y reproducción de cualquier sociedad” (p.3).

La inclusión de este concepto permite dar cuenta de las diferentes formas en que lxs sujetxs van construyendo la atención de su salud y de sus enfermedades, en base a elecciones personales que se encuentran atravesadas por múltiples determinantes, ya sea económicos como sociales, históricos, culturales, políticos, entre otros. Esto permite repensar el problema de la salud y la enfermedad tal como aparece definido por el modelo médico hegemónico, y situar a lo social en primer plano, comprendiendo que es un aspecto intrínseco a lo biológico (Laurell, 1986).

Se trata, en términos de Pagnamento et. al (2016), de abordar fenómenos sociales y simbólicos a partir de los cuales es posible identificar procesos biológicos humanos; por ende, los fenómenos biológicos y los procesos sociales no pueden pensarse como cuestiones separadas. De esta manera, se visualiza el carácter social e histórico que adquiere el proceso salud-enfermedad, como parte de un proceso único.

Teniendo en cuenta lo mencionado con anterioridad, se vuelve interesante traer a colación lo planteado por Menéndez (2020) respecto a los modelos de salud-enfermedad-atención que suelen prevalecer en la actualidad en el campo de la salud. El autor hace hincapié en que, al interior de dicho campo se suele priorizar lo biológico por sobre otras cuestiones que también son fundamentales en el abordaje de los procesos de salud-enfermedad-atención, lo cual atribuye a la formación recibida por lxs médicxs en las universidades. En este sentido, establece que:

“(…) los procesos de salud-enfermedad-atención-prevención actuales conducen a que el médico tenga una formación fuerte en cuestiones biológicas y, sobre todo, genéticas en términos de intervención; y aunque cada vez más va a necesitar habilidades del campo psicológico, lo que observamos es que lo que se refuerza en la formación profesional es la primera dimensión, mientras que la segunda es secundaria o directamente inexistente” (Menéndez, 2020, p. 9).

Ante esto, se suele considerar a lxs profesionales como poseedores absolutos de todo el saber (y del poder), y “que el paciente no sabe, está equivocado o no entiende” (Menéndez, 2020, p. 15). Por lo tanto, es fundamental poder problematizar y modificar estas cuestiones, partiendo de comprender que lxs sujetxs de la intervención también son poseedores de distintos tipos de saberes. Asimismo, la importancia que adquiere brindar a dichxs sujetxs la mayor información posible respecto de su

problemática y de lxs profesionales, que sea clara y completa, ya que tal como establece Menéndez (2020), cuanto más informados estén, mayores posibilidades tendrán de cuidarse más, de cumplir mejor con los protocolos establecidos, de detectar más tempranamente señales de alguna enfermedad o padecimiento, e incluso de cuestionar cada vez más algunos aspectos de la biomedicina.

Se requiere entonces, “desfamiliarizar” la idea de salud y de enfermedad, así como las respuestas sociales ante ellas” (Pagnamento et. al, 2016, p. 4). Es por ello que se adhiere a una mirada crítica del concepto de salud, concibiendo a la misma no sólo como un fenómeno biológico ni únicamente como la ausencia de afecciones o enfermedades, sino como una “expresión de procesos sociales” (Carballeda, 2012). Por lo que, las condiciones para alcanzar y mejorar la salud de lx sujetxs, se vinculan con la garantización de los derechos humanos y sociales de toda persona (Carta de Ottawa, 1986).

De esta manera, las condiciones básicas para alcanzar la salud se relacionan con la presencia de trabajo, educación, vivienda, una alimentación adecuada, saneamiento ambiental básico, una vida en condiciones dignas, tiempo para el ocio y la recreación, entre otras cuestiones importantes. Así como también, se requiere poder actuar con autonomía, tomar decisiones, lograr acceder a servicios de salud de buena calidad y ejercer el derecho a participar (Módulo 7 Programa Médicos Comunitarios, 2007, p.17).

En base a ello, se identifica a la salud como un proceso histórico-político que incluye factores sociales, culturales, económicos, entre otros; los cuales determinan a la salud como un proceso en constante dinámica y no como un “estado” al que se pretende llegar (Stolkiner, 2003). Por ende, tal como plantea Spinelli (2010), al aludir al campo de la salud no se trata solo de pensar en enfermedades y/o padecimientos, sino de considerar y dar lugar también a los problemas sociales. Es decir, se trata de comprender que detrás de esos padecimientos se esconden cuestiones como las desigualdades sociales, la falta de acceso a la salud y la educación, la carencia de empleo, la falta de vivienda digna, entre tantas otras.

2.3 El sistema de Salud argentino

El sistema de salud alude a una respuesta social organizada para defender uno de los derechos humanos más importantes: el derecho a la vida, y para brindar sustento a la equidad y la justicia social. El mismo involucra todas las funciones que el

Estado⁶ y la sociedad desempeñan en salud; se encuentra conformado por diversas organizaciones, instituciones y recursos dedicados a la actividad sanitaria, y se refiere a la atención de la salud en un lugar determinado. A través de los Sistemas de Salud, es posible comprender la manera en la que se organizan los efectores de salud en un espacio territorial.

En cuanto al Sistema de Salud argentino, este presenta un modelo complejo y fragmentado, lo que conlleva dificultades y trabas a la hora acceder al derecho a la salud de toda la población. El mismo tiene una estructura mixta y se caracteriza por una excesiva fragmentación y segmentación en lo que respecta a sus tres grandes subsectores, pudiendo encontrar al subsector público, al de la seguridad social y al privado.

-Subsector Público: el mismo está constituido por diversos niveles (Nacional, Provincial y Municipal), los cuales tienen normas específicas en cada jurisdicción. Este subsector constituye la columna vertebral del sistema de salud argentino y responde a la organización política federal de la República Argentina. Su financiación y provisión provienen del Estado y está integrado principalmente por las estructuras administrativas provinciales y nacionales, y por la red de hospitales públicos.

- Subsector de seguridad social: implica un seguro social obligatorio que se encuentra organizado en relación a diferentes entidades que agrupan a lxs trabajadores registradxs según la rama de su actividad. Lo constituyen las Obras Sociales Nacionales, tales como el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (PAMI); las Provinciales; las de las Fuerzas Armadas y de seguridad; las de las Universidades Nacionales y las de los poderes legislativo y judicial.

- Subsector Privado: se financia con el aporte de los privados y de las familias que pagan un servicio, que puede ser puntual o el pago mensual de una medicina prepaga con numerosas entidades.

Los mencionados subsectores cuentan con distintas fuentes, por lo cual tienen distintos volúmenes de financiamiento, diferentes coberturas de acuerdo al nivel adquisitivo de las personas, distintos coseguros, co-pagos, regímenes, y diferentes órganos de control y fiscalización; lo que implica a su vez una fragmentación por parte del Estado en lo que respecta a su administración, además de la ya mencionada

⁶ Se adhiere a una definición del Estado como “lugar social donde se articulan las diferentes clases y fracciones de clase de una sociedad [...], lo cual incluye la discusión de los problemas actuales, la toma de decisiones mediante alguna forma de consenso y también el desarrollo de luchas que recrean permanentemente formas nuevas de articulación” (Testa, 2020).

fragmentación del sistema. Ello refleja que nuestro Sistema de Salud se encuentra atravesado por una profunda heterogeneidad, la cual plasma las desigualdades existentes tanto entre diferentes provincias como entre los municipios y al interior de estos (Spinelli, 2010).

A su vez, el sistema de salud argentino se encuentra dividido en niveles de atención, en base a la complejidad de la problemática a abordar, pudiendo encontrar a la atención primaria, secundaria y terciaria. La primera refiere a la promoción y prevención de la salud; la secundaria a la curación una vez identificada la patología; y la atención terciaria implica una mayor complejidad en relación al proceso de atención, y se vincula con patologías agudas más graves o que requieren rehabilitación. Por lo general, los trabajadores cuentapropistas, estacionales y marginales son candidatos “naturales” a los servicios de atención primaria, mientras que los asalariados lo son de los programas de atención al trabajador, vinculados a las instituciones de la seguridad social (Testa, 2020).

Por lo tanto, ante tal fragmentación del sistema, se torna imprescindible el papel del Estado en la protección de un derecho fundamental como lo es la salud. Se requiere que éste, como garante del acceso al derecho a la salud, adquiera un rol activo para llevar adelante los lineamientos de la política sanitaria, mediante ciertos mecanismos que permitan proteger y garantizar el Derecho a la Salud de toda la población. Esto se logra a través de la rectoría, la regulación y el control de la actividad global del sistema; la financiación de las acciones; la compra de servicios al sector privado; la provisión de servicios e información; la persuasión a la población, entre otras cuestiones.

En lo que respecta al rol de rectoría, ésta es una función clave del Estado en salud, que refiere al trazado de los grandes lineamientos de la política sanitaria; a la definición de objetivos sectoriales; al establecimiento de reglas para la provisión de bienes, servicios y aseguramiento en salud; a velar por la correcta asignación de recursos en base a las prioridades establecidas; vigilar que los seguros de salud, tanto públicos como sociales y privados, cumplan con las prestaciones y los bienes que deben ser asegurados para evitar barreras de acceso; a establecer los servicios faltantes en cada lugar y lo que cada prestador debe hacer; a la prevención y al control de enfermedades transmisibles; al control de alimentos y productos farmacéuticos, entre otras cosas.

El rol de rectoría sanitaria es ejercido por el Ministerio de Salud de la Nación a través de una política central de Cobertura Universal de la Salud. El mismo regula los marcos normativos vigentes en salud, y se encuentra interrelacionado con los diversos Ministerios provinciales mediante el Consejo Federal de Salud (COFESA). Es decir

que, a partir de los mencionados lineamientos, se crean articulaciones entre la Nación, las Provincias y los Municipios. Por su parte, la regulación y el control son llevadas a cabo por el Estado a través de la habilitación y acreditación del personal de salud; la habilitación de establecimientos de salud; el ejercicio profesional, entre otros.

En tal sentido, contar con un Estado presente que desempeñe las mencionadas funciones se torna indispensable ante las diversas problemáticas que impactan en la salud colectiva y en la calidad de vida de la población, y ante las inequidades presentes en el campo de la salud. A su vez, se vuelve elemental la formulación de políticas y la reforma de los sistemas de salud, a fin de disminuir estas problemáticas y lograr la equidad en salud.

Sin embargo, es pertinente mencionar que “la igualdad en servicios de salud es condición necesaria pero no suficiente para equidad en salud” (Modulo 5 Programa Médicos Comunitarios, 2005, p. 63), ya que muchas veces las inequidades se vinculan con cuestiones de orden social, tales como aumento de la pobreza, falta de vivienda, falta de agua potable y saneamiento, de alimentación, educación, etc. Lo cual genera que, quienes se encuentran excluidos de la producción y el consumo, se encuentren mucho más vulnerables a la enfermedad y a la muerte que quienes están insertos en el mercado.

De esta manera, dando cuenta de las diferencias existentes entre ricos y pobres al interior del campo de la salud, y que los determinantes sociales generan que las enfermedades sean más frecuentes en sujetos pobres, excluidos y atravesados por la cuestión social, es posible dar cuenta de la estrecha vinculación existente entre el campo de la salud y el Trabajo Social.

Por lo tanto, para lograr efectivamente equidad en salud y disminuir las barreras de accesibilidad, se requieren no solo formular políticas de salud, sino también políticas sociales que permitan distribuir salud, educación, ingresos y alimentos, e intentar así reducir las brechas sociales y las injusticias que genera el Mercado (Módulo 5 Programa Médicos Comunitarios, 2005).

2.4 Salud Mental: recorrido histórico hacia la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental N 26.657

En primer lugar, se torna necesario establecer que se parte de considerar que no hay salud integral sin salud mental, ni salud mental sin inclusión social. Por lo tanto, tal como se mencionó con anterioridad, se remarca la adherencia a una mirada crítica del concepto de salud, el cual se construye y reconstruye junto a las prácticas (Amico, 2005).

Asimismo, considerando que lo social adquiere una fuerte influencia en el campo de la salud mental en lo referente a las concepciones, prácticas e instituciones, en esta investigación se adhiere “a aquellos enfoques que consideran que tanto los criterios de salud mental como las representaciones sociales de la salud mental son construcciones sociales” (Amico, 2005, p. 19). Tal como sostiene Galende (2013), en el campo de la salud mental, lo social, lo cultural y lo religioso son factores determinantes en la producción y valoración del padecimiento mental, en la interpretación de sus significados y en la orientación de los objetivos terapéuticos.

En tal sentido, tal como se establece en el artículo 3 de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, se comprende a la salud mental como “un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona” (Ley Nacional N° 26.657 de Salud Mental). Por ende, es elemental reconocer la diversidad de aspectos que interjuegan en la garantía de la salud de lxs sujetxs, ya que es en base a dichas cuestiones que interfieren en las vidas de las personas que será posible generar transformaciones en pos de garantizar efectivamente sus derechos fundamentales.

El campo de la salud mental es amplio y complejo, y se caracteriza por una sumatoria de diferentes disciplinas, de diversas maneras de comprender los padecimientos mentales, por una heterogeneidad en los modos de abordarlos, y también por una negación de las contradicciones que atraviesan al conjunto de sus prácticas (Galende, 2013)

Históricamente, la política en salud mental ha estado centrada en la enfermedad y no en la construcción de salud, por lo que dicho sistema ha funcionado durante mucho tiempo de manera desintegrada del de salud en general. Al interior de este campo, existen y han existido diversas disputas en relación al lugar y la función social del mismo, a la definición de las problemáticas de salud mental, a su valoración, a la determinación de los profesionales habilitadxs para el abordaje de los padecimientos mentales, a las diversas perspectivas ideológicas y científicas, entre otras cuestiones.

Por lo tanto, es menester recuperar algunos hitos en las propuestas de atención en salud mental en la Argentina, las cuales han ido variando en base a las concepciones y políticas de salud de cada momento histórico. Para tal fin, se recuperan los aportes de Stolkiner (2018), quien realiza un recorrido histórico que inicia en 1853, con la fundación del Estado Nacional, y se extiende hasta el primer gobierno peronista, donde se refunda el sistema de salud argentino.

La mencionada autora explica que, en dicho período, existía una brecha entre quienes contaban con derechos civiles y políticos, y quienes quedaban exentos, es decir aquellxs que no debían o no podían ejercer esos derechos por sus “falencias”: lxs pobres, las mujeres, lxs niñxs, lxs locxs y alienadxs, entre otrxs. Se consideraba que estas personas eran fracasadxs o que “no estaban “habilitados” para la competencia y el trabajo” (Stolkiner, 2018). Por lo que, se les brindaba ayuda pero sin generar derecho, lo cual vislumbra que en este período no existían los derechos sociales en cuanto tales.

En ese contexto, fueron surgiendo instituciones propias de los estados liberales, tales como asilos, hospitales, orfanatos, los primeros hospitales psiquiátricos, y a principios del siglo XX surgieron las primeras colonias psiquiátricas. Tales instituciones fueron fundadas bajo un enfoque médico-científico, con principios de la psiquiatría europea y anglosajona.

A partir de 1929, con la creación de la Liga Argentina de Higiene Mental, la cual establece la importancia del diagnóstico precoz y el tratamiento ambulatorio de los padecimientos mentales, y de intervenir en ambientes sociales y naturales (Dovio, 2017), se formularon las primeras críticas a los manicomios, principalmente en lo referente al hacinamiento y maltrato (Stolkiner, 2018). Luego, con el surgimiento del peronismo en nuestro país, a mediados de la década de los 40, se genera una gran transformación debido a la introducción de políticas sociales basadas en la idea de derechos y dignificación.

De esta manera, a partir de 1949 el campo de la salud en Argentina comienza a experimentar diversos intentos de reforma, principalmente con la creación del primer Ministerio de Salud en la Argentina, el cual buscaba construir un sistema de salud universal, público y de acceso gratuito. El mismo estaba a cargo del Dr. Ramón Carrillo, quien introdujo un cambio en la definición de lxs sujetxs atravesadxs por padecimientos mentales, a través de su propuesta de dejar atrás el término “alienados” y pasar a nombrarlos como “enfermos mentales”, con el objetivo de que se los trate “como a cualquier otro enfermo” (Stolkiner, 2018). A su vez, propuso que la internación de dichxs sujetxs sea en hospitales generales, con el fin de que estuvieran más cerca de sus comunidades y familias, y así evitar la cronificación.

En este sentido, otra cuestión de vital importancia para el período, fue la inclusión de la psicología al desarrollo científico por parte del gobierno. Así, en 1942 se crea la Asociación Psicoanalítica Argentina, lo cual constituyó un hecho de gran influencia para el campo de la salud mental, institucionalizando la entrada de una teoría y una práctica que se incorporaría a la cultura. Asimismo, luego del golpe militar de 1955, surgieron en nuestro país distintas propuestas e innovaciones en el campo de la

salud mental: se propusieron medidas políticas de reforma psiquiátrica, se crearon las carreras de psicología, el Primer congreso de Psicopatología en un Hospital General, se creó el Instituto Nacional de Salud Mental (1957), entre otras cuestiones. Las mismas fueron surgiendo de la resistencia y movilización de diversas fuerzas de la vida social.

Al mismo tiempo, Carpintero (2000) establece que esta época se caracteriza por una transformación del orden manicomial, en la cual se pretendía superar a los manicomios como forma de asistencia, a partir de una reestructuración de los mismos mediante experiencias institucionales como las Comunidades Terapéuticas, los Hospitales de Día y el trabajo preventivo con la comunidad; utilizando herramientas del psicoanálisis, la psicología institucional y la psiquiatría social. De esta manera, en términos del autor, se fue dando el cambio en el sistema de salud de Estados Unidos, Inglaterra y Francia; y es aquí donde surge el concepto de “campo de la Salud Mental”, el cual abarca distintos actores e instituciones.

Por ende, en este período comienza un proceso de desinstitucionalización y de reforma de la salud mental, a partir de dar cuenta de la ineficacia de las internaciones en instituciones psiquiátricas como forma de intervención (Gonzalez Dominguez, 2019). En tal sentido, Amico (2005) establece que dichas instituciones suelen ejercer “relaciones abusivas de poder, coerción, disciplina, vigilancia, control y hasta el castigo físico, psíquico y moral [...] detrás de una aparente finalidad terapéutica” (Amico, 2005, p.15). De esta manera, se genera una gran dependencia a la institución, deterioro personal de lxs sujetxs, cronificación, pérdida de identidad, autonomía, desvinculación social y familiar, debilitamiento de los vínculos, etc.

En torno a lo mencionado, en 1967 se crea el Primer Plan Nacional de Salud Mental, que tomó como modelo el Programa Federal de Psiquiatría Comunitaria y la Ley Kennedy⁷ de 1963 de Estados Unidos, y también se crean servicios de psicopatología en hospitales generales y centros de salud mental en la Ciudad de Buenos Aires. El mencionado Plan proponía la externación de los hospitales psiquiátricos, e implementar un sistema descentralizado de atención a través de centros periféricos, y también impulsaba el trabajo sobre los factores patógenos de la comunidad. Sin embargo, estos objetivos no se cumplieron, ya que se mantuvieron los hospitales psiquiátricos y “el poder lo seguían teniendo los psiquiatras manicomiales” (Carpintero, 2000).

Empero, fue en el año 1969 que comienza a incluirse a la Salud Mental dentro de la Salud, y a los psiquiatras con el conjunto de los trabajadores. De esta manera, se

⁷ LEY KENNEDY (1963): la propuesta era sustituir las instituciones asilares por Centros Terapéuticos, en libertad y en comunidad.

conforma la Coordinadora de Trabajadores de Salud Mental (CTSM), en la que participaban la Asociación de Psicólogos de Buenos Aires, la Asociación de Psicopedagogos, la Asociación de Asistentes Sociales, la Federación Argentina de Psiquiatras y diversos psicoanalistas. Al mismo tiempo, con el retorno a la democracia de 1983, se impulsaron Direcciones de Salud Mental en algunas provincias; dispositivos como las Residencias Interdisciplinarias de Salud Mental (RISAM); se elaboraron los lineamientos de un Plan Nacional de Salud Mental, con la asesoría de Mauricio Goldemberg⁸, y comenzó a insertarse cada vez con más fuerza el ideario de Atención Primaria de la Salud acordado en Alma Ata (1978).

A nivel internacional, se identifica a la sanción de la Carta de Ottawa (1986) y a la Declaración de Caracas (1990) como dos grandes pilares en la promoción de la salud en el mundo. A través de la primera, se promulga e impulsa el empoderamiento de grupos sociales vulnerados; la participación ciudadana; el trabajo intersectorial; el desarrollo de redes sociales; el rescate de las capacidades, entre otras cuestiones trascendentales para el campo de la salud (Cohen, Natella, 2013). Por su parte, la Declaración de Caracas⁹ plantea una reestructuración de la atención en salud, que promueva abordajes desde la Atención Primaria de la Salud, modelos alternativos centrados en la comunidad, la revisión del papel hegemónico y centralizador de los hospitales, el respeto de los derechos humanos y civiles de lxs sujetxs, etc.

Luego, ante la crisis hiperinflacionaria de 1989, se propone reformar el sistema de salud y establecer un mercado de seguros en competencia, donde el acceso dependería de la capacidad de cada uno de proveerse servicios. Asimismo, se plantean ciertas políticas focalizadoras que generan la necesidad de reducir el “gasto” de los Estados, y así desaparece la Dirección Nacional de Salud Mental como uno de los “achicamientos” del Estado.

En este contexto, la provincia de Río Negro inicia una profunda transformación, a partir de considerar la inexistencia de una política en salud mental; la inadecuada o inexistente formación en salud pública de lxs profesionales de salud mental; que la gran mayoría de las personas con padecimiento mental no lograban acceder a un tratamiento y rehabilitación en su medio habitual; a los prejuicios y representaciones sociales de la sociedad y de lxs propios profesionales que se resistían a la inclusión social de estas personas, entre otras cuestiones.

En base a ello, la provincia de Río Negro plantea una reforma con enfoque

⁸ El doctor Goldenberg es considerado por sus colegas como quien revolucionó el concepto de salud mental y hospitalaria en la Argentina y Latinoamérica. Fue el verdadero transformador de la psiquiatría manicomial, incorporando a ésta conceptos de la psicología y criterios de prevención primaria y rehabilitación (Hospital Italiano de Buenos Aires).

⁹ https://www.oas.org/dil/esp/declaracion_de_caracas.pdf

comunitario que comienza en Viedma en 1989 con la presentación del anteproyecto de la Ley N° 2.440¹⁰, y continúa hasta septiembre de 1991 cuando la misma se promulga por Decreto 1.466, Boletín Oficial 909. A través de la mencionada Ley, se prohíbe el funcionamiento y habilitación de manicomios, neuropsiquiátricos o cualquier otra institución de la misma índole, y se considera a la internación como último recurso terapéutico y luego de agotar todas las posibilidades terapéuticas previas.

Por ende, esta ley provincial, junto con diversas otras tales como la Ley 6302/1984, de Salta; la Ley 10.772/1991, de Santa Fe; la Ley 8806/1994, de Entre Ríos; la Ley 448/2000 de CABA; la Ley 6976/2002, de San Juan; la Ley 10.536/2006, de San Luis; la Ley Basaglia 180/1978, de Italia; y la Ley 10.216/2001, de Brasil, constituyen una referencia elemental para el cambio de paradigma, ya que han promovido “la transformación del modelo de atención que conllevó al cierre del hospital monovalente, la internación en hospitales generales, el abordaje comunitario y las cooperativas sociales (Cohen y Natella, 2013)” (Faraone y Barcala, 2020, p. 71). Es decir, fueron insumos fundamentales para el planteo de la llamada “desmanicomialización”.

En términos de Faraone (1995), se entiende a la desmanicomialización como “una redefinición de prácticas en el área de la salud mental "opositoras" a la institución psiquiátrica como instancia de internamiento crónico.” (p. 2). Por ende, no se trata solamente de generar reformulaciones teóricas, sino también y principalmente de reformular las prácticas; implementar una completa transformación en el modo de atención de la práctica psiquiátrica, construyendo alternativas a partir de un abordaje comunitario.

En este sentido, el principal objetivo de la mencionada Ley N° 2.440, es recuperar la identidad, la dignidad y el respeto de lxs sujetxs con padecimiento mental, a partir de la reinserción comunitaria e integral. Para tal fin, mediante la misma se procura y se asegura el mantenimiento de los vínculos, contactos y comunicación de lxs sujetxs con sus familiares, amistades y/o vínculos cercanos, y se garantiza la implementación de los medios necesarios para que puedan acceder al trabajo, considerando que el mismo es un derecho fundamental y un recurso terapéutico para dichxs sujetxs.

Tal como plantean Cohen y Natella (2013), a lo largo del desarrollo de la reforma hubo extensos debates teóricos acerca de la reestructuración de los sistemas de salud mental, lo que muchas veces se vinculaba con el desconocimiento de una práctica concreta de cambio. En tal sentido, surgieron diversas resistencias por parte

¹⁰ Ley Provincial N° 2.440 de Promoción Sanitaria y Social de las personas que padecen sufrimiento mental. Gobierno de la Provincia de Río Negro. República Argentina.

de los grupos representantes de las instituciones psiquiátricas, los cuales consideraban a las reformas en salud mental y a los sistemas comunitarios de atención como una amenaza para sus intereses económicos y su poder.

Al mismo tiempo, lxs mencionadxs autores plantean que hubo muy pocos profesionales realmente implicadxs y comprometidxs en lograr un cambio en la práctica cotidiana de salud mental a partir de la atención comunitaria e integral. La mayoría de lxs profesionales adheridos al proceso de cambio eran trabajadores sociales y enfermerxs, lo cual se vincula “con la orientación de sus disciplinas inclinadas hacia los cuidados, el acompañamiento y la gestión de necesidades de las personas, pero además con la búsqueda de una reivindicación de sus roles, habitualmente subordinados al poder médico-psicólogo, francamente dominante” (Cohen y Natella, 2013, p.130).

En este sentido, se plantearon diversos principios rectores de la desmanicomialización, en pos de ofrecer nuevos instrumentos para resolver la gran cantidad de interrogantes propios de la nueva experiencia, y para responder a las demandas particulares de lxs sujetxs. Algunos de ellos son, reintegrar a la persona con padecimiento mental en su medio habitual; rescatar los recursos de salud presentes en las personas y comunidades; llevar a cabo estrategias de intervención mediante el trabajo en equipo; desmanicomializar las propias mentes; reconocer a las necesidades básicas como condicionantes de la salud mental; transformar la representación social de “la locura” por la de “sufrimiento mental” y modificar la demanda social de encierro, así como también los conceptos de peligrosidad y cronicidad; entre otros (Cohen y Natella, 2013).

A partir de la reforma constitucional del año 1994, se concibe a la salud como bien público esencial que debe ser financiado y asegurado por el Estado a todxs lxs habitantes del país, para posibilitar el acceso a toda la población (Spinelli, 2010). De esta manera, en el año 2001 el Estado vuelve a adquirir un rol rector en la economía, y se tiende a un desarrollo basado en la generación de empleo, ampliación del mercado interno y políticas sociales con enfoque de derechos. Por lo cual, podría decirse que en este período comienzan a darse las condiciones necesarias para pensar en una transformación del campo de la salud.

En tal sentido, fueron surgiendo en el campo de la salud mental nuevxs actorxs, tales como organizaciones de derechos humanos y las de lxs familiares y usuarixs, en pos de intentar lograr transformaciones al interior del mismo. En base a ello, en el año 2006 se proponen dos proyectos de Ley sobre Salud Mental y Derechos Humanos, que plantearon “la necesidad de realizar internaciones breves, conformar equipos interdisciplinarios, definir la responsabilidad del equipo en las internaciones y

externaciones, jerarquizar el organismo nacional de salud mental, [...] la prohibición de creación de nuevos manicomios, neuropsiquiátricos o cualquier otro equivalente público o privado, y la adaptación de los ya existentes a los principios de la norma hasta su sustitución definitiva. Además, instaba a la progresiva internación en hospitales generales” (Faraone y Barcala, 2020, p. 72).

Así, en el año 2007 se llevaron a cabo diversas jornadas de debate en las que participaron representantes de distintas áreas institucionales, tales como organismos internacionales representantes de la OPS, autoridades políticas, directores de hospitales monovalentes, entre muchxs otrxs. A partir de ello, se considera al proyecto de ley prioritario para el área de la salud y de los derechos humanos en la Argentina, y se establece la necesidad de legitimar una Ley Nacional de Salud Mental.

Luego, en el 2008 se lleva a cabo un encuentro en el que participaron la Asociación Psicoanalítica Argentina, el CELS¹¹, el Consejo General de Salud Mental, la OPS y la Dirección Nacional de Asistencia Directa a Personas y Grupos Vulnerables de la Secretaría de Derechos Humanos de la Nación, los cuales manifestaron su apoyo al proyecto de ley aunque con algunas diferencias. Asimismo, plantearon la necesidad de reformar el código civil y el procesal penal, y remarcaron la importancia de la interdisciplinariedad y de que prevalezca la convivencia democrática.

Sin embargo, en el año 2009 ambos proyectos pierden estado parlamentario¹². Por lo que, luego de diversas consultas a trabajadorxs de los servicios de salud, a académicxs e investigadorxs, a asociaciones gremiales, a organismos de derechos humanos, entre otrxs, y teniendo en cuenta las cuestiones planteadas en los encuentros mencionados con anterioridad, se propone un nuevo proyecto. En el mismo se considera a las internaciones como un recurso terapéutico de carácter restrictivo; se establece que las personas internadas bajo su consentimiento pueden abandonar la internación en cualquier momento por decisión propia; se incorpora el consentimiento informado; se amplían y establecen las obligaciones de la autoridad de aplicación; se promueve la adecuada cobertura de salud mental de las obras sociales, entre otras cuestiones (Faraone y Barcala, 2020).

Así fue que, el 14 de octubre de 2009 se aprueba por unanimidad el proyecto en Diputados, y el 18 del mismo mes es enviado a la Honorable Cámara de Senadores de la Nación (HCSN). Sin embargo, en esta última emergen una multiplicidad de posicionamientos y conflictos de intereses entre actores, organizaciones e instituciones

¹¹ El Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS) es una organización no gubernamental dedicada a la promoción y protección de los derechos humanos y al fortalecimiento del sistema democrático y el Estado de Derecho en Argentina (Vidas Arrasadas, 2007).

¹² “Todo proyecto de ley sometido a la consideración del Congreso que no tenga sanción en una de sus Cámaras durante el año parlamentario en que tuvo entrada en el cuerpo o en el siguiente, se tendrá por caducado” (Ley 13.640/1949).

del campo de la salud mental. Por lo cual, se llevaron a cabo distintos debates con representantes de instituciones, cátedras, organismos de derechos humanos, actores del campo de la salud mental y de una organización de usuarixs y familiares. En las mismas, si bien se manifiesta el apoyo al proyecto de ley, surgen ciertas discrepancias y discusiones en torno a los cargos de gestión y conducción de los equipos (art. 13) y al perfil de lxs profesionalxs que pueden ordenar una internación (art. 16). Así como también, se generaron disputas por parte de lxs psiquiatras en torno al concepto de “padecimiento psíquico” que acoge el proyecto, quienes plantearon la necesidad de definir al objeto de la ley como “enfermedad” o “trastorno mental”.

Lo anteriormente mencionado permite evidenciar que el camino recorrido hasta la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental ha estado atravesado por distintos actores sociales confrontados entre sí en búsqueda de una definición, y por ciertos elementos en disputa que continúan manifestándose en la actualidad. Así fue que, luego de frondosos debates y acaloradas discusiones, el 25 de noviembre del año 2010 se sanciona con mayoría absoluta la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, siendo promulgada el 2 de diciembre del mismo año (Faraone y Barcala, 2020).

La mencionada ley tiene por objeto asegurar la protección del derecho a la salud mental de todas las personas, y el pleno goce de los derechos humanos de aquellxs con padecimiento mental. En la misma se plasma la necesidad de adecuar las modalidades de abordaje al paradigma de los derechos humanos, por lo que es un instrumento fundamental para posicionarse desde un nuevo paradigma, que reconoce a las personas con padecimiento mental como sujetxs de derechos. A su vez, en ella prevalecen todos los derechos reconocidos por la Constitución Nacional y Tratados Internacionales de rango Constitucional; los derechos de toda persona a la mejor atención posible en salud mental desde una perspectiva de salud integral; el derecho al trato digno, respetuoso y equitativo, etc.

Por su parte, en el año 2014 se sanciona el nuevo Código Civil y Comercial de la Nación (Ley 26.994), el cual constituyó un gran avance en términos de actualización y modernización de la legislación nacional, consolidando transformaciones en el campo de la salud mental. Tal como mencionan Amendolaro et. al (2015) en Faraone y Barcala (2020), mediante este nuevo texto se avanza en el camino iniciado por la Ley Nacional de Salud Mental en lo referente a la inclusión del sistema de apoyos, la reafirmación de la interdisciplina y la internación involuntaria, en consonancia con ciertos estándares del derecho internacional de los derechos humanos.

Por ende, “[...] en este período se modeló una forma particular de construcción vinculada al reconocimiento del otro y a una nueva conformación social con mayor grado de igualdad” (Faraone y Barcala, 2020, p. 61-62). Sin embargo, como en todo

proceso de cambio y transformación, ha existido y continúa existiendo cierta resistencia a los avances de los procesos de reforma, a pesar de los logros evidenciados en distintos ámbitos. Tal como plantean las autoras citando a Galende (1997), los extensos debates y discusiones mencionados con anterioridad en torno al proyecto de ley surgen principalmente por el hecho de que con dicha norma se modifica la relación de poder entre las teorías y dispositivos positivistas y aquellos que promueven prácticas comunitarias de promoción de la salud.

Tales discusiones y diferencias entre posiciones responden a lógicas contrapuestas, encontrando, por un lado, aquella basada en la medicalización de la pobreza en los hospitales psiquiátricos y en el ejercicio del poder; y, por otro lado, a la integración comunitaria, que deja de lado lo psicopatológico y “da lugar central a la palabra como medio terapéutico, al cuidado y al restablecimiento del lazo social a través de estrategias de intervención de base comunitaria, a la participación de la usuaria, el usuario y su familia en el proceso de la cura o rehabilitación, y al consentimiento para su tratamiento o las decisiones de internación (Galende, 1997b)” (Faraone y Barcala, 2020, p. 66).

Por lo cual, este extenso recorrido denota que lograr transformaciones en un sistema de salud como el nuestro, fragmentado y segmentado, con actores corporativos poderosos, y con representaciones hegemónicas aún afines al modelo manicomial, no es ni ha sido tarea fácil. Tal como sostiene Amico (2005), en el imaginario social de las personas aún persisten ciertos prejuicios de peligrosidad, encierro y confinamiento de lxs sujetxs atravesadxs por padecimientos mentales.

Es por tal motivo que se torna sumamente necesario abordar y transformar la cuestión de la salud mental y la institucionalización. Para tal fin, se requieren de intensas luchas por parte de quienes abogan por la profundización de los derechos en este campo y de los derechos humanos en general, a fin de implementar, garantizar y sostener las reformas propuestas (Stolkiner, 2018).

2.5 La accesibilidad a la salud: disputas, tensiones y acceso a derechos fundamentales

Frecuentemente, al interior de las instituciones y dispositivos de salud, ocurren diversas violaciones de derechos humanos que influyen y generan barreras en la accesibilidad a la salud de lxs sujetxs (Di Nella, 2005). Tales como el derecho a ser tratado con humanidad y respeto, a una admisión voluntaria, a la libertad de comunicación, a recibir tratamiento en la comunidad, entre otros.

Las barreras en el acceso a los servicios de atención y acompañamiento

pueden ser de índole administrativa, simbólica, geográfica, económica y/o cultural. De esta manera, se comprende a la accesibilidad más allá del acceso físico a una institución, sino en términos de acceso a derechos (Arias y Sierra; 2019). Si se parte de una accesibilidad en estos términos, de la aceptación del otro en tanto “otro” distinto, las intervenciones serán transformadoras, reparadoras y garantizadoras de derechos.

En este sentido, existe coincidencia (Comes y Stolkiner, 2005; Arias y Sierra, 2019) en que la accesibilidad adquiere un carácter subjetivo, el cual está atravesado por las percepciones, experiencias, representaciones y saberes construidos por las profesionales, las instituciones y los sujetos. Dicha subjetividad se construye en relación a la historia, clase social, experiencia, a las identidades sexo-genéricas, entre otras marcaciones identitarias.

En términos de Ase y Burijovich (2009), la accesibilidad es uno de los componentes integrantes del derecho a la salud, que alude tanto a la accesibilidad física como a la económica, a la no discriminación y al acceso a la información. Otros estudios en torno a la accesibilidad (Carballeda, 2012; Stolkiner et.al, 2000; Arias y Sierra, 2019; Comes, et.al, 2007; de Lellis, et.al, 2012), la vinculan con la relación o lazo social entre el sistema de salud y los sujetos destinatarios, que surge tanto de los discursos y condiciones de los servicios, como de las representaciones de los sujetos. En estos términos, la accesibilidad puede afectar la posibilidad de recibir o utilizar de manera satisfactoria los servicios dedicados a la problemática.

Autoras como Díez et.al (2010) y Comes et.al (2007), establecen que la accesibilidad puede ser pensada desde distintas dimensiones, como la geográfica, referida a la distancia entre los sujetos y la institución; la económica, a los costos de los servicios; la cultural, a las costumbres de la población; y la administrativa, a lo burocrático. Por su parte, Comes y Stolkiner (2005) y Arias y Sierra (2019) coinciden en que la misma también suele asociarse con la capacidad adquisitiva; presentándose como una exigencia por “haber pagado”, lo cual genera desprotección y desamparo.

En tal sentido, para garantizar efectivamente los derechos de la población y satisfacer sus necesidades, se requiere de una accesibilidad a la atención de la salud que sea oportuna, igualitaria e integral, a partir de distintos niveles de atención a los problemas de salud, en relación a su complejidad y a la distribución de los recursos disponibles. A su vez, que los sistemas de salud estén basados en los principios de integralidad, flexibilidad, participación social, interdisciplinariedad, capacitación permanente y demás (Ase y Burijovich, 2009).

Por su parte, Carballeda (2012) explica que dicha accesibilidad se ha visto obstaculizada en nuestro país por los efectos de las políticas del modelo neoliberal

instauradas desde mediados de los años setenta hasta la crisis del 2001. Este modelo ha generado una distribución de la riqueza cada vez más desigual e injusta, causando desprotección social e incremento de sectores sociales empobrecidos y desempleados. En el sector de la salud, esto trajo como consecuencia la emergencia de nuevas formas de padecimiento vinculadas con la cuestión social, que fueron presentándose a partir del aumento de nuevos sujetos en los servicios estatales de salud.

A su vez, esto generó un desmantelamiento de los dispositivos de protección del Estado, por lo cual estos sujetos se enfrentaron con servicios de salud públicos cada vez más deteriorados por los ajustes y los recortes que buscaban “expulsar del sector a los nuevos indeseables del modelo neoliberal” (Carballeda, 2012). De esta manera, la accesibilidad se convierte en un territorio de luchas y tensiones, pasando de la lógica de los derechos sociales a la de la asistencia y la focalización, generando nuevas formas de exclusión, desigualdad social y desamparo.

En estos términos, se comprende que para garantizar efectivamente la accesibilidad a la salud de los sujetos en los dispositivos de salud, se vuelven fundamentales las intervenciones comunitarias, integrales e interdisciplinarias, y basadas en los principios de la atención primaria de la salud; partiendo de los marcos normativos y legales actuales tanto nacionales como internacionales, e incorporando la perspectiva de inclusión social y de derechos.

En este sentido, se vuelve interesante mencionar que, con el objetivo de favorecer la accesibilidad de las personas al sistema de salud; garantizar la continuidad de cuidados, la oportunidad de contacto con el sistema de salud y demás, en el año 2021 se establece entre el Ministerio de la Provincia de Buenos Aires y el Municipio de General Alvarado, un Convenio para fortalecer la red de dispositivos de salud mental y consumos problemáticos, y los lazos de cooperación entre ambos.

En el mencionado Convenio, ambos se comprometen a mantener una agenda de trabajo compartida, articulando e integrando todos los programas y políticas de salud, tanto nacionales como provinciales y municipales. A su vez, el Municipio de General Alvarado se compromete a desarrollar acciones para cumplimentar con la protección social y ambiental, y a recibir sugerencias sobre el funcionamiento de los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS). Por su parte, el Ministerio se compromete a ejecutar las obras necesarias para reformar, ampliar o poner en valor efectores existentes o construir nuevos, y a designar un facilitador para arbitrar los medios necesarios a fin de fortalecer el acceso a la salud de la población (Convenio de Colaboración para el fortalecimiento del sistema de salud entre el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires y el Municipio de General Alvarado).

Al mismo tiempo, continuando con el objetivo de garantizar efectivamente la accesibilidad a la salud de lxs sujetxs y sus derechos humanos fundamentales, la provincia de Buenos Aires, a través del Plan Provincial Integral de Salud Mental¹³, busca transformar el modelo de atención en salud mental y construir uno integral y solidario, mediante la articulación de la salud mental y la integral. El objetivo de dicho Plan es garantizar más salud y más comunidad y dejar atrás al modelo hospitalocéntrico; para ello tiene en cuenta el contexto de lxs sujetxs, la comunidad en la que viven, su historia, su realidad, y considera a los padecimientos mentales como una más de todas las esferas constitutivas de la vida de lxs sujetos, y no la única.

En torno a lo mencionado, se vuelve elemental promover el diseño de estrategias para propiciar la accesibilidad a la red asistencial de todas aquellas personas en situación de consumo problemático; así como espacios de reflexión y discusión con representantes del Estado “sobre las formas y modalidades de abordaje de las problemáticas referidas a la intersección entre Derechos Humanos y Salud Mental” (Di Nella, 2005). De este modo, es importante persistir en el camino de los derechos humanos, la inclusión social, el respeto, la no discriminación y la confianza de que todxs lxs sujetxs con padecimiento mental no serán estigmatizadxs ni discriminadxs.

¹³https://www.ms.gba.gov.ar/sitios/saludmental/files/2022/07/PLAN_PCIAL_SALUD_MENTAL_-2022_07_13.pdf

CAPITULO III

**Herramientas teórico-conceptuales complementarias
para la investigación: la justicia epistémica, la
interdisciplina y la interseccionalidad.**



3.1 Presentación

En el presente capítulo se lleva a cabo un desarrollo conceptual en torno a ciertas categorías consideradas complementarias y trascendentales para esta investigación, desde las cuales es posible enriquecer, comprender y adentrarse en la temática de estudio. Tales categorías son, la justicia epistémica, la interseccionalidad, la interdisciplina, las representaciones sociales, y la noción de estigma. Cada una de ellas recorre el escrito y atraviesa la temática de estudio, por lo que se ha considerado pertinente desarrollarlas teóricamente en pos de comprender el posicionamiento desde el cual se las incorpora.

En primer término, se incorpora la categoría de “justicia epistémica” (Bidaseca, 2017) estableciendo que, a través de ella es posible cuestionar y descolonizar lo que ha sido considerado “hegemónico” durante tanto tiempo, y poner en evidencia todo aquello negado, ocultado y excluido. La incorporación de esta categoría surge y se vincula con algunos aspectos desarrollados en capítulos precedente, relativos a los modelos de abordaje y representaciones sociales hegemónicas que generan exclusión y discriminación hacia otras maneras de ser y de hacer. En base a ello, la justicia epistémica como categoría teórica intenta poner en evidencia todo eso que ha sido silenciado durante gran parte de la historia, en pos de visibilizar otros tipos de conocimientos, saberes y puntos de vista.

Luego, se desarrolla el concepto de interseccionalidad, el cual también es nodal ya que plasma el cruce entre diversos sistemas de opresión (Hill Collins, 2000) que se genera en torno al género, la clase social, la condición socioeconómica, la orientación sexual, entre otras cuestiones. A través de esta categoría se pretende problematizar en torno a la diversidad de aspectos que interjuegan en las vidas de lxs sujetxs atravesadxs por situación de consumo problemático, los cuales impactan en cada persona de maneras diversas.

En otro apartado se desarrolla el concepto de interdisciplina, considerando que la misma es un aspecto fundamental e indispensable para lograr intervenciones transformadoras e integrales. Este concepto se encuentra en estrecha relación con la temática de estudio de este trabajo, ya que a partir de la Ley Nacional de Salud Mental 26.657, se establece que los procesos de atención en salud mental deben realizarse mediante un abordaje interdisciplinario con áreas de psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional y demás disciplinas o campos pertinentes. De esta manera, a través de la interdisciplina se da lugar a la convergencia de distintos posicionamientos y puntos de vista entre disciplinas, en pos de abordar determinada problemática en condición de igualdad.

Por último, se incluyen las categorías de representaciones sociales y la de estigma, las cuales se encuentran en estrecha relación, ya que esta última se construye e instala en la sociedad a partir de las representaciones sociales. En tal sentido, en un primer apartado se lleva a cabo la categorización de las representaciones sociales, a partir de aportes de Sousa Minayo (2007), Moscovici (2000), Villarroel (2007) entre otros; planteando a las mismas como un conjunto de acciones y pensamientos a través de los cuales es posible expresar, explicar, cuestionar y justificar la realidad en la que viven las personas.

De esta manera, a partir de distintos intercambios de la vida cotidiana, actitudes, contenidos y demás, se han ido construyendo e instalando diversas representaciones sociales en la sociedad. Por lo general, la construcción y reproducción de las mismas emerge a partir de lógicas patriarcales y capitalistas, así como también de modelos que cargan con una mirada hegemónica, androcéntrica y dicotómica. Es así como se han ido instalando en el imaginario social connotaciones rotulantes e ideas en torno a las personas en situación de consumo problemático, las cuales se internalizan y se dan por ciertas, generando de esta manera un estigma hacia dichas personas.

En base a ello, en el siguiente apartado se ha incluido la categoría de estigma, la cual es definida por Goffman (2006) como un descrédito hacia otra persona por ciertos atributos que le son propios. Tal como se menciona previamente, el estigma se encuentra ampliamente vinculado con las representaciones sociales, ya que ambos términos son contruidos a partir de modelos de abordaje hegemónicos, prohibicionistas y punitivistas, los cuales causan discriminación y exclusión. Asimismo, a partir de las representaciones sociales y de la construcción de estigmas, se generan erróneas asociaciones de los consumos con la inseguridad, la violencia, la delincuencia, la pobreza, el delito, el peligro, etc. (Slapak y Grigoravicius 2007). Es así como se va reproduciendo un discurso estigmatizante en torno a las personas con consumo problemático, el cual se naturaliza e instala en la sociedad.

3.2 La justicia epistémica: deconstruir lo hegemónico para visibilizar otras formas de saber, de ser y de hacer

Este término es de gran relevancia para incorporar en la investigación, ya que es una política de conocimiento que permite descolonizar las representaciones hegemónicas, los cuerpos y los campos del saber (Bidaseca, 2017). A la vez que permite generar cambios en los procesos de patriarcado y colonialidad propios de la vida social, y evidenciar aquello que ha sido ocultado, negado y excluido durante tanto tiempo.

Asimismo, considerando los aspectos epistemológicos que guían a la investigación, tales como la epistemología feminista, la perspectiva de géneros y la de derechos humanos, mediante los cuales se intenta evidenciar aquello que ha sido silenciado y negado durante gran parte de la historia y dar lugar a otros tipos de conocimientos y puntos de vista, es que se torna congruente la incorporación de esta categoría. A partir de la misma es posible dar visibilidad y voz a esos espacios y temas olvidados, perdidos, relegados; y volver a poner en la agenda aquellas cuestiones y reclamos de lxs sujetxs que no fueron considerados.

Las diversas formas de subordinación, borramiento y desplazamiento que han sufrido las formas nativas de conocimiento y experiencia, son producto del colonialismo y sus formas históricas (De Oto, 2017). Las matrices del poder colonial no sólo afectan las relaciones sociales, sino también las dimensiones epistémicas y filosóficas; por lo que es sumamente necesario lograr un desprendimiento de las mismas. Se “[...] requiere de una crítica profunda al modo dominante de la política global y a la “colonialidad del saber”. En otras palabras, des-aprender la naturalización del privilegio” (Bidaseca, 2017, p. 50).

En tal sentido, para dar lugar y visibilidad a los conocimientos alternativos, es importante poder reflexionar y problematizar en torno a quién posee el saber y quién no en el marco de la producción de conocimientos. En términos de Araiza Díaz y González García (2017), se requiere “(...) alejarse de la idea trascendental del yo-investigador y buscar en la parcialidad una objetividad. Se trata (...) de unirse al otro, de ver junto al otro, sin pretender ser el otro” (p. 65). Lo cual “implica una nueva intervención en los textos, una nueva construcción de la historia” (Bidaseca, 2017, p. 60).

En tal sentido, se considera indispensable en el abordaje de los consumos problemáticos dar visibilidad y voz a los saberes y pensamientos de lxs sujetxs atravesadxs por los mismos. A partir de la escucha de sus necesidades y deseos, y

teniendo en cuenta su cotidianeidad, el contexto y la forma de vida de lxs mismxs, será posible construir abordajes e intervenciones situadas, integrales y transformadoras. Así, mediante la construcción de “saberes otros” (Hermida, 2018, p.8) se intenta ir desentrañando las múltiples contradicciones del sistema y su producción de desigualdades. Al mismo tiempo, será posible tener una mirada más amplia y más informada de la realidad, que permitirá develar aquello que a simple vista no sería posible detectar ni transformar.

Es decir, para que exista justicia entre los conocimientos es crucial alejarse de los sistemas hegemónicos de dominación y opresión que consideran que los únicos saberes válidos son aquellos provenientes del conocimiento científico de corte positivista. Se trata de reconocer que todas las personas son poseedoras de conocimientos, los cuales son tan válidos como el científico. De esta forma, es posible construir conocimientos de manera compartida y autónoma, dando lugar así a un sentido que es plural, de todxs, el cual considera a las diferencias como una potencialidad y como un aspecto enriquecedor (Benítez et.al, 2020).

Entonces, lo que se promueve es un encuentro, una complementación, deconstrucción y convergencia entre los distintos tipos de conocimientos, que incluya tanto a los saberes populares como al conocimiento científico. Esto permite dejar de lado las creencias de que son “lxs expertxs” quienes poseen todo el saber y toman las decisiones, al mismo tiempo que se estimulan los saberes populares y se construye un conocimiento lo más concreto y completo posible de la realidad que se desea transformar. Tal como plantea Hermida (2018), esto abre paso a la deconstrucción de miradas, y permite “cambiar la posición desde donde miramos, a darnos cuenta que miramos las cosas de una lente que quizás distorsiona la realidad” (p. 8).

3.3 La noción de interseccionalidad: entrecruzamiento de opresiones en lxs sujetxs de intervención

Al interior de las instituciones en general, y en las de salud en particular, suelen presentarse espacios de intereses interseccionales. Se trata de aquellos lugares en los que se genera un cruce entre sistemas de opresión (Hill Collins, 2000), tales como el género, la clase social, la condición socioeconómica, la orientación sexual, la condición de migrante, la discapacidad, la raza, los padecimientos mentales, entre tantos otros. Tal como plantea Bidaseca (2017) citando a Lugones (2008), “la interseccionalidad muestra lo que se pierde, y plantea [...] evitar la separación de las categorías dadas” (p. 57). Es decir, se presenta como un análisis a partir del cual es posible incorporar y problematizar las categorías mencionadas previamente.

Este concepto surge en la década de los 70 a partir de los planteamientos de los feminismos negros y de las mujeres de color, quienes se expresaron en contra de la hegemonía del feminismo blanco y occidental, “que ignoraba las diversas divisiones raciales, de clase, nacionales, etc. al interior de la categoría homogénea mujer” (Bidaseca, 2017, p.53). La autora plantea que “cuando las feministas, blancas y burguesas, utilizaron el concepto de mujer como universal, sólo entendieron por mujer el significado moderno, capitalista y colonial” (p. 58).

En tal sentido, se adhiere a una definición de la categoría de interseccionalidad en los términos de Lykke (2011), quien plantea a la misma como “un lugar discursivo donde diferentes posiciones feministas se encuentran en diálogo crítico o de conflicto productivo” (p. 208). En términos de Platero (2012), la interseccionalidad es comprendida como una aproximación a las diversas identidades y formas de estar en el mundo. En este sentido, es pertinente aclarar que “no debemos entender la combinación de identidades como una suma que incrementa la propia carga sino como una que produce experiencias sustantivamente diferentes” (Symington, 2004, p. 2). Entonces, tal como establece la teoría feminista, se trata de lograr una adecuada articulación de todas las variables influyentes en las vidas de lxs sujetxs a la hora de realizar intervenciones, y comprender que esas diversas identidades que viven las personas están compuestas de varias capas, derivadas de las relaciones sociales, la historia y la operación de las estructuras del poder (Symington, 2004).

En este sentido, se torna interesante incorporar lo planteado por Platero (2012), respecto de que, muchas veces, las personas “somos identificadas socialmente por nuestros «síntomas», llegando a «convertirnos» gracias a un proceso de sinécdoque en una sola parte que representa un todo, y ser etiquetadas o señaladas en términos identitarios de forma reductiva” (p. 22). Esto es lo que suele suceder con los “grupos minoritarios”¹⁴, haciendo referencia a las personas inmigrantes de países pobres; con sexualidades o identidades no normativas; con padecimientos mentales; con diversidad no funcional; con las mujeres, entre otrxs.

Sin embargo, es pertinente aclarar que las vivencias individuales de todas las personas, y no sólo de quienes integran los anteriormente mencionados “grupos minoritarios”, se construyen en base a ciertos márgenes de macroestructuras sociales que no suelen poder elegir (como el género, la sexualidad, el uso de lenguas y acentos dominantes, la etnia), los cuales normativizan sus vidas a partir de la discriminación, la

¹⁴ El citado autor define a estos grupos como “sujetos protagonistas de los movimientos sociales, y al mismo tiempo, como objeto (o sujetos ausentes) de las acciones públicas. Estos grupos minoritarios no dejan de ser representativos cuantitativamente, pero se demarcan como parte de las periferias del poder y del privilegio, de ahí su consideración como minoritarios [...]” (Platero, 2012, p. 21-22).

exclusión y la desigualdad. Por lo cual, incluso las personas cuyas vidas se encuentran dentro de algunos valores considerados dominantes y, por ende, de privilegio, también son interseccionales. Es decir, también tienen acento, color, etnia, género, sexualidad y demás. “Sin embargo, este sujeto dominante a menudo no se percibe como interseccional; ni tenemos en cuenta cómo se construyen entrelazadamente esos privilegios” (Platero, 2012, p. 22).

Entonces, mediante la interseccionalidad se intenta dar cuenta que no existe una sola causa de discriminación y/o de exclusión, sino un conjunto de interrelaciones que integran las experiencias de las personas y de las estructuras sociales que organizan sus vidas. Se trata de centrarse en esa discriminación múltiple, e intentar ir más allá de lo impuesto, de lo estático y de lo homogéneo.

En base a lo mencionado, la interseccionalidad se vuelve una categoría elemental para el Trabajo Social que es “capaz de enriquecer la construcción de diagnósticos de situación y estrategias de intervención” (Pombo, 2019, p.150). A través de la misma es posible identificar múltiples tipos de desigualdades, violencias y discriminaciones; así como también analizar situaciones complejas y abordar las diversas opresiones que afectan a lxs sujetxs de intervención.

3.4 La interdisciplina: una herramienta fundamental para los abordajes en salud mental

Al hablar de interdisciplina, se hace referencia a un movimiento epistemológico que incluye tanto saberes teóricos como metodológicos. Por lo que, se considera que hay interdisciplina cuando todos están en paridad, lo cual permite construir un discurso propio desde lo múltiple e intentar hallar respuestas válidas a partir de la interacción, de la horizontalidad y la participación igualitaria. Esto implica poder trascender los saberes propios de cada profesional y pensar en equipos de trabajo intercomunicados, en los cuales se intercambian dichos saberes y donde todos poseen la misma capacidad de opinar y decidir. De esta manera, lxs profesionales emergen enriquecidos en sus roles y campos específicos de intervención, resolviendo sus contradicciones a nivel disciplinar y personal.

En tal sentido, considerando que los consumos problemáticos se encuentran atravesados por múltiples determinantes, la interdisciplina adquiere gran relevancia para pensar y abordar esta problemática en condición de igualdad entre las diversas disciplinas, desde posicionamientos y perspectivas distintas. Asimismo, cabe destacar que a través de la Ley Nacional de Salud Mental 26.657 se promueve la atención en salud mental a través de un abordaje interdisciplinario e intersectorial, a partir de las

áreas de psicología, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional, psiquiatría y demás disciplinas o campos pertinentes.

En base a ello, la interdisciplina como práctica se encuentra sustentada en la ética y en la epistemología; refiriendo la cuestión de la ética al respeto por las demás disciplinas y la apertura y flexibilidad desde el propio campo disciplinar, y a una multirreferencialidad teórica a partir de las diversas disciplinas. Esta cuestión del respeto por las demás disciplinas es mencionada en la Ley Nacional de Salud Mental, al referir que todxs lxs profesionales se encuentran en igualdad de condiciones para ocupar cargos de conducción y gestión, por lo que se debe valorar su idoneidad para el cargo que ocupe y su capacidad para integrar los saberes del campo de la salud mental. Por su parte, lo epistemológico permite elegir teorías a la hora de investigar, así como también asumir un posicionamiento frente a las cuestiones interdisciplinarias y trazar fronteras entre lo que es ciencia y aquello que no lo es (Cabero, 2009).

En tal sentido, continuando con Cabero (2009), se establece que la interdisciplina implica convergencia, poner en conjunto, avanzar en el sentido de la complementariedad; promocionando espacios de confluencia y un código común para así poder operar sobre individuos, grupos y comunidades. Se trata de “atravesar diferentes disciplinas, de cruzar diversos lenguajes y diversas culturas” (Pombo, 2013, p. 33), e intentar superar y dejar atrás la “obsesión monodisciplinaria” planteada por Durand (1991) en Pombo (2013). Es decir, a través de abordajes interdisciplinarios se intenta ir más allá del saber-poder característico del modelo médico hegemónico, el cual considera que existen jerarquías entre disciplinas, reconociendo a las disciplinas no-médicas como “inferiores” a la hora de tomar decisiones e intervenir en los procesos de salud-enfermedad-atención.

De esta manera, a través de la interdisciplina es posible llevar a cabo un intercambio de conceptos, de problemáticas, puntos de vista y métodos, en pos de lograr una lectura más rica y completa de la realidad. Por lo cual, la misma se vuelve una cuestión elemental ya que posibilita generar un “espacio de pluralización de puntos de vista” (Follari, 2014, p. 70) a partir del contacto conceptual entre las diversas disciplinas, lo que conlleva a reconocer y valorar la diferencia disciplinar que sostiene a la interdisciplina.

Así, a partir de aportes contruidos en interdisciplina y en igualdad de condiciones, será posible llevar a cabo intervenciones y abordajes transformadores y enriquecedores de la realidad de lxs sujetxs. Por lo cual, se vuelve sumamente necesario y urgente superar la tradición hegemónica-disciplinar heredada y la rigidez de los tiempos modernos, y así poder abrirse a la interdisciplina para posibilitar y producir nuevas formas de conocimiento. Sin embargo, tal como plantea Cabero

(2009), es preciso destacar que la misma no es recomendable en todos los casos ni para todas las situaciones, sino que se vuelve una práctica superadora y enriquecedora sólo en aquellas áreas en las cuales lo disciplinar se vuelve pobre e insuficiente.

CAPITULO IV

Consumos problemáticos y abordajes: dispositivos y
modelos de atención



4.1 Presentación

En este capítulo se alojan algunos de los conceptos centrales de esta investigación, relativos a los consumos problemáticos, a los dispositivos y modelos de abordaje de los mismos. Así como también, se plasman los cruces y disputas entre los modelos hegemónicos y los nuevos paradigmas de derechos.

El recorrido teórico comienza con una caracterización de los consumos problemáticos, incluyendo aportes de la Secretaría de Políticas Integrales Sobre Drogas de la Nación Argentina (SEDRONAR); la Ley Nacional de Salud Mental 26.657; la Ley 26.934 (Plan Integral para el Abordaje de los Consumos Problemáticos); de la Organización Mundial de la Salud; de autores como Slapak y Grigoravicius (2006), Romaní (2008), Di Nella (2005), entre otros. Se parte de comprender a los mismos como una cuestión de salud mental y como un fenómeno multidimensional, que puede manifestarse de maneras diversas y atravesar a todas las clases sociales. Por lo cual, se destaca que es imprescindible que el abordaje de los mismos sea comunitario, interdisciplinario e intersectorial, a partir de los principios de la atención primaria de la salud.

Luego, el recorrido teórico avanza definiendo el concepto de dispositivo e identificando a los 770 que existen en la Argentina para el abordaje de los consumos problemáticos. Para ello, se toman aportes de Fanlo (2007); Hermida y Stefani (2020); Fanlo (2011); Fernández (2008); etc. A su vez, se distinguen y caracterizan los tres dispositivos de consumos problemáticos existentes en el Partido de General Alvarado, lugar en el cual se concentra esta investigación.

Finalmente, se incluye otro apartado en el que se conceptualizan los diversos modelos de abordaje existentes en el campo de la salud para el abordaje de los consumos problemáticos; así como los cruces y las disputas que suelen presentarse dentro de dicho campo. La gran mayoría de estos modelos parte de una mirada direccional y unilateral, considerando únicamente un solo elemento como causa central de la problemática, y cada uno tiene un posicionamiento y una manera específica de nombrar y pensar determinada situación, influyendo directamente en las intervenciones. Es por ello que, en este último apartado se incorporan también algunos extractos de las entrevistas realizadas en el trabajo de campo, a partir de su vinculación con los temas analizados teóricamente. El objetivo de ello, es identificar las diversas corrientes de pensamiento desde las cuales derivan las ideas y representaciones de lxs profesionales, integrando así los pasos de la investigación en un todo coherente que no identifica una separación entre la teoría y la práctica.

4.2 Los consumos problemáticos: caracterización de los mismos a partir de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657

La elección del concepto “consumo problemático” (Touzé, 1992, 2005) no es una cuestión azarosa, sino que al utilizar esta concepción se intenta hacer “frente a la visión estereotipada centrada en las sustancias y en los sujetos únicamente como adictos que ponen en riesgo a la sociedad” (Lozano, J., 2017).

A partir de ello, se comprende al consumo problemático como un fenómeno multidimensional complejo en el que interjuegan la sustancia, los procesos individuales del sujeto y la organización social (Sedronar, 2019). De esta manera, se considera que el consumo es problemático cuando afecta negativamente, ya sea de forma ocasional o crónica, a la salud física o mental de lx sujetx; sus relaciones sociales primarias (familia, pareja, amigxs); sus relaciones sociales secundarias (trabajo, escuela) y sus relaciones con la ley (Touzé, 2010), a partir de la relación establecida entre la persona, la sustancia y el contexto. El mismo atraviesa a todas las clases sociales, y puede manifestarse como abusos al alcohol, al tabaco, a las drogas psicotrópicas, o también estar producido por conductas compulsivas hacia el juego, las nuevas tecnologías, la alimentación, o cualquier otro consumo que sea diagnosticado compulsivo por un profesional de la salud (Ley 26.934).

Se considera al consumo problemático como una cuestión de salud mental, que debe ser abordado como parte integrante de las políticas de salud mental y a través de los marcos normativos y legales actuales (Ley 26.657; Ley 29.934), tanto nacionales como internacionales, que permitan dar forma a un modelo de salud mental y consumos problemáticos a partir de la perspectiva de inclusión social y de derechos.

Los sentidos atribuidos a los consumos problemáticos son muy diversos, ya que “sociedades diferentes, con culturas diferentes tienen distintas maneras de concebir la realidad” (Slapak y Grigoravicius, 2007, p.240). Los mismos se vinculan con la trayectoria de vida de las personas y con su red social y afectiva, y están condicionados por las representaciones en torno a las sustancias y a las personas que las consumen, en un determinado contexto y en el marco de la cultura del consumo (Sedronar, 2022). Dichos sentidos fueron variando a lo largo del tiempo, en base al momento histórico, la situación del país, la cultura, los significados otorgados por lxs sujetxs, las diferencias entre las sustancias, etc.

Históricamente, el consumo problemático fue concebido a partir de dos lógicas hegemónicas: la sanitarista, que lo considera y asume como una enfermedad, y la lógica punitiva, que busca el “control”. Ambas consideran al consumo como una conducta desviada, y lo vinculan con la falta de aceptación de las normas sociales. En base a ello,

la consideración de una práctica como “desviada” o “legítima” responde a construcciones sociales que sostienen o reprimen tales políticas (Lozano, J., 2017).

En tal sentido, Touzé (2006) plantea que los consumos problemáticos suelen vincularse con el delito, la violencia y la inseguridad, y así se legitiman mecanismos coercitivos de control que son llevados a cabo por el Estado e inscritos en la vida cotidiana, formando parte de las representaciones sociales¹⁵. De esta manera, Romaní (2008) establece que los diversos significados que el consumo problemático adquiere son resultado de las definiciones sociales, culturales, políticas y económicas que las formaciones sociales elaboran y/o disputan en el marco histórico en el que se sitúan sus prácticas. Es así que, a partir de dichos significados y representaciones, lxs sujetxs con consumos problemáticos son considerados “adictxs”, “peligrosxs”, “autodestructivxs”, entre otras cosas, y así se justifican prácticas discriminatorias y estigmatizantes que violan los derechos de las personas.

Es por ello que, es fundamental que el abordaje de los consumos problemáticos se realice de manera interdisciplinaria e intersectorial, siguiendo los principios de la atención primaria de la salud y comprendiendo que no hay salud mental posible si no se garantizan los derechos humanos fundamentales primero (Di Nella, 2005). Asimismo, en su abordaje se deben contemplar las condiciones, tanto materiales como simbólicas, en las que se inscribe ese consumo, considerando el sentido otorgado por lxs sujetxs al mismo, las condiciones sociales en que se da, los grupos en los que viven, la estructura físico-psíquica de lx sujetx, etc. (Romaní, 2008).

Es decir que, es muy importante reconocer la interrelación existente entre lx sujetx, la sustancia y el contexto o medio social, ya que a partir de ello es posible comprender la complejidad de la problemática. En torno a ello, se torna fundamental otorgar a lx sujetx un rol activo y protagónico en la dinámica de su abordaje, dando lugar al despliegue de su posicionamiento, su punto de vista, sus necesidades, sus preocupaciones y sus deseos. De esta manera, al reconocer la importancia de dar visibilidad y voz a los conocimientos y saberes de lxs sujetxs, cobra sentido la incorporación de la justicia epistémica como parte de la investigación.

Por otro lado, es necesario mencionar que muchas veces lxs sujetxs atravesadxs por situación de consumo problemático no reciben tratamiento alguno, y ello es debido a una diversidad de cuestiones influyentes. Entre algunas de ellas, se identifican la culpa; la vergüenza; la negativa por parte de lxs propixs sujetxs de iniciar un abordaje de la

¹⁵ Las representaciones sociales son comprendidas como una articulación entre los modos de percibir, categorizar, y significar (dar sentido). Abarcan las diversas nociones y categorizaciones que dan sentido a las prácticas sociales (Grimberg, 1995).

problemática; la falta de referentes afectivxs y/o familiares que acompañen y sostengan; la escasez de dispositivos que se amolden a las necesidades de lxs sujetxs; entre otras.

En este sentido, la Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina (Sedronar) es la responsable de diseñar, implementar y coordinar políticas públicas para prevenir, atender, asistir y acompañar a las personas en situación de consumo problemático. El abordaje de los mismos debe realizarse en dispositivos específicos con profesionales capacitados en el área, los cuales deben facilitar el acceso de lxs sujetxs a los dispositivos; recibir a toda persona que se acerque brindándole información sobre las herramientas de asistencia sanitaria y sobre los planes de inclusión laboral y educativa; promover la integración social en distintos eventos, entre otras cuestiones.

Se estima que aproximadamente 35,3 millones de personas en el mundo padecen esta problemática de salud mental, de acuerdo a la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (2019); y, en el caso de Argentina, esta problemática se encuentra entre uno de los principales problemas de salud mental. Asimismo, de acuerdo a un estudio de Consumo de Sustancias Psicoactivas realizado en el año 2017 por la Sedronar, en ese año hubo un aumento en el abuso de alcohol en jóvenes de entre 12 y 17 años, siendo que uno de cada dos jóvenes consumió de manera abusiva. A su vez, del año 2010 al año 2017 se triplicó el consumo de cocaína en jóvenes y aumentó un 200% el consumo de éxtasis, siendo la edad de iniciación al consumo los 14 años.

En tal sentido, de acuerdo al Ministerio de Salud de la Nación Argentina, los padecimientos mentales constituyen una de las cinco primeras causas de enfermedad en América, y se establece que en nuestro país 1 de cada 3 personas presenta algún padecimiento de salud mental a partir de los 20 años. Asimismo, de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2021), una de cada cuatro personas en el mundo sufre algún padecimiento mental a lo largo de su vida, lo cual constituye un 25% de la población general, y la mitad de ellos comienza antes de los 14 años. Se estima que la prevalencia de vida de cualquier padecimiento mental en la población mayor de 18 años de edad en Argentina es de 29,1% (Stagnaro et. al., 2018).

Por lo tanto, se vuelve imprescindible comprender y abordar esta problemática a partir de intervenciones en lo social, teniendo en cuenta los múltiples y divergentes contextos y realidades que atraviesan a lxs sujetxs, en pos de construir abordajes transformadores y garantes de derechos.

4.3 Modelos de abordaje: Disputas y tensiones entre modelos hegemónicos y nuevos paradigmas de derechos

En los dispositivos de salud circulan diferentes ramas de pensamiento y discursos en torno a la manera en la que es más pertinente intervenir en los procesos de salud-enfermedad-atención. Así como también, en estos dispositivos coexisten significados, representaciones y percepciones sociales diferenciales en torno a los consumos problemáticos y a lxs sujetxs atravesadxs por éstos. En base a ello, en este apartado se pretenden explicitar los distintos modelos de abordaje existentes en el campo de la salud para el abordaje de los consumos problemáticos, en pos de detectar la corriente de pensamiento desde la cual derivan las ideas y representaciones de lxs profesionales de General Alvarado.

En términos de Belmartino (1987), un modelo alude a una abstracción de la realidad que se realiza a partir de tomar los rasgos más sobresalientes como dominantes y observarlos dinámicamente entre sí, mientras se apoyan y potencian los unos a los otros, siendo de esta manera eficaces al momento de cumplir su función social. En relación a los modelos de abordaje, Menéndez (2003) los define como todas aquellas actividades vinculadas con la atención de los padecimientos que buscan prevenir, controlar, aliviar y/o curar un padecimiento determinado.

A lo largo de la historia, se han adoptado diversos modelos de abordaje de los consumos problemáticos, los cuales suelen aparecer entrecruzados y emerger en diferentes ámbitos de la sociedad en expresiones, frases y opiniones sobre las personas atravesadas por los mismos. Tales modelos fueron surgiendo a partir de las necesidades y posibilidades de los diferentes conjuntos sociales, mediante procesos económicos, sociales y culturales (Menéndez; 2003), y fueron adquiriendo una dinámica y diferenciación específica en relación al contexto en el que estaban inscriptos.

En este sentido, Spinelli (2010) sostiene que, muchas veces los modelos de atención del proceso salud-enfermedad-atención suelen ser irracionales y generar desigualdades y exclusión al interior del campo de la salud, lo cual inviabiliza su universalización. En torno a ello, Touzé (2010) plantea que cada modelo ordena los elementos de la tríada sujetx-sustancia-contexto de determinada forma; hace hincapié en uno u otro elemento y da lugar a caracterizaciones diversas, en base a su propia ideología. Es así que, la gran mayoría de estos modelos, a partir de una mirada direccional y unilateral, suele considerar un solo elemento como causa central de la problemática, y cada uno de ellos adquiere un posicionamiento y una manera específica de nombrar y pensar la situación, influyendo directamente en las intervenciones.

De esta manera, se fueron adquiriendo e internalizando a lo largo del tiempo representaciones sociales diferenciadas en torno a lxs sujetxs, las sustancias y el consumo, en base a los distintos modelos de abordaje vigentes en cada momento histórico. En tal sentido, en el caso de lxs profesionales que integran los dispositivos de General Alvarado, a

partir de las entrevistas es posible detectar representaciones variadas en torno a lxs sujetxs de intervención, a los consumos problemáticos, a los modelos de abordaje y demás.

Entre algunas de estas representaciones mencionadas con anterioridad, se destacan la diversidad de formas de identificar a lxs sujetxs, tales como “pacientes”, “adictos” y “usuarios”; y a las intervenciones, consideradas por algunxs como “abordajes” y, por otrxs, como “tratamientos”. A su vez, se ponen de manifiesto diversas interpretaciones en torno al consumo problemático, siendo considerado por algunxs como “enfermedad”, mientras que otrxs plantean que el mismo se presenta “cuando la persona no puede sobrellevar un proyecto de vida” (AT1). En este mismo sentido, con respecto a las intervenciones, algunxs profesionales sostienen que “[...] no tenemos abordajes estereotipados, sino que es más desestructurado y lo estructuramos en relación a la persona y su realidad” (AT1), mientras que otrxs plantean “[...] acá lo que les decimos es que la única forma de tratamiento es grupal, y que el tratamiento tiene que ser grupal” (PSI2).

Detrás de estas diversas representaciones por parte de lxs profesionales rigen modelos de abordaje diversos. Entre algunos de ellos, es posible identificar al llamado abstencionista o prohibicionista, el cual se centra en la sustancia y tiene por objeto la erradicación de la misma; vincula al consumo con la enfermedad y la desviación social (Carballeda, 2007); apunta al logro de la abstinencia como ideal normativo y promueve la desintoxicación para quienes están atravesadxs por una situación de consumo. El mismo prevalece desde finales del siglo XIX hasta la actualidad, utilizando estrategias preventivas, tales como campañas publicitarias del tipo “las drogas controlan tu vida”¹⁶, y charlas sobre los efectos de las sustancias. Asimismo, su propuesta terapéutica prioriza la internación para dar respuesta a la problemática.

Esta cuestión relativa a la búsqueda de la abstinencia, la internación y la desintoxicación, se plasma en algunas de las entrevistas, al plantear lxs profesionales lo siguiente:

“[...] Nuestro primer objetivo es la abstinencia absoluta, que eso permite cualquier tipo de cambio” (PSI3).

“Hay un tratamiento ambulatorio. Es como una internación domiciliaria al principio para descontaminar, desintoxicar o como quieras llamarlo. Y ahí empieza la abstinencia” (ENF1).

¹⁶ Instituto de Investigación sobre Jóvenes, Violencia y Adicciones. Informe 2015. Buenos Aires, 2015.

“[...] El dispositivo de abordaje es por abstinencia. Es decir, hacemos una internación ambulatoria y los pacientes están internados pero en su casa, solamente salen al tratamiento” (PSI5).

“[...] Tienen que reconocer que no pueden manejar la sustancia. Por lo tanto, tienen que establecer un proceso de abstinencia, de dejar de consumir” (PSI2).

Por otro lado, tal como plantea Menéndez (2012), ciertos modelos se encuentran en pugna con el “prohibicionismo” en relación a la manera de pensar, diseñar e implementar políticas en materia de consumos problemáticos de sustancias. En este sentido, se identifican varias corrientes que trabajan desde perspectivas distintas, tales como la Medicina Social Latinoamericana; las perspectivas de salud integral; el modelo de reducción de riesgos y daños (Romaní, 2008; Menéndez, 2012) o, en términos de Camarotti y Kornblitt (2015), el modelo integral comunitario, el cual surge a mediados de 1980 a través de actividades puntuales; entre otras.

Estas corrientes sacan el foco de la sustancia y lo colocan en la singularidad del sujetx y en la necesidad de construir estrategias que garanticen derechos, y surgen como alternativas para reducir los efectos negativos vinculados al consumo problemático. Las mismas trabajan desde la flexibilidad de la intervención, comprendiendo que las personas están atravesadas por múltiples cuestiones que no pueden ni deben abordarse desde protocolos estancos. Así, hacen énfasis en los aspectos cambiantes y dinámicos, en los fines que se pretenden alcanzar y en el análisis de los elementos que constituyen la situación, teniendo en cuenta los recursos humanos y materiales de lxs sujetxs, su personalidad, el contexto, entre otras cuestiones importantes (De Robertis, 2006).

A partir de estas corrientes, es posible delimitar un proyecto común de intervención entre lx profesional, lx sujetx y la institución o dispositivo, considerando a lx profesional como unx agente de cambios que realiza intervenciones. De esta forma, se establece un intercambio recíproco de conocimientos, saberes, deseos y necesidades, lo cual se aleja de la hegemonía disciplinar y da lugar a la justicia epistémica. Es así que, se interviene desde la comprensión del enfoque de derechos, de la perspectiva de géneros y diversidades y desde la Medicina Social, en pos de lograr una atención integral que no solo se enfoque en lo puramente biológico.

En tal sentido, en algunas de las entrevistas realizadas fue posible entrever la presencia de estas corrientes, al mencionar lxs profesionales:

“[...] la idea es, no te digo felicitarlo pero sí decirle que está muy bien que haya venido, y que esto nos abre la puerta para ver qué podemos hacer en conjunto, porque sino pasamos a la cosa obligatoria e incriminadora” (PSIQ1).

“[...] Nosotros trabajamos en todo lo que es acceso a derechos, y siempre está enmarcado en el campo de la salud. [...] Mucho tiempo trabajamos con las personas un montón de otras cuestiones y no directamente el consumo, porque es necesario ordenar otras cuestiones de su vida para poder abordar ese consumo” (TS1).

En esta misma línea de pensamiento, una de las psicólogas plantea:

“Hay muchas cosas que se juegan cuando se habla de consumo problemático. El sujeto es un todo, entonces ves violencia de género, cuestiones de vivienda, de alimentación, de terminar los estudios y muchas otras” (PSI1).

Estos modelos y corrientes más integrales parten del ideario de que las personas son, ante todo, sujetxs de derechos (Romaní, 2008; Menéndez 2012), y que el consumo debe pensarse a partir de la interrelación entre sustancia, sujetx y contexto. En relación a ello, la citada psicóloga menciona:

“[...] En realidad tiene que ver la relación de la persona con la sustancia. Entonces para trabajar esa relación trabajas todo lo otro. O sea, nunca nosotros vamos a trabajar “¿por qué consumís?”, porque claramente nunca va a salir así. Entonces, es como tratar de construir el lazo, ver el trabajo, si le gusta alguna actividad, y empezar a trabajar otras cosas para que después eso decante a ver por qué se llega a ese consumo” (PSI1).

Este tipo de modelo se promueve mediante la Ley Nacional de Salud Mental, ya que la misma comprende al usuarix como sujetx de derechos; coloca a los consumos problemáticos en el campo de la salud y propone incorporar aspectos de la reducción de daños en los abordajes realizados en salud. Al mismo tiempo, mediante estos modelos y corrientes mencionados previamente se pretende desestigmatizar a la sustancia, al sujetx consumidrx y al consumo, a partir de promover la “normalización de las drogas” (Romaní, 2008). Con respecto a esto último, en una de las entrevistas se pone de manifiesto la cuestión de la desestigmatización de las sustancias, al mencionar la profesional:

“[...] No le vamos a decir a un pibe que “está bien fumarte un porro”, pero sí entendemos que eso no implica necesariamente una problemática. Sino justamente se trata de ver cuándo es una problemática y cuándo no” (AT1).

El concepto “Reducción de Daños” surge a partir de algunas experiencias desarrolladas en los años 80 en ciudades de Europa como Rotterdam, Liverpool, Ámsterdam, etc. En ellas se implementaron acciones como el intercambio de jeringas, la dispensación clínica de metadona, entre otras, que iban destinadas a lxs usuarixs de sustancias que no podían o no querían dejar de consumir, y también para aquellxs usuarixs de sustancias inyectables, en pos de prevenir la infección por VIH/SIDA y Hepatitis B. De esta manera, la reducción de daños se comprende como una política social que busca minimizar los efectos negativos asociados al consumo de drogas, en lugar de ignorarlos o perseguirlos; sin restarle importancia al peligro asociado al uso de sustancias psicoactivas (Damin, C y Arrieta, E., 2017). Así como también, busca prevenir enfermedades transmisibles, disminuir la mortalidad, favorecer la accesibilidad a los servicios asistenciales y mejorar la calidad de vida de lxs sujetos (Sedronar, 2019).

Las políticas de reducción de daños pueden asumir la forma de una variedad de estrategias, tales como programas de mantenimiento y sustitución opiácea, programas de administración médica de drogas, áreas de tolerancia al consumo de drogas, trabajo de calle, educación e información sobre las drogas, distribución de preservativos, distribución o cambio de jeringas, instituciones de “bajo umbral de exigencias” con objetivos intermedios a la abstinencia, entre otras (Inchaurreaga et. al. 2002). En el caso de General Alvarado, el dispositivo que implementa el modelo de reducción de riesgos y daños promueve esta última estrategia mencionada, ya que no se enfoca específicamente en lograr la abstinencia de lxs sujetxs, sino más bien busca problematizar en torno al consumo y reducir los efectos negativos y las consecuencias que el consumo problemático puede provocar en lxs mismxs.

Por otro lado, Touzé (2006) identifica al modelo ético-jurídico, el cual surge a principios del siglo veinte bajo la influencia del prohibicionismo en EEUU, y está basado en el criterio de legalidad, considerando al sujetx como delincuente y víctima al mismo tiempo, y a la sustancia como protagonista y causa de la problemática. En este sentido, Kornblitt et.al. (2011) agregan que, también se considera que lxs sujetxs son culpables por transgredir la ley, y que por ello deben ser castigados. Por lo cual, este modelo tiene a la sustancia como referente y pone el foco en las medidas legales y penales que van dirigidas hacia lxs sujetxs consumidores, quienes son percibidos como “delincuentes” que violan la ley. De esta manera, “[...] el modelo lleva a la criminalización y a la estigmatización de los usuarios” (Kornblitt et.al., 2011, p.11).

En tal sentido, en algunos discursos se identifican ciertas cuestiones del modelo mencionado en el párrafo anterior:

“Los adictos son desestructurados en todo sentido: no arrancan en un horario, se acuestan cuando no les queda consumo, no van a trabajar, roban, hacen todo lo que no se debe. [...] Los adictos generalmente son el 90% violentos activos [...] son todos mentirosos y son todos manipuladores, se creen la misma mentira. Manipulás para robar, para que te crean” (ENF1).

Asimismo, Touzé (2006) identifica también otros modelos, como el médico-sanitario, surgido en la segunda posguerra y ligado al pensamiento médico-hegemónico, el cual considera al sujetx un enfermo y al consumo problemático una enfermedad infectocontagiosa; el psico-social, incorporado en 1960, que se centra en el vínculo del sujetx con la sustancia y tiene en cuenta el contexto, considerando al consumo problemático como síntoma de un malestar previo en el medio social del sujetx; el socio-cultural, que comienza a tener validez a principios de 1970, ve al sujetx como víctima y al consumo problemático fruto de las disfunciones del sistema; y el geopolítico, difundido en 1980, coloca al traficante como actor principal en la problemática y ve a la sustancia como enemigo (Touzé, 2006).

En este sentido, el modelo que prevaleció con gran fuerza a lo largo de la historia, y que aún hoy en día continúa influenciando las estructuras y decisiones que se toman en los servicios e instituciones de salud, es el médico-hegemónico. El mismo “es portador de un discurso que le confiere autoridad y capacidad represiva” (Programa Médicos Comunitarios. Módulo 1), en el cual el sujetx es considerado siempre un “paciente” (Menéndez, 1985) con un trastorno, y la enfermedad es algo ajeno a la persona.

El modelo médico-hegemónico está sostenido por toda una organización social, política, ideológica y económica que refuerza y fortalece dicha hegemonía a partir de ideas que lo avalan y justifican, excluyendo tantas otras posibilidades de ver y de actuar (Vetere, 2006). A partir del mismo, las intervenciones se realizan siguiendo únicamente el discurso del médico, ya que se considera que tiene hegemonía disciplinar; lo cual impide el trabajo interdisciplinario vital para lograr intervenciones integrales y transformadoras.

Tal como plantea De Robertis (2006), este modelo influyó enormemente en las intervenciones, ya que se consideraron e incorporaron gran cantidad de sus referencias y de su terminología. La autora plantea que, a partir del método psicosocial individualizado, lxs profesionales “trataban” “enfermedades sociales”, otorgando “remedios” a aquellxs atravesadxs por una carencia o problemática social determinada. A su vez, los objetivos del tratamiento se definían como curativos, preventivos y promocionales, lo cual refleja también

el fuerte influjo médico.

En este sentido, en las entrevistas se identifican algunos aspectos de este modelo vigentes en los dispositivos de General Alvarado, tales como la concepción de lxs sujetxs como “pacientes” con una “enfermedad”, y lo referente a la hegemonía disciplinar. Por lo cual, a continuación se plasman algunos de los dichos de lxs profesionales en los cuales se logra observar lo mencionado:

“El consumo problemático es una enfermedad crónica por el daño que te hace al cerebro. Por el daño que hace en el corte prefrontal, que es el núcleo accumbens. [...] La enfermedad es para toda la vida. No es que te vas y te curaste, el deseo de consumo lo vas a tener siempre. O sea, es una enfermedad crónica porque es una enfermedad de memorias, y la memoria nunca se borra” (ENF1).

“[...] en general solos no vienen nunca, y la demanda no viene del paciente; de hecho la anosognosia y la falta de conciencia de la enfermedad es parte del criterio del diagnóstico” (PSI5)

“[...] trabajamos adicciones a lo que sea; hay pacientes que consumen alcohol, hay pacientes que consumen drogas, hay algunos que consumen todo” (PSI3).

“[...] lo que tiene este dispositivo es una pata que es la prevención y la promoción y otra pata que es el tratamiento. [...] Lo que trabajamos mucho es la prevención” (ENF1).

El posicionamiento de este modelo médico separa al sujetx de la sociedad en la que vive y del medio en el que interactúa, dejando de lado factores explicativos claves al negar el nivel de análisis social y el vínculo existente entre la salud y las prácticas culturales de la sociedad. De esta manera se pierde de vista y se fragmenta a la persona, al ser humano como sujetx de derechos, y las personas terminan aceptando tal fragmentación entregando sus cuerpos físicos a saberes científicos, basados en una asociación entre lo científico y lo técnico con el bienestar.

Se produce así un monopolio del saber que diferencia y valora a aquellxs que “saben” (lxs profesionales, los científicos) de quienes “no saben” (lxs sujetos de la intervención) y que deben, por lo tanto, quedar sometidos a la voluntad de lx profesional. Así, estxs últimxs son colocadxs en un lugar de privilegio por establecer “la verdad” acerca de los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado. De esta manera, este modelo se mantiene a partir de un saber-poder (Foucault, 2018) que está legitimado y certificado, y que aleja a lxs profesionalxs de los conocimientos y saberes populares de lxs sujetxs.

En palabras de Ovejero Bernal y Pastor Martin (2001) “[...] el saber no está, no se permite que esté al alcance de todos, sino solo al alcance de unos pocos elegidos. El discurso de la verdad pertenece a aquellos que poseen el poder [...]” (p. 100). Y así, manteniendo a lxs sujetxs alejadx de la posibilidad de verdad sobre su propio proceso de salud-enfermedad-atención, el modelo médico-hegemónico perpetúa su supremacía por sobre las demás corrientes de pensamiento, generando que lxs sujetxs deban acudir a “lxs expertxs” para poder solucionar sus problemáticas. Por lo cual, la hegemonía se presenta como una resistencia hacia la diversidad de formas de pensar, de saber y de sentir.

Esta cuestión relativa a la hegemonía disciplinar, al saber-poder y a la verdad en manos de “lxs expertxs”, propia del discurso del modelo médico-hegemónico, ha sido puesta de manifiesto en las entrevistas, al referir uno de lxs profesionales:

“[...] una situación puntual de un paciente que no quiere venir al grupo entonces viene dos entrevistas de admisión, desaparece dos semanas, después cuando lo mandan al grupo no va al grupo, y finalmente termina saliéndose con la suya porque tiene una entrevista individual con un profesional. [...] Entonces siempre lo que les decimos cuando se ponen así medios duros es “mira, si vos te quebrás una pata y el médico te dice que tenés que ponerte yeso, tenés que tomar este calmante, vos no lo cuestionas, ¿por qué acá venís a cuestionar la decisión del profesional de cómo tiene que ser un tratamiento?” (PSI2).

Esto genera que muchas veces lxs sujetxs manifiesten cierta incomodidad debido a la reproducción de una relación poco empática y alejada de lo receptivo entre profesional y sujetx de intervención. Lo cual puede implicar, a su vez, que dichxs sujetxs terminen alejándose de los dispositivos de abordaje y, por ende, del acceso y garantía de sus derechos. En torno a esta distancia entre profesional y sujetx, la trabajadora social entrevistada menciona que, “[...] muchas veces en turnos médicos entramos con ellos porque no quieren ir solos al psiquiatra o porque no entienden la devolución que les dan” (TS1).

Asimismo, la psicóloga perteneciente al mismo dispositivo que la mencionada trabajadora social, plantea al respecto:

“Nos ha pasado que hemos ido a acompañar en entrevista de niñez porque la persona no entendía, entonces fuimos acompañando esa entrevista para ver si quedaba todo claro” (PSI1).

A partir de estos planteos, es posible entrever una notoria diferencia en relación a las intervenciones llevadas a cabo desde modelos hegemónicos, prohibicionistas y

punitivistas, y aquellas llevadas a cabo desde modelos o corrientes más integrales. Hoy en día, estos distintos modelos coexisten en los dispositivos e instituciones de salud, y muchas veces se tensionan e incluso se encuentran en disputa.

Los modelos de corte sanitarista, prohibicionistas y punitivistas que cobraron fuerza y hegemonía a lo largo del tiempo, al posicionarse desde una mirada unidireccional y jerárquica, generan discriminación y exclusión y, por ende, constituyen una barrera en la accesibilidad a los derechos fundamentales de las personas. Asimismo, para estos modelos la política en salud mental se centra en la “enfermedad” y no precisamente en la construcción de salud (Angelini, 2014), generando que dicho sistema funcione de manera desintegrada del de salud en general. Es por ello que, se vuelve fundamental remarcar la importancia de llevar a cabo abordajes e intervenciones desde modelos integrales, que sigan los principios de la atención primaria de la salud, contemplen la perspectiva de géneros y de derechos, y que den lugar a la escucha activa de ese otrx como sujetx de derechos.

4.4 Dispositivo: consideraciones conceptuales

En la actualidad, existen en nuestro país 770 dispositivos que abordan situaciones de consumos problemáticos. Entre ellos, se encuentran las Casas de Atención y Acompañamiento Comunitario (CAAC); los Dispositivos Integrales de Abordaje Territorial (DIAT); los Dispositivos Territoriales Comunitarios (DTC); las Casas Comunitarias Convivenciales (CCC); los Centros de Asistencia Inmediata (CAI); y las Instituciones Conveniadas (IC). En el caso del Partido de General Alvarado, dentro del cual se enmarca esta investigación, cuenta con tres dispositivos de abordaje de consumos problemáticos: el DTC Sedronar; el Centro Provincial de Atención a la Salud Mental y los Consumos Problemáticos, comúnmente llamado CPA; y el SAMA (Servicio de Abordaje Municipal de Adicciones). Los mismos serán desarrollados en el apartado siguiente.

Partiendo de ello, se adhiere a una definición de dispositivo en los términos de Fanlo (2011), como aquel que emerge ante algún acontecimiento que los hace aparecer, y “su emergencia siempre responde a un acontecimiento históricamente particular” (Fanlo, 2007). De esta manera, es menester agregar los aportes de Fernández (2008), quien establece que los dispositivos institucionales reproducen o producen imaginarios sociales y formaciones socio-históricas (Hermida, Stefani, 2020).

Tal como establece Fanlo (2007), este término suele ser utilizado de diversas maneras, tanto como un concepto general, como para hacer referencia a distintas instituciones, tales como la cárcel, la fábrica, la escuela, el hospital, el cuartel, entre otras; a disposiciones arquitectónicas (panóptico); a discursos; procedimientos; reglamentos, etc. Al

aludir al mismo no se refiere solamente a prácticas discursivas, sino que también a las no discursivas, y la relación entre éstas resulta un requisito excluyente.

En este sentido, los aportes de Michel Foucault respecto de los dispositivos de la modernidad remiten a que los mismos han tenido como objeto la normalización de las poblaciones, de los sujetos, los pueblos e incluso de los deseos (Hermida, Stefani, 2020). En términos de Fanlo (2011), Foucault (1984) define al dispositivo como “un conjunto decididamente heterogéneo, que comprende discursos, instituciones, instalaciones arquitectónicas, decisiones reglamentarias, leyes, medidas administrativas [...] en resumen, los elementos del dispositivo pertenecen tanto a lo dicho como a lo no-dicho. [...] es la red que puede establecerse entre estos elementos.” (Fanlo, 2011, p.1).

Tal como sostienen Hermida y Stefani (2020), cada dispositivo establece ciertos regímenes en pos de visibilizar determinadas cosas y de lograr el ocultamiento de ciertas otras. Establece o “dispone” condiciones acerca de lo que es posible de visibilizar y enunciar, y sobre los saberes que es posible construir. De esta manera, el dispositivo inscribe en lxs sujetxs y en sus cuerpos un modo y una forma de ser, un conjunto de saberes, de praxis, instituciones y demás, en pos de orientar y dar sentido a los comportamientos, gestos y pensamientos de lxs individuuxs.

Lo que define al mismo y lo que lo distingue de la institución, de acuerdo a Fanlo (2011), es la relación o red de saber/poder en la que se inscriben la escuela, el cuartel, convento, hospital, cárcel, fábrica, etc. Por lo que, puede establecerse entonces que un dispositivo es una red de saber-poder que se establece entre los distintos componentes institucionales, sistemas de normas, formas de comportamiento, procesos económicos y sociales, etc. Un juego de relaciones discursivas y no discursivas que incluye decisiones, leyes, medidas administrativas, enunciados de distinta índole que circulan dentro de dicha relación.

En este sentido, lo que se encuentra en juego en esa relación de saber-poder, es un poder que requiere de cierto orden para poder funcionar, y también determinados saberes que describan, expliquen, legitimen, aseguren o respalden la autoridad de ese poder, para poder funcionar de una manera y no de otra. Así, los dispositivos asignan a unx sujetx para que garantice la veracidad del discurso, en base a ciertos derechos adquiridos por competencia, saber y trayectoria, los cuales validan su práctica y producen efectos de saber-poder.

Tal es el caso del médico y el paciente, donde los discursos y prácticas del primero son validados como verdaderos por los ámbitos institucionales que lo constituyen, como el hospital, la facultad de medicina, el consultorio, etc., produciendo así efectos de verdad-poder que influyen en el sujetx de intervención (Fanlo, 2011). Por lo cual, en esta red de relaciones existe una determinada forma de ejercicio del poder y de configuración del

saber, los cuales posibilitan determinados efectos de verdad y realidad; y así lxs sujetxs terminan quedando ancladxs a esos efectos de saber/poder.

Por otro lado, se vuelve interesante traer a consideración los aportes de Fernández (2008), quien sostiene que existen formas distintas de comprender la noción de dispositivo. Encontrando, por un lado, a la perspectiva foucaultiana mencionada con anterioridad, la cual considera que hay dispositivos “ya dados” y, por el otro, a aquella que considera que es posible construir y diseñar dispositivos institucionales y comunitarios, a través de los cuales sea posible romper con las lógicas imperantes en los imaginarios, cuerpos y deseos. En base a ello, en esta investigación se adhiere a esta última perspectiva acerca de la noción de dispositivo, ya que la misma abre la posibilidad de hacer frente a los efectos normalizadores de los dispositivos institucionales (Hermida, Stefani, 2020).

Al mismo tiempo, Fanlo (2011) explica que los dispositivos se reconstruyen constantemente, por lo que no utilizan los mismos mecanismos ni producen siempre el mismo resultado; y así van produciendo diferentes tipos de subjetividades en cada momento histórico. A su vez, no todxs lxs sujetxs atraviesan el dispositivo de la misma manera, ya que, si bien los dispositivos son los que inscriben reglas y procedimientos en los cuerpos de lxs sujetxs, quienes determinan cómo aplicarlas en base a cada situación, son lxs propixs sujetxs.

4.4.1 El partido de General Alvarado y sus dispositivos de abordaje de consumos problemáticos

El partido de General Alvarado se encuentra ubicado al Sudeste de la provincia de Buenos Aires, limitando con el partido de General Pueyrredón; el de Balcarce y el de Lobería. El mismo abarca las localidades de Miramar, que es su ciudad cabecera; Otamendi; Mechongué; Mar del Sud y Centinela del Mar.

De acuerdo a los datos provistos por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (Indec)¹⁷, en base al censo del año 2022, el partido de General Alvarado cuenta con una población total de 45.597 habitantes, la cual se encuentra distribuida entre los quince barrios de las anteriormente mencionadas localidades que integran el distrito. Estos barrios son: Centro, San Martín, La Palma, El Progreso, El Paraíso, Los Pinos, Las Flores, Aeroparque, Los Patricios, Las Lomas, Parquemar, Parque Bristol, Arenas de Oro, Villa Golf y Copacabana.

En este sentido, en relación a la temática de estudio de esta investigación, General Alvarado cuenta con tres dispositivos de abordaje de consumos problemáticos, siendo estos

¹⁷ <https://www.indec.gob.ar/>

el Centro Provincial de Atención a la Salud Mental y los Consumos Problemáticos (CPA); el Dispositivo Territorial Comunitario (DTC) Sedronar; y el Servicio de Abordaje Municipal en Adicciones (SAMA).

A partir de las entrevistas, se identifica que cada uno de estos dispositivos implementa modalidades de trabajo diferentes. Entre algunas ellas, se identifican los abordajes grupales; los abordajes individuales; las llamadas por lxs profesionales “internaciones domiciliarias”; los talleres de diversa índole; las visitas domiciliarias; la búsqueda de la abstinencia como principal objetivo; el abordaje de otras cuestiones que interfieren en las vidas de lxs sujetxs más allá del consumo, entre otras.

Por su parte, en relación a la población del distrito con la que trabajan estos dispositivos, se plantea que la misma presenta características distintas; es de clases sociales diversas; de rangos etarios también variados, que vive en diferentes contextos, que pertenece a distintos Barrios, tales como Aeroparque, Marín, Centro, Belgrano, entre otros. En base a ello, a continuación se procede a caracterizar a cada uno de los mencionados dispositivos.

-Centro Provincial de Atención a la Salud Mental y los Consumos Problemáticos (CPA)

Los Centros Provinciales de Atención a la Salud Mental y los Consumos Problemáticos (CPA) dependen del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, mediante la Subsecretaría de Atención a la Salud Mental, los Consumos Problemáticos y las Violencias en el ámbito de la salud pública. En la actualidad, en la provincia de Buenos Aires funcionan aproximadamente 183 CPA, los cuales se encuentran distribuidos en las 11 regiones sanitarias de dicha provincia.

Los mismos son abiertos a la comunidad, son públicos y gratuitos, y se encuentran enmarcados dentro de la política pública en el área asistencial. Tal como se establece en la página web del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires¹⁸, los CPA son dispositivos públicos de salud, de atención y cuidado, con base territorial y comunitaria en los que se brindan prestaciones de tipo ambulatoria. Su propósito principal es prevenir, detectar y/o diagnosticar problemáticas vinculadas con la salud mental, promoviendo y desarrollando procesos de atención ante padecimientos de salud mental y de violencia que se presenten en el ámbito de la salud pública.

Asimismo, la página del Ministerio establece que cada CPA debe contar con un equipo interdisciplinario integrado por disciplinas propias de la psicología, la psiquiatría, el

¹⁸ <https://www.ms.gba.gov.ar/sitios/saludmental/>

trabajo social y la enfermería; así como también estar compuesto por talleristas, operadores y/o acompañantes terapéuticxs, etc. A partir de ello, se promueven acciones tendientes a generar sistemas de apoyo orientados a la continuidad de los cuidados, en articulación con diferentes dispositivos de la red como los Centros Comunitarios, Hospitales Generales, Unidades Residenciales, etc.

En lo que respecta a General Alvarado, la actual coordinadora del dispositivo, quien es psicóloga y forma parte del mismo desde sus inicios, menciona que este comienza a funcionar en el distrito en noviembre de 1994 como un “Centro Preventivo”. En ese entonces, tal como su nombre lo indica, se llevaban a cabo únicamente tareas de prevención, sin poder brindar asistencia a la población; por lo que, ante aquellas situaciones requerían intervención, se realizaban derivaciones al CPA de la ciudad de Mar del Plata.

En sus inicios, el dispositivo se ubicaba en una oficina céntrica de la ciudad de Miramar, a la cual concurría la población de General Alvarado con el fin de obtener información y asesoramiento en torno al consumo problemático. En torno a ello, la directora del dispositivo plantea que, mayoritariamente quienes se acercaban al mismo eran familiares y/o amigxs de una persona con consumo problemático, y no directamente lxs sujetxs atravesadxs por este. Ante ello, lxs profesionales se encargaban de orientar y asesorar a las personas en base a cada situación.

A su vez, en las entrevistas se menciona también que en ese entonces se llevaban a cabo charlas informativas y preventivas en torno a los consumos problemáticos en distintos puntos del distrito, tales como las escuelas, los barrios, las iglesias, el centro de la ciudad, en el ámbito religioso, en el laboral, etc. Y también, en articulación con la Dirección de Deportes del Distrito, y con el objetivo de informar a la población de General Alvarado respecto a este nuevo dispositivo, se llevaron a cabo diversas actividades lúdicas y recreativas en la ciudad.

En mayo de 1998, continuando con la parte preventiva, se incorpora también la parte asistencial y pasa a ser llamado “Centro Preventivo Asistencial” (CPA); el cual estaba compuesto por psicólogxs, operadores, una enfermera y una abogada. En dicho año, el dispositivo se muda a una casa ubicada en la calle 19 entre 30 y 32, en la cual comenzaron a brindar por primera vez “asistencia” a la población de General Alvarado con consumo problemático. Luego, continuando con lo planteado por la actual directora, el dispositivo comienza a funcionar en el Hospital Municipal “Marino Cassano” de la ciudad de Miramar; sin embargo, al contar con un espacio y franja horaria reducidos, debieron distribuir la atención entre los diversos CAPS de la ciudad. De esta manera, las intervenciones se realizaban en los CAPS de los barrios Parquemar, Las Flores, Belgrano y Oeste.

En la actualidad, el dispositivo se encuentra ubicado en la calle 21 N° 1617, en el centro de la ciudad de Miramar, y lleva el nombre de “Centro Provincial de Atención a la

Salud Mental y los Consumos Problemáticos”. Este dispositivo es el único en el distrito a nivel provincial al cual le compete el abordaje tanto de cuestiones de salud mental en general como de violencia institucional en el ámbito de la salud pública. Aunque, en base a lo planteado por lxs profesionales, tanto por decisión del equipo como del Ministerio de Salud de la Provincia, se intenta priorizar el abordaje de los consumos problemáticos.

Tal como se plantea previamente, el Ministerio de Salud de la Provincia establece que cada CPA debe estar constituido por un equipo interdisciplinario, con disciplinas de diversa índole. Sin embargo, en el caso de General Alvarado, el mismo está integrado por su coordinadora, que es psicóloga; otrxs tres psicólogxs; 4 enfermerxs; 1 operadora terapéutica y una administrativa. Por lo cual, al no contar con las disciplinas del trabajo social y de la psiquiatría, se realizan articulaciones y/o derivaciones con el Servicio Social y con el área de Salud Mental del Hospital.

En torno a ello, en las entrevistas se plantea que, cada unx de estxs profesionales desarrollan distintas funciones dentro del dispositivo. La coordinadora es quien se encarga de la gestión del mismo y de mantener articulación e intercambio con la Provincia; y lxs otrxs psicólogxs son quienes coordinan los grupos y efectúan terapias individuales en situaciones puntuales que así lo requieran. Por su parte, la administrativa es la encargada de recibir, informar y brindar turnos a las personas que se acercan al dispositivo; de intercambiar comunicación con los organismos que derivan a lxs sujetxs al dispositivo; de completar formularios y planillas con las prestaciones y talleres realizados; de llevar a cabo estadísticas sobre las personas usuarias del dispositivo; de responder consultas telefónicas y de redes sociales; entre otras cuestiones. Con respecto a lxs enfermerxs, se encargan de brindar talleres y charlas de prevención en escuelas y demás lugares del distrito, tanto sobre consumos problemáticos como de otras cuestiones de salud mental; y también de coordinar los grupos de familia y el de admisión.

El principal objetivo de este dispositivo es el logro de la abstinencia. Para tal fin, se trabaja de manera grupal con tres grupos diferenciados que se dividen en “fases”, de acuerdo a la situación en la que se encuentre cada persona con respecto al consumo. En este sentido, a partir de los planteos de lxs profesionales, se identifican: la Fase de Admisión, en la cual se llevan a cabo dos o tres entrevistas individuales “de primera escucha” para conocer la situación de la persona, el motivo por el que concurre al dispositivo, si cuenta con red familiar, el tipo de consumo que tiene, etc; la Fase 1, en la cual se intenta que las personas “puedan tomar conciencia de la enfermedad y sostener la abstinencia a la droga” (PSI2), ya que lxs profesionales plantean que al comienzo las personas no reconocen o no aceptan que tienen una problemática con el consumo.

Luego, una vez que logran “tomar conciencia de ello” y sostener la abstinencia, pasan a la fase 2, en la cual se trabaja en torno a la “desintoxicación” y la “rehabilitación” de

la persona, así como también en torno a la ansiedad y demás cuestiones que puedan surgir como causa de la abstinencia. Finalmente, cuando consideran que la persona logra sostener la abstinencia por un tiempo prolongado, y “cuestionar sus antiguos hábitos”, puede pasar al grupo de fase 3. Esta última es una “fase de sostenimiento”, en la que “se trabaja sobre la personalidad adictiva” (PSI2). Además, la coordinadora plantea que, a veces lxs sujetxs necesitan abordar otras cuestiones personales que no se vinculan con la dinámica del grupo, por lo que ante estos casos se llevan a cabo terapias individuales con lxs psicólogxs del dispositivo.

A su vez, este dispositivo también implementa “grupos de familia”, a los cuales concurren lxs familiares y/o redes de apoyo de las personas que se encuentran en situación de consumo problemático. En los mismos, dichas personas se expresan libremente y comparten sus sentimientos con el grupo, y lxs profesionales les brindan herramientas para que puedan implementar en la cotidianeidad de sus hogares. En términos de uno de sus profesionales “el tratamiento no es solamente para la persona que consume, sino que necesitamos que se hagan cambios en el sistema familiar para que ese tratamiento pueda ser viable y sostenerlo a largo plazo” (PSI2). En este sentido, si bien la contención y el acompañamiento familiar son muy importantes, se plantea que no todas las personas cuentan con redes de apoyo; lo cual dificulta mucho más el logro del objetivo.

Por otro lado, dado que a este dispositivo le compete también el abordaje de otras problemáticas de salud mental, su coordinadora plantea que el mismo trabaja con aquellxs sujetxs que, por la normativa en materia de Salud Mental que prohíbe las instituciones de internación monovalentes, son externalizadxs de las mismas. En este caso, el CPA se encarga de articular con lxs profesionales que la persona requiera para que pueda continuar con un tratamiento ambulatorio; de buscarle un lugar para residir en caso de que no lo tenga; de insertarlx en actividades artísticas o recreativas en el lugar donde reside; de vincularlo con su familia o redes de apoyo, etc.

En relación a la llegada de lxs sujetxs al dispositivo, una de lxs profesionales plantea:

“Suelen llamar para pedir turno o para preguntar cómo funcionamos, y por teléfono consultan mucho. [...] Por su cuenta es poca la población que va, porque el usuario de consumo problemático es como que no tiene conciencia de enfermedad ni de situación. Es raro que venga él por su cuenta a pedir ayuda. Generalmente si no son derivados de algunos organismos, es la familia la que primero viene a consultar, y por eso también tenemos el grupo de familia” (PSI4).

En torno a ello, en las entrevistas se menciona que las principales instituciones u

organismos que realizan derivaciones a este dispositivo son, el Juzgado, el Patronato de Liberados, la Secretaría de Niñez y el Hospital Municipal. En el caso del Juzgado, este organismo articula con el dispositivo mediante “oficios”; es decir, se contactan por correo electrónico para informar sobre una derivación, y luego el CPA envía información sobre la asistencia de lxs sujetxs, su evolución y demás cuestiones pertinentes. Con respecto al Patronato de Liberados, lxs sujetxs llegan al dispositivo ante una medida dispuesta por un juez para su excarcelación. Ante ello, el Patronato informa al CPA la derivación y la situación de la persona por correo electrónico, y lxs profesionales deben otorgar a lxs sujetxs una “constancia” de asistencia con fecha, horario, nombre y firma de lxs mismxs. Por su parte, con la Secretaría de Niñez también se mantiene comunicación por correo electrónico para informar el motivo de derivación; y, con el Hospital, dado que se realizan derivaciones tanto del CPA al Hospital como al revés, se mantiene una mayor comunicación.

Los principales motivos por los cuales lxs sujetxs son derivados a este dispositivo son, situaciones de violencia familiar por parte de personas en situación de consumo problemático, derivadxs del Juzgado; por cuestiones de tutela o de abrigos, derivadxs de la Secretaría de Niñez; ante personas en situación de libertad condicional o arresto domiciliario con consumo problemático, del Patronato de Liberados; ante sujetxs que llegan a la guardia en situación de consumo, del Hospital, entre otros. En torno a ello, uno de lxs profesionales plantea que, muchas veces estas derivaciones se terminan convirtiendo en un “proceso burocrático”, ya que las personas concurren al dispositivo con la única intención de “dejar conformes” a estos organismos, sin tener una verdadera intención de abordar la situación de consumo.

A su vez, también se articula con el Dispositivo Territorial Comunitario (DTC) Sedronar de General Alvarado, con el cual se mantiene comunicación permanente a través de un grupo de Whatsapp, en el que intercambian información, propuestas e ideas sobre la situación de lxs sujetxs. A partir de ello, se genera una vinculación entre dispositivos que tienen diferentes abordajes, lo que permite que cada sujetx pueda tener la posibilidad de elegir aquel que más se adecúe a sus necesidades y deseos.

Finalmente, en base a los términos utilizados por lxs profesionales, en este dispositivo se logran identificar algunos de los modelos de abordaje desarrollados en el apartado anterior. De esta manera, a partir de plantear a la abstinencia como principal objetivo del dispositivo; de utilizar términos como “desintoxicación”, y de implementar estrategias de corte preventivo, se identifica al modelo abstencionista. Asimismo, al hablar de consumo problemático en términos de “enfermedad”, de lxs sujetxs en términos de “pacientes” y/o “enfermos”, y de plantear conceptos como “historia clínica” y “tratamiento”, se identifican al modelo médico y, vinculado a este, al médico-sanitario (Touzé, 2006). Y

también, en algunas de las entrevistas, se evidencia la hegemonía disciplinar característica de este modelo médico, al manifestar uno de lxs profesionales: “¿por qué acá venís a cuestionar la decisión del profesional de cómo tiene que ser un tratamiento?” (PSI2), ante el cuestionamiento de ciertos sujetos que no están de acuerdo con la modalidad de abordaje grupal.

A su vez, también se logran evidenciar ciertos rasgos característicos del modelo definido por Touzé (2006) como ético-jurídico, en planteos tales como “[...] vienen con una idea de que ellos pueden controlar. [...] Uno no tiene control sobre su relación con la sustancia” (PSI2). En estos casos, lxs sujetos son pensados de manera desarticulada de la sustancia, otorgándole a esta cierto protagonismo y quitándoles a lxs sujetos la responsabilidad por sus actos.

Por otro lado, en contraposición a ello, también se distinguen en los discursos algunos de los actuales lineamientos de la Ley Nacional de Salud Mental. En tal sentido, se evidencian dichos como “ahora en realidad se los llama usuarios, no pacientes” (PSI4); así como también, “[...] por la nueva ley de salud mental los pacientes tienen que estar externalizados de los manicomios. Entonces otra de las funciones que tenemos es ayudar a aquellos usuarios que son externalizados de los monovalentes, a que encuentren toda una red de contención en su lugar de origen” (PSI4).

De esta manera, se puede inferir que, en este dispositivo el modelo de abordaje es de corte más médico hegemónico y abstencionista; aunque cabe destacar que, a partir de lo mencionado en el párrafo anterior, se evidencia que comienzan a incorporarse y reproducirse dentro del mismo algunas actualizaciones en materia de salud mental y consumos problemáticos.

- Servicio de Abordaje Municipal en Adicciones (SAMA)

El SAMA emerge y es traído al distrito a partir de un dispositivo privado de consumos problemáticos de la ciudad de Mar del Plata, llamado “La Rhed”. Tal como plantea su actual coordinador, quien es licenciado en enfermería, este dispositivo surge en General Alvarado a partir de un proyecto que él mismo presenta al Municipio luego de realizar una pasantía de capacitación por el dispositivo de Mar del Plata. En tal sentido, en el año 2014 este profesional organiza una charla informativa abierta a la comunidad en el Teatro Abel Santa Cruz de Miramar, con el objetivo de dar a conocer la modalidad de trabajo de este dispositivo, sus propuestas y demás cuestiones. Luego de ello, el proyecto es aceptado y comienza a funcionar en el distrito en junio de 2016, siendo de gestión pública y gratuito.

Desde ese entonces y hasta la actualidad, el SAMA cuenta con una sede en

General Alvarado que se encuentra ubicada en la calle 52 y 3 de la ciudad de Miramar, dentro del CIC del Barrio Marín. El dispositivo, de acuerdo a lo planteado por su coordinador, está integrado por sus dos directores, quienes son psicólogos, magísteres en drogodependencia y especialistas en “adicciones”, y quienes dirigen el mencionado dispositivo “La Rhed” de Mar del Plata; por 1 secretaria, que es estudiante avanzada de Trabajo Social; 1 coordinador enfermero; 2 psicólogas; 1 profesora de yoga y 1 médico psiquiatra especialista en “adicciones” que pertenece al dispositivo de Mar del Plata, con el cual articulan.

En este dispositivo, de acuerdo a los dichos de lxs profesionales que lo integran, el consumo problemático es considerado una “enfermedad mental” y/o “enfermedad crónica”. Por lo cual, plantean que el principal objetivo del mismo es el logro de la abstinencia absoluta. En torno a ello, tanto lxs profesionales como la página de Facebook del dispositivo¹⁹, establecen que las estrategias propuestas por el mismo se encuentran orientadas a trabajar en la prevención, la orientación y el tratamiento en sus diferentes niveles. Con respecto a la prevención, este dispositivo implementa charlas y talleres preventivos en las diversas escuelas del distrito sobre los consumos problemáticos y sus consecuencias. A su vez, con respecto a la orientación, se promueve el desarrollo de eventos deportivos, culturales y recreativos que orientan e informan a la población sobre el tema.

Por su parte, en relación a la estrategia de tratamiento, lxs profesionales plantean que se lleva a cabo un “tratamiento ambulatorio integral en adicciones”, en el cual se implementa la “internación domiciliaria” como modalidad de abordaje. Dicha internación es explicada de la siguiente manera por una de lxs profesionales: “los pacientes están internados pero en su casa y solamente salen al tratamiento. No tienen manejo de llaves ni de dinero, no pueden salir y no pueden recibir visitas. Al comienzo es así, porque se trata de mantener la abstinencia” (PSI5). En tal sentido, lxs profesionales explican que dicha internación se lleva a cabo únicamente al comienzo del tratamiento, y solamente con aquellxs sujetxs que pueden llevarla a cabo, teniendo en cuenta el contexto en el que viven, si tienen trabajo en blanco, si cuentan con redes de apoyo, y demás factores determinantes.

A su vez, el dispositivo cuenta con diferentes espacios, tales como talleres de diversa índole, grupos terapéuticos, terapias individuales y clases de yoga. En relación a los talleres, se desarrollan el de “Asertividad”, en el cual se trabajan posiciones de comunicación como la pasividad y la agresividad a través del role-play; el de “Manipulación, mentira y control de la ira”, en donde se trabajan las temáticas propias del nombre, tanto a través del role-play como del mindfulness; y el “Taller de familias”, en el cual se brindan

¹⁹ <https://www.facebook.com/samamiramar/>

herramientas y apoyo a los familiares y/o redes que acompañan a lxs sujetxs.

En relación a los grupos terapéuticos, se llevan a cabo dos veces por semana, y en ellos “[...] se hablan diferentes problemáticas respecto al consumo y se van trabajando por confrontación. La psicóloga que está a cargo dirige quién habla y da devoluciones, y se van confrontando entre ellos” (PSI5). Y, con respecto a las terapias individuales, estas se implementan una vez por semana. A su vez, tal como plantean lxs profesionales, el dispositivo lleva a cabo “Talleres vinculares”, en los cuales participan lxs sujetxs usuarixs junto con sus familiares y/o redes de apoyo y lxs psicólogxs del dispositivo, y en ellos se trabajan los vínculos y demás cuestiones específicas de cada persona.

Por otro lado, lxs profesionales plantean que, existen situaciones en las cuales la psicoterapia no es suficiente para poder abordar los “síntomas de las adicciones”, entre los cuales mencionan a la ansiedad, las alucinaciones, dificultades para dormir, problemas alimenticios, entre otros. Entonces, ante estas situaciones, interviene el psiquiatra del mencionado dispositivo de Mar del Plata para medicar a lxs sujetxs con psicofármacos específicos, y luego mantiene un encuentro semanal con lxs mismxs para ir regulando la medicación. En este sentido, uno de lxs profesionales plantea: “[...] el psiquiatra es especialista, porque las benzodiacepinas como son el clonazepam, el valium y demás, tienen un alto poder de adicción. Entonces no se trabaja con esos psicofármacos, sino que se trabaja con otros que no generan adicción” (ENF1).

Por su parte, en torno a lxs sujetxs de intervención, en las entrevistas se hace mención que, si bien se trabaja con personas de características diversas, se plantea que un gran porcentaje de lxs sujetxs son de bajos recursos; en su inmensa mayoría varones; de edades muy variadas, que van desde los catorce años hasta los sesenta y ocho; y pertenecientes a distintos Barrios del distrito, entre los que se menciona principalmente al Barrio Marín, que es en el cual se ubica la sede del SAMA, y también a los Barrios Aeroparque, Las Flores y Centro. A su vez, se plantea que muchas veces estxs sujetxs no finalizaron la escuela, ya sea la primaria o la secundaria. Por lo cual, ante esta situación, el dispositivo incentiva a lxs sujetxs a que puedan finalizarla a través del Plan Fines (Programa de Finalización de Estudios Primarios y Secundarios).

En base a lo planteado por lxs profesionales, la llegada de lxs sujetxs al dispositivo suele ser, en principio, a través de una llamada telefónica para pedir una entrevista. A partir de ello, la persona encargada de las tareas administrativas les indica el día y el horario en el que deben concurrir al dispositivo para la entrevista de “admisión”, y se les solicita que vayan acompañadxs. Luego de ese primer encuentro, se les brinda un “diagnóstico” y, desde ese mismo día, ya pueden comenzar con el tratamiento y a asistir a los diversos grupos y talleres.

Por lo general, la gran mayoría de lxs sujetxs que llegan al dispositivo lo hacen

acompañadxs por familiares y/o redes de apoyo que problematizan la situación, tal como manifiestan lxs profesionales. En este sentido, establecen que quienes cuentan con estas redes de apoyo son quienes más se “recuperan”, ya que tienen cierta contención y acompañamiento que facilita dicho proceso. Asimismo, algunas personas se acercan a la sede por su cuenta o llaman por teléfono para pedir información; aunque, tal como plantean lxs profesionales, estos casos son excepcionales y ante situaciones críticas específicas.

En términos de una de lxs profesionales: “[...] es muy raro que el paciente sólo sea el que llame directamente. A veces pasa que llaman porque se asustan o porque pasó algo diferente a la cotidianidad del consumo, que eso es como una lucecita de conciencia para pedir ayuda” (PSI3). En el caso de estxs sujetxs que concurren al dispositivo solxs y por su propia voluntad, lxs profesionales plantean que, por lo general, cuando aparece la “sintomatología de la abstinencia”, terminan abandonando.

Entonces, en base al análisis efectuado de las entrevistas, es posible inferir que en este dispositivo se implementa un modelo de abordaje abstencionista y de corte médico-hegemónico. Esto es así, ya que, tal como se menciona previamente, el principal objetivo del mismo es el logro de la abstinencia absoluta, a partir de promover la modalidad de “internación domiciliaria” en aquellos casos en que es posible implementarla. Al mismo tiempo, se evidencia el fuerte influjo del modelo médico en las terminologías utilizadas por lxs profesionales, tales como “enfermedad”; “pacientes”; “internación”; “anosognosia”; “historia clínica”; “síntomas”; “tratamiento”; “diagnóstico”; “dar de alta”, entre otras.

Por otro lado, también es posible reconocer la presencia del modelo ético-jurídico (Touzé, 2006; Kornblit et.al. 2011), a partir del cual se llevan a cabo estrategias preventivas para divulgar las “terribles” consecuencias que genera el consumo de sustancias, mostrando sus efectos nocivos y las penas existentes por cultivar, producir, distribuir, vender, usar y poseer las mismas (Kornblit et.al., 2011). En tal sentido, en este dispositivo se implementan charlas “preventivas” en las escuelas, en las cuales participan lxs sujetxs que fueron “dados de alta” para contar sobre su situación en el momento de consumo, y sobre los daños y las consecuencias provocadas por el mismo en todos los ámbitos de sus vidas. A su vez, el modelo ético-jurídico busca el “control” a través de una lógica punitiva, y ello se identifica en este dispositivo cuando, al interior del mismo, se observan láminas pegadas en las paredes con palabras y frases tales como “frenar impulso”, “control”, “impulsividad”, “brutalidad”, “no creerse el dueño de la verdad”, “callarse”, “hacer caso”, las cuales son realizadas por lxs propixs sujetxs en los talleres.

Dispositivo Territorial Comunitario (DTC) Sedronar

La Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina

(SEDRONAR) es el organismo a cargo de coordinar políticas públicas enfocadas en la prevención, atención, asistencia y acompañamiento de personas con consumos problemáticos de sustancias, en todo el territorio nacional.²⁰

El Dispositivo Territorial Comunitario (DTC) Sedronar de General Alvarado comienza a funcionar en el año 2021, estando dirigido hasta la actualidad por la Dirección de Salud Mental de la Municipalidad de General Alvarado, a partir de una co-gestión nacional. Tal como plantean lxs profesionales, el mismo está destinado a toda la población que se encuentra atravesando por una situación de consumo problemático, mediante el desarrollo de una política pública que se orienta al abordaje de los consumos problemáticos desde una “perspectiva integral”.

En la actualidad, el dispositivo está compuesto por un equipo interdisciplinario integrado por 2 trabajadoras sociales; 2 psicólogxs; 2 acompañantes terapéuticas que desempeñan el rol de operadoras, y por una coordinadora, que también es acompañante terapéutica. En torno a ello, su coordinadora menciona que, si bien los abordajes se realizan de manera conjunta, el equipo de trabajo se subdivide en dos para abarcar áreas geográficas de cobertura diferenciadas, contando cada equipo con tres profesionales de las mencionadas disciplinas.

En tal sentido, el dispositivo se encuentra descentralizado, funcionando en distintas sedes y horarios que son difundidos tanto por las redes sociales de la Municipalidad y del propio dispositivo, como por lxs trabajadores de los centros de salud en los cuales este funciona. De esta manera, en la actualidad el dispositivo funciona en cuatro sedes del distrito, ubicadas en los CAPS de los barrios Belgrano y Las Flores de la ciudad de Miramar, en el CAPS de Mar del Sur y en la Unidad Sanitaria de Otamendi. Asimismo, en las entrevistas se plantea que, en aquellos casos en los que no se puede establecer una atención en la sede por alguna cuestión, se buscan alternativas como ir al domicilio de lxs sujetxs o buscar un punto de encuentro. Es así que, lo que se busca en este dispositivo es “romper un poco la lógica del centralismo hospitalocéntrica, [...] y trabajar más desde el territorio” (AT1).

En relación a lo mencionado, lxs profesionales manifiestan que, en este dispositivo no se implementan abordajes estereotipados, sino que los mismos son individualizados y ambulatorios, y se van estructurando en base a las necesidades y a la realidad de cada persona, partiendo de comprender las posibilidades y recursos disponibles. De esta manera, plantean que, si bien pueden existir situaciones en las cuales se deba recurrir a recursos de última instancia como puede ser una derivación para internación, su posicionamiento político es “sostener el tratamiento ambulatorio como bandera” (TS1). Es

²⁰ <https://www.argentina.gob.ar/>

por ello que, se promueve y refuerza la importancia de deconstruir la idea instaurada socialmente de que la internación es la única solución ante la problemática del consumo.

Asimismo, para llevar a cabo un tratamiento ambulatorio desde la salud, se realizan acompañamientos no solo en lo que es el abordaje del consumo en sí, sino también y principalmente en la parte social, vincular y de redes de lxs sujetxs, apuntando al sostenimiento de la persona en su cotidianidad. Esto es así ya que, tal como se establece en las entrevistas, para poder iniciar un abordaje de la situación de consumo y enfocarse en ello, es fundamental que primero estén dadas las condiciones materiales de existencia de esa persona.

En relación a la cuestión del consumo, lxs profesionales consideran que el mismo es problemático cuando impacta en distintos ámbitos de la vida de una persona, impidiendo que pueda sobrellevar un proyecto de vida. Es por ello que, tal como plantean, en este dispositivo no se enfocan en la sustancia en sí ni en las cantidades consumidas, sino que se trabaja fundamentalmente en el mejoramiento de la situación de vida de las personas y en alcanzar su mayor bienestar. De esta manera, el foco es colocado en lo que cada persona quiere hacer, en lo que le gusta, en sus intereses, en si desea trabajar o estudiar, etc., y es a partir de ello que se realizan acompañamientos para transformar su situación.

En este sentido, la coordinadora plantea que, una de las principales características del dispositivo, es que no se trabaja desde el consumo cero, sino que más bien se intenta problematizar y deconstruir esa idea tan instaurada socialmente de que el consumo cero es un requisito fundamental para iniciar un tratamiento. En términos de la mencionada profesional: “no importa si estás en consumo, al contrario, acercate porque es una manera de empezar a no estarlo” (AT1).

De tal forma, lxs profesionales refieren que, muchas veces las intervenciones del dispositivo se basan en obtener un turno para gestionar un D.N.I.; en articular con profesionales de Desarrollo Humano u otro organismo por cuestiones alimentarias de lxs sujetxs; en generar y fomentar redes que contengan y acompañen; en ayudar en el armado de un currículum; en articular con médicxs para la obtención de un turno; en asesorar y acompañar ante un trámite de salud; en gestionar con ciertas figuras u organizaciones que no son formales del Estado para establecer la posibilidad de generar otro alcance y acompañamiento, como pueden ser clubes o espacios barriales; en articular con comedores barriales para que las personas puedan obtener recursos ante determinadas situaciones sociales complejas, etc. Entonces, tal como manifiesta una de lxs profesionales: “[...] no es solamente la cuestión del consumo problemático en sí lo que trabajamos acá. A veces se trata de sostener espacios de escucha y solo eso, porque no se puede otra cosa, porque no es el momento o por lo que fuere” (TS2).

En relación a la llegada de lx sujetx al dispositivo, se plantea que puede ser tanto por demanda espontánea como por derivación de algún organismo del Estado. Por lo general, quienes principalmente se acercan al dispositivo para buscar ayuda y problematizar una situación de consumo, son las redes vinculares y/o de apoyo, y no necesariamente lxs sujetxs atravesadxs por situación de consumo problemático. Entonces, se plantea que el enfoque no sólo está puesto en la asistencia individual de lx sujetx, sino que también en trabajar y mantener articulación con dichas redes, ya sea gestionando con algún otro dispositivo como puede ser CPA, para que puedan participar en uno de sus grupos de familia, o directamente escuchando las necesidades y la situación de dichas personas.

De esta manera, cuando lxs sujetxs llegan al dispositivo acompañadxs, se realiza una entrevista a cada unx por separado con el objetivo de ver lo que se desprende de sus discursos; lo que refieren en cuanto a la situación que están atravesando; lo que plantean como necesidades en ese momento; qué otras cuestiones, además del consumo, se vislumbran en esos discursos; entre otras cosas. A partir de lo que va surgiendo en esas entrevistas de primera escucha, lxs profesionales van pensando posibles estrategias de acompañamiento que se puedan implementar en base a cada situación particular.

Luego, tal como manifiestan lxs profesionales, se intenta pactar un encuentro por semana con lxs sujetxs para lograr entablar un vínculo y dar cuenta si lo que se plantea es realmente un consumo problemático o no lo es, o si la problemática es otra que no necesariamente tenga que ver con el consumo. Sin embargo, muchas veces sucede que ese próximo encuentro no ocurre. Por lo que, ante estos casos, lxs profesionales se contactan telefónicamente con lxs sujetxs para consultar el motivo de ausencia e incentivarlos a que continúen yendo. Lo cual es una forma de demostrar cercanía e importancia por la situación de ese otrx.

Por ende, la modalidad de trabajo que se implementa en este dispositivo es individual y, tal como plantea una de lxs profesionales, “ninguna intervención es igual a la otra” (TS1). En torno a ello, en las entrevistas se hace referencia a la complejidad de poder establecer y mantener el trabajo grupal desde un solo dispositivo, planteando el antecedente de un espacio grupal de mujeres implementado en el pasado que no pudo mantenerse, cuyo objetivo era problematizar sobre la ausencia de estas en el dispositivo y sobre el lugar de “cuidado” y de “ayuda” en el que suelen colocarse. De acuerdo a lxs profesionales, los principales obstáculos que se presentan en la adherencia a lo grupal son, la dificultad para hablar frente a otrxs sobre la situación de consumo, y el hecho de que en General Alvarado “nos conocemos todos”, lo cual complejiza aún más la apertura hacia la grupalidad y el diálogo en conjunto.

Es por ello que, desde este dispositivo se incentiva la articulación y el trabajo en

conjunto con otras áreas del Estado y, principalmente, con las organizaciones sociales. El objetivo de ello es dar cuenta de las demandas puntuales, las necesidades y las posibilidades existentes en cada territorio del distrito y, a partir de ello, poder llevar a cabo un acompañamiento y un sostenimiento desde lo real. En este sentido, lxs profesionales mencionan que, es a partir de este trabajo en conjunto con las organizaciones sociales, que emerge en un comedor del distrito un grupo de mujeres que comienza a problematizar la cuestión del “pipeo” en la comunidad de General Alvarado, buscando solucionar y/o alivianar esta problemática que impacta fuertemente en el territorio. Así, a partir de esta articulación, el dispositivo comienza a trabajar con dicha población desde la prevención.

Asimismo, en las entrevistas se plantea la existencia de un proyecto de trabajo con el Club “Amigos Unidos”, el cual se encuentra frente a una de las sedes de atención del dispositivo. Si bien el proyecto se encuentra en proceso de evaluación, el mismo surge a partir del contacto con lxs entrenadores del club, quienes ponen de manifiesto la cuestión del consumo, tanto por parte de lxs niñxs y adolescentes como de lxs adultxs integrantes del mismo. En este sentido, el objetivo del proyecto, llamado “La Pelota No se Mancha”, es trabajar en conjunto con dicho club, considerando que son lxs entrenadores quienes mejor conocen a esa población, quienes tienen una mirada desde lo barrial, quienes sostienen, contienen y acompañan a esa población, y quienes lograron establecer lazos y redes, tanto con lxs niñxs y adolescentes como con lxs adultxs.

De esta manera, es posible reconocer que este dispositivo trabaja desde la territorialidad y el abordaje comunitario, corriendo el eje de lo impuesto y establecido, y colocándolo en la esfera de lo real y de lo posible. En base a ello, cobra relevancia incorporar lo planteado en una de las entrevistas: “[...] nos ubicamos desde un lugar no de que tenemos el saber y que venimos a transmitirlo, sino que justamente entendemos que el saber está en la comunidad y que se necesitan gestionar esos espacios para que ese discurso pueda aflorar. Así que, es un poco la idea de este trabajo” (AT1). Esta cuestión mencionada por la profesional es muy interesante, ya que esta manera de trabajar se aleja del “saber-poder” y de la hegemonía disciplinar que muchas veces caracteriza a las instituciones y a lxs profesionales, dando lugar así a los conocimientos y saberes de las comunidades. Es decir, dando lugar a la justicia epistémica.

En esta misma lógica de pensamiento, otra de lxs profesionales refiere:

“[...] buscamos ubicar a las organizaciones como referentes. O sea, romper la lógica del asistencialismo y de que quede todo en un lugar verticalista o institucional, y que sean las organizaciones las que se empoderen para poder ver las redes y gestionar soluciones. Y obviamente que en casos puntuales sí que se han derivado y se ofrece

nuestro dispositivo para lo que es el tratamiento en sí, pero siempre desde el lugar de la prevención y de generar un espacio de escucha” (PSI1).

Por otro lado, en cuanto a las derivaciones por parte de los organismos del Estado, se menciona que principalmente provienen de la dirección de Salud Mental del Hospital y de Patronato de Liberados, a través de una comunicación telefónica. En relación a Patronato, por lo general lxs sujetxs que son derivadx de dicho organismo suelen concurrir al dispositivo para “cumplir” con la medida de un juez. Por lo cual, lxs profesionales plantean que uno de sus objetivos a futuro es implementar un proyecto grupal a partir de una co-coordinación con este organismo, que permita deconstruir esta idea del tratamiento como “cumplimiento judicial” y que pueda ser pensado como un derecho a la salud.

En relación al área de Salud Mental del Hospital, al depender de esta dirección, la comunicación es constante. Tal como establecen lxs profesionales, ante aquellas situaciones que se observa algún riesgo para la vida de las personas, se articula instantáneamente con la Dirección de Salud Mental para pensar la mejor manera de abordar dichos casos. Asimismo, cuando una persona llega a la guardia del hospital en situación de consumo, el área de Salud Mental informa al dispositivo sobre ello para generar lazos y pensar conjuntamente la manera de intervenir. De esta forma, la articulación es continua, e incluso se llevan a cabo reuniones mensuales con el director de Salud Mental para intercambiar ideas y proponer opciones de abordajes que sean viables, teniendo en cuenta cada caso particular. Así, el dispositivo hace hincapié en la importancia de trabajar corresponsalmente los abordajes, comprendiendo que como dispositivo solo es muy difícil lograr una efectividad real.

En cuanto a las características de la población usuaria del dispositivo, se plantea que principalmente se trabaja con adultxs de entre 30 y 60 años, y que en un 90% son varones. En torno a ello, en las entrevistas se hace hincapié en la cuestión del género, refiriendo a que la llegada de las mujeres y/o feminidades a los dispositivos de atención para lo que es el tratamiento en sí, es mucho más difícil en comparación con los varones. Tal como refieren lxs profesionales: “la mayoría de las mujeres que se acercan siempre es para la ayuda de otros y no para ellas mismas el tratamiento” (TS2); “las mujeres que tenemos en su mayoría son personas que están cuidando o sosteniendo a hombres” (PSI1).

Por otro lado, es pertinente destacar lo planteado por lxs profesionales respecto a la modalidad de trabajo implementada en este dispositivo. Tal como establecen, se llevan a cabo intervenciones interdisciplinarias, surgidas a partir de reuniones de equipo semanales en las cuales se incentiva el trabajo en conjunto y se promueven

intervenciones desestructuradas. En palabras de su coordinadora: “[...] desde la coordinación siempre transmito que justamente se sientan en total libertad de pensar y que pensemos todo colectivamente y sostengamos todo colectivamente” (AT1). De esta manera, a partir del trabajo conjunto y en igualdad entre disciplinas, es posible pensar en un abanico de intervenciones que contemplen la singularidad de cada unx, atendiendo a las demandas puntuales y a las necesidades de lx sujetx.

Finalmente, a partir de lo mencionado, se puede inferir que en este dispositivo se implementa un modelo de abordaje posicionado desde corrientes más integrales, tales como el de reducción de riesgos y daños (Menéndez, 2012); el modelo integral comunitario planteado por Camarotti y Kornblitt (2015); la Medicina Social Latinoamericana, entre otras. Mediante estas corrientes de pensamiento, el proceso salud-enfermedad no es pensado como algo inamovible y extrapolable a cualquier momento, espacio y/o población, sino que es un continuo dentro del proceso vital humano, donde los términos salud-enfermedad no son estados opuestos (López Arellano y Peña Saint Martin, 2006).

De esta manera, a partir de tales corrientes es posible contextualizar a las personas dentro de un espacio y un tiempo determinados, ampliando así la mirada de la salud para evitar caer en reduccionismos a la hora de abordar los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado. Asimismo, mediante estos modelos las personas son pensadas como sujetxs de derechos y, tal como plantean lxs profesionales de este dispositivo, los abordajes se llevan a cabo comprendiendo la relación establecida entre la persona, la sustancia y el contexto. Así como también, se hace hincapié en el mejoramiento y transformación de los distintos ámbitos de la vida de las personas, y no precisamente en dejar de consumir.

CAPITULO V

Mujeres y disidencias en los dispositivos de General Alvarado



5.1 Presentación

En el presente capítulo se abordan algunas categorías obtenidas a partir del análisis discursivo realizado en el trabajo de campo, las cuales fueron reiteradas por lxs profesionales de los dispositivos de General Alvarado durante las entrevistas. Las mismas aluden a la cuestión de la ausencia y/o baja concurrencia de las mujeres y disidencias en los dispositivos del distrito, y al lugar que suelen ocupar en los mismos las mujeres.

En primer lugar, se comienza incorporando y definiendo un concepto tan amplio y complejo como lo es el patriarcado, mediante el cual se fueron construyendo, instalando y naturalizando discursos, prácticas y representaciones en torno a la manera en la que “deben” ser y/o actuar las personas (Arpini, Castrogiovanni y Epstein, 2012), a partir de un binarismo de géneros que opone el hombre a la mujer y lo masculino a lo femenino. En base a ello, el varón es colocado en un lugar de superioridad con respecto a la mujer, vinculándolo con la esfera de lo público, con la productividad, el hacer, la fuerza y la independencia; mientras que la mujer es colocada y pensada en un lugar de inferioridad, en la esfera privada e invisibilizada del hogar, y vinculada con la dependencia, la subordinación, la sensibilidad, la fragilidad, etc. (Guzmán, 2015).

Este sistema patriarcal es el encargado de regular las relaciones opresivas de géneros (Mignolo et.al., 2014), lo cual contribuye a producir, reproducir y profundizar distintos tipos de exclusión, discriminación y desigualdad por motivos de géneros, que se manifiestan en los dispositivos y atraviesan a lxs sujetxs. A partir de ello, se pretende reflexionar en torno al patriarcado como constructor de hegemonía y como una de las barreras de accesibilidad con las que suelen enfrentarse en los dispositivos las personas en general y las mujeres y disidencias en particular. Asimismo, considerando a este sistema como el responsable de instalar en la sociedad diversas representaciones sociales y estigmas en torno a las personas, se incluye una caracterización de ambas categorías en relación con los dispositivos de salud.

A continuación, se incorpora un apartado en torno a las barreras de accesibilidad en los dispositivos. En el mismo se plantea al género como una de las principales cuestiones que influye en la accesibilidad a la salud de las personas a la hora de acceder a un dispositivo y/o abordaje de salud. Tal es así que, en el análisis efectuado del trabajo de campo, se logra evidenciar una clara coincidencia entre profesionales en relación a la baja concurrencia y/o ausencia de mujeres y disidencias a los dispositivos de General Alvarado.

A partir de ello, se plantea a los géneros como construcciones sociales y culturales (Guzmán, 2015; Pombo, 2012), y se propone problematizar en torno al desigual acceso de lxs sujetxs a los dispositivos por cuestiones de géneros; así como visibilizar la manera en la que ello repercute en la accesibilidad a la salud de lxs mismxs. A su vez, se aborda la

violencia por motivos de géneros al interior del campo de la salud, considerando que las barreras y los obstáculos en el acceso a un derecho fundamental y básico como lo es la salud, constituye violencia de género (Ley Nacional de Protección Integral de las Mujeres N° 26.485).

En este mismo sentido, dado que las relaciones de géneros son relaciones de poder atravesadas por los lineamientos patriarcales, las mismas son asimétricas, jerárquicas y, por ende, desiguales, “en detrimento de la mujer (dominación y subordinación) y se expresan en la cotidianeidad de las instituciones y organizaciones de las culturas: familia, trabajo, la ciencia, la cultura, etc.” (Guzzetti, 2012, p. 109). Por lo tanto, considerando esta desigualdad y desventaja de las mujeres con respecto a los varones, es que cobra relevancia incluir a la violencia de género como parte de la investigación.

Luego, en estrecha relación con el patriarcado y con la cuestión del género como construcción social, se agrega un apartado en torno a los modelos de familia, la maternidad y los cuidados. En el mismo se plantea la manera en la que ciertos modelos, apoyados en el patriarcado y en la heteronorma, delimitaron espacios claramente diferenciados para hombres y para mujeres a la hora de repartir las tareas de cada unx, encontrando a los hombres en el espacio de lo laboral-público y a las mujeres en el de lo doméstico-privado (Faur, 2014). Es así como se fue conformando e instalando uno de los modelos que más perdura a lo largo del tiempo en la sociedad: el del padre-proveedor y la madre-cuidadora (Fraser, 2015). Esto denota la manera en la que se va conformando y naturalizando la identidad de cada unx, así como también el hecho de que las familias se componen de un varón-padre y una mujer-madre. Es por eso que, en este apartado se hace hincapié en la importancia de abandonar la idea de “normalidad” utilizada para referirse a las familias, y lograr hacer énfasis en la diversidad y heterogeneidad de formas y arreglos que esta puede adquirir en su composición.

Asimismo, en este capítulo se hace foco en la importancia que adquiere la perspectiva de géneros y diversidades y la perspectiva interseccional en los abordajes e intervenciones llevados a cabo en los dispositivos de salud. Las mismas permiten visibilizar que las diferencias asociadas al “ser mujer” y al “ser varón” en la sociedad, no son más que construcciones sociales que no revisten carácter de naturaleza y que, por lo tanto, son categorías dinámicas que pueden ir cambiando en el transcurso de las épocas y de las corrientes de pensamiento.

5.2 El patriarcado como constructor y reproductor de hegemonía: representaciones sociales y estigmas en torno a lxs sujetxs de intervención

El patriarcado surge como una antigua forma de organización social basada en la autoridad y en el poder ejercido por aquellos denominados “patriarcas”. De esta manera, tomando los aportes de Mignolo (2014), el mismo es y ha sido el encargado de regular las relaciones sociales de géneros y las preferencias sexuales en relación a la autoridad, la economía y el conocimiento. En este sentido, a partir del patriarcado comienza a surgir la cuestión de la hegemonía, el dominio y el poder de unos por sobre otrxs, planteando la superioridad del hombre sobre la mujer. Asimismo, se fueron construyendo binarismos de géneros que oponen el hombre a la mujer y lo masculino a lo femenino, profundizando así las desigualdades y discriminaciones por motivos de géneros. Así como también, a partir del mismo se instalaron y naturalizaron socialmente ciertas representaciones sociales, discursos y prácticas en torno a la manera en la que “deben” ser y/o actuar las personas.

En base a ello, el patriarcado es planteado en términos de Martínez (2009) como un sistema de opresión y dominación que fue construido por y para los hombres; un orden social basado en la condición de inferioridad atribuida por los varones a las mujeres, el cual subsiste como ideología dominante. Dicho sistema patriarcal y capitalista es el que ha confinado a las mujeres-madres a la esfera privada e invisibilizada del hogar, infravalorando su trabajo y reforzando las desigualdades de géneros. Así, es posible comprender al patriarcado como “(...) el sistema de todas las opresiones, todas las explotaciones, todas las violencias y discriminaciones que vive toda la humanidad (mujeres, hombres y personas intersexuales) y la naturaleza, históricamente construida sobre el cuerpo de las mujeres” (Paredes y Guzmán, 2014, p.77).

A su vez, el patriarcado es el responsable de haber causado la estrecha y consolidada asociación existente entre feminidad y maternidad, entre el hecho de ser mujer y la condición de ser madre (Vivas, 2019). Tal como plantea Faur (2014), a lo largo de la historia los cuidados y la maternidad han sido atribuidos y considerados como rasgos propios de las mujeres, constituyendo el mandato de la mujer como madre uno de los pilares más profundamente arraigados en una cultura caracterizada por la desigualdad entre géneros. De esta manera, se sitúa y se piensa a la mujer como mera reproductora y encargada de lo doméstico, ejerciendo así una explotación e invisibilización de sus cuerpos en la vida cotidiana.

Se considera pertinente la incorporación de esta categoría dentro del primer apartado de este capítulo, ya que el patriarcado constituye el núcleo a partir del cual se fueron construyendo, reproduciendo y naturalizando los distintos discursos y prácticas en torno a lo que deben ser y/o hacer las personas en base a su género. Asimismo, a partir del

patriarcado se instalaron en la sociedad ciertas expectativas en torno a las mujeres y a los varones, las cuales asocian a las primeras con la dependencia, la inferioridad, la fragilidad, la ternura, etc.; mientras que a los hombres se los asocia con la fuerza, la dependencia, la productividad, etc.

De esta manera, el patriarcado se ha encargado de colocar a las mujeres en la esfera privada e invisibilizada del hogar, y al hombre en la esfera de lo público. Entonces, en base a esta lógica, las mujeres deben encargarse de las tareas del hogar, del cuidado de la familia, de su propio cuidado, etc.; y los varones son quienes deben salir a ganarse el sustento diario para mantener a su familia. Es por ello que, considerando el incansable e inacabado esfuerzo que realizan día a día estos últimos por su familia, al encontrarse atravesados por una situación de consumo problemático no suele haber juicios de valor, ni crítica ni cuestionamientos. Sin embargo, en el caso de las mujeres esta situación se presenta de forma totalmente opuesta, viéndose atravesadas por críticas, discriminación, exclusión, estereotipos, desigualdad, etc. mientras que en las mujeres esta situación significa vergüenza, discriminación, exclusión, crítica, estereotipos, entre tantas otras cosas.

5.2.1 La construcción de representaciones sociales

Las representaciones sociales son entendidas como aquellos “pensamientos, acciones y sentimientos que expresan la realidad en la que viven las personas, sirviendo para explicar, justificar y cuestionar esa realidad” (de Sousa Minayo, 2007, p. 55-56). En tal sentido, Villarroel (2007) toma los aportes de Moscovici para plantear que las mismas refieren a una manera particular de comprender y expresar una forma de pensamiento social, que crea la realidad y el sentido común. Asimismo, aluden a fenómenos que deben ser descritos y explicados, y sus funciones principales son la comprensión, la explicación y el dominio de los hechos de la vida diaria.

Las mismas son generadas por los sujetos sociales, y adquieren un carácter cambiante e innovador. Se van construyendo e instalando en la sociedad en base a intercambios de la vida cotidiana, actitudes, contenidos y campos de representación, y en ese acto de representación, se genera una reconstrucción autónoma y creativa del objeto (Villarroel, 2007). En este sentido, es pertinente mencionar que estas construcciones y reproducciones de las representaciones sociales muchas veces emergen a partir de lógicas patriarcales y capitalistas, cargando con una mirada y un posicionamiento hegemónico, androcéntrico y dicotómico.

A partir de ello, se van introduciendo y adaptando conceptos e ideas abstractas en la sociedad, generando al mismo tiempo que la sociedad deba adaptarse a nuevas categorías, conceptos, términos e informaciones. En este sentido, en relación al consumo problemático,

existen diferentes representaciones sociales que se ponen en juego y que repercuten en las personas atravesadas por el mismo. De esta manera, se instalan y reproducen en el imaginario social ciertas connotaciones rotulantes e ideas acerca de dichas personas, que se internalizan y se terminan naturalizando y dando por ciertas. Es así que, al hablar de personas en situación de consumo problemático, es muy usual escuchar términos descriptivos como “faloperos”, “adictos”, “mentirosos”, “ladrones”, “violentos”, “manipuladores”, entre tantos otros.

Perera (2003) toma los aportes de Moscovici (1988) para identificar tres tipos de representaciones sociales:

- Las representaciones hegemónicas: Cuando existe un gran consenso entre lxs integrantes del grupo.
- Las representaciones emancipadas: Otorgan nuevas formas de pensamiento social, ya que no tienen un carácter hegemónico ni uniforme.
- Las representaciones polémicas: Son habituales de los grupos que presentan formas divergentes de pensamientos, y que atraviesan situaciones de conflicto social por determinados hechos relevantes.

En este sentido, tal como establece Perera (2003), las representaciones sociales adquieren un carácter multifacético y poliforme, donde cuestiones como la cultura, la ideología y la pertenencia socio-estructural, así como elementos afectivos, cognitivos, simbólicos y valorativos, las atraviesan y participan en su constitución. En este sentido, la citada autora toma los aportes de Jodelet (1986) para establecer que las mismas refieren a una forma de pensamiento social, y que designan una forma de conocimiento específica. Tal conocimiento es elaborado y compartido socialmente, y se va constituyendo a partir de experiencias y modelos de pensamiento transmitidos a través de la tradición, la educación y la comunicación social.

Al mismo tiempo, Jodelet (1986) plantea que dicho conocimiento permite ir construyendo una realidad común a un conjunto social, e intenta ir dominando ese entorno. Por ende, considera que las representaciones sociales son producto de la apropiación de una realidad externa, y de la elaboración psicológica y social de esa realidad. Son pensamiento constitutivo y constituyente (Perera, 2003).

Entonces, a partir de las representaciones sociales se van generando determinados comportamientos y comunicaciones entre las personas, y así lxs sujetxs hacen inteligible la realidad física y social; logran integrarse en un grupo o en una relación de intercambios, y obtienen a través de ellas los medios necesarios para lograr orientarse en el contexto social y material. De esta manera, mediante esta interacción social cotidiana entre sujetxs, van

surgiendo conceptos, enunciados y explicaciones, y las personas van adquiriendo un entendimiento del sentido común (Perera, 2003).

Asimismo, Jodelet (1986) plantea que las mismas permiten interpretar lo que sucede y dar sentido y significado a lo inesperado; clasificar las circunstancias, los fenómenos y a lxs propixs individuxs, y así se logra interpretar la realidad cotidiana. Ante esto, lo social interviene de distintas maneras, ya sea a través del contexto en el que actúan las personas y los grupos; a través de los esquemas de comunicación propios de la cultura; de los sistemas de valores e ideologías vinculados con ciertas posiciones sociales, etc. (Villarroel, 2007).

A través de la representación es posible relacionarse con un objeto y, en términos de Jodelet (1986), “representar es sustituir, «poner en lugar de», [...] reproducir mentalmente una cosa, se trate de personas, objetos, eventos, ideas, etc.” (Villarroel, 2007, p.8). Sin embargo, la representación no implica simplemente la reproducción de algún objeto o idea, no es solamente repetirlo, sino también reconstituirlo y retocarlo, y así es como adquiere determinado significado para alguien. De esta manera, se determina que la representación tiene un carácter constructivo, de naturaleza innovadora y creativa, tanto en términos individuales como sociales; por lo que es posible vincularla con la interpretación.

En base a ello, se vuelve oportuno incorporar algunas interpretaciones que han ido surgiendo de lxs profesionales en el proceso de entrevista, en torno a lxs sujetxs de intervención, a los consumos problemáticos, a los modelos de abordaje y demás. Entre algunas de ellas, se destacan la diversidad de formas de conceptuar a lxs sujetxs, tales como “pacientes”, “adictos” y “usuarios”; a las intervenciones, consideradas por algunxs como “abordajes” y, por otrxs, “tratamientos”; la interpretación en torno al consumo problemático, considerado por algunxs como “enfermedad”; la asociación entre la persona atravesada por situación de consumo problemático con la mentira, la manipulación, la ira, la soberbia y demás; la concepción de la mujer vinculada con la maternidad y los cuidados; las interpretaciones en torno a los abordajes, pudiendo encontrar quienes sostienen “[...] no tenemos abordajes estereotipados, sino que es más desestructurado y lo estructuramos en relación a la persona y su realidad” (AT1) y, por otro lado, quienes plantean “[...] acá lo que les decimos es que la única forma de tratamiento es grupal, y que el tratamiento tiene que ser grupal” (PSI2).

De esta manera, es posible dar cuenta que las representaciones sociales provienen siempre de unx sujetx hacia algo o alguien, a partir de teorías que va formulando y que permiten analizar la realidad y/o guiar sus conductas. Asimismo, se encuentran atravesadas por la diversidad de modelos, de información, concepciones, definiciones y demás, que fueron influyendo y modificando sus significados y sentidos en torno a determinada cuestión. En este caso, son lxs profesionales de los dispositivos de General Alvarado

quienes elaboran ciertas representaciones sociales e interpretaciones en torno a lxs sujetxs de intervención, a los consumos problemáticos y a los abordajes, a partir de teorías provenientes ya sea de su formación profesional como de los lineamientos propios del dispositivo que integran.

Es así que, a partir de las representaciones e interpretaciones construidas, instaladas y reproducidas en la sociedad en torno a lxs sujetxs que se encuentran en situación de consumo problemático, que se generan ciertos estigmas en torno a lxs mismxs. Por ende, se considera pertinente incorporar y abordar la categoría de estigma en la investigación, considerando que el reconocimiento por parte de las personas influye enormemente en la identidad de lxs sujetxs, y que la falta del mismo puede ocasionar un verdadero daño

5.2.2 El estigma en salud mental

A lo largo de la historia y aún en la actualidad, persisten en el imaginario social diversos prejuicios en torno a las personas con padecimientos mentales, y sobre el confinamiento y exclusión de los mismos, no sólo para su contención y “tratamiento”, sino también para “mantener el orden social” (Amico, 2005). Por tal motivo, es menester traer a consideración la noción de estigma como una categoría clave en los abordajes de los consumos problemáticos.

Los estigmas instalados en la sociedad en torno a las personas atravesadas por situación de consumo problemático son producto de los diversos modelos de abordaje hegemónicos y atrasados, que generan erróneas asociaciones de los consumos con la inseguridad, la violencia, la delincuencia, la pobreza, el delito, el peligro, etc. (Slapak y Grigoravicius 2006). Tal como sostiene Mallo (2016), parte importante de las sociedades latinoamericanas asume una asociación entre jóvenes, violencia y drogas, y así es como se construye un discurso estigmatizante que se reproduce e instala en la sociedad.

Asimismo, Kornblit et.al (2011) plantean que, dado que el consumo de sustancias es considerado un “problema” a nivel social, la respuesta ante dicha conducta es el “disciplinamiento social”, lo cual genera estigmatización y discriminación hacia las personas que llevan a cabo dicha práctica. En este sentido, tales autores vinculan estos dos conceptos con los estereotipos sociales, que son creencias compartidas e instaladas en la sociedad sobre determinados grupos, a quienes les adjudican atributos. De esta manera, la estigmatización refiere al proceso por el cual los atributos que se le adjudican a una persona son negativos y “quedan fijados a su identidad como estables e inmutables, padeciéndolos los imputados como una carga difícil de sobrellevar” (Kornblit et.al, 2011, p.5).

En términos de Goffman (2006), un estigma es cuando se genera un descrédito hacia otra persona por determinados atributos que le son propios, los cuales son incongruentes con cierto estereotipo sobre cómo debe ser determinada especie de individuo. En base a ello, el citado autor identifica tres tipos de estigmas, tales como las abominaciones del cuerpo, que incluye a las distintas deformidades físicas; los vinculados con el carácter del individuo, dentro de los cuales incluye a los padecimientos mentales y, por ende, a los consumos problemáticos; y aquellos estigmas vinculados con la raza, la nación y la religión.

En tal sentido, el estigma se vincula con las expectativas particulares que se tienen sobre las personas o las cosas. Es decir que, cuando unx sujetx posee determinado rasgo o actitud que se impone a nuestra atención, se dejan de lado sus demás atributos y se hace énfasis en esa “diferencia”. Esto denota que lo hegemónico y monótono está tan instaurado y naturalizado que, al encontrarse frente a algo o alguien con características que se alejan de ello, se genera discriminación, exclusión y aversión. Por lo tanto, la cuestión del estigma “surge [...] donde existe una expectativa difundida de que quienes pertenecen a una categoría dada deben no solo apoyar una norma particular sino también llevarla a cabo” (Goffman, 2006, p. 16).

El estigma acarrea con un conjunto de actitudes, estereotipos y prejuicios, los cuales generan discriminación y exclusión. Tal como plantea Gonzalez Dominguez (2019), el mismo se manifiesta a través de numerosas consecuencias negativas para quienes lo sufren, tales como ansiedad social, depresión, aislamiento, etc. Así como también, en relación a las personas con consumo problemático, cargar con un estigma implica mayor desesperanza y menos expectativas de recuperación por parte de lxs sujetxs, lo cual genera una menor búsqueda de ayuda y adherencia al tratamiento.

Es así que, las personas estigmatizadas representan para la sociedad aquello indeseable que puede y merece ser rechazado, por no encuadrarse dentro de lo que una comunidad considera tolerable o no. Esto lleva a que las propias personas estigmatizadas se reconozcan a sí mismas como “diferentes”, dando cuenta que no son aceptadas en igualdad de condiciones dentro de la sociedad. De tal forma, esto genera que las personas con consumo problemático o cualquier otro tipo de padecimiento mental, realicen un esfuerzo por ocultar y/o negar dicha situación, generando de esta manera que no se acerquen a los dispositivos de abordaje en busca de ayuda.

En base a lo mencionado, a partir de la reforma en salud mental, que se fue construyendo luego de un largo y complejo recorrido histórico, el cual es explicitado en el capítulo siguiente, se intenta romper con estas barreras de estigmatización e imponer un modelo basado en el enfoque de derechos humanos y centrado en lxs sujetxs de intervención, en pos de acabar con la exclusión y discriminación que esto genera.

Asimismo, a través de los aportes de la perspectiva de géneros y diversidades y de la epistemología feminista que conforman el posicionamiento ético-político y epistemológico de esta investigación, se promueve la apropiación de nuevos paradigmas integrales y transformadores en salud mental, que permitan problematizar en torno a los estigmas y al impacto de los mismos en lxs sujetxs de intervención.

5.3 Las barreras de accesibilidad en los dispositivos de General Alvarado

Luego de conceptualizar y caracterizar la noción de patriarcado, el cual es responsable de la producción y reproducción de discursos, prácticas y significaciones estigmatizantes en torno a la manera en la que deben ser, hacer y/o actuar las personas, es menester avanzar con las barreras de accesibilidad a la salud. La incorporación de este apartado seguido del de patriarcado adquiere especial sentido si se considera que, es a partir de la instauración de dichos discursos y prácticas, que se obstaculiza el acceso a los derechos fundamentales de lxs sujetxs. Es decir, a partir del patriarcado se imponen y promueven en la sociedad formas de ser y de hacer hegemónicas, jerárquicas y binarias, lo que se convierte en una barrera de accesibilidad al encontrarse la mayoría de las personas por fuera de lo impuesto.

En este sentido, una de las principales cuestiones que repercute en la accesibilidad a la salud de las personas a la hora de acceder a un dispositivo y/o abordaje de salud, es el género. Tal es así que, a partir del análisis del trabajo de campo, se evidencia una clara coincidencia entre lxs profesionales en torno a la baja concurrencia y/o ausencia de mujeres y disidencias a los dispositivos de General Alvarado. Es por ello que, en este apartado se pretende problematizar en torno a dicha cuestión, haciendo hincapié en la manera en la que ello influye en la accesibilidad a la salud de lxs sujetxs.

En palabras de lxs profesionalxs:

“Son más los hombres que van que las mujeres, y no es que consuman más hombres que mujeres, eh. Sino que a la mujer le cuesta más. Es lo que pasa por lo general, le cuesta más” (ENF1).

“Lo que hemos notado por ahí como una generalidad tiene que ver justamente con que llegan más hombres que mujeres. Las mujeres que consumen no son las que atraviesan los dispositivos en general” (PSI1).

“[...] hemos notado que es mucho más evidente el consumo en los hombres. Hay consumo en mujeres, pero es mucho más silencioso y no llegan al dispositivo. [...] Vienen un par de veces y se empiezan a diluir, no siguen viniendo. Nosotros tratamos de buscarle

todas las vueltas, pero nos cuesta mucho más traer a las mujeres al tratamiento y sostenerlas en tratamiento, que a los varones” (PSI2).

En este sentido, cobra relevancia volver a traer a consideración una cuestión planteada en uno de los capítulos de esta investigación, relativa a que muchas personas (sobre todo mujeres y LGTBI+) no logran acceder a un tratamiento por consumos problemáticos debido a la reproducción de lógicas patriarcales y cis-sexistas que suelen presenciarse en las instituciones y/o dispositivos de salud (Lineamientos para abordar los consumos problemáticos, 2022).

De esta manera, en el marco de contextos atravesados por violencias, desigualdades y demás, se presentan distintos obstáculos y limitaciones en el acceso de mujeres y diversidades a un derecho fundamental como lo es la salud (entre tantos otros). Tales desigualdades y exclusiones, ocurren como resultado del entrecruzamiento de distintos factores de opresión, como el género, la edad, la orientación sexual, los padecimientos mentales, entre otros. En este sentido, la noción de interseccionalidad planteada en capítulos anteriores adquiere un sentido y significación trascendental en las intervenciones con mujeres y diversidades para comprender y analizar tales obstáculos y sus implicancias desde distintas desigualdades e ir removiendo así las barreras de accesibilidad.

Entonces, partiendo de considerar que los consumos problemáticos son una cuestión sumamente compleja que se encuentra atravesada por múltiples situaciones, y que impactan en cada persona de maneras muy variadas, es fundamental partir de abordajes situados que permitan vislumbrar las relaciones de poder, los estigmas, los privilegios, las discriminaciones, las violencias y exclusiones que se encuentran asociadas a los mismos.

En tal sentido, la perspectiva de géneros y diversidades (que forma parte del posicionamiento epistemológico de la investigación), tiene un significado fundamental en el abordaje de los consumos problemáticos, ya que un “abordaje sin una perspectiva de género y diversidad complejiza el acceso de mujeres y LGTBI+ y tiene como consecuencia una baja recurrencia a los dispositivos y un abandono temprano de los tratamientos” (Lineamientos para abordar los consumos problemáticos, 2022, p. 14). Por lo tanto, considerando que esta cuestión se materializa en los dispositivos de General Alvarado, es importante poder problematizar y reflexionar en torno a los modelos de abordaje implementados en los mismos.

En base a lo mencionado, Sánchez Pardo (2012) establece que, los roles de lo “femenino” y lo “masculino” producidos y reproducidos por el patriarcado y vigentes aún hoy en día en nuestra sociedad, continúan condicionando e influyendo la manera de ver y pensar a los consumos y a lxs sujetxs que consumen por parte de la sociedad en general y

de lxs profesionales en particular. Por lo cual, el autor plantea que eso es lo que conlleva a que no se le otorgue la atención requerida y necesaria a los consumos de las mujeres, y que muchas veces se ignore el hecho de que tanto varones como mujeres y diversidades consumen y se encuentran atravesadxs por situación de consumo problemático.

Es por ello que se considera de vital importancia poder partir de perspectivas críticas que permitan ir deconstruyendo lo instaurado y reproducido históricamente con tanta naturalidad, en pos de derribar las desigualdades que el género produce a la hora de acceder a un abordaje de consumos problemáticos, y así evitar continuar reproduciendo estereotipos, prejuicios y violencias por motivos de géneros que contribuyan a incrementar estas desigualdades y ausencias de mujeres y diversidades en los dispositivos.

5.3.1 El género como barrera de accesibilidad a la salud

En términos de Martínez (2009), la construcción del género es entendida como una ficción reguladora cargada de significaciones sociales y culturales que son atribuidas a las mujeres y a los varones, las cuales se producen y reproducen a través del patriarcado. Así, a partir de dichas significaciones y mandatos sociales, se fueron construyendo ciertas creencias, costumbres, normas y prácticas en torno a las mujeres y a los varones, creando un imaginario social que se fue reforzando con las representaciones de las mujeres fundamentadas en su naturaleza inferior.

Históricamente, en base al sexo²¹ de las personas al nacer, se atribuyeron y esperaron comportamientos diferenciados para cada unx según sea hombre o mujer, y se asignaron roles diferenciados que deben cumplir según la división sexual del trabajo. Por lo general, se enseña a las mujeres a ser sensibles, empáticas, obedientes, disciplinadas y subordinadas al varón, mientras que a los hombres se les enseña a ser racionales, agresivos, fuertes e independientes; a reprimir sus sentimientos, a ejercer poder sobre otras personas, etc. (Guzmán, 2015).

Así fue como, a lo largo del tiempo, las mujeres fueron aceptando la subordinación, la inferioridad y la discriminación como una condición dada por su “naturaleza” de mujer, mientras que los hombres internalizaron la dominación como una condición propia de su “naturaleza” de hombre. Esto “fomenta no solo la dependencia femenina, sino la violencia contra ellas por parte de los hombres y la sociedad” (Guzmán, 2015, p. 4). Al mismo tiempo, el proceso de socialización masculina fomenta el uso de la violencia en los varones como medio para resolver conflictos, y de esa manera demostrar valor y poder.

²¹ A finales de los setenta, las feministas anglosajonas propusieron utilizar el término “sexo” para designar las diferencias físicas, anatómicas y fisiológicas de hombres y mujeres, que se vinculan con su capacidad de procreación (Esteban, 2006).

En este mismo sentido, a las mujeres les fue atribuida la responsabilidad por el cuidado de la salud y el bienestar de la familia; mientras que los significados construidos en torno a los varones se vinculan con el modelo tradicional de la masculinidad, el cual implica asumir riesgos para la salud y una mayor resistencia a admitir debilidades. Así, las construcciones sociales en torno al género “condicionan las modalidades en que varones y mujeres protegen su salud, perciben síntomas, transitan enfermedades, subjetivizan malestares, acceden a los sistemas de salud y toman decisiones respecto al cuidado de su salud-enfermedad” (Pombo, 2012, p.3).

Por lo cual, tal como mencionan Tajer et.al. (2002), las desigualdades y vulnerabilidades existentes detrás de las asimetrías sociales y diferencias simbólicas entre disidencias, ocasionan maneras diferentes de abordar el proceso salud-enfermedad-atención para cada uno; de enfermar, de gestionar la enfermedad, de vivir, de ser atendidos, e incluso de morir.

En torno a ello, a partir de un estudio de SEDRONAR llevado a cabo en el año 2017, se plantea que entre los años 2010 y 2017, hubo un aumento de 6,1% a 9,1% en el consumo de las mujeres; y se identifica que las mismas atraviesan las instituciones con menos frecuencia y por menos tiempo que los varones, lo cual muestra una falencia importante (SEDRONAR, 2017). Esto permite comprender que el género es un determinante de la salud, y ello puede verse reflejado en los dichos de los profesionales:

“[...] las mujeres llegan aisladas y siempre a cargo de sus chicos, expulsadas junto con la cría de su núcleo familiar. [...] Los varones en general si están en una carrera de consumo no están en una carrera de cuidar a sus chicos” (PSIQ1).

En este respecto, los imaginarios y construcciones sociales diferenciados pueden verse reflejados en la cuestión de los consumos problemáticos, en base a si la persona que lo padece se percibe como mujer, varón o disidencia. Tal como plantea Sánchez Pardo (2012), el consumo de sustancias ha sido considerado hasta hace poco tiempo como una conducta adquirida fundamentalmente por la población masculina adulta. En términos del autor, “fumar o tomar alcohol eran “cosas de hombres”” (p.8); lo cual es propio del modelo tradicional de lo femenino y lo masculino que aún continúa vigente en la sociedad, influyendo en la perspectiva de las personas en torno a los consumos y sus consecuencias.

De esta manera, las mujeres que consumen suelen enfrentarse a un mayor nivel de discriminación, exclusión, rechazo y/o condena social que los hombres, lo que implica también un menor apoyo familiar o social. En el caso de los hombres, el consumo es considerado como algo natural y socialmente aceptado, y “entre las mujeres supone un reto a los valores sociales dominantes” (Sánchez Pardo, 2012, p. 9).

Al reproducir estas creencias en la sociedad de lo que se entiende por mujer y varón, por femenino y masculino, las mujeres y diversidades pueden sentir vergüenza y hasta culpa por encontrarse atravesadx por situación de consumo problemático. Respecto a ello, uno de lxs profesionales sostiene:

“[...] las mujeres muchas veces no vienen por vergüenza, y muchas veces también por aislamiento. Los consumos femeninos son o muy estentóreos y visibles o muy ocultos, por la cuestión existente de la crítica y la punición social, más que al hombre. Entonces las mujeres tratan de guardarlo porque es un impacto muy grande, y saben de lo que se trata” (PSIQ1).

Asimismo, esta vergüenza y esta culpa se acentúan en aquellos casos en los que, además de ser mujer, también se es madre. En términos de Povedano (2020), “desde el momento en que [...] se detecta el consumo, pareciera que estas mujeres cargan con un estigma que las ubica en la posición de malas madres ante los ojos de quienes intervienen con ellas y/o sus hijas/os —médicas/os, enfermeras/os, profesionales de otras instituciones— y a veces también, de las/os referentes afectivas/os que son convocados” (p.2).

En tal sentido, se vuelve pertinente conceptualizar la categoría género como cuestión fundante de la presente investigación. Se comprende al mismo en términos de Guzmán (2015), como una construcción cultural acerca de lo que se entiende por “femenino” y “masculino”, en base a una asignación de roles diferenciada para cada sexo. Esteban (2006) agrega que el género alude a la diferenciación en el acceso al poder implícita en las ideas, representaciones sociales y prácticas de hombres y mujeres, y a la jerarquización de espacios y funciones sociales.

Así, el género se convierte en una actividad que produce y reproduce categorías, tales como lo masculino, lo femenino, la heterosexualidad, entre otras. De esta manera, Pombo (2012) establece que este es construido social e históricamente; está socialmente regulado y es a la vez modificable. Por su parte, Butler (2007) propone una noción performativa del mismo, en pos de demostrar que se puede ir más allá del género de cada unx y actuar en calidad de varón, de mujer, de lesbiana, etc.

Asimismo, cabe incorporar también los aportes de Lamas (2000), quien sostiene que “los sistemas de Género sin importar su periodo histórico, son sistemas binarios que oponen el hombre a la mujer, lo masculino a lo femenino, y esto, por lo general, no en un plan de igualdad sino en un orden jerárquico” (p.6). Entonces, mediante el género es posible estudiar y comprender las relaciones establecidas entre hombres y mujeres, y los factores que repercuten en la mencionada subordinación y discriminación femenina (Guzmán, 2015).

Por ende, a partir de lo mencionado es posible dar cuenta que la gran mayoría de las diferencias entre hombres y mujeres se vinculan con estereotipos de género que son propios de las creencias culturales sobre las cualidades asignadas a las personas en base a su sexo, y que poco tienen que ver con las diferencias biológicas. Así, las desigualdades de géneros pueden manifestarse de diversas maneras: en la división sexual del trabajo, en los roles y estereotipos diferenciados, en el acceso a bienes y servicios, e incluso en modos diferentes de vivir y enfermar (Brull, 2021).

Entonces, tal como sostiene Esteban (2006), para lograr un análisis adecuado de las relaciones establecidas entre género y salud, se requiere replantearse y buscar alternativas a las ópticas deterministas y biologicistas de la realidad de lxs sujetxs que suelen permanecer invisibles para lxs profesionales. Siendo elemental establecer una articulación de las dimensiones biológica, social y cultural de los padecimientos y/o enfermedades.

De esta manera, se vuelve de gran importancia atender y problematizar en torno a las prácticas y discursos que se producen y reproducen en los dispositivos de salud, a fin de identificar la manera en la que opera el género en los procesos de salud-enfermedad-atención de los grupos genéricos. Para ello, es fundamental implementar intervenciones con perspectiva de derechos y de géneros; que aborden al género de manera situada e integral, y que comprendan las opresiones de manera interseccional, en pos de transformar esas relaciones fundadas en la desigualdad, la opresión, la dependencia y la intolerancia.

5.3.2 La(s) violencia(s) en el campo de la salud

Se vuelve interesante y necesario incorporar el concepto de violencia a la investigación, en base a considerar que las desigualdades por motivos de géneros promueven contextos y situaciones de violencia que requieren intervenciones integrales con perspectiva de derechos y de géneros.

En tal sentido, se considera pertinente traer a consideración algunos datos planteados por Meler (1997), quien sostiene que “una de cada 10 mujeres es o ha sido agredida por su pareja (Rico, 1992). Según otras fuentes, entre un 20% y un 50% de las mujeres ha sido maltratada por un compañero sexual. El 2% de las víctimas de actos de violencia conyugal son varones, el 75 % mujeres y el 23 % son casos de violencia recíproca (Corsi, 1990). [...] El servicio telefónico del Programa de Prevención y Asistencia de la Violencia Familiar de Buenos Aires, recibe 600 llamadas mensuales. De éstas, el 97,4% de la población afectada son mujeres de 25 a 54 años. El 73% de quienes llaman están inmersas en un clima familiar violento desde hace más de 10 años” (p. 1).

En base a ello, Brull (2021) establece que el campo de la salud constituye un espacio elemental en el cual es posible detectar la violencia por motivos de género y pensar estrategias integrales de intervención pertinentes para combatirla. Por ende, considerando que la presente investigación se desarrolla al interior del mencionado campo, y que tanto el abordaje de la salud mental en general como de los consumos problemáticos en particular, requieren de intervenciones y respuestas articuladas e integrales que tengan en cuenta las formas de vincularse de lxs sujetxs, el contexto en el cual viven y en el que se desarrollan, es que la inclusión de esta categoría se torna relevante y necesaria de incorporar en la investigación.

Se comprende a la violencia de género en los términos de la Ley Nacional de Protección Integral de las mujeres N° 26.485, como “[...] toda conducta, acción u omisión, que de manera directa o indirecta, tanto en el ámbito público como en el privado, basada en una relación desigual de poder, afecte su vida, libertad, dignidad, integridad física, psicológica, sexual, económica o patrimonial, como así también su seguridad personal. Quedan comprendidas las perpetradas desde el Estado o por sus agentes. Se considera violencia indirecta, a los efectos de la presente ley, toda conducta, acción, omisión, disposición, criterio o práctica discriminatoria que ponga a la mujer en desventaja con respecto al varón” (art. 4). Esta ley establece como tipos de violencia contra la mujer, la física, la psicológica, la sexual, la económica y patrimonial, y la simbólica (art. 5). Estos tipos de violencia pueden manifestarse en diferentes ámbitos: doméstico, institucional, laboral, reproductivo, obstétrico y mediático (art. 6”).

En tal sentido, la citada ley N° 26.485, en su artículo 11 inciso 4.C, establece la necesidad de diseñar protocolos de detección precoz y atención de todo tipo y modalidad de violencia contra las mujeres en las distintas áreas del campo de la salud, los cuales especifiquen los pasos a seguir para la atención de quienes padecen violencia. Asimismo, plantea que se deben promover distintos programas y/o servicios especializados en la atención de la violencia contra las mujeres y/o de quienes la ejerzan.

La violencia de género atraviesa todos los ámbitos en los que las mujeres se desarrollan, considerando que no tienen las mismas oportunidades laborales que los varones; que suelen encargarse de las tareas domésticas y del cuidado de otras personas; que son las principales víctimas de violencia sexual; que sus cuerpos son exhibidos desnudos en los medios de comunicación; que desde pequeñas sufren acoso callejero constantemente; que pueden ser asesinadas por el simple hecho de ser mujeres, entre tantas cuestiones más.

Asimismo, debido a la existencia de relaciones de poder desiguales en función del género, las mujeres suelen ocupar posiciones “inferiores” o “subordinadas” a los varones, tanto en la familia como en el trabajo, en la escuela, en los servicios de salud, en la gran

mayoría de las instituciones de la sociedad, en los medios de comunicación, etc. Desde siempre, se les han exigido y atribuido cuestiones como encargarse de mantener a la familia unida; ser dulces y dóciles; callar las dolencias y los malestares; estudiar carreras relacionadas con la enseñanza y el cuidado de personas, y demás exigencias que condicionan su salud.²²

La violencia planteada en estos términos permite reflejar la cuestión de la interseccionalidad abarcada en capítulos previos, ya que las mujeres no sólo deben enfrentarse a situaciones de violencia, sino también a múltiples formas de dominación y opresión de género y de clase y a relaciones abusivas, que muchas veces se suman a la situación de pobreza, a la responsabilidad por el cuidado de lxs niñxs y de la familia, a la falta de empleo, entre otras cuestiones.

De esta manera, la violencia emerge y es producto del sistema patriarcal y de la masculinidad, pero no de cualquier tipo, sino de una masculinidad en la cual se realiza un gran esfuerzo por marcar y demostrar cierta identidad y “diferenciarse así de las mujeres y de los varones pasivos, infantiles o afeminados” (Meler, 2000, p. 5). Entonces, a partir de este esfuerzo de diferenciación, es como la violencia se vuelve una cuestión cotidiana en las relaciones de géneros.

En este sentido, se vuelve necesario aclarar que, al referir que la violencia basada en los géneros es aquella que es producto de la masculinidad y ejercida por hombres, se está haciendo referencia a un tipo particular de masculinidad y a un tipo particular de hombres. En términos de Muzzin et.al. (2017) “[...] son los que no lloran, los que se tienen que mostrar fuertes, los que se tienen que mostrar seguros de sí mismos, no tienen que mostrar ser débiles, se busca siempre la competición y el ganar. Que no se muestren inseguros, que no se muestren temerosos, y que sean ganadores [...]” (p.50).

La violencia tiene efectos inmediatos sobre la salud de las mujeres que, en algunos casos, suelen persistir en el tiempo aún luego de que haya cesado la misma, y en otros casos llegan a ser mortales. En un informe realizado por la OPS y la OMS (2013), se logran evidenciar las frecuentes consecuencias en la salud de las mujeres a raíz de la violencia, tales como lesiones físicas agudas o inmediatas (como hematomas, quemaduras, heridas punzantes); lesiones que pueden conducir a discapacidad; afecciones del aparato digestivo; embarazos no planeados o no deseados; infecciones de transmisión sexual; disfunción sexual; depresión; estrés y trastornos de ansiedad; autoagresión e intentos de suicidio; baja autoestima; uso nocivo de alcohol u otras sustancias; elección de parejas abusivas en etapas posteriores de la vida; etc. (Brull, 2021).

²² *Manual de promoción de la Salud con mujeres en contexto de encierro* (2019). Proyecto de extensión: “Promoción de la salud con mujeres privadas de la libertad: gestión menstrual y cuidados para la salud e higiene”. Universidad Nacional de Mar del Plata.

En este sentido, tal como sostiene la citada autora, “las/os profesionales de la salud se encuentran en una posición privilegiada para detectar posibles situaciones de violencia de género a través de la consulta programada, demanda espontánea y/o en situaciones de urgencia.” (p.78). Asimismo, considerando la particularidad de que las mujeres son quienes tienen contacto con los sistemas de salud en relación a los diversos momentos del ciclo vital (embarazo y parto, cuidado de hijxs y de otrxs miembros de la familia, etc.), dichos servicios de salud desempeñan un rol fundamental en la asistencia de las mujeres en situación de violencia de género.

5.4 Modelos de familias, la maternidad y los cuidados²³: aspectos que interjuegan en los dispositivos

A partir del análisis discursivo llevado a cabo en el trabajo de campo, fue posible dar cuenta que muchas veces en las instituciones se refuerzan “modelos hegemónicos y estereotipos de ser familia, de ser madres, cuidadoras y objetos de explotación (...)” (Arpini, Castrogiovanni y Epstein, 2012). En base a ello, se vuelve necesaria la incorporación de las categorías “maternidades” y “cuidados” como conceptos teóricos claves y fundamentales de la presente investigación.

En primer lugar, para poder llevar a cabo un análisis de estas categorías, es preciso remarcar la importancia de alejarse y abandonar la idea de normalidad que suele utilizarse al aludir a la familia, y hacer énfasis en la diversidad y heterogeneidad de formas y arreglos que la misma puede adquirir en su constitución. Tal como plantean De Jong et.al. (2001), se vuelve necesario comprender a cada familia a partir de la materialidad de su existencia, como un producto histórico, cultural, particular y singular que no puede ni debe ser comprendido como un producto “ideal” sino como uno real que se va constituyendo “como puede”, en un determinado tiempo y espacio.

Al mencionar esta “idea de normalidad” utilizada en la sociedad para referirse a la familia, se alude a la familia nuclear, la cual está conformada por el matrimonio heterosexual entre dos sujetxs y su descendencia. La misma ha constituido el modelo culturalmente dominante durante la gran mayoría del siglo XX, en el cual el varón-padre-adulto es el jefe de familia y quien posee todo el poder de decisión y de control sobre lxs demás integrantes del hogar. Es un “modelo de familia, con papeles y territorios diferenciados para hombres y mujeres” (Faur, 2014, p.15).

²³ Se adhiere a una definición de “cuidados” en los términos de Batthyány et.al (2019), como “la atención de las necesidades cotidianas de las personas en situación de dependencia, pudiendo ser realizadas por una persona remunerada o no remunerada, familiar o no familiar, en una institución o en el ámbito del hogar” (p. 99).

De esta manera, apoyado en el patriarcado y la heteronorma, este modelo les “asigna a los hombres la responsabilidad principal de proveedores o sostenes económicos y a las mujeres la responsabilidad principal de cuidadoras y educadoras (...)” (Fraser, 2015, p. 138). En términos de Faur (2014), el hombre era el “jefe del hogar”, trabajador de tiempo completo y encargado de todo aquello que formara parte de la esfera “pública”; por lo cual, siguiendo esta lógica, se constituía en “titular responsable de los beneficios y los derechos sociales para su esposa e hijos” (p. 15).

Así es como se fue moldeando la identidad del padre y la identidad de la madre, y sus diferentes formas de criar. Este modelo ha sido reproducido y se ha idealizado como el “modelo normativo asumido como normal por las instituciones educativas y de salud” (Jelin, 2020, p.206). Es decir que, incluso las propias instituciones en las cuales transcurre y ha transcurrido la vida cotidiana de lxs sujetxs suelen reforzar y afianzar este modelo de pensamiento asumido como “normal”, y así es como se excluye a la extensa diversidad de formas de configuración familiar.

En este sentido, una de las trabajadoras sociales entrevistadas ha hecho alusión a esta cuestión relativa a la reproducción por parte de las instituciones de determinado tipo de modelo que se ha instaurado y naturalizado generando exclusión y discriminación, al mencionar que:

“El cuestionamiento está puesto siempre en la madre, como que en la madre hay que laburar para que pueda. Y un poco pasa en todas las instituciones, siempre está como más puesto la maternidad que la paternidad. La escuela necesita a la mamá, Niñez necesita a la mamá, y si hay papá es como que muchas veces está de costado, de acompañamiento” (TS2).

A su vez, otra profesional ha manifestado que muchas veces en los dispositivos se reproduce esta atribución diferenciada de roles entre madres y padres, a partir de cuestionamientos y críticas realizados solamente a las mujeres-madres que deciden no acompañar más a sus hijxs, bajo la pregunta “¿cómo puede ser?”. Mientras que, en el caso de los varones-padres, no existe tal cuestionamiento y/o indagación ante el no acompañamiento o cuidado de sus hijxs. De esta manera, se puede observar una distribución altamente desigual de las responsabilidades atribuidas a las madres y a los padres en torno al cuidado de lxs hijxs y la familia. En palabras de una de lxs profesionales:

“[...] nos ha pasado de que hemos tenido que marcar ponerle una mamá que acompañó, acompañó y acompañó, hasta que en un momento decidió no acompañar más, y dijo listo, le cerró la puerta y no quiso acompañar más. Pero bueno es un complejo de

entender eso, cuando el papa desde el primer día dijo “yo no quiero saber nada y te cortaba el teléfono”, y nadie le cuestionaba nada (PSI1)”.

Al mismo tiempo, a partir de la incorporación de las mujeres en el mercado laboral, se han ido construyendo nuevas expectativas en torno a las mujeres-madres, lo cual implicó también nuevas cargas sobre la idea de ser madre que vuelven al ideal materno mucho más complejo e inalcanzable. Tal como sostiene Vivas (2019), este conjunto de expectativas “[...] oscila entre la madre sacrificada, al servicio de la familia y las criaturas, y la superwoman, capaz de llegar a todo compaginando trabajo y crianza” (p. 5). De esta manera, la mujer-madre es colocada, en primer lugar, al servicio de la criatura y, en segundo lugar, del marido.

En este sentido, uno de lxs psicólogxs ha puesto de manifiesto que, en los dispositivos suele vislumbrarse esta cuestión de la mujer-madre que prioriza a su familia por sobre su propia salud y bienestar, al mencionar:

“[...] La mayoría de las mujeres que tenemos en tratamiento son judicializadas con medidas de abrigo de sus hijos, y vienen con el único objetivo de recuperar a sus hijos, no porque tengan ganas” (PSI2).

A su vez, una de las trabajadoras sociales plantea:

“[...] En los pocos casos que hemos trabajado con mujeres han llegado por intervenciones de niñez, donde está en juego la posibilidad de maternar o no, y ahí es cuando solicitan un acompañamiento” (TS1).

Esto refleja que aún continúa latente el mito de la mujer-madre que debe anteponer los intereses de los demás por sobre los suyos, porque se supone que no tiene los suyos propios. En torno a ello, es preciso mencionar que el patriarcado es y ha sido uno de los principales encargados de reproducir este orden que coloca a las mujeres en las tareas de cuidado, que las reconoce por el hacer y el maternar, y que les quita a los varones dichas responsabilidades, ya que son pensados como aquellos que piensan y proveen.

Esto ha generado que a lo largo del tiempo se vaya construyendo e inculcando socialmente un “deber ser” para ambos géneros, normativizando y regulando lo que deben ser y lo que deben hacer los varones y las mujeres (Arpini, Castrogiovanni y Epstein, 2012). En tal sentido, a partir de las entrevistas fue posible vislumbrar esta idea de la mujer identificada como cuidadora, maternante, relegada a lo privado, al cuidado y a la crianza de lxs hijxs y a la sostenibilidad de la vida. Varixs de lxs profesionales han hecho alusión a que

son las mujeres las principales encargadas de cubrir las demandas de cuidado y acompañamiento de los usuarios varones del dispositivo, ya sean sus parejas, sus hermanos, sus hijos, entre otros. En palabras de lxs mismxs:

“Son siempre mujeres o feminidades que acompañan situaciones de consumo, [...] las que se ubican en ese lugar de ayuda, las que problematizan y buscan soluciones en definitiva” (AT1).

“[...] los hombres que llegan generalmente son acompañados de su mujer o de su madre, o traídos por ellas. Entonces hay toda una cuestión acerca de cuál es el posicionamiento de la mujer en relación a la problemática. Además de asistir y acompañar, pero cuando tiene que ver con una cuestión propia es más difícil que se acerquen ellas” (PSI1).

“[...] Pensamos hacer grupo de mujeres y así poder empezar a conmover un poco esa posición. Pero fue muy difícil porque no lo pudimos sostener; y la realidad es que cuando las mujeres empezaban a repensar y reflexionar, el objetivo de ellas siempre continuaba siendo el mismo: estar mejor para poder acompañar mejor, estar fuerte porque el otro lo necesitaba” (TS2).

Lo anteriormente mencionado denota que se les impone a las mujeres el cumplimiento de funciones múltiples: la maternidad, el trabajo doméstico, su rol como cuidadoras, el trabajo informal sumado el trabajo institucional cotidiano de “acompañar” en los procesos de salud-enfermedad-atención, entre tantas otras.

En este sentido, cabe recuperar los aportes de Barrancos (2012) en torno a las desventajas de la mujer en la participación en la esfera pública. La autora hace hincapié en el problema del tiempo, considerando que los mismos son distintos para las mujeres y para los varones, e identifica a las mujeres como “gerentas de tiempos que parecen inconmensurables y que debemos administrar con mucha inteligencia y prudencia” (p.22). No solo son las encargadas de las tareas domésticas, de la crianza y cuidados de lxs hijxs, de sus trabajos, de la sostenibilidad de la vida; sino que también se les exige cierta devoción estética y una producción del cuerpo dentro de los estándares hegemónicos.

Entonces, se vuelve fundamental poder reflexionar acerca del lugar e importancia que adquieren las necesidades de las mujeres en relación a ellas mismas: el cuidado de su salud; su participación en la esfera pública; el espacio para su esparcimiento y recreación; su derecho al tiempo libre, entre otras cuestiones (Arpini, Castrogiovanni y Epstein, 2012). Para ello, la perspectiva de géneros y diversidades es considerada una herramienta

indispensable que da lugar a la problematización y al cuestionamiento de todo aquello que se ha instaurado y reproducido como “normal” a lo largo del tiempo.

A partir de la incorporación de la perspectiva de géneros y diversidades, es posible comprender y pensar en otras formas de configuraciones familiares, que se alejan de este modelo nuclear heteronormado que se ha reproducido como “normal” durante tantos años. Tal como plantean Robles y Di Ieso (2012), estas “nuevas”²⁴ configuraciones familiares son producto de “(...) la defensa de los derechos de las minorías sexuales; la lucha de las mujeres por la igualdad de género; los movimientos feministas; la adopción; el derecho al aborto; el divorcio; la incorporación sostenida de la mujer al ámbito productivo; la tenencia compartida; la inseminación artificial; la unión civil de parejas del mismo sexo (...)” (p. 46-47). A partir de ello, comienza a promoverse una flexibilización del modelo nuclear-patriarcal-heteronormado, y que las “nuevas” configuraciones familiares logren ser visibilizadas y reconocidas en su totalidad y diversidad.

²⁴ Se vuelve necesario explicitar que estas configuraciones familiares nada tienen de “nuevas”, ya que tal como establece Giberti (2005): “nuevo es el registro de lo que existía, omitido, silenciado o negado” (p. 342).

CAPITULO VI

Conclusiones



REFLEXIONES FINALES

En este apartado se desarrolla la elaboración propia del proceso de investigación y los hallazgos surgidos a partir de ella, cuyo objetivo general fue “Indagar los modelos de abordaje desde los cuales se desarrollan las intervenciones de lxs profesionales en los dispositivos de consumos problemáticos de General Alvarado, y su incidencia en la accesibilidad a la salud”.

Estas conclusiones son provisorias y pueden ser revisadas y problematizadas, ya que mediante este trabajo se pretende representar una parcialidad que puede ser modificada a lo largo del tiempo con nuevos hallazgos que la investigación permita. De esta manera, a partir de la lectura del escrito pueden surgir nuevos interrogantes para continuar con procesos de investigación, ya sean propios y/o colectivos. Asimismo, es menester destacar que los resultados obtenidos a partir de la investigación emergen de un estudio llevado a cabo desde una metodología y epistemología feministas, situadas, con perspectiva de géneros y partiendo del enfoque de derechos.

La estructura de la investigación se compone de siete apartados, los cuales se encuentran distribuidos entre: una introducción; un capítulo con consideraciones ético políticas-epistemológicas y metodológicas; cuatro capítulos que incluyen aspectos teórico-conceptuales considerados claves para la investigación y también un análisis discursivo de las principales categorías que la integran, encontrando en los dos últimos capítulos extractos de las entrevistas realizadas a lxs profesionales.

Por último, en este capítulo se desarrollan las conclusiones parciales obtenidas luego de la investigación, las cuales surgen a partir de los interrogantes iniciales de este proceso investigativo: ¿Cuáles son los modelos de abordaje presentes en el ámbito de la salud? ¿Cuáles son los modelos de abordaje que prevalecen en lxs profesionales de los dispositivos de abordaje de consumos problemáticos de General Alvarado? ¿Cuáles son los marcos normativos y legales actuales, en materia de salud mental, en Argentina? ¿Qué características adquieren los dispositivos de consumos problemáticos presentes en General Alvarado? ¿Se presentan barreras de accesibilidad a la salud en los dispositivos de General Alvarado? ¿Cuáles son los aspectos que obstaculizan y/o facilitan el acceso a los derechos de lxs sujetxs? ¿Qué sentidos le atribuyen lxs profesionales de los dispositivos a los consumos problemáticos? ¿Qué sentidos le atribuyen lxs profesionales a lxs sujetxs atravesadxs por situación de consumo problemático? ¿Qué características particulares asumen las intervenciones en relación con esos sentidos atribuidos?

En base a los objetivos específicos de la investigación, se puede concluir que los mismos se alcanzaron en gran medida. En primer lugar, se lograron indagar los marcos

normativos y legales en materia de salud mental y consumos problemáticos en la Argentina y, a partir de ello, elaborar un desarrollo teórico sobre los mismos. En segundo lugar, se pudieron conocer los diversos modelos de abordaje existentes en el campo de la salud mental, y también llevar a cabo una caracterización de aquellos modelos que generan accesibilidad a la salud. Con relación al cuarto objetivo, que plantea caracterizar los dispositivos de consumos problemáticos de General Alvarado, el mismo también se cumple ya que los mismos se pudieron conocer y describir a partir de las entrevistas realizadas a lxs profesionales que los integran. Asimismo, a partir de dichas entrevistas se identificaron los sentidos que lxs profesionales atribuyen a los consumos problemáticos y a lxs sujetxs atravesadxs por estos. Por último, dado que estos sentidos atribuidos por lxs profesionales son diversos e incluso contradictorios, en base a la perspectiva de cada unx y al dispositivo del cual forman parte, las intervenciones y formas de abordaje también son diversas.

A partir de ello, se arriba a una de las primeras conclusiones efectuada a partir de la articulación entre la teoría de este estudio y los discursos propios del trabajo de campo. En tal sentido, se identifica que en el partido de General Alvarado existen tres dispositivos de abordaje de consumos problemáticos, siendo estos el Servicio de Abordaje Municipal en Adicciones (SAMA); el Dispositivo Territorial Comunitario (DTC) Sedronar; y el Centro Provincial de Atención a la Salud Mental y los Consumos Problemáticos (CPA). En cada uno de estos se distinguen diversas formas de trabajo y modelos de abordaje, en base a lxs profesionales que los integran, al posicionamiento y/o formación de cada unx, al origen de cada dispositivo, entre otras cuestiones.

En base a ello, se retoma el primero de los interrogantes, en pos de plantear que, dentro del campo de la salud existen modelos de abordaje diferenciados, los cuales son actividades vinculadas con la atención de los padecimientos y cuyo objetivo es prevenir, controlar, aliviar y/o curar un determinado padecimiento (Menéndez, 2003). En relación a los consumos problemáticos, estos modelos fueron surgiendo a partir de las necesidades y posibilidades de la sociedad, mediante procesos sociales, económicos y culturales (Menéndez, 2002), y adquiriendo una dinámica y diferenciación específica en relación al contexto en el que se encontraban inscriptos.

Por lo cual, dentro de los modelos del campo de la salud, se puede distinguir entre aquellos que son propios de los abordajes de consumos problemáticos en el ámbito de la salud mental, y aquellos modelos de abordaje de salud en general. De esta manera, para el abordaje de los consumos problemáticos, se identifica el Modelo abstencionista y/o prohibicionista (Carballeda, 2007); el de Reducción de Riesgos y Daños (Alli y Burriel, 2017; Menéndez, 2012); el Modelo Integral Comunitario (Camarotti y Kornblitt, 2015); el Ético-Jurídico (Touzé, 2006; Kornblitt et.al., 2011); el Médico-Sanitario, el Psico-Social, el

Socio-Cultural y el Geopolítico (Touzé, 2006); el Médico-Hegemónico (Menéndez, 1985; Ovejero Bernal y Pastor Martín, 2001; de Robertis, 2006; Vetere, 2006; Foucault, 2018); entre otros. Por su parte, dentro del ámbito de la salud en general, se identifica desde sus inicios al Modelo Médico Hegemónico como expresión máxima del positivo; y, como contracara de este, se encuentran la Medicina Social Latinoamericana y las perspectivas de salud integral, hasta llegar a la salud colectiva, a partir de la cual se intentan comprender las formas con que la sociedad identifica sus necesidades y problemas de salud, buscando su explicación y organizándose para enfrentarlos (Almeida Filho, N. y Silva Paim, J., 1999).

Cada modelo, a partir de su propia ideología, ordena los elementos de la tríada sujeto-sustancia-contexto de determinada manera, hace énfasis en uno u otro elemento y da lugar a caracterizaciones diversas de los mismos (Touzé, 2010). La gran mayoría suele considerar un solo elemento como causa central de la problemática, y cada uno adquiere un posicionamiento y una manera específica de nombrar y pensar la situación, influyendo directamente en las intervenciones. A partir de dichos modelos, se fueron internalizando distintas representaciones sociales de los sujetos, las sustancias y el consumo, tal como se identifica en los discursos de los profesionales de General Alvarado.

A partir de las entrevistas, se evidencian distintas formas de nombrar y pensar a los sujetos, tales como “pacientes”, “adictos” y “usuarios”; y a las intervenciones, como “abordajes” y como “tratamientos”. Asimismo, se distinguen interpretaciones variadas sobre la concepción del consumo problemático, mientras que algunos lo consideran una “enfermedad”, otros lo plantean como una cuestión más compleja que va más allá de la sustancia, y que se encuentra atravesada por las problemáticas propias de la vida de las personas. En este mismo sentido, las intervenciones también son pensadas de diferentes maneras, ya que por un lado se plantea una única forma de tratamiento como posibilidad de abordaje, mientras que, por otro lado, se habla de la inexistencia de abordajes estereotipados y la necesidad de que cada uno se estructure en base a la persona y su realidad.

A partir de lo mencionado, es posible reconocer cuáles de los mencionados modelos prevalecen en los profesionales de los dispositivos de General Alvarado. Mediante las entrevistas se logra identificar que, tanto en el SAMA como en el CPA prevalece una notoria coincidencia no sólo en torno a los modelos de abordaje, sino también en relación a las formas de trabajo implementadas y a la manera en que es pensada la tríada sujeto-sustancia-contexto.

En estos dispositivos se llevan a cabo abordajes desde perspectivas más abstencionistas y/o prohibicionistas, con algunos aspectos característicos del modelo médico-hegemónico. Esto es así ya que, en los mismos se promueve la abstinencia como

principal objetivo; se evidencia la hegemonía disciplinar al plantear una única forma de tratamiento posible, en la cual lo que el profesional decide “no puede ser cuestionado por las personas”; se hace referencia a lxs sujetos en términos de “pacientes”, y al abordaje en términos de “tratamiento”; se plantea al consumo problemático como una “enfermedad”; y demás aspectos característicos de estos modelos que fueron desarrolladas en el capítulo cuatro. Esto permite vislumbrar que las ideas y concepciones que lxs profesionales tienen en torno a los abordajes de consumos problemáticos, a lxs sujetxs y a los consumos se plasman en sus intervenciones.

Por su parte, en el DTC Sedronar se observa un abordaje llevado a cabo desde corrientes más integrales, tales como el modelo de reducción de riesgos y daños (Alli y Burriel, 2017; Menéndez, 2012), la Medicina Social Latinoamericana y el Modelo Integral Comunitario (Camarrotti y Kornblitt, 2015). Estos modelos, en relación al prohibicionista y/o abstencionista, tienen una manera diferente de pensar sobre el diseño y la implementación de políticas de consumos problemáticos; la manera de considerar y nombrar a la sustancia, al consumo y a lxs sujetos; la modalidad de trabajo implementada, etc. En este sentido, se identifican en los discursos de lxs profesionales de este dispositivo cuestiones propias de los mencionados modelos, tales como remarcar la importancia de los abordajes territoriales, individualizados y ambulatorios que rompan con lo estereotipado y con la lógica del centralismo hospitalocéntrico; referir a lxs sujetos en términos de “sujetxs de intervención”; remarcar que no es necesario trabajar desde el “consumo cero” para comenzar un tratamiento; el énfasis puesto en mejorar la situación de vida en general de las personas, más allá del consumo; plantear la importancia de las intervenciones construidas en conjunto con unx otrx; los abordajes integrales de la problemática; el trabajo interdisciplinar; etc.

En base a lo antedicho, es pertinente mencionar que, si bien la gran mayoría de lxs profesionales manifiestan tener conocimiento de las actualizaciones en materia de salud mental y sus normativas, se logra evidenciar que, en muchos de ellxs los modelos de abordaje prohibicionistas y el médico hegemónico, aún continúan repercutiendo en sus discursos y posicionamientos, al reproducir cuestiones propias de dichos modelos. Tal es el caso de aquellxs que, durante las entrevistas mencionan la palabra “paciente” y luego se rectifican automáticamente planteando que ahora ya no se dice así, sino que se debe decir “usuario” o “sujeto”. Esto denota la influencia de este tipo de modelos, los cuales se instalaron con fuerza y se reprodujeron en la sociedad a lo largo de los años.

Con relación a los marcos normativos y legales en materia de Salud Mental y sus actualizaciones, cabe destacar que la Argentina ha transitado por un largo recorrido en relación a esta cuestión. Tal como se desarrolla en el capítulo dos, en este país el sistema de salud mental aún continúa funcionando de manera desarticulada al de salud en general, dado a que durante mucho tiempo la política en salud mental estuvo centrada en la

enfermedad y no en la construcción de salud. A su vez, en el campo de la salud mental existen distintas disputas respecto al lugar y la función social del mismo, la definición de las problemáticas de salud mental, la determinación de lxs profesionales habilitadxs para abordar padecimientos mentales, las diversas perspectivas ideológicas y científicas, etc.

En tal sentido, en el segundo capítulo se toman aportes de Stolkiner (2018) para desarrollar un recorrido de la salud mental, que inicia en 1853 explicando el desprecio existente en esa época hacia “los locos”, “los alienados”, lxs niñxs, lxs pobres y las mujeres, quienes eran vistos como “fracasadx” que no podían ejercer sus derechos por sus “falencias”. Asimismo, bajo un enfoque médico-científico, fueron surgiendo en ese entonces los primeros hospitales, los asilos, los orfanatos, etc. y, junto con ello, aparecieron también las primeras críticas hacia tales instituciones por su modo de funcionamiento.

Entonces, se evidencia la necesidad de generar cambios en el sistema de salud mental, que den lugar a nuevas propuestas, formas de pensar y acciones que resulten más apropiadas para resolver las problemáticas de la comunidad. De esta manera, comienzan a pensarse las primeras transformaciones en cuanto a la introducción de políticas sociales basadas en derechos y dignificación de las personas, y emergen también diversas propuestas e innovaciones en el campo de la salud mental, tanto a nivel nacional como internacional.

En tal sentido, se crea el primer Ministerio de Salud en Argentina para construir un sistema de salud universal, público y gratuito; se proponen las internaciones en hospitales generales y otras medidas políticas de reformas psiquiátricas; se crea el Instituto Nacional de Salud Mental (1957); se incluye a la psicología al desarrollo científico; se plantea la reestructuración de los manicomios en cuanto tales; surge el concepto de “campo de la salud mental”; emerge un proceso de desinstitutionalización y reforma de la salud mental, entre otras cosas. Sumado a ello, a partir de 1967 se crea un Plan Nacional de Salud Mental; surgen Direcciones de Salud Mental en diversas provincias; se elaboran los lineamientos del Plan Nacional de Salud Mental; se promulgan leyes provinciales como la N° 2.440 en Río Negro, que prohíbe el funcionamiento y habilitación de instituciones como manicomios y neuropsiquiátricos, etc. Por su parte, a nivel internacional, la Carta de Ottawa²⁵ y la Conferencia de Caracas²⁶ constituyen una referencia fundamental en la promoción de una nueva concepción de la salud pública en el mundo.

²⁵ La Carta de Ottawa fue emitida en noviembre de 1968 por la OMS, con el objetivo de lograr “salud para todos en el año 2000”. La misma es un pilar elemental para la promoción de la salud a nivel mundial, dado a que promueve el trabajo intersectorial, la participación ciudadana, el empoderamiento de grupos vulnerados, el desarrollo de redes sociales, etc. (Cohen, Natella, 2013).

²⁶ La Declaración de Caracas se emite en 1990 en Venezuela, mediante una Conferencia convocada por la OMS/OPS. La misma plantea la reestructuración de la Atención psiquiátrica dentro de los Sistemas Locales de Salud, en pos de promover una atención comunitaria, descentralizada, participativa, integral, continua y preventiva.
file:///C:/Users/Usuario/Downloads/declaracion_de_caracas.pdf

A partir de todo esto se fue promoviendo una transformación del modelo de atención en salud vigente en ese entonces, lo cual conlleva a que, luego de intensos debates y discusiones, se sancione en el año 2010 la Ley Nacional de Salud Mental (Ley N° 26.657). En consonancia a ello, en 2014 se sanciona el Nuevo Código Civil y Comercial de la Nación (Ley N° 994), con el cual se avanza en el camino iniciado con la mencionada Ley Nacional de Salud Mental en lo referente a la reafirmación de la interdisciplina, la inclusión del sistema de apoyos y demás cuestiones mencionadas en el capítulo dos, en consonancia con ciertos estándares del derecho internacional de los derechos humanos.

Luego de desarrollar los modelos de abordaje existentes en el ámbito de la salud y las transformaciones ocurridas a lo largo del tiempo en el campo de la salud mental en Argentina, es menester realizar una breve caracterización de los dispositivos de General Alvarado. Tal como se plantea previamente, cada uno de ellos tiene modalidades de trabajo distintas, están integrados por profesionales de diversas disciplinas, trabajan con poblaciones de diferentes barrios de la ciudad y con características también variadas, entre otras cuestiones.

En tal sentido, el CPA depende del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, y en él se pueden abordar tanto cuestiones de salud mental como de violencia institucional en el ámbito de la salud pública. Este comienza a funcionar en el distrito en 1994 como un “Centro Preventivo” y, luego de atravesar varios cambios en su nombre, actualmente se lo conoce como “Centro Provincial de Atención a la Salud Mental y los Consumos Problemáticos”. El mismo está integrado por psicólogos, enfermeros y por una operadora socio-terapéutica en adicciones. Por su parte, el Servicio de Abordaje Municipal en Adicciones (SAMA), tal como su nombre lo indica, es de dependencia municipal y su gestión es pública y gratuita. Este dispositivo emerge en General Alvarado en el año 2016, a partir de un proyecto presentado por su actual coordinador. Está integrado por una profesora de yoga, por profesionales de la Psicología y la Enfermería, y por un psiquiatra de Mar del Plata, con el cual articulan.

Con respecto al DTC Sedronar, este dispositivo está dirigido por la Dirección de Salud Mental de la Municipalidad de General Alvarado, a partir de una co-gestión nacional. El mismo realiza abordajes territoriales en consonancia con la Ley Nacional de Salud Mental; está integrado por trabajadoras sociales, psicólogos y acompañantes terapéuticos, y también articulan con uno de los psiquiatras del Hospital Municipal de Miramar.

A partir de lo mencionado, si bien se logran reconocer semejanzas entre algunos de los dispositivos, cada uno de ellos tiene modos de funcionamiento y abordajes diferentes, lo cual posibilita que cada persona pueda elegir a cuál concurrir en base a sus necesidades y a su situación. Sin embargo, hay una cuestión coincidente entre los profesionales de los tres dispositivos del distrito, y es que las personas usuarias de los dispositivos son, en su

inmensa mayoría, varones, constituyendo las mujeres un porcentaje altamente bajo y las disidencias directamente nulo.

En relación a ello, en el capítulo 5 se plantea que, por lo general, las mujeres y disidencias no logran acceder a un tratamiento por consumos problemáticos debido a las lógicas patriarcales y cis-sexistas que suelen reproducirse en las instituciones y/o dispositivos de salud (Lineamientos para abordar los consumos problemáticos, 2022)²⁷. Con el patriarcado se fueron instalando y naturalizando socialmente ciertas representaciones sociales, discursos y prácticas en torno a la manera en la que “deben” ser y/o actuar las personas en base a su género, originando así una clara diferenciación entre los roles atribuidos y esperados por parte de los hombres y de las mujeres.

De esta manera, el consumo de sustancias fue considerado durante mucho tiempo como una conducta adquirida fundamentalmente por la población masculina adulta (Sánchez Pardo, 2012), lo cual condiciona e influye fuertemente en la manera de ver y pensar a los consumos y a lxs sujetxs consumidores aún en la actualidad. Sumado a ello, se ha instalado socialmente una asociación entre feminidad y maternidad, entre el hecho de ser mujer y la condición de ser madre (Vivas, 2019). Lo cual permite evidenciar el motivo de la ausencia y/o baja concurrencia tanto de mujeres como de disidencias en los dispositivos.

Entonces, cuando es la mujer y/o la madre quien consume, se genera todo un estigma, crítica, discriminación y cuestionamiento por sus hijxs a cargo; en cambio, cuando es el hombre y/o padre quien consume, ni siquiera se hace alusión a la cuestión del cuidado de su familia. En torno a ello, en las entrevistas se plantea que muchas mujeres atravesadas por consumo problemático se acercan a los dispositivos derivadas de otra institución con el único objetivo de “recuperar a sus hijxs”, dejando de lado su propia salud y cuidado. Esto permite evidenciar que, en las vidas de las mujeres y disidencias suele existir un entrecruzamiento de distintos factores de opresión, tales como el género, la edad, la orientación sexual, los padecimientos mentales, entre tantos otros.

A partir de lo mencionado, es posible reconocer que el género es un determinante de la salud, el cual se presenta como una barrera en la accesibilidad a la salud de lxs sujetxs de intervención, obstaculizando su acceso a derechos. En base a ello, algunxs de lxs profesionales de los dispositivos de General Alvarado manifestaron no saber el motivo de la baja concurrencia de mujeres y disidencias a los dispositivos, mientras que otros afirmaron que esto se debe al estigma y crítica con que cargan estxs sujetxs atravesadxs por situación de consumo problemático.

Por ende, tanto en el campo de la salud en general como en los dispositivos de General Alvarado en particular, convergen corrientes y lógicas diversas y contradictorias

²⁷ https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/guia_genero_y_diversidad.pdf

entre sí. Tal como se menciona anteriormente, de los discursos de lxs profesionales se desprenden lineamientos adherentes al modelo médico hegemónico, al evidenciar prácticas hegemónicas de la salud en las que el saber profesional se considera “saber experto” y se dejan de lado los saberes y conocimientos populares, al considerar una única forma de intervención y abordaje como posibles, al utilizar terminología médica, entre otras cuestiones. Por otro lado, también se reconocen discursos modelados por la perspectiva de géneros y diversidades, el enfoque de derechos y la salud colectiva, a partir de los cuales se desprenden formas de abordaje asociadas con la medicina social/comunitaria y con el modelo de reducción de riesgos y daños.

Es decir que, a partir de estos discursos se evidencia que los dispositivos de General Alvarado se encuentran atravesados por diferentes modelos y formas de pensar la atención en salud, tales como la perspectiva de géneros en salud, el enfoque de derechos, las diferencias propias del sistema colonial patriarcal y capitalista, entre otras. Lo cual denota el dinamismo existente en el campo de la salud y lo muestra tal como se define en el capítulo dos a partir de los aportes de Bourdieu (1988), como un espacio en constante juego de poder, con instituciones y sujetxs diversos cuyas relaciones mutan constantemente.

Asimismo, estas disputas de modelos y corrientes denotan que, pese a que hoy en día el Modelo Médico Hegemónico continúe teniendo prevalencia dentro del sistema de salud, también existen otros modelos y formas de abordaje posibles que intentan instituirse dentro del campo de la salud poniendo en disputa los sentidos, las prácticas y los discursos generados a partir de este. De esta manera, es posible generar nuevas prácticas e intervenciones enfocadas en lxs sujetxs, que promuevan el enfoque de derechos y la perspectiva de géneros, la escucha activa del otro, la empatía, el respeto mutuo; que den lugar a los distintos tipos de conocimientos y saberes existentes en la comunidad, que piensen en las personas como sujetxs de derechos, etc.

Finalmente, considerando la complejidad de la problemática de los consumos y la diversidad de problemas sociales que atraviesan a la sociedad actual, se torna fundamental promover abordajes desde la interdisciplina, la interinstitucionalidad y la intersectorialidad. De esta manera, se apunta a una mirada desde la integralidad de las personas, teniendo en cuenta cada uno de los aspectos que interjuegan en las diversas problemáticas afectando sus vidas. A partir del trabajo colectivo y de la articulación de conocimientos de las disciplinas y de los diversos sectores e instituciones, será posible encontrar caminos posibles y formas de afrontar y abordar las problemáticas complejas de manera conjunta.

Referencias bibliográficas

- Achilli, E. (2005) "Investigar en Antropología Social: Los desafíos de transmitir un oficio" Ed. Laborde. Santa Fe, Argentina.
- Alvarado, M. (2017) "Interrupciones en Nuestra América, con voz de mujeres." En Metodologías en contexto. Intervenciones en perspectiva feminista/poscolonial/latinoamericana, De Oto, A. y Alvarado, M. (eds.). Ed. CLACSO. Buenos Aires, Argentina.
- Almeida Filho, N. y Silva Paim, J. (1999) "La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica." Cuadernos Médicos Sociales. Rosario. Extraído de: https://digitalrepository.unm.edu/lasm_es/376
- Amico, L. (2005) "La institucionalización de la locura: la intervención del Trabajo Social en alternativas de atención." Espacio Editorial, 1a. ed., Buenos Aires, Argentina.
- Angelini, S. (2014) "Políticas argentinas de Salud Mental". Memoria Académica, Universidad Nacional de La Plata, Facultad de Psicología. Argentina.
- Araiza Díaz, A. y González García, R. (2017) "La Investigación Activista Feminista. Un diálogo metodológico con los movimientos sociales". Revista EMPIRIA, Revista de Metodología de las Ciencias Sociales, núm. 38. Universidad Nacional de Educación a Distancia. Madrid, España.
- Araiza Diaz, A. y González García, R. (2017) "La Investigación Activista Feminista. Un diálogo metodológico con los movimientos sociales." Empiria, Revista de Metodología de Ciencias Sociales, N° 38, pp. 63-84.
- Arias, A. y Sierra, N. (2019) "La accesibilidad en los tiempos actuales. Apuntes para pensar el vínculo entre los sujetos y las instituciones." Revista Margen ISSN-e 0327-7585 N 92.
- Arpini, P, Castrogiovanni, N. y Epstein, M. (2012) "La Triple Jornada: ser pobre y ser mujer." Revista Margen, N° 66. Buenos Aires, Argentina.
- Ase, I. y Buriyovich, J. (2009) "La estrategia de Atención Primaria de la Salud: ¿progresividad o regresividad en el derecho a la salud?" Salud Colectiva, Buenos Aires.
- Balaña et. al. (2019) "Salud Feminista. Soberanía de los cuerpos, poder y organización" Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Tinta Limón.
- Barcala, M. y Laufer Cabrera (2015) "La Ley Nacional de Salud Mental y su enfoque de derechos humanos: la interdisciplina y el nuevo rol de la defensa pública" en Determinantes de la Salud Mental en ciencias sociales. Actores, conceptualizaciones y políticas en el marco de la ley 26.657. Buenos Aires, UBA Sociales.

- Barrancos, D. (2012) "Mujeres: el desafío de la acción pública." En LIDERA: participación en democracia Experiencias de mujeres en el ámbito social y político en la Argentina, Natalia Gherardi (dir.). Equipo Latinoamericano de Justicia y Género, 1° ed. Buenos Aires, Argentina.
- Bartra, E. (2002) "Debates en torno a una epistemología feminista" UAM-Xochimilco/PUEG, México.
- Batthyány, K. y Cabrera, M. (2011) "Metodología de la investigación en Ciencias Sociales. Apuntes para un curso inicial." Universidad de la República. Montevideo, Uruguay.
- Belmartino, S. (1987) "Modelo Médico Hegemónico." Ponencia Jornadas de APS-CONAMER. A.R.H.N.R.G. Universidad Nacional de Lanús.
- Benitez et. al (2020) "Por una justicia cognitiva: aportes de Fals Borda, Freire y de Sousa Santos para un Trabajo Social emancipador." En Ensayar el oficio. Escrituras desde el Sur en Trabajo Social, Hermida M, E y Stefani, L (comp). Universidad Nacional de Mar del Plata, pág. 121-131.
- Bidaseca, K. (2017) "Lenguas insurgentes y justicia cognitiva. ¿Es posible liberarse de la violencia epistémica del discurso etnográfico y etnológico?" En Metodologías en contexto. Intervenciones en perspectiva feminista/poscolonial/latinoamericana, De Oto, A. y Alvarado, M. (eds.) Ed. CLACSO. Buenos Aires, Argentina.
- Bourdieu, P. (1988) "La distinción: Criterio y bases sociales del gusto." Taurus, trabajo original publicado en 1979.
- Bourdieu, P. y Wacquant, L. (2005) "Una invitación a la sociología reflexiva" Siglo Veintiuno, Argentina.
- Brull, D. (2021) "Violencia de género y salud: alcances y límites en las intervenciones hospitalarias." ConCiencia Social, Revista Digital de Trabajo Social. Vol. 5, N° 9. Argentina.
- Butler, J. (2007) "El género en disputa. El feminismo y la subversión de la identidad." Ed. Paidós. Barcelona.
- Cabero, L. (2009) "Interdisciplina, multidisciplina y transdisciplina." Mar del Plata, Buenos Aires, Argentina.
- Camarotti, A. y Kornblitt, A. (2015) "Abordaje integral comunitario de los consumos problemáticos de drogas: construyendo un modelo." Salud Colectiva, vol. 11, N° 2, p. 211-221. Universidad Nacional de Lanús. Buenos Aires, Argentina.
- Carballeda, A. (2004) "La intervención en lo social y las nuevas formas de padecimiento subjetivo." Revista Escenarios. ESTS. Universidad Nacional de La Plata.

- Carballada, A. (2007) "Alcoholismo, puritanismo y el Discurso de la drogadicción." Revista Margen, edición N° 45. Argentina.
- Carballada, A. (2012) "La accesibilidad y las políticas de salud." Revista Sociedad. Facultad de Ciencias Sociales, UBA.
- Carballada, A. (2016) "El enfoque de derechos, los derechos sociales y la intervención del Trabajo Social" Revista Margen N° 82, Argentina.
- Carpintero, E. (2000) La historia de la Desaparecida Federación Argentina de Psiquiatras (FAP). Revista Topía, Buenos Aires, Argentina.
- Cohen, H.; Natella, G. (2013) "La desmanicomialización. Crónica de la reforma del sistema de Salud Mental en Río Negro". Lugar Editorial, Buenos Aires, Argentina.
- Comes et.al. (2007) "El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios". Universidad de Buenos Aires (UBA), Anuario de Investigaciones, vol. XIV. Buenos Aires, Argentina.
- Comes, Y. y Stolkiner, A. (2005) "Ciudadanía y Subjetividad: representaciones del derecho a la atención de la salud de las mujeres pobres del AMBA" Anales XII Jornadas de Investigación de la Facultad de Psicología. UBA.
- Corbetta, P. (2007) "Metodología y Técnicas de Investigación Social" McGraw-Hill, Madrid, España.
- Dalle, P. et. al. (2005) "Manual de metodología. Construcción del marco teórico, formulación de los objetivos y elección de la metodología": CLACSO, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales. Buenos Aires, Argentina.
- Damin, C. F., y Arrieta, E. M. (2017) "¿Qué es la reducción de riesgos y daños?" El Gato y La Caja, p. 276-291.
- De Jong, E.; Basso, R.; Paira, M. (2001). "La familia en los albores del nuevo milenio." Espacio Editorial. Buenos Aires, Argentina.
- de Lellis et. al. (2012) "Ludopatía: accesibilidad de los adictos al juego y de sus familias a las instituciones del sistema de salud" Revista Argentina de Salud Pública, Vol. 3 N° 11, Buenos Aires.
- De Oto, A. (2017) "Interrupciones en Nuestra América, con voz de mujeres." En Metodologías en contexto. Intervenciones en perspectiva feminista/poscolonial/latinoamericana, De Oto, A. y Alvarado, M. (eds.). Ed. CLACSO. Buenos Aires, Argentina.
- De Robertis, C. (2006) "Metodología de la Intervención en Trabajo Social." Grupo Editorial Lumen, 1° ed. Buenos Aires, Argentina.
- de Sousa Minayo, M. C. (2004) "El desafío del conocimiento: Investigación cualitativa en salud" Lugar Editorial, novena. edición, Rio de Janeiro.

- de Sousa Minayo, M. C. et. al. (2007) "Investigación social: teoría, método y creatividad" Lugar Editorial, primera ed, segunda reimp., Buenos Aires, Argentina.
- Di Nella, Y. (2005) "Nuevos sufrimientos, nuevos tratamientos." Ponencia presentada en el marco del Encuentro Internacional de Salud Mental. 2-3 de diciembre de 2005. San Luis. Argentina. Organizado por el Hospital Escuela de Salud Mental de San Luis, la Universidad de La Punta (Instituto de Estudios Sociales, económicos y psicosociales) y el Colegio de Psicólogos de San Luis.
- Dovio, M. (2017) "La Higiene Mental en Buenos Aires, Argentina (1935-1945)." Revista de Historia y Geografía N°36, Universidad Católica Silva Henríquez - p. 45-65, Santiago.
- Esteban, M. L. (2006) "El estudio de la salud y el género: las ventajas de un enfoque antropológico y feminista." Salud Colectiva, vol. 2, N° 1. Universidad Nacional de Lanús. Buenos Aires, Argentina.
- Estepa, C. y Maisonnave, M. A. (2020) "Derechos Humanos desde América Latina: discusiones y estrategias actuales" Rosario, UNR Editora, Editorial de la Universidad Nacional de Rosario.
- Fanlo, L. (2007) "Sobre usos y aplicaciones del pensamiento de Michel Foucault en ciencias sociales." Revista Discurso y Argentinidad, año 2, N°2. Buenos Aires, Argentina.
- Fanlo, L. (2011) "¿Qué es un dispositivo? Foucault, Deleuze, Agamben." A parte Rei: Revista de Filosofía, N° 74. Universidad Nacional de Buenos Aires.
- Faraone, S. (1995) "Políticas en Salud Mental" Revista Margen, Buenos Aires, Argentina.
- Faraone, S. y Barcala, A. (2020) "A diez años de la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental. Coordenadas para una cartografía posible" Editorial Teseo, Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- Faur, E. (2014) "El cuidado infantil en el siglo XXI. Mujeres malabaristas en una sociedad desigual." Siglo XXI editores. Buenos Aires, Argentina.
- Fernández, A. (2008) "Las lógicas colectivas. Imaginarios, cuerpos y multiplicidades." Biblos. Buenos Aires, Argentina.
- Fernandez, R. (2001) "La entrevista en la investigación cualitativa" en Revista Pensamiento Actual, Universidad de Costa Rica, p. 14-21.
- Follari, R. (2014) "Interdisciplina, hibridación y diferencia. Algunos rubros de su discusión actual en América Latina." De Raíz Diversa: Revista Especializada en Estudios Latinoamericanos, vol. 1, N°1. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Foucault, M. (2018) "Un diálogo sobre el poder y otras conversaciones." Ed. Alianza. Madrid, España.

- Fraser, N. (2015) "Fortunas del feminismo." Ed. Traficantes de Sueños. Buenos Aires, Argentina.
- Fuentes, P. (2021) "Lo que el viento se llevó: El registro de campo y su importancia en el proceso de intervención profesional del Trabajo Social" en El diagnóstico social. Proceso de conocimiento e intervención profesional, Escalada, M. et.al. Buenos Aires, Editorial Espacio. Págs. 141/154.
- Galende, E. (2013) "Salud Mental y comunidad." Departamento de Salud Comunitaria, Año 3 N° 3. Ediciones de la UNLA. Remedios de Escalada, Lanús.
- Glaser, B. y Strauss, A. (1967). "The Discovery of Grounded Theory: strategies for qualitative research". Ed. Aldine de Gruyter. Nueva York, EE.UU.
- Goffman, E. (2006). "Estigma. La identidad deteriorada." Ed. Amorrortu, 1° ed. 10° reimp. Buenos Aires, Argentina.
- Gonzalez Dominguez, S. (2019) "Estigma y salud mental: estigma internalizado." Tesis Doctoral, Universidad Complutense de Madrid - Facultad de Psicología.
- Guber, R. (1991) "El salvaje metropolitano. Reconstrucción del conocimiento social en el trabajo de campo." Editorial Paidós. Buenos Aires, Argentina.
- Gutiérrez, A. (1995) "Pierre Bourdieu. Las prácticas sociales." Editorial Universitaria de la Universidad Nacional de Misiones. Posadas, Argentina.
- Guzmán, L. (2015) "Relaciones de género y estructuras familiares: reflexiones a propósito del año internacional de la familia." Revista Costarricense de Trabajo Social.
Recuperado de:
<https://revista.trabajosocial.or.cr/index.php/revista/article/view/153>
- Guzzetti, L. (2012) "La perspectiva de género. Aportes para el ejercicio profesional." Revista Debate Público. Reflexiones en Trabajo Social, N°4, pp. 107-113.
- Haraway, D. (1995) "Ciencia, cyborgs y mujeres: la reinención de la naturaleza". Versión en español. Ed. Cátedra. Madrid, España.
- Hermida, M, E y Stefani, L. (2020) "Ensayar el oficio. Escrituras desde el Sur en Trabajo Social". Universidad Nacional de Mar del Plata. Buenos Aires, Argentina.
- Hermida, M. E. (2018) "Derechos, neoliberalismo y Trabajo Social. Por una reconceptualización descolonial del enfoque de derechos en la intervención profesional." XXIX Congreso Nacional de Trabajo Social: La dimensión ético-política en el ejercicio profesional: la revisión de las prácticas en la actual coyuntura. Santa Fe, Argentina, Federación Argentina de Asociaciones Profesionales de Servicio Social.
- Hermida, M. E. (2018) "La intervención profesional en el capitalismo neoliberal: revisar el enfoque de derechos desde las teorías críticas del sur." Conferencia

dictada en las Jornadas de Trabajo Social: Deconstruyendo Miradas: Trabajo Social hoy, La Rioja, Argentina.

- Hermida, M. E. y Meschini, P. (2017) "Trabajo Social y Descolonialidad. Epistemologías insurgentes para la intervención en lo social." EUDEM, Editorial de la Universidad Nacional de Mar del Plata, Argentina.
- Hill Collins, P. (2000) "Pensamiento feminista Negro: el conocimiento, la conciencia y la política de empoderamiento." En M. Navarro, y C. Stimpson, ¿Qué son los estudios de mujeres? (pp. 253-312).
- Inchaurreaga, S. et al. (2002) "Drogas: haciendo posible lo imposible. Experiencia de Reducción de Daños en la Argentina." CEADS/UNR - ARDA: Rosario.
- Jelin, E. (2020) "Las tramas del tiempo: Familia, género, memorias, derechos y movimientos sociales." Ed. CLACSO. Buenos Aires, Argentina.
- Jodelet, D. (1986) "La representación social: fenómenos, conceptos y teoría." En Moscovici, S. Psicología social, vol II. Editorial Paidós. Buenos Aires.
- Kornblit et.al (2011) "Prevención del consumo problemático de drogas." Módulo 1: La construcción social de la problemática de las drogas. Ministerio de Educación de la Nación - Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, UBA - UNICEF Argentina.
- Lamas, M. (1996) "La perspectiva de género. Hablemos de Sexualidad: lecturas" CONAPO MexFam 3era. edición, México.
- Lamas, M. (2000) "Diferencias de sexo, género y diferencia sexual." Cuicuilco, vol. 7 N° 18, p. 1-24. Escuela Nacional de Antropología e Historia. Distrito Federal, México.
- Ley Federal de Trabajo Social N°27.072. Recuperado de: <https://www.trabajosocial.org.ar/ley-federal/>
- Ley Nacional de Protección Integral de las Mujeres N° 26.485
- Ley Nacional de Salud Mental N ° 26.657
- Ley Nacional N° 26.657 de Salud Mental.
- Ley Nacional N° 26.934 Plan Integral para el Abordaje de los Consumos Problemáticos (Plan IACOP)
- Ley Nacional N° 26.994 del Código Civil y Comercial de la Nación.
- Ley Provincial N° 2.440 de Promoción Sanitaria y Social de las personas que padecen sufrimiento mental. Gobierno de la Provincia de Rio Negro, Argentina.
- López Arellano, O. y Peña Saint Martin, F. (2006) "Salud y sociedad. Aportaciones del pensamiento latinoamericano." Revista Medicina Social, Vol. 1, Num. 3. México.
- Lozano, J. (2017) "La "Guerra a las Drogas". Dispositivos institucionales y las tensiones en el actual contexto." Jornadas de Investigación, Docencia, Extensión y Ejercicio Profesional. Universidad Nacional de La Plata. Argentina.

- Lykke, N. (2011) "Intersectional Analysis: ¿Black box or Useful Critical Feminist Thinking Technology?" En Framing Intersectionality. Debates on a Multi-faceted concept in Gender Studies, pp. 207-221.
- Makcimovich, L. (2017) "Aportes de los Feminismos Descoloniales para la construcción de una perspectiva de Género en el Trabajo Social." Ponencia presentada en II Jornadas de Género y Diversidad Sexual: Ampliación de derechos: proyecciones y nuevos desafíos. Facultad de Trabajo Social, Universidad Nacional de La Plata.
- Mallo, S. (2016) "Políticas alternativas sobre drogas. Prevención o victimización en jóvenes". Revista latinoamericana de investigación crítica, p. 311-332.
- Mancinas Espinoza, S. et.al. (2017) "Teoría y modelos de intervención en Trabajo Social: fundamentos básicos y crítica" Ed. Esfera Pública. México.
- Martínez Pozo, L. (2020) "Problematizar la autoría: articulación de conocimientos situados desde trayectorias de disidencia." en Álvarez Veinguer, A., Arribas Lozano, A. y Dietz, G. (2020) "Investigaciones en movimiento. Etnografías colaborativas, feministas y decoloniales". Ed. CLACSO. Buenos Aires, Argentina.
- Martínez, S. (2009) "Sueños rotos... Vidas dañadas. Violencia hacia las mujeres en contextos familiares." Editorial Fundación La Hendidja, Paraná, ISBN 978-987-23931-6-8.
- Martinez, S. (2020) "Trabajo Social y derechos humanos: una lectura en clave emancipatoria" Revista A-Intervenir, N° 11, Argentina.
- Martínez, S; Agüero, J. (2018) "La producción de conocimientos en Trabajo Social: hacia una decolonialidad del saber", en Cuad. trab. soc. 31(2), 297-308.
- Meler, I. (1997) "Violencia entre los géneros. Cuestiones no pensadas o "impensables". Actualidad Psicológica. Buenos Aires, Argentina.
- Meler, I. (2000) "La masculinidad. Diversidades y similitudes entre los grupos humanos." En Varones. Género y subjetividad masculina, Burin, M. y Meler, I., p. 71-121. Ed. Paidós. Buenos Aires, Argentina.
- Menéndez, E. (2020) "Modelo médico hegemónico: tendencias posibles y tendencias más o menos imaginarias." Revista Salud Colectiva. Universidad Nacional de Lanús. Lanús, Argentina.
- Menéndez, E. (1985) "Modelo médico hegemónico, crisis socioeconómica y estrategias de acción del sector salud." Cuadernos Médicos Sociales, N° 33, p. 3-34. Rosario, Argentina.
- Menéndez, E. (1988) "Modelo médico hegemónico y atención primaria." Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud. Buenos Aires, Argentina.

- Menéndez, E. (2003) "Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas." Ciencia y salud colectiva, vol. 8 N° 1, pp 185-207. Río de Janeiro, Brasil.
- Menéndez, E. (2012) "Sustancias consideradas adictivas: prohibición, reducción de daños y reducción de riesgos." Salud Colectiva, vol. 8, N° 1, p. 9-24. Buenos Aires, Argentina.
- Mignolo, W. et. al. (2014) "Género y descolonialidad." Ediciones del Signo, 2° ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.
- Ministerio de las Mujeres, Género y Diversidad (2021) disponible en <https://www.argentina.gob.ar/>, Argentina.
- Muñoz Arce (2018) "Razón neoliberal e investigación: resistencias desde el Trabajo Social". TS Cuadernos de Trabajo Social Núm. 17. Recuperado a partir de <http://www.tscuadernosdetrabajosocial.cl/index.php/TS/article/view/146>
- Muzzin, A. et. al. (2017) "Violencia masculina en Argentina. Grupos psico-socio educativos para varones que ejercen violencia de género." Ed. Dunken, 3° ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.
- Nucci, N., Crosetto, R.; Bilavcik, C. y Miani, A. (2018) "La intervención de Trabajo Social en el campo de la salud pública." Revista Conciencia Social, Vol. 1, N° 2. Universidad Nacional de Córdoba. Córdoba, Argentina.
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (2019) Conclusiones y Consecuencias en Materia de Políticas. Informe Mundial sobre las drogas. Recuperado de: https://wdr.unodc.org/wdr2019/prelaunch/WDR2019_B1_S.pdf
- Ovejero Bernal, A. y Pastor Martin, J. (2001) "La dialéctica saber/poder en Michael Foucault: un instrumento de reflexión crítica sobre la escuela." Revista Aula Abierta No 77. Oviedo, España.
- Páramo Morales, D. (2015) "La teoría fundamentada (Grounded Theory), metodología cualitativa de investigación científica." Pensamiento & gestión, (39), 1-7.
- Pardo, M. (1995) "Ciencia, etnografía y poder. Memorias de la I Jornada de la carrera de Trabajo Social" en Etnografía y Trabajo Social: vivencias, perspectivas e intervención, Romero Plana, V. (2015) Savia: Revista de investigación e intervención social, ISSN 2448-6604, N° 14, p.12.
- Paredes, J. y Guzmán, A. (2014) "El tejido de la rebeldía: ¿qué es el feminismo comunitario? Bases para la despatriarcalización." La Paz. Mujeres creando comunidad.
- Perera, M. (2003) "A propósito de las representaciones sociales: apuntes teóricos, trayectoria y actualidad." Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (CLACSO). En CD Caudales. La Habana: CIPS.

- Plan Provincial Integral de Salud Mental (2022) Disponible en: https://www.ms.gba.gov.ar/sitios/saludmental/files/2022/07/PLAN_PCIAL_SALUD_MENTAL_-2022_07_13.pdf.
- Platero, R. (2012) "Intersecciones: cuerpos y sexualidades en la encrucijada." Ed. Bellaterra. Madrid, España.
- Pombo (2012) "La inclusión de la perspectiva de género en el campo de la salud. Disputas por la (des)politización del género" Revista Margen, núm. 66. Argentina.
- Pombo, M. G. (2019) "La interseccionalidad y el campo disciplinar del trabajo social: Topografías en diálogo." En Trabajo social y feminismos: perspectivas y estrategias en debate, Riveiro (2019), pp. 149- 176. La Plata, Colegio de Trabajadores Sociales de la Provincia de Buenos Aires
- Pombo, O. (2013) "Epistemología de la interdisciplinariedad. La construcción de un nuevo modelo de comprensión." En Interdisciplina: Revista del centro de investigaciones interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades, Universidad Nacional Autónoma de México. Vol. 1. Núm. 1, p. 21-50.
- Posgrado en Salud Social y Comunitaria (2005) Programa Médicos Comunitarios, Módulo 5. Políticas de Salud. Unidad 1, 2 y 4. Buenos Aires, Argentina.
- Posgrado en Salud Social y Comunitaria (2010). Programa Médicos Comunitarios. Módulo 1. Salud y Sociedad. Unidad 4. Hacia la estrategia de Atención Primaria de la Salud. Buenos Aires, Argentina.
- Povedano, S. (2020) "Maternidades y consumos problemáticos de sustancias psicoactivas: reflexiones desde el trabajo social." ConCiencia Social, Revista Digital de Trabajo Social, vol. 4 N°7. Argentina.
- Programa Integral de Políticas de Género (2022) Informe de gestión, Universidad Nacional de Mar Del Plata, Argentina.
- Resolución 1133/2021: Convenio Marco de Colaboración para el Fortalecimiento en el Sistema de Salud entre el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires y el Municipio de General Alvarado (2021).
- Robles, C. y Di Ieso, L. (2012) "El concepto de familia y la formación académica en Trabajo Social". Revista Debate Público. Reflexión de Trabajo Social. N° 3, Año 2. Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina.
- Romaní, O. (2008) "Políticas de Drogas: prevención, participación y reducción del daño." Salud Colectiva, vol. 4, N° 3, pp. 301-318. Buenos Aires, Argentina.
- Sánchez Pardo, L. (2012) "Género y drogas. Guía Informativa" Diputación de Alicante, España.
- Scott, J. (1986) "Gender: A Useful Category of Historical Analysis." Nueva York, American Historical Review, vol. N°91, N°5.

- Scribano, A. O. (2008) "El proceso de investigación social cualitativo." Buenos Aires, Prometeo Libros Editorial.
- Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación (Sedronar) y Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad de la Nación (MMGyD) (2022) "Lineamientos para abordar los consumos problemáticos de sustancias desde una perspectiva de género y diversidad." Argentina. Recuperado de https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/guia_genero_web.pdf
- Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina (Sedronar) (2019) Manual de Estrategias preventivas en contextos de Ocio Nocturno y Recreativos: pasala mejor. Más cuidados, menos riesgos. Argentina. Recuperado de: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/manual_nocturnidad_final.pdf
- Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina (Sedronar) (2022) Lineamientos para abordar los consumos problemáticos de sustancias desde una perspectiva de género y diversidad. Argentina. Recuperado de: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/guia_genero_web.pdf
- Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina (Sedronar) (2017) Estudio Nacional en población de 12 a 65 años, sobre consumo de Sustancias Psicoactivas. Informe de Resultados N°1. Argentina. Recuperado de: <https://drive.google.com/file/d/1IPmnpCj-M72eUn4VhN6PBgHTi0b6n2YJ/view>
- Slapak, S. y Grigoravicius, M. (2007) "Consumo de drogas: La construcción de un problema social." Anuario de Investigaciones, vol. XIX, pp. 239-249. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=369139943026>
- Soneira, A. J. (2006) "La Teoría fundamentada de los datos (grounded theory) de Glasser y Strauss" en Vasilachis de Gialdino, I. (coord.) "Estrategias de Investigación Cualitativa". Ed. Gedisa. Barcelona, España.
- Spinelli, H. (2010) "Las dimensiones del campo de la salud en Argentina" en Revista Salud Colectiva, p. 275-293, Buenos Aires.
- Stagnaro, J.C et. al. (2018) "Estudio Epidemiológico de salud mental en población general de la República Argentina." Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría. Vol XXIX, p. 275-299.
- Stolkiner, A. (2018) "Un largo camino hasta la Ley Nacional de Salud Mental." Revista de Salud Soberanía Sanitaria. Recuperado de: <https://revistasoberaniasanitaria.com.ar/un-largo-camino-hasta-la-ley-nacional-de-salud-mental/>
- Stolkiner, A. et.al, (2000) "Reforma del Sector Salud y utilización de servicios de salud en familias NBI: estudio de caso del libro "La Salud en Crisis- Un análisis desde la perspectiva de las Ciencias Sociales". Ed. Dunken. Buenos Aires, 2000.

- Symington, A. (2004) "Interseccionalidad: una herramienta para la justicia de género y la justicia económica. Derechos de las mujeres y cambio económico." N° 9, p. 1-8.
- Tajer, D. et. al. (2002) "Equidad de Género en la calidad de atención en los pacientes cardiovasculares" En X Anuario de Investigaciones, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. ISSN 0329-5885, 215-222.
- Testa, M. (2020) "Pensar en Salud" 1a. ed - Remedios de Escalada: De la UNLa- Universidad Nacional de Lanús, Buenos Aires, Argentina.
- Touzé, G. (1992) "Modelos de prevención." Tomado del Primer Programa de Capacitación No Presencial: Modalidades de Intervención en la Prevención y Disminución del Uso Indebido de Drogas. Fundación Convivir, Buenos Aires.
- Touzé, G. (2005) "Prevención de adicciones. Un enfoque educativo." Ed. Troquel. Argentina.
- Touzé, G. (2006) "Saberes y Prácticas sobre drogas: el caso de la pasta base de cocaína." 1º ed. Intercambios Asociación Civil. Federación Internacional de Universidades Católicas. Buenos Aires, Argentina.
- Touzé, G. (2010) "Prevención del consumo problemático de drogas." Editorial Troquel, Buenos Aires.
- Vasilachis, I. (coord.) (2006) "Estrategias de intervención cualitativa". Ed. Gedisa. Barcelona, España. Buenos Aires, Argentina.
- Vetere, P. (2006) "El modelo médico hegemónico y su reproducción en el Perfil de médico que promueve la Fac. Cs. Médicas de la UNLP." Tesis de Grado. Universidad Nacional de La Plata, Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. Argentina.
- Vidas Arrasadas (2007) "La segregación de las personas en los asilos psiquiátricos argentinos. Un informe sobre derechos humanos y salud mental en Argentina". Buenos Aires, Argentina.
- Villarroel, G. (2007) "Las representaciones sociales: una nueva relación entre el individuo y la sociedad." Fermentum, Revista Venezolana de Sociología y Antropología, vol. 17, núm. 49. Universidad de los Andes, Venezuela.
- Vivas, E. (2019) "Mamá desobediente. Una mirada feminista de la maternidad". Ed. Capitán Swing Libros. Madrid, España.