

2023

Salud mental comunitaria, estrategias de apoyo y contención en el acompañamiento ne el maternaje, de mujeres concurrentes al dispositivo territorial comunitario Casa Caracol, Mar del Plata - diciembre 2021 a abril 2023

Radio, Gabriela G.

<http://kimelu.mdp.edu.ar/xmlui/handle/123456789/462>

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository

Salud Mental Comunitaria, estrategias de apoyo y contención en el acompañamiento en el maternaje, de mujeres concurrentes al Dispositivo Territorial Comunitario Casa Caracol, Mar del Plata - Diciembre 2021 a Abril 2023.

TESIS DE LICENCIATURA EN TRABAJO SOCIAL.

Tesista: Gabriela G., RADIO

Directora: Lic. T.S Patricia, Blanc

Co- directora: Lic.T.O Paola, Escalada.

Agosto 2023



Índice.....	1
Agradecimientos.....	3
Introducción.....	4
CAPÍTULO I	
➤ Objetivos.....	7
➤ Propuesta Metodológica.....	8
➤ Entrevista.....	13
➤ Consideraciones éticas.....	15
➤ Categorías de análisis e Interpretación de los datos.....	15
CAPÍTULO II:	
➤ Antecedentes.....	18
➤ Contexto Conceptual.....	20
➤ Mujeres , maternidades y tareas de cuidados.....	22
➤ Maternidades y Estado.....	24
➤ Maternidades y Consumos problemáticos.....	29
➤ Trabajo Social :La Intervención situada como Encuentro, Diálogo y Transformación: desde lo individual a lo colectivo.....	38
CAPÍTULO III:	
➤ Contexto Institucional “Casa Caracol”.....	42
➤ El marco normativo que rige el DTC.....	44
➤ Trayectoria Institucional.....	45
➤ Caracterización del dispositivo.....	46
CAPÍTULO IV:	
➤ Análisis e interpretación de las entrevistas.....	51
➤ Trayectoria y especificidades del consumo problemático.....	51
➤ Experiencias y percepciones en torno a la accesibilidad al dispositivo.....	60
➤ Estrategias de acompañamiento en el maternaje Accesibilidad inicial y ampliada.....	65
➤ Perspectiva de las trabajadoras del DIAT Casa Caracol: dificultades y oportunidad de accesibilidad.....	68
➤ Percepción de las trabajadoras del Diat Casa Caracol en torno a la maternidad.....	76
CAPÍTULO V:	
➤ Consideraciones Finales.....	82
REFERENCIAS BIBLIOGRAFÍA	92
ANEXOS.....	109

ANEXO 1: Guión de entrevistas a usuarias

ANEXO 2: Guión de entrevistas a equipo DIAT

ANEXO 3: Hoja de Ruta (HR) Y Hoja de Primer Contacto(HPC)

El lenguaje es un instrumento de transmisión y construcción de sentido común, lo que lo vuelve una herramienta clave en la visibilización de identidades y grupos históricamente negados y discriminados. Acompañando la aprobación del Proyecto de Lenguaje Inclusivo para la Universidad Nacional de Mar del Plata (OCS 1245/19), se decide evitar en el presente trabajo el lenguaje sexista y pluralizar en masculino, apelando al uso de la letra “e” para referirse a grupos mixtos.

La reproducción total o parcial de esta investigación no está prohibida, sino que es alentada y apoyada, porque la misma pretende ser un aporte a la formación de profesionales comprometidos con la construcción de un Trabajo Social decolonial feminista que acompañe las luchas colectivas que componen el entramado social de nuestra Argentina.

AGRADECIMIENTOS

Para llegar a este momento he transitado muchos años y me han acompañado muchas personas, que me han enriquecido con sus saberes, compartiendo sus experiencias .

Le agradezco a mis padres que me dieron la vida y me animaron a desplegar mis alas. A mis abuelas que me enseñaron el esfuerzo y amar la vida, a ser libre.

A mi compañero de vida, José por acompañarme y sostenerme por estar dedicándose al cuidado de nuestra familia codo a codo en lo cotidiano.

A mis hijos Ana Paula, Sofia, Pedro y Guada, a Mariano, que han apoyado y acompañado acercando un té, un chocolate, me han ayudado con cuestiones técnicas y siempre me alentaron.

A mis amigas, de estudio, del trabajo, Flor, Xime y Mari que siempre confiaron en mí y que nunca me hicieron sentir el peso de no estar recibida, que me acompañan, me animan, me desafían, son mi inspiración en la profesión.

A mi tribu Lu, Laura, Nati, Faby, Kari, Tamara, Nora que supieron acompañar amorosamente y fueron mi red en todos los tiempos...

A mis amigos de Consejo de la Cooperativa Tierra Nueva, que también han sabido transmitirme conocimientos de las nuevas tecnologías y pude implementar herramientas para la realización de la investigación.

A mi Directora Patricia, que aceptó el desafío de guiarme, junto con mi co-directora Paola, que no dudó en sumarse y ambas compartieron sus conocimientos y su tiempo tan generosamente, sus palabras de aliento y confianza se transformaron en la fuerza necesaria para poder concluir este proyecto tan deseado por mí.

A las mujeres que entrevisté que abrieron sus historias y dieron testimonio que con acompañamiento, con sostén amoroso y con intervenciones sociales respetuosas se pueden producir transformaciones.

Al equipo Asistencial de Casa Caracol, que me abrió las puertas del espacio, me facilitaron el acceso a la información, a sus saberes y experiencias, de manera tan generosa y afectuosa.

A mi psicólogo Ricardo que se ocupó de mantenerme en eje y recordarme porqué elegí mi profesión, me motivó a poder llegar a este momento.

Un especial agradecimiento a la Universidad Nacional de Mar del Plata que por continuar siendo EDUCACIÓN PÚBLICA y GRATUITA, me permitió ser la primera generación de mujeres en mi familia que accede a una carrera universitaria

Con alegría, ternura, mucho agradecimiento y orgullo de formarme en la Universidad Pública y Gratuita.
Gabriela

Introducción

La motivación respecto de la presente tesis surge a partir de la experiencia transitada en los últimos años. Dado que desde hace más de 16 años trabajó en el Patronato de Liberados Bonaerense y desde hace 15 años me desempeño como acompañante terapéutica. En ambas actividades fue posible conocer, reconocer y recoger el relato de mujeres que manifestaban sentirse solas, desamparadas y desorientadas en relación a su deseo de maternar a sus hijos.

Dentro de esos relatos, siempre me ha resultado muy significativo el impacto de la problemática de la salud mental vinculada a las mujeres en situación de crianza y cómo esa situación influye en los procesos de estigmatización vigentes en relación al ejercicio de sus maternidades. Este estigma se refuerza a partir de ciertas respuestas de carácter punitivista de algunas instituciones del estado, que consisten en separar a las niñas de sus madres sin la posibilidad de ofrecer otros dispositivos que cuenten con herramientas y estrategias de apoyo y acompañamiento en la crianza, considerando la especificidad de la problemática.

Estas situaciones me incentivaron a conocer las estrategias de apoyo y contención para el acompañamiento de mujeres que se encuentran en situación de crianza, concurrentes al DTC Casa Caracol donde realizan tratamiento por consumo problemático.

Llegue al DTC Casa Caracol a través de los recorridos institucionales en la búsqueda de espacios Terapéuticos este Dispositivo Territorial Comunitario de la SEDRONAR es un espacio que a través de equipos interdisciplinarios desarrolla estrategias de intervención integral,

entendiendo la promoción y restitución de derechos como procesos potencialmente terapéuticos, para mejorar la accesibilidad, la formación mediante talleres artísticos, de huertas orgánicas, terminalidad educativa entre otros, de les usuaries y el fortalecimiento de las redes locales y comunitarias.

Desde el encuadre Teórico conceptual se enmarca la investigación de tipo cualitativa, en la perspectiva de género, guiada por los feminismos del sur, con una mirada de los Derechos Humanos que garanticen los derechos de mujeres en situación de consumos problemáticos, desde un posicionamiento del Trabajo Social crítico, feminista y decolonial.

Durante el proceso de investigación fui ordenando la información con una lógica espiralada iniciando con los objetivos y las definiciones necesarias para facilitar la aproximación al tema y dividiendo la estructura en capítulos para facilitar la lectura

En Capítulo I de esta tesis, se presentan los capítulos que establecen los objetivos fundamentales del trabajo y la propuesta metodológica que guía este proceso .

El Capítulo II se compone de los antecedentes y el contexto conceptual, donde se detallan los subtítulos correspondientes y se desarrollan las definiciones necesarias para comprender a fondo el tema en cuestión.

Luego, en el Capítulo III, se integra el contexto institucional, donde se desarrolla la investigación, y se comparte la trayectoria de la institución, cómo se ha construido a partir de una política pública, convirtiéndose en un espacio territorial dedicado a la promoción y tratamiento de personas con consumos problemáticos. Además, se realiza una caracterización de la población

que asiste a este dispositivo, a partir de la observación y análisis de los registros institucionales, así como la participación en el espacio.

Posteriormente, en el Capítulo IV, se ofrece un análisis e interpretación de las entrevistas realizadas, lo cual proporciona una visión más profunda y fundamentada sobre el tema abordado.

Finalmente, en el Capítulo V se encuentran las consideraciones finales, donde se exponen los aportes y desafíos para la intervención de la profesión en este campo específico. Estas conclusiones ofrecen una perspectiva crítica y reflexiva acerca del tema tratado, y brindan sugerencias valiosas para mejorar las prácticas profesionales en el ámbito del trabajo social.

CAPÍTULO I

OBJETIVOS Y METODOLOGIA

Objetivo general

*Caracterizar las estrategias de apoyo y contención para el acompañamiento en el maternaje a usuarias del DTC Casa Caracol, en la ciudad de Mar del Plata , durante el período de agosto de 2021 a abril 2023.

Objetivos Específicos:

*Identificar las diferentes estrategias de apoyo y contención implementadas en el DTC Casa Caracol para el acompañamiento en el maternaje.

*Relevar las situaciones en que se requirió la intervención desde el Trabajo Social en la asistencia y acompañamiento en la crianza.

*Explorar las necesidades de las mujeres, que concurren a tratamiento, en relación a la crianza y las tensiones que se generan entre el consumo problemático y el maternaje.

*Indagar sobre las redes familiares y comunitarias con que cuentan las madres que concurren al DTC Casa Caracol.

*Identificar las posibilidades y dificultades en relación a las estrategias de apoyo y contención disponibles para el abordaje de las mujeres que se encuentran maternando.

Propuesta Metodológica

La propuesta metodológica se inscribe dentro de los lineamientos metodológicos de la investigación cualitativa de tipo exploratorio descriptivo.

Por metodología se entiende a la lógica interna de la investigación y los métodos utilizados, que son aquellos que sirven como “pasos para producir una contribución al conocimiento” (Sautu, R, 2005: 38).

En el caso de la investigación cualitativa, es importante puntualizar que la realidad social, en general, y en el ámbito comunitario en particular dependen del contexto, por lo tanto, los resultados de una investigación cualitativa no son ni generalizables ni repetibles. Los testimonios brindados durante las mismas pueden enmarcarse en el concepto de trayectorias, el cual hace referencia a “los caminos que se recorren, se construyen y que implican a sujetos en situación” (Nicastro y Greco, 2009:23).

Entiendo que poder investigar en los territorios, es la forma de elaborar proyectos creativos, donde se pueden fortalecer los lazos y redes comunitarias, en un repensar continuó la tarea cotidiana que aporte elementos para problematizar las experiencias concretas.

Desde el Trabajo Social, puede decirse que la investigación cualitativa se reconoce a través de potenciar construcciones sociales y de intervenciones que desafían los límites institucionales o comunitarios preexistentes.

Tal como plantea Vargas Cordero (2009) es fundamental seleccionar escenarios que cobren sentido para la investigación y que principalmente redunden en beneficios para las intervenciones, mejorando las condiciones del servicio y promoviendo praxis que logren ser superadoras de las instituidas, a partir de la implementación de nuevas estrategias e instrumentos en una retroalimentación permanente.

Para Meschini y Dahul la sistematización de las intervenciones sociales son un proceso metodológico que posibilita la construcción de mediaciones conceptuales tanto para pensar y repensar la intervención en Trabajo Social, como para el aporte a la construcción de conocimiento teórico desde un pensar situado, entendiendo que ambos procesos, son de carácter diferente, uno está centrado en la intervención profesional y el otro en la investigación para producir conocimiento.

De esta manera las autoras manifiestan una relación dialéctica entre teoría y práctica, donde la teoría media las prácticas y a su vez estas últimas son atravesadas por la teoría. Para esto debemos, por un lado, reconocer que el objeto se construye teóricamente a partir del objeto de intervención y del estar allí, y, por el otro, desentramar las relaciones teóricas que han mediado, consciente o inconscientemente nuestras prácticas e intervenciones.

Se trata, entonces, de atender el modo particular en que esas prácticas se articulan con la metodología de la investigación en ciencias sociales.

Entiendo que es tarea del Trabajo Social promover procesos reflexivos que produzcan conocimientos desde las intervenciones sociales. Es decir problematizar, entrecruzar, articular los aspectos de la intervención y la investigación.

Evitando naturalizar ‘los datos’, ‘la realidad’ e, incluso, evitar reproducir las teorías son desafíos del campo del TS poder dar cuenta de las tensiones que se dan en los territorios desde lo discursivo hasta los modos estructurales que generan en la dinámica que adopta las formas de reproducción/transformación, dado que no se trata de prácticas, discursos e ideologías en estado puro, no es la imposición de un discurso o una ideología dominante sobre otra, lo que está en juego es la hegemonía. Tanto los discursos hegemónicos como los de resistencia se constituyen a partir de la lucha de clases, de géneros, de etnias, no les preexisten.

Adhiero a las formas de investigaciones cualitativas que nos permiten recuperar y proponer formas de pensar los problemas sociales propiciando o visualizando escenarios y realidades que de no haberse transitado, vivido, sentido, quizás no se hubieran reconocido o no se hubieran dado las transformaciones de la estructura social y económica del territorio en el cual nos encontramos interviniendo.

Esta perspectiva implica el reconocimiento de una singularidad de lo micro conectada con lo macro. A su vez, esta singularidad posee una construcción histórica, un posicionamiento en el

presente y, si se quiere, una perspectiva con respecto al futuro, que le otorgará significados particulares.

Al delimitar el objeto de investigación en un encuadre Institucional como es el DTC Casa Caracol, tomó de los aportes de Foucault, el concepto de Dispositivo.

El mismo se refiere al dispositivo como "un conjunto decididamente heterogéneo, que comprende discursos, instituciones, instalaciones arquitectónicas, decisiones reglamentarias, leyes, medidas administrativas, enunciados científicos, proposiciones filosóficas, morales, filantrópicas; en resumen: los elementos del dispositivo pertenecen tanto a lo dicho como a lo no dicho. El dispositivo es la red que puede establecerse entre estos elementos", también se presenta como un conjunto capaz de ser transformado y reordenado.

Entonces es posible pensar la intervención social como el análisis de una perspectiva centrada en la idea de dispositivo; allí donde lo macro social se entrecruzan inexorablemente con lo micro, construyendo series singulares de inscripción tanto subjetivas como contextuales. Por ejemplo, en las instituciones circulan relatos e historias de padecimientos que muchas veces dialogan entre sí y se entrecruzan interpelando desde diferentes esferas. El espacio institucional también implica una superposición de mundos y de lógicas que dan cuenta de una enorme diversidad de marcos comprensivos y explicativos. Todo esto se inscribe de alguna manera tanto en los sujetos sobre los que se interviene socialmente como en la historia colectiva. Surge, de esta manera, la importancia de una mirada retrospectiva que debe hacer dialogar contextualizadamente, no sólo los aspectos actuales de lo que se escucha y observa, sino también sus atravesamientos histórico sociales. De este modo la intervención social, entendida como

dispositivo, permite tener en cuenta la conformación de diferentes relaciones, estables e inestables, entre sus componentes, puede considerarse su potencial emancipador desde una mirada crítica

Siendo el objeto de investigación las estrategias de apoyo y contención para el acompañamiento de mujeres, concurrentes al DTC Casa Caracol que se encuentran en situación de crianza. Se diseñan los objetivos en función del objeto de investigación.

He seleccionado como universo de estudio un conjunto de unidades de análisis diferenciadas:

a) Equipo de Salud mental interviniente;

b) Mujeres Madres de niños entre 0 y 8 años;

c) Informantes clave: Miembros del equipo de Salud y referentes socio afectivos de las mujeres madres.

Para los subgrupos que componen el universo de estudio se trabajará con muestras cualitativas (teóricas o intencionales según Glaser y Strauss: 1967) atendiendo a los siguientes criterios muestrales:

En las usuarias madres será el tiempo, etapa de tratamiento y edades de sus hijos. En el caso del Equipo de Salud serán el área a la que pertenecen y profesión.

En relación a los Informantes clave se contactará a Integrantes del equipo Salud que puedan arrojar datos complementarios en el trabajo de campo. El criterio de cierre de las muestras se dará por saturación.

Respecto de las técnicas de recolección utilizaré formularios de Google y entrevistas semiestructuradas orientando el fluir natural, espontáneo y profundo de las vivencias y recuerdos de una persona mediante la presencia y estímulo de otra que investiga (Fernández: 2001).

Respecto de las técnicas de análisis e interpretación de datos, utilizaré aportes de teoría fundamentada (Glasser y Strauss: 1967) del material relevado en las entrevistas.

Un último subcampo de unidades de análisis lo conformarán las fuentes documentales que estarán conformadas por: el Proyecto Institucional, la normativa, circulares y leyes que regulen el abordaje en Consumos Problemáticos. Se realizara un análisis documental de HR, HPC

Entrevistas

Se confeccionaron dos modelos de entrevistas, una dirigida al equipo de trabajo de Casa Caracol y otra dirigida a las usuarias, se adjuntan los dos guiones de entrevista en el Anexo 1.

A partir de realizar observaciones participantes, durante el mes de febrero 2022, y haber tomado contacto con el equipo de abordaje, se diseñó un formulario de google para ser completado y autoadministrado por los integrantes del mismo. Estas entrevistas se estructuran teniendo en cuenta como organizadores el acceso al tratamiento de mujeres que materna y transitan consumo problemático.

Se recibió la respuesta de los integrantes del equipo asistencial, teniendo en cuenta la diversidad de las profesiones, los roles desempeñados y la saturación de las respuestas se consideró suficiente para poder acceder a la información necesaria en relación a los objetivos del presente trabajo

Para concretar las entrevistas con usuarias se mantuvieron encuentros con las profesionales que integran el equipo de abordaje, donde se compartieron los objetivos de esta investigación, el modelo de entrevista a tomar y posteriormente se contactó a las usuarias para ser entrevistadas.

Las entrevistas a usuarias, se realizaron a quienes continúan concurriendo al tratamiento en la actualidad, cabe señalar que 2 de ellas a su vez participan de los espacios comunitarios en el DTC y una se encuentra en un proyecto institucional que se conoce como cuidadores de la casa Común, donde brinda apoyo en la crianza a otras familias.

Las primeras se llevaron a cabo en el DTC, facilitando que el encuadre fuera cercano y conocido por las usuarias, logrando que fluyera la comunicación.

Por pedido de una usuaria la entrevista se realizó en su domicilio, dado que reside en Santa Clara del Mar y se le dificulta por cuestiones laborales acercarse momentáneamente al dispositivo, otra fue realizada mientras la usuaria desarrollaba la tarea de cuidado, en la escuela de fútbol donde lleva a practicar el deporte a su hijo

Consideraciones éticas

La participación de las personas en la investigación fue de carácter voluntaria, anónima y confidencial. Para lo cual se elaboró y firmó un consentimiento informado donde se deja constancia de los objetivos y alcances de la investigación, a su vez se clarificó sobre la necesidad de resguardar la privacidad e intimidad de las trayectorias de cada usuaria.

Categorías de análisis e Interpretación de los datos

Las respuestas de las entrevistas se organizaron en torno a categorías de análisis construidas según el encuadre teórico y los objetivos que guían esta investigación.

En el análisis de las entrevistas a usuarias se valora el discurso y los relatos que son significativos para ellas, rescatando las vivencias en torno al ejercicio de sus maternidades y al significado que ellas atribuyen.

Las categorías se establecen para ordenar la información, poder realizar las relaciones de estos datos para que se constituyan en un análisis que faciliten la comprensión del contexto, es un proceso dinámico y creativo.

1. Autonomía	1a. Situación laboral 1b. Acceso a la educación 1c. Acceso a programas sociales 1d. Acceso a la vivienda 1e. Tiempo de ocio
2. Maternidad	2a. Edades de los hijos 2b. Edad de su primer embarazo. 2c. Convivencia con los hijos 2d. Tareas de cuidado 2e. Tiempo de ocio
3. Red afectiva	3a. Estructura familiar 3b. Referentes afectivos o red ampliada 3c. Vinculación territorial 3d. Red institucional 3e. Relaciones de pareja
4. Trayectoria de consumo	4a. Edad de inicio de consumo 4b. Contexto de inicio de consumo 4c. Sustancias, modalidad y frecuencia 4d. Vinculación con aspectos vitales
5. Violencias	5a. Violencias por motivos de género 5b. Vinculación entre violencias y consumo 5c. Violencia obstétrica 5d. Violencia institucional
6. Percepción en torno a la maternidad	6a. Percepción en torno a la mirada social de la maternidad. 6b. Percepción en torno al deseo de maternidad 6c. Percepción en torno a las necesidades de apoyo de las maternidades
7. Experiencia de vinculación con Casa Caracol	7a. Existencia de tratamientos previos 7b. Vinculación con Casa Caracol 7c. Caracterización de la atención y/o asistencia 7d. Elementos en torno a la asistencia que podrían mejorarse y/o modificarse
8. Percepciones en torno al género y la accesibilidad al tratamiento	8a. Percepción en torno al consumo y los estereotipos de género 8b. Percepción en torno a barreras de accesibilidad a Casa Caracol
9. Abordaje de los consumos problemáticos y estrategias de accesibilidad en Casa Caracol	9a. Modalidad de abordaje de los consumos problemáticos 9b. Estrategias de Apoyo y acompañamiento en el maternaje 9c. Vinculación con la red de apoyo de los usuarios 9d. Articulación comunitaria e interinstitucional

Tabla 1: Categorías de análisis del material de las entrevistas

La utilización de Excel de Microsoft Office y aplicaciones de Google permitió la optimización de tiempos en la tarea de las análisis de las entrevistas, el almacenamiento de material de análisis cualitativo en una base de datos organizada, la codificación (registro de los temas y las interpretaciones emergentes durante la lectura y reflexión sobre los datos, adjuntando una o múltiples categorías de análisis), organización de datos para su análisis o comparación facilitando la tarea de consulta y recuperación de los mismos.

CAPÍTULO II:

ANTECEDENTES

Actualmente se observa un importante desarrollo en los estudios, publicaciones y artículos de investigación que consideran la perspectiva de género, como eje analizador. También estas investigaciones atraviesan todas las esferas sociales.

Sin embargo, en lo que respecta a los consumos problemáticos de sustancias psicoactivas encontramos diversidad de escritos que no necesariamente hacen referencia a un análisis desde la mirada de género, la cual problematiza relaciones de poder y las consecuentes inequidades.

Puedo mencionar a Ochoa y otros y Ávila Escribano y González Parra (2007) que hacen referencia al género, equiparándolo al concepto binario del sexo, vaciando el concepto de género de dimensiones sociales, económicas, culturales y, sobre todo, políticas.

Se encuentran artículos que brindan características de consumos problemáticos en mujeres, describiéndolas como “mujer adicta”, publicaciones como las de Blanco Zamora y otros (2005) y Sirvent (2001), no problematizan las inequidades y violencias que padecen debido a la condición de género, reforzando los estereotipos de género refiriéndose hacia las mujeres en situación de consumo problemático de sustancias como: la bidependencia, la

prevalencia de diagnósticos depresivos, patologías psiquiátricas. Estas características reproducen estereotipos de género y estigmatizan a las usuarias de drogas, desconociendo la complejidad de problemáticas que se entrecruzan inexorablemente en sus trayectorias vitales y de consumo. Se encontraron en los antecedentes de trabajos académicos que enfatizan en los efectos de las drogas en el proceso de embarazo y nacimiento, reforzando el lugar de culpabilizante de “malas madres”, sin hacer otra lectura paralela o que amplíe más allá de estos efectos.(Romo Aviles 2006)

La gran mayoría de los textos, libros, artículos, publicaciones y ponencias consultadas con una mirada crítica de los atravesamientos del género en la problemática de los consumos problemáticos que abordan las maternidades provienen de España y países de América Latina.

A nivel nacional se destacan principalmente artículos publicados y/o facilitados desde el Instituto de Investigación Gino Germani de la Universidad de Buenos Aires (UBA), la Universidad Nacional de La Plata (UNLP) y el Hospital Nacional en Red “Lic. Laura Bonaparte” Especializado en Salud Mental y Adicciones.

Estos estudios intentan explicar los distintos alcances de los roles y expectativas de género en relación a la mujer en situación de consumo problemático de sustancias, abordando cuestiones como la maternidad, la sexualidad, las violencias de género, el cuerpo, las cargas de cuidado, lo público y lo privado, entre otras cuestiones.

Además, contamos con boletines y publicaciones del Observatorio Argentino de Drogas y de la SEDRONAR que dan cuenta de inequidades de género y del acceso diferencial a derechos, que han servido como insumo y referencia para el presente trabajo de investigación.

Contexto Conceptual

Al basar la investigación en los aportes de la epistemología y metodología feminista (Hill Collins: 2000; Haraway: 1995; De Oto y Alvarado: 2017). Entiendo como contexto conceptual al conjunto de supuestos, conceptos, categorías y teorías que respaldan o sustentan la investigación (Maxwell, 1996).

Mendizabal (2006) plantea que este contexto se elabora a partir de la experiencia vital del investigador/a, el conocimiento de las tradiciones teóricas vinculadas a la temática, el análisis crítico de la bibliografía pertinente y estudios anteriores. Los distintos elementos se entrelazan y permiten abordar los temas a investigar sin constreñir o acotar la situación estudiada. En definitiva, son aportes que nos permiten significar la realidad.

Es mediante el encuentro entre feminismo y epistemología que se entrelaza activismo y academia, un espacio-tiempo entre el compromiso político y la producción discursiva. Los feminismos nos proponen reflexionar en forma de herramientas conceptuales y metodológicas

para el análisis de las políticas públicas a fin de plantear preguntas de investigación y diseños metodológicos en torno a debates actuales en Latinoamérica y el Caribe en relación con la intervención estatal (local, nacional y global). Parten de una perspectiva de género, feminista, antirracista, práctica, situada y crítica. que hace hincapié en las diferencias sexo-genéricas y las desigualdades de poder que de ellas se desprenden, como constitutivas de las relaciones sociales y de la necesidad de impulsar praxis políticas tanto para la comprensión como para la transformación de las relaciones sociales injustas, desiguales, subalternizantes, opresoras, de explotación.

Rita Segato, refiriéndose a la antropología señala, que su tarea no es la que se inscribe en la búsqueda de una mirada gnoseológica que, desde determinada extranjería, busca conocer a otre, sino en la posibilidad que nos conozcamos en su mirada y permitamos que su mirada nos alcance, lo cual requiere, nos dice, “un cambio radical en la práctica”, que el “objeto” de estudio, “nos interpele, nos diga quién somos y qué espera de nosotros y nos demande el uso de nuestra ‘caja de herramientas’ para responder sus preguntas y contribuir con su proyecto histórico” (Segato, 2013: 13-14)

Desde el Trabajo Social comparto la definición de Laura Massa, quien propone la conceptualización de territorio como “... el espacio concreto en que las personas desarrollamos nuestra vida, y, por tanto, conocer sus determinaciones y sus expresiones coyunturales nos permite reconstruir analíticamente las características que adquiere la vida cotidiana de las personas usuarias de los servicios donde trabajamos, es decir, situar los “problemas” que

atraviesan esas personas y, a la vez, nos otorga los elementos para pensar y desarrollar una intervención situada.”

Mujeres, maternidades y tareas de cuidados.

Cuando pensamos en maternidad es posible que nos surja la imagen romántica de una mujer “en la dulce espera”, que luego de parir amamantará y criará a sus hijos, de manera casi natural e instintiva. Estas imágenes se construyen sobre diferentes discursos que sustentan un saber/poder histórico, social, desde donde se reduce, se trama y se captura la concepción idea de la maternidad y parece que “todas/os sabemos” de qué se trata.

En términos de género es fácil advertir que, si bien la reproducción biológica se sabe compartida por ambos sexos, la reproducción social se asume como una responsabilidad de las mujeres. De esta manera, la maternidad se torna una experiencia sobrecargada de significados sociales, donde cada mujer asume un rol dentro del imaginario colectivo. Fernández Poncela sostiene que los roles ofrecen un esquema para el comportamiento y actitudes que se encuentra socialmente identificado como una entidad. Estos roles se ofrecen en sí mismos como una base para identificar y situar a las personas en la sociedad. En los roles, los papeles se asignan, se asumen, se adecúan, se reproducen e interactúan entre sí.

El embarazo posiciona a cada mujer en la asunción de un rol dentro del imaginario colectivo . Es por lo tanto necesario reconocer que no existe un único tipo de «maternaje» .

La maternidad es una construcción cultural, que corresponde a diversas circunstancias históricas, sociales y económicas (Cigarroa, 2011), considerada históricamente como una condición de carácter natural al género femenino, en relación directa con su condición biológica de engendramiento de otro ser. Por tanto, la exaltación del amor maternal fue promovida como ideal a ser cumplido por las mujeres como condición innata y como parte de la identidad femenina (Alkolombre, 2012). Asimismo, las mujeres viven un involucramiento corporal único en el proceso reproductivo, razón que muchas veces las hace responsables por problemáticas que en realidad son relacionales, antes que individuales.

A su vez, no puedo dejar de mencionar que resulta representativo que sean los varones quienes se integran en el mercado laboral remunerado a tiempo completo y las mujeres realizan las tareas de cuidado en el hogar (Batthyány, Genta y Perrotta, 2015). A lo cual queda explícito que la división sexual de los cuidados en la primera infancia prosiguen las líneas tradicionales de género. Siendo las mujeres quienes suelen mantener la responsabilidad de los cuidados como actividad no remunerada, con dependencia económica de terceros, y a su vez son ellas quienes no continúan con sus estudios y o capacitaciones orientadas al acceso al trabajo formal, en algunos casos se observa que las redes de apoyo familiares para los cuidados también son sostenidas mayoritariamente por mujeres (ejemplo: abuelas, suegras, hermanas, vecinas).

Es importante recordar y resaltar que las mujeres tienen derecho a decidir sobre sus cuerpos como también vivir sus embarazos y maternidades con la mayor libertad posible. Esto no significa desconocer que los consumos de drogas pueden generar perjuicios de salud, como también pueden hacerlo los hábitos alimenticios o distinto tipo de actividades; pero cabe llamar

la atención con respecto al grado de naturalización de la intervención estatal en la intimidad de los sujetos, especialmente de las mujeres ¿hasta dónde la soberanía del cuerpo de las mujeres es un terreno en disputa?

Maternidades y estado

Scheper-Hughes (1997) junto con Badinter (1981) señalan que las teorías contemporáneas -presentes en los discursos legos y expertos- del sentir maternal surgen con el auge de la familia burguesa y con la transición demográfica.

La familia patriarcal requiere de la existencia de un amor maternal para que la mujer se implique con el recién nacido, esperando que la madre quiera al hijo/a y así esta/e tenga más posibilidades de sobrevivir. Se produce una inducción social de tal calibre que las mujeres y los hombres consideran que lo "natural" e "instintivo" es la empatía con la hija o el hijo y que el rechazo resulta antinatural. De esta manera, lo que entendemos por "amor materno" no es un amor natural, sino que representa una matriz de imágenes, significados, prácticas y sentimientos que siempre son social, histórica y culturalmente producidos (Tarducci, 2008; Palomar Vereas, 2005; Rosaldo, 1974; Chodorow, 1974, 1984 y Ortner, 1974).

En la actualidad, las concepciones sociales del amor materno son el resultado de una estrategia reproductiva que promueve tener pocos hijos/os e invertir emocional y materialmente en cada uno de ellos (Scheper-Hughes, 1997; Hays, 1998).

Más allá de que el deseo de amar a una hija o a un hijo sea un hecho "natural" o "cultural", el amor materno se instala en el presente como un imperativo en la medida en que transitamos un momento histórico en el cual concebimos al niño/a como un ser necesitado de afecto y cuidados, pero por sobre todo, maternales. Sin duda, los aportes de la psicología del desarrollo, el psicoanálisis, la psicopedagogía, la terapia ocupacional, la estimulación temprana, entre otras, han sumado en este sentido e influenciado con sus discursos para que esta concepción se legitime.

En particular, en la Argentina, a lo largo del siglo XX, se produjeron numerosos procesos que acompañaron la transformación de "las familias". El Estado de Bienestar cambió el rumbo de la historia al convertirse en un promotor del modelo de familia nuclear, el que principalmente se consolidó como propio en los sectores medios y luego se extendió como un horizonte normativo para todos los sectores sociales (Cosse, 2006). Emergió en el país una dimensión pública de la maternidad a partir de la aceptación de cierto grado de responsabilidad del gobierno sobre el bienestar de las/os niñas/os -principalmente, la educación y la salud-. No obstante, se mantuvo la definición de maternidad como experiencia individual, privada, donde las mujeres madres junto con sus parejas, e insertas en una red de contención comunitaria y familiar, se hacían de los recursos para proveer el bienestar a las/os hijas/os.

La familia nuclear con presencia de un padre proveedor, una madre ama de casa encargada del bienestar de las/os hijas/os y demás miembros del hogar, se erige sobre nociones y relaciones de género presentes en los diversos sectores de la sociedad (Mancini y Wang, 2003) y continúa siendo el paradigma de familia ideal y el modelo sobre el que se planifican las políticas

públicas (Cose, 2003; Nari, 2000; Jelín, 1998), sobre todo las vinculadas al consumo de drogas (Epele, 2010).

En Argentina en los últimos treinta años se observan transformaciones en el contexto social que han llevado a una reconfiguración de los roles tradicionales de género dentro de la familia y han generado un nuevo paradigma en cuanto a la concepción de la maternidad y las relaciones familiares, por ejemplo el deterioro de las condiciones de trabajo, el aumento del desempleo y/o la precarización laboral, la vulnerabilidad, y los cambios demográficos, contribuyendo a alejar de los hogares argentinos el modelo llamado "tradicional" -que concibe al jefe-varón como proveedor exclusivo, cuyo salario alcanzaba para solventar los gastos de manutención de la familia, y a la mujer-madre-ama de casa centrada en el hogar-.

Los dos aspectos clave en esta tensión son:

- 1) un Estado de bienestar que entra en crisis y en proceso de disolución antes de haberse consolidado;
- 2) un mercado de trabajo que sufre un proceso de precarización y flexibilización, sobre un trasfondo de amplia informalidad.

A su vez es necesario mencionar la influencia de los Feminismos que desde mediados de los 70 impulsan el debate sobre el ejercicio de la maternidad como experiencia de construcción social. Inicialmente las mujeres educadas en familias tradicionales, que alcanzaron una formación académica han logrado subvertir algunos de sus mandatos, mientras emprendieron sus proyectos de pareja y familia e impulsan proyectos políticos. Mujeres para quienes el

feminismo representó una posibilidad de reflexionar de manera crítica sobre sus opciones de vida, entre éstas, su práctica como madres.

En correspondencia, algunos aspectos de la organización doméstica familiar exhiben señales de cambio. Ejemplo de ello es el sostenido incremento de la participación de las mujeres-madres en el mercado de trabajo, que redefine las nociones de sustento económico familiar y del papel social de la mujer en la sociedad, ubicándolo más allá de la domesticidad (Wainerman, 2005).

No obstante, desde las instituciones sociales (escuela, centros de salud, comunidades terapéuticas, entre otras) y desde la mayoría de los discursos sociales, se sigue responsabilizando a las mujeres madres por el bienestar, supervivencia, crecimiento y desarrollo de las/os hijas/os.

En este entramado de continuidades y cambio, Marcús (2003) documentó que en los sectores más pobres y marginales de la sociedad, en los cuales el inicio de la maternidad se produce principalmente durante la adolescencia, el rol maternal brinda a las mujeres recompensas y gratificaciones que no encuentran en otros ámbitos de sus vidas. A la vez que se vinculan con procesos de desincrustación social e institucional (Fainsod, 2011), las maternidades se ven moldeadas por el tipo e intensidad de los vínculos comunitarios (Kornblit, 1989) como por las redes afectivas básicas (Isla y Miguez, 2003).

Podría sostenerse que a partir de concebir a los hijos como "propies", se reproduce y afirma aún más el lugar de madre como dadora de identidad a las mujeres. Este sentido del ser mujer que se hace cuerpo en los hijos, se encuentra estrechamente vinculado en nuestras

sociedades a normativas maternas del cuidado, atención y contención, que se condensan en la noción de "*culpa*" (Scheper-Hughes, 1997) como rechazo moral al desapego, el desamor, el descuido o cualquier otra conducta no aceptada socialmente.

A la vez con este escenario social en el que se inscribe la diversidad de trayectorias de vida y experiencias maternas, las mujeres madres usuarias de los servicios y/o dispositivos de atención en consumos problemáticos, suelen ser vistas por sus entornos afectivos, comunitarios, sociales y por ellas mismas como ejemplos de "malas madres".

Como señala Tarducci (2008), las concepciones sociales de familia y maternidad implican formas específicas en las que concebimos y organizamos social, política y económicamente los cuerpos de las mujeres, sus emociones, deseos, sentimientos y conflictos. Y, a su vez, conllevan lógicas que permiten discriminar entre aquellas mujeres que se adecuan a esas normativas y aquellas que no lo hacen, entre aquellas que consideran que pueden cuidar y aquellas que no lo pueden hacer. Entre estas últimas, las usuarias de los servicios de Salud Mental, constituyen un ejemplo. Sus experiencias de maternidad y de consumo se presentan cercanas entre sí y moldean las cotidianidades (Epele, 2010; Bourgois y Schonberg, 2009; Fassin, 2004; Feixa, 1999).

También es posible encontrar en los antecedentes trabajos académicos que enfatizan en los efectos de las drogas en el proceso de embarazo y nacimiento, reforzando el lugar de "malas madres".

Ahora bien, dentro del gran espectro de investigaciones que han tratado el tema de las maternidades en diversos sectores sociales, poco aún se sabe de las dinámicas emocionales de las mujeres usuarias de drogas residentes en barrios marginales y vulnerables en relación con sus experiencias, normativas, emociones y sentimientos frente al maternaje.

MATERNIDADES Y CONSUMOS PROBLEMÁTICOS

Benedetti (2015), refiere que las prácticas institucionales muchas veces están guiadas por modelos de intervención contruidos en otros contextos epocales, normativos y político-institucionales que suponen y reproducen las representaciones sociales sobre las sustancias psicoactivas, el consumo y les consumidores/as.

Con el correr de los años puede observarse como los modelos de abordaje fueron determinados por los procesos históricos y sociales para pensar la problemática.

El primer modelo que se encuentra es el preventivo-asistencial, que se ha utilizado durante más de un siglo y se enfoca en las sustancias psicoactivas. En este modelo, el individuo pasa a un segundo plano y se le ve como un objeto controlado por la sustancia.

En el modelo médico-sanitario que surge en el siglo XX se consideran los consumos como enfermedades. El consumidor de drogas es visto como un "enfermo".

Durante los años 80, con la vuelta de la democracia en nuestro País, surge el modelo psico-social, que cambia la forma de comprender la relación entre el individuo y la sustancia. Se centra en el vínculo que el individuo establece con la sustancia, y analiza cómo lo afecta. La distinción entre sustancias legales e ilegales pasa a un segundo plano.

El modelo socio-cultural también surge en los años 80, pero se enfoca en la dimensión macro-social. Considera que el consumo, problemático o no, es un hecho social más. Se tienen en cuenta las estructuras sociales, factores socio-culturales y socio-económicos para comprender el consumo.

El modelo más actual es el multidimensional propone una visión holística de la salud, que no separa lo social, lo individual y lo biológico, analiza los factores de protección, riesgo y permanencia en el consumo. Se nutre, según Martínez Redondo, de diversas disciplinas y busca despojarse de estereotipos y discursos sociales generados sobre las sustancias. A su vez distingue entre uso, abuso y dependencia, y pone énfasis en las diferentes formas, momentos y lugares de consumo, que pueden ser problemáticos cuando afectan las áreas vitales del individuo, su vida diaria, sus relaciones y su salud. A este modelo de pensar los consumos problemáticos y la forma que busca abordar la problemática de manera integral, interinstitucional e intersectorial, promoviendo estrategias comunitarias y derechos de los sujetos es al que adhiero y desde dónde puedo comprender a los sujetos que atraviesan situaciones de consumos problemáticos.

Desde diferentes estudios realizados en el campo de los consumos problemáticos de sustancias, se acuerda que históricamente, los usuarios varones son los que mayor demandan y concurren a los servicios de salud mental.

A su vez se encuentran artículos como los de los de Blanco Zamora y otros (2005) y Sirvent (2001), que hacen referencia a características de la “mujer adicta”, pero que no problematizan las inequidades y violencias que padecen, ni cuestionan los estereotipos de género, sino que de alguna manera los refuerzan, hacen referencia a características de las mujeres en situación de consumo problemático de sustancias como la bidependencia, la prevalencia de diagnósticos depresivos y patologías psiquiátricas y hasta la búsqueda de atracción por parte de un tercero.

Puede observarse según los actuales informes del observatorio argentino de drogas, que las mujeres desde hace varias décadas han iniciado el camino de consultas y tratamientos, pero así y todo continúan en la actualidad siendo el menor porcentaje de consultas registradas y presentan mayores dificultades en el sostenimiento de los tratamientos.

Hay autores, como (Parga, 2012) e investigaciones que refieren que las mujeres consumen mayormente drogas legales y los varones ilegales, haciendo referencia a estereotipos, prohibiciones sociales y el mayor alejamiento de la conducta de riesgo por parte de las mujeres al ir asumiendo roles más tradicionales. Estos postulados pueden vincularse con la llamada “feminización del consumo” o “feminización del uso de drogas”, puede observarse un aumento del consumo en las mujeres tendiente a una mayor equiparación de las sustancias consumidas por los varones, en especial en la etapa de la adolescencia y la juventud, coincidiendo con años de mayores luchas y conquistas de derechos y libertades para las mujeres .

Según datos del Observatorio Argentino de Drogas en 2018, en nuestro país el 86,4% de los sujetos en tratamiento eran varones y sólo el 13,6% eran mujeres (OAD, 2018). En estudios anteriores, se ha detectado que, con respecto a la adherencia al tratamiento, la tasa de deserción para los varones es de 65,5% y para las mujeres, de 75,0% (OAD, 2009).

En el caso de las mujeres es común encontrar mayor cantidad de dificultades de tipo material, social y simbólico, que los varones en relación al acceso a dispositivos de atención de Salud Mental y aún más en los de atención en consumos problemáticos.

Se podría decir que los tipos de tratamiento históricamente responden a las necesidades de los varones, por considerarse una problemática más asociada a estos, también porque recientemente se están comenzando a problematizar las variantes de acceso de las mujeres a las consultas en los dispositivos de salud.

En los tratamientos históricamente, las mujeres se encuentran con barreras materiales como: la escasez de camas para ellas en caso de requerir internación, los horarios para las entrevistas de admisión a los tratamientos no consideran la disponibilidad de horario en relación a las tareas de cuidado, la falta de espacios de cuidados para niñas en los dispositivos, las dificultades que acarrea el cuidado de los hijos cuando se encuentran en comunidades terapéuticas y la imposibilidad de internarse durante el curso de un embarazo, entre otros.

A estas barreras materiales, se le suman las barreras sociales vinculadas al acompañamiento de su red afectiva, la mirada del barrio, la comunidad y también, las barreras simbólicas que tienen que ver con los estereotipos de género, y la ruptura de mandatos sociales

que hacen las mujeres que consumen (Jeifetz, 2010). La vergüenza, el estigma, el señalamiento de la comunidad, la falta de apoyo de la familia, el miedo a perder el cuidado de sus hijos y la culpa de no hacer lo que “deben”, hace que las mujeres no accedan, ni puedan solicitar ayuda en estos dispositivos o lo hagan tardíamente.

En un contexto donde las mujeres en situación de consumo problemático son doblemente estigmatizadas, por la situación de consumo y por la ruptura con los roles de género clásicos, que implican la maternidad, la feminidad, las tareas de cuidado, entre otras. Se suma los territorios habitados por las mujeres de los sectores populares o pobres, hablamos de una triple estigmatización.

Esto se traduce en miedos, violencias y exclusiones, que además de ser reproducidos socialmente, son reproducidos por las instituciones que actúan conforme a imaginarios sociales y no conocen las diferencias, homogeneizando la atención y aumentando así las barreras de acceso.

Se puede comprender entonces que las mujeres atraviesan una “ruta crítica” en su proceso de problematizar el consumo y solicitar asistencia, donde se encuentran en un camino sinuoso de diversas respuestas, acciones u omisiones de parte de su red vincular, su comunidad, las instituciones, etc.

En nuestro país, a partir de la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones N° 26657, existe legislación específica en torno al abordaje de la salud mental, desde un enfoque transversal de derechos humanos, y se ha erigido como un instrumento rector en la intervención

en materia de consumos problemáticos. La existencia de este marco normativo de carácter nacional que incluye la coordinación de los diferentes niveles de Gobierno constituye la base fundamental sobre la cual establecer los lineamientos centrales para la formulación e implementación de las políticas públicas en la temática.

La Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 en su Art. 3 contempla “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”

Es desde donde entiendo fundamental el rol que juegan las dinámicas de construcción social, lo colectivo, lo comunitario y el vínculo con los otros en la Salud Mental, tal como expresa la ley.

La Salud Mental es un campo, desde la mirada de Bourdieu (1997), donde distintos actores se disputan la hegemonía de este, construyendo e implementando estrategias que les permitan dominar los dispositivos de saber/poder que rigen dicho campo. En torno a la Salud Mental y su abordaje hay distintos paradigmas en pugna que definen un modelo del “debe ser” del campo.

Floreal Ferrara plantea que la salud como proceso histórico-social . Señala que los hechos de salud deben ser despojados del individualismo, comprendiéndolos como parte de “un sistema profundo y complejo, adherido a otra realidad más compleja aún, que le son determinantes y que se expresa globalmente como el sistema productivo del cual y, por el cual existe” .

En este mismo sentido para Emiliano Galende no es posible concebir las formas del sufrimiento mental apartadas de la historia del sujeto, en este caso de las mujeres madres usuarias del DTC Casa Caracol, de las condiciones de sus existencias, los territorios en donde acontecen sus vidas, la cultura que las habitan y la historia que las constituye y las singulariza en el mundo donde crían a sus hijos.

Los espacios institucionales pueden comprenderse como dispositivos en el sentido de una red, de un conjunto de elementos heterogéneos que se vinculan entre sí, que, según Foucault (1977), comprende discursos, instituciones, proposiciones filosóficas, morales, en resumen, elementos de lo dicho y de lo no dicho.

Estas relaciones de saber/poder producen sujetxs que quedan sujetos a los efectos de esa relación, produciendo formas de subjetividad que hacen posible determinados efectos de verdad y realidad. El patriarcado, como dispositivo, crea subjetividades y es reproducido sistemáticamente por otros dispositivos, como las instituciones, cuya estructura tiene como función la conservación de la experiencia (cultural, social, etc.) con la finalidad de reproducir la herencia recibida (Mannoni, 1976). Así, los mandatos de género se instalan e inscriben en los sujetxs.

Sobre los órdenes sociales históricos se han constituido expectativas de roles sobre las personas que habitan los territorios, para poder comprender las formas en que estas personas transitan su vida cotidiana, se relacionan con otros, llevan adelante determinadas tareas, se vinculan con instituciones, enferman, se atienden y sanan, entre otros.

Desde el Trabajo Social urge realizar un análisis crítico e histórico y en clave decolonial sobre cómo ha sido producido el conocimiento científico, lo que nos conduce inevitablemente a cuestionar y/o sospechar de los centros de poder desde donde se han elaborado teorías y categorías de análisis de la ciencia moderna. Este proceso de reflexión crítica del conocimiento trata de develar para deconstruir, descolonizar o quebrar modos de significación, imaginarios y discursos hegemónicos burgueses, racistas, sexistas y xenofóbicos.

Desde esta perspectiva se hace posible pensar la intervención social como una forma de “hacer ver”, de vincular a ese otro con lo propio, con la cultura y con aquello que lo construye. La perspectiva de esta noción de visibilidad da cuenta de la posibilidad de intentar mostrar aquello que la intervención hace ver, muestra, pone en escena, tanto desde la esfera de la propia práctica, como desde la institución o del propio sujeto. Así, desde la intervención pueden construirse con un otro Sujeto de Derecho esquemas de sostenimiento y acompañamiento, donde lo colectivo sostenga prácticas emancipadoras.

Muchas de las mujeres que llegan a los dispositivos de atención por consumos problemáticos son derivadas Judicialmente, desde el ámbito penal en algunos casos o de la esfera civil, por intervención de los organismos de protección a la niñez y adolescencia.

Aunque el equipo de salud o de inserción territorial, como los DTC, sostenga que la investigación se realiza para agotar los recursos de que el niño, niña o adolescente permanezca en el núcleo familiar, las mujeres viven esta intervención como una amenaza de que “les quiten a sus hijas/os”, la cual se concreta en muchos de los casos. Se traza, entre ellas y la institución, una

relación de mutuo malestar (Canevari, 2011), que es, en última instancia está constituida por una relación de desigualdad.

Los procesos de judicialización no solo requieren de la inversión de recursos -materiales y simbólicos- de los cuales muchas veces ellas no disponen, sino que se extienden en el tiempo, pudiendo durar años, repitiéndose el mismo procedimiento cada vez que vuelven a ser madres. Así, los recorridos por las distintas instituciones son interminables, instalándose en su vida como otro elemento constituyente de sus padecimientos. Es en este sentido que podemos hablar de peregrinajes institucionales (Castelli, 2016). Estos pueden traducirse como recorridos burocráticos que se extienden en el tiempo, los que realizan estas mujeres en su búsqueda por recuperar aquello que sienten como lo único propiamente de ellas, sus hijas, sus hijos.

Caracterizados por la exigencia, antes que por la ayuda, contribuyen a reforzar las condiciones de marginalidad en las que estas mujeres viven, y constituyen un tipo de proceso específico de violencia estatal.

En la medida en que los problemas que afectan a estas mujeres permanecen presentes a lo largo del tiempo, estos procesos revelan la ineficacia del estado para revertir o modificar las situaciones de vulnerabilidad y pueden interpretarse incluso como formas de castigo moral hacia las mujeres.

Es desde este entramado que en el proceso reproductivo las mujeres usuarias de drogas quedan mucho más expuestas que los hombres a la sanción social, pero fundamentalmente a tener que hacer frente al control y las interpelaciones que realizan las instituciones de salud, y otros organismos del estado, en muchos casos.

Los informes sobre vinculación de las mujeres con el narcotráfico y el delito en América Latina, es que las políticas punitivas han afectado desproporcionadamente a las mujeres, puesto que su encarcelamiento por delitos vinculados a las drogas ha aumentado significativamente.

En los distintos países de América Latina la proporción de mujeres encarceladas por delitos de droga supera en general el 50% (ascendiendo por encima del 60% y 70% en algunos países), cifra descollante en comparación a otros delitos (Giacomello, 2013). Sin embargo, esto poco contribuye al desmantelamiento del narcotráfico, ya que mayoritariamente son detenidas por realizar la comercialización a bajo nivel, conocida como “Narcomenudeo”.

Trabajo Social :La Intervención situada como Encuentro, Diálogo y Transformación: desde lo individual a lo colectivo

Entiendo el proceso de intervención desde el Trabajo Social como parte de la planificación y ejecución de intervenciones integrales e interdisciplinarias, en esta investigación junto al resto del equipo asistencial. Según Carballeda, la intervención implica una forma de encuentro, diálogo y transformación a través de la articulación compleja de los diferentes mecanismos que componen el sistema de protección social que posee una sociedad. Es una forma que se lleva a cabo a través de trazar nexos entre sujetos, política y cultura, donde los aspectos contextuales dialogan y se entrecruzan y elaboran diferentes tipos de demandas ligadas a la cuestión social (Carballeda, 2010).

El Trabajo Social es una profesión de carácter interventivo, es recurrente la referencia , como dice Montaña (2015:19) “la separación entre conocimiento y acción, entre saber y hacer, entre teoría y práctica” abonando la idea de que el conocimiento tiene que ser práctico.

Desde algunas posiciones hegemónicas se podría observar que el colectivo profesional entiende el desarrollo de la intervención profesional como una “tecnificación” del ejercicio profesional, o “la aplicación de métodos y técnicas”.

Siguiendo a Laura, Massa se podría decir que la forma de superar esa dicotomía histórica de la profesión es mediante la reconstrucción analítica, en clave de totalidad, de los procesos y problemas sociales pudiendo dar cuenta de los fundamentos que configuran los padecimientos cotidianos que transitan los/as usuarios/as de los servicios sociales, argumentando que no solamente esos “padecimientos” son sociales; sino que también lo son las formas organizadas para darles respuesta. Reconociendo que así en la Vida Cotidiana se expresan las manifestaciones de la cuestión social, haciendo explícito que las demandas a la intervención profesional, aunque se presenten de forma individual, no son individuales.

Esta demanda no es ni espontánea, ni individual; sino que constituye el último eslabón de un encadenamiento de fragmentaciones por el cual la “cuestión social” ha sido despolitizada, naturalizada y moralizada, presentándose en forma fenoménica de situaciones particulares que se encuadran en las “percepciones” de los sujetos, quienes suelen llegar de manera individual porque se entiende que la satisfacción de necesidades es “privada”, y que en general son “mujeres”, porque es a quienes les caben las “responsabilidades” del cuidado y la reproducción.

Finalmente, también la misma autora hace mención a otra forma en que se expresa la fragmentación, en la invisibilización de las funciones asignadas a los/las Trabajadores sociales que es la resultante de una estrategia dominante que, asentada en la moralización, orienta la reproducción espiritual de los sujetos pertenecientes a la clase que vive del trabajo y, por tanto, no se tendrá como función asignada la organización de los usuarios de los servicios, la atención conjunta de sus demandas o una gestión que no sea nominal de los recursos.

Entonces, para desarrollar una intervención situada es necesario superar analíticamente todos estos aspectos en los que se expresa la fragmentación y a su vez poder tener en cuenta en el desarrollo de una intervención situada los alcances de la problematización que el Trabajo Social realiza.

Una intervención situada remite a comprender el territorio como organizador de la vida individual y social, ya que es el ámbito donde se configuran las posibilidades de reproducción y, por ello, es el horizonte de la intervención profesional. El profesional del Trabajo Social interviene en la reproducción de las relaciones sociales (Yazbek, 2008), lo cual se cristaliza, en ámbitos socio-espaciales concretos.

Los “problemas sociales” no pueden ser delimitados sin tener presente las determinantes sociales, históricas, políticas, económicas y culturales, la perspectiva de género y territorial, permite decodificar aquellos en la dimensión singular que condicionan la reproducción de los sujetos en un “aquí y ahora” específico, que, por específico, no se explica en sí mismo sino que supone el reconocimiento de dichas determinaciones que configuran el desenvolvimiento cotidiano de las personas que habitan/ construyen dichos territorios.

De esta manera entiendo el territorio como “el escenario” donde se disputan las orientaciones (“para que”), los dispositivos (“como”) y los “con quienes” de la intervención social: que permite leer las prácticas de los sujetos en clave situacional, y las de los trabajadores sociales, también el desarrollo de procesos de problematización del mundo inmediato.

CAPÍTULO III:

CONTEXTO INSTITUCIONAL

El Dispositivo Integral de Abordaje Territorial (DIAT) Casa Caracol se inauguró el 12 de marzo de 2015 en el barrio Malvinas Argentinas, como resultado de una gestión asociada entre la Asociación Civil Sol de Mayo y la SEDRONAR (Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina). La Secretaría nacional es quién financia al equipo de trabajo, y la Asociación Civil se ocupa de costear el mantenimiento diario del dispositivo, el edificio, las actividades, talleres y proyectos que se llevan adelante.

Sol de Mayo, es una ONG, organización no gubernamental tiene como objetivo la implementación de políticas públicas y programas de inclusión social.

Desde Casa Caracol se mantiene el compromiso de generar condiciones y oportunidades, singulares y sociales que permitan abordar la promoción de derechos, la prevención y asistencia en situaciones de consumos problemáticos, a través de respuestas integrales, que fortalezcan a los jóvenes, las familias y la comunidad, desde un abordaje integral. Los DTC son centros

preventivos asistenciales de abordaje integral ambulatorio, orientados a la atención primaria de la salud de personas que se encuentran en situación de vulnerabilidad social frente a problemáticas vinculadas con el consumo de sustancias psicoactivas.

La franja de apertura es amplia de lunes a viernes de 8 a 20hs, propiciando mayores condiciones de accesibilidad y mayor número de propuestas y actividades.

El equipo de trabajo está integrado por profesionales: abogadas, trabajadoras sociales, psicologues, terapeuta ocupacional, técnicos, talleristas y operadores que elaboran estrategias de intervención. Todo el equipo mantiene reuniones semanales para pensar interdisciplinaria e integralmente las estrategias de abordaje e intervención.

Se propician espacios de formación y supervisión de casos, los cuales son propuestos por ambos espacios de cogestión y por los trabajadores.

Las tareas y propuestas del dispositivo se organizan en tres ejes fundamentales:

Prevención y promoción

Asistencia

Abordaje territorial

Y en 4 áreas de intervención:

Psicosocial asistencial

Laboral

Educativa

Lúdico-recreativa: abarca lo cultural y deportivo

Cada área promueve la pertenencia y participación de los jóvenes y la comunidad, motivando la construcción de vínculos que sirven de apoyo y sostén para el acompañamiento y construcción de alternativas de fortalecimiento ante situaciones de vulnerabilidad social, favoreciendo la reconstrucción del tejido social.

El marco normativo que rige el DTC es:

Ley N° 26.657: Ley Nacional de Salud Mental

Ley N° 26.934: Ley Plan Integral para el Abordaje de los Consumos Problemáticos

Ley N° 26.529: Ley Derechos del Paciente, Historia Clínica y Consentimiento Informado

Ley N° 26.061: Ley de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes

Ley N° 26.485: Ley de Protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales

TRAYECTORIA INSTITUCIONAL

Casa Caracol, es un espacio comunitario, construido en un terreno donde solían jugar los niños del barrio a la pelota. A mediados de 2015, se establecieron los Centros de Prevención Local de las Adicciones (CEPLA) en todo el país, bajo la coordinación del cura Juan Carlos Molina.

Estos dispositivos abordaban los problemas de consumo de sustancias a nivel ambulatorio y territorial. Inicialmente, las actividades de inserción comunitaria se realizaban en plazas y espacios públicos, pero luego se inauguró Casa Caracol en marzo de 2015, con el enfoque en los derechos de los adolescentes y jóvenes de 12 a 24 años. Se formaron equipos interdisciplinarios para acompañar los proyectos de vida de los jóvenes.

Sin embargo, menos de un año después, hubo un cambio en la gestión estatal y se unificaron los dispositivos bajo el nombre de Dispositivo Integral de Abordaje Territorial (DIAT), que se enfocaba más en la asistencia. A pesar de esto, Casa Caracol se convirtió en un espacio amigable y participativo, donde se llevaron a cabo talleres, ferias y actividades culturales.

La comunidad local también se apropió del lugar, compartiendo sus saberes y habilidades a través de talleres comunitarios y actividades voluntarias. A pesar de los desafíos, como la pandemia de COVID-19 y sus efectos negativos en el empleo, la conectividad y la salud mental, Casa Caracol ha seguido sosteniendo políticas integrales para abordar los problemas de consumo de sustancias.

CARACTERIZACIÓN DEL DISPOSITIVO

Con el objetivo de hacer una caracterización general del dispositivo sostuve la concurrencia durante un mes, donde pude registrar observaciones en relación al funcionamiento, la modalidad de atención y participar en entrevistas realizadas por la Trabajadora Social. A su vez he concurrido como observadora a talleres que se han brindado en relación al desarrollo y cuidado de los niños. También al observar los elementos de registro que son dos: las Hojas de Primer Contacto (HPC) y las Hojas de Ruta (HR), pueden construirse mediante el entrecruzamiento de determinadas variables datos estadísticamente relevantes, no siendo el objetivo de esta tesis exponer ni analizar los mismos, pero si poder tomar como referencia la comparación en relación a visibilizar las desigualdades en relación al acceso a consultas y/o tratamiento por parte de las mujeres que se encuentran en situación de crianza.

Es necesario mencionar que hay dos vías de acceso al dispositivo, una a través de los espacios promocionales que es acompañado por el área de TRABAJO SOCIAL y/o preventivos y otra a través de la demanda directa de turnos programados para iniciar el proceso de primera escucha.

Esta primera escucha, es interdisciplinaria y complementaria entre el trabajo social y psicología a través de turnos programados, que se brindan para la admisión, se explican los objetivos de la admisión y se menciona la importancia de la mirada, el diagnóstico social y la intervención de TS desde el inicio del tratamiento y durante el mismo.

Lo promocional permite, por un lado, que el umbral de accesibilidad sea bajo, alojando a muchos sujetos que de otra manera tal vez no se acercaría al dispositivo, y, por otro, posibilita la restitución de derechos, como el acceso a la educación o el apoyo en la búsqueda de empleo y aporta al bienestar del sujeto ampliando su red subjetiva y en términos de aprendizaje, de autonomía y de autoestima, entre otros. Así mismo, puede constituirse como vía de acceso la demanda de asistencia clínica por consumos problemáticos. Ambas vías son complementarias y hacen al abordaje integral, identitario del dispositivo. En este sentido, el ámbito promocional puede posibilitar la accesibilidad a la atención psicoterapéutica y, así también, desde el espacio psicoterapéutico puede orientarse la inclusión de la persona en actividades promocionales.

El funcionamiento de Casa Caracol con distintas áreas y funciones complementarias se constituye como un engranaje en movimiento, dialéctico, que desarrolla propuestas inclusivas que invitan y abren puertas, que alojan y que pueden tener efectos terapéuticos en los sujetos cuando se trabajan cuestiones de su padecer. Estos abordajes permiten incluir en el análisis a las usuarias que no desearon hacer un tratamiento en los términos convencionales, pero que sí hicieron uso de otras propuestas del dispositivo y fueron acompañadas teniendo en cuenta sus decisiones.

En la primer escucha de les consultantes se registran cuestiones vinculadas a Derechos, que implican su vulneración, dificultad de acceso o vinculación con las políticas públicas y organismos estatales. En relación a los motivos de consulta según la percepción de género de les consultantes, los varones consultan en un grado mucho mayor que las mujeres y diversidades genéricas sobre la realización de tratamientos por consumo de sustancias.

La inexistencia de HR implica que ese proceso no inició. Con lo cual solo un 33% del total de las mujeres que manifiesta consumo inicia formalmente la trayectoria de tratamiento o participación en propuestas terapéuticas en el dispositivo. En los varones este número llega al 54%.

De la observación de las (HPC) y las (HR) se desprende que la población que concurre al DTC, está conformada mayormente por adolescente y jóvenes que participan de actividades orientadas en lo promocional y terapéuticas.

En relación a la población adulta y adulta mayor participan principalmente de actividades promocionales en el dispositivo, esto incluye, talleres de formación en oficios, actividades recreativas, talleres artísticos, espacios reflexivos de encuentro, actividades deportivas, entre otros. Esto se relaciona con la perspectiva institucional y amalgamada por el equipo de trabajo de generar otras propuestas que permitan no centrarse solamente en la asistencia a los consumos problemáticos como algo disociado del proyecto de vida y de la comunidad.

En cuanto a la situación laboral se encuentra el mayor porcentaje de la población sin empleo registrado. Por lo tanto no cuentan con los beneficios del sistema contributivo ni previsional y no acceden a la cobertura médica, siendo gran parte de estos los trabajadores “en negro”, los emprendedores, los changarines y los trabajadores de la economía social y/o popular.

Finalmente, en menor porcentaje, encontramos a las que se definieron como amas de casa y jubiladas. Puedo decir, entonces, que la mayoría de los usuarios que concurren al DTC se

encuentra en situación de precariedad laboral, caracterizándose por un alto porcentaje de desempleo y trabajos con un alto grado inestabilidad e incertidumbre y donde ven vulnerados sus derechos laborales.

En relación a las tareas de cuidados (que se realizan en el ámbito privado/ familiar) , las mismas no se encuentran reflejadas en la HR. Es decir que se produce la invisibilización de las tareas de cuidado y/o reproductivas y del trabajo que se desarrolla en el ámbito privado y que no es remunerado por no clarificarse el término *ama de casa* y es posible que impacte en la categoría de desocupades.

La articulación Interinstitucional se construye mediante las derivaciones de organizaciones o instituciones, como las ONGs. que trabajan consumo problemático y que por distintos motivos (geográficos, institucionales, entre otros) deciden derivar y/o articular el caso.

A estas, le siguen instituciones vinculadas a la justicia, los usuarios derivados por organismos judiciales concurren con oficios en los cuales se les exige la realización de tratamiento por consumo problemático. Esto genera una complicación, en términos de que no todos estos sujetos problematizan sus consumos, es decir, que no todos deseaban implicarse en un espacio terapéutico, lo que decantaba en ausencias a los encuentros pautados y abandono de los tratamientos porque no partía de una necesidad sentida de los sujetos.

También, se encuentran las derivaciones o articulaciones realizadas por instituciones de niñez. En general estos casos se vinculan a medidas de abrigo tomadas con niños a cargo de personas en situación de consumo. En pos de garantizar el bien superior del niño y la niña ante

situaciones consideradas de riesgo, les niños eran retirados temporalmente del cuidado de los adultos a cargo. En muchos casos se les solicitaba a estos la realización de tratamiento por consumo de sustancias como parte de las acciones que debían cumplir en pos de la restitución de estos niños al hogar. **El 75% de las derivaciones de organismos de niñez mencionadas fueron realizadas a mujeres usuarias de drogas**, lo que da cuenta de sobre quiénes recaen mayoritariamente las tareas y responsabilidades de cuidado.

Con las menores cantidades de derivaciones encontramos a las instituciones de las áreas de salud ,educación y desarrollo social.

CAPÍTULO IV:

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LAS ENTREVISTAS

Trayectoria y especificidades del consumo problemático

Atendiendo a la experiencia y voz de las usuarias entrevistadas, se evidencia que las representaciones sociales estigmatizantes sobre las mujeres que transitan consumo problemático, opera como un gran obstáculo para la demanda de tratamiento, por ejemplo cuando mantienen ocultos sus consumos. El conjunto de representaciones sociales estigmatizantes no solo es reproducido por el sistema de salud sino que es internalizado por las propias mujeres, ubicándose en una posición subordinada que obstaculiza la demanda a tratamiento y por ende el acceso a la salud.

Las usuarias entrevistadas manifestaron haber iniciado sus trayectorias en consumos de la mano de varones vinculados afectivamente a ellas mediante relaciones de pareja o amistad. A

diferencia de estudios y autores como Eldred y Washington (2009) y Morejón (2017) que plantean que las mujeres consumidoras tienen una dependencia emocional o afectiva de los varones (situación que refieren no ocurre a la inversa) adquiriendo hábitos de consumo en forma pasiva por mandato de estos, como señal de sumisión al deseo masculino. Puede observarse que en las entrevistadas había un deseo personal de “probar”. Había, en muchas de ellas, una intención, una búsqueda personal, la cual manifiestan no fue inducida, esto las pone en un rol activo en el inicio de sus consumos. Este tipo de estudios o teorías que hablan de una doble dependencia o bi-dependencia no solo introducen un elemento que patologizan las relaciones heteroafectivas, sino que además refuerzan el estereotipo de mujer pasiva, sumisa, sin profundizar en otras posibilidades de análisis.

Cuando era adolescente, estaba que no quería hacer nada y dejé la escuela y comencé a probar con amigos. De grande he consumido con mi ex pareja, él siguió consumiendo hasta hace poco que tuvo problemas de salud.(usuaria S)

Las usuarias entrevistadas hicieron referencia a consumir principalmente con otras, mientras se iniciaron en el consumo, posteriormente refieren que al momento de ser madres modifican los momentos de consumo, transitándolos solas y en el ámbito privado. Solo una de las mujeres entrevistadas hace referencia de haber consumido durante el embarazo.

Consumimos por la noche cuando las nenas van a dormir “me transformo”, en mi casa pero aunque vaya sin dormir las llevo a la escuela. No hemos perdido ni trabajos ni nada, (usuaria A)

Puedo inferir que estos consumos privados se relacionan con el deseo de evitar el estigma producido por alejarse de los roles asignados socialmente.

Según Maffia, Colace y Lerena (2011) el inicio del tratamiento supone frecuentemente el abandono de las responsabilidades de cuidado y existe el temor de que el visibilizar la problemática de consumo suponga la retirada del cuidado personal de los hijos.-

El ocultamiento que las usuarias de drogas hacen de su situación tiene como objetivo evitar el juzgamiento, el alejamiento de los afectos, la vergüenza, la marca de no haber cumplido con lo que la feminidad estipula, de haber roto las reglas y, en el caso de ser madres desean evitar la posible retirada del cuidado de sus hijos.

Las mujeres que consumen son vistas peor que al hombre... te dicen de ultima el trabaja todo el día y va y yo que hago estoy en mi casa golpeando olla, la mujer esta re mal vista. A mí cuando se enteraron, me defenestraron que todo lo que me pasaba era culpa mía. (usuaria E)

Por ser madre no deberías drogarte y los hombres pueden hacer cualquiera (usuaria A)

Si, claro, las mujeres no deberían consumir, quien se ocuparía de los hijos. Cuando nació mi último hijo me lo sacaron por que había consumido, y como nadie de mi familia me ayudó estuvo unos meses en un hogar. (usuaria L)

Las mujeres siempre tenemos que ocuparnos de todo, la vida de mi mamá habría sido diferente si la hubieran ayudado, ahora está mal pero por todo lo que ella pasó. Por suerte estoy acá y voy viendo como sentirme mejor. (usuaria Z)

Cuando hablamos de maternidad como mandato nos referimos a la idea de la *maternidad perfecta y abnegada*. Esta maternidad ideal se aleja de la realidad de las mujeres en general y de las consumidoras de sustancias en particular.

Puedo comprender que esta mirada social sobre las mujeres que maternan, atraviesan los discursos de las entrevistadas, donde la culpa y la soledad las ubican en escenario de mayor vulnerabilidad, donde también se van amalgamando prácticas institucionales que lejos de acompañar, aparecen para imponer el modelo de maternidad responsable. El no cumplir con las expectativas propuestas institucionalmente genera sentimientos de frustración y culpa, reforzando el sello de “mala madre” que no puede dejar las drogas por sus hijos.

Si siempre, se veía fácil, pero hoy con el diario del día no hubiera tenido ningún hijo. No me imaginaba otra vida donde se pudiera ser otra cosa más que madre. (usuaria S)

Si desde chiquita, siempre jugaba a ser madre y tener muchas hijas(usuaria A)

No se, mis hijos más grandes vinieron sin planificar los dos más chicos si quería tenerlos igual son lo mejor que me pasó en la vida. (usuaria L)

Cuando era chica (usuaria E)

Desde chica pensaba serlo(usuaria Z)

Puede observarse en las usuarias entrevistadas, una idea naturalizada y de trayectoria lineal sobre la relación del género femenino y la maternidad. La misma coincide sobre la mirada social en las mujeres y sus expectativas de roles. Conocer estos relatos posibilita de-construir los discursos románticos acerca de la maternidad y dar lugar a la singularidad de las usuarias madres.

Estaba en pareja quede embarazada, un poco lo buscamos y el me dijo que "si quería tenerlo estaba bien era mi decisión". Después de un tiempo me separé . Volví a estar en pareja, quería una nena, me embaracé tuve un varón y el otro embarazo fue una nena. Con mi último embarazo la verdad que no quería pasar otra vez por situaciones que no me hicieron bien, yo de mi tercer hijo sali sola del hospital con el bebe y el bolso, me sentía tan mal que no quería otro bebe. Consulte a las socorristas pero no me anime, si me pude ligar las trompas (usuaria S)

Sobre la consulta a cómo habían tomado la decisión de ser madres, se observa cómo sus parejas varones han delegado la responsabilidad de decidir sobre ellas, llevándolas a espacios de soledad reforzados por el imaginario social que las madres todo lo pueden y que serán ellas las responsables de criar a sus hijos.

Dentro de la sobrecarga que las usuarias mencionan se encuentran la Maternidad por el avasallante mandato de la maternidad perfecta, las tareas del hogar, las dinámicas de pareja y familiares en la vida cotidiana.

Es una porquería, por la responsabilidad que recae sobre la madre y la soledad con que se vive. No es por los hijos porque a ellos se los ama, yo amo a mis hijos, pero no tengo descanso, ni tiempo para pensar...yo lo vivo así, pienso en mi mamá y para ella fue peor y mi hermana que es madre también, un poco nos ayudamos. (usuaria S)

Que es difícil y sé que hay personas que asumen la responsabilidad y es para toda la vida. No sé si podría ser madre de nuevo, hay cuestiones que me pongo a pensar que antes no lo hacía. No es linda, no digo que no tenga momentos lindos pero está naturalizado como que es lo mejor que te puede pasar en la vida y no es así , con ese pensamiento una no se va a poder sentir plena nunca... No se si la recomiendo para todo el mundo, es muy difícil, hay gente que puede maternar y otra no (usuaria Z)

A su vez también se recogen relatos relacionados con violencias por motivos de género, de diversos tipos y modalidades que tienden a naturalizarse e invisibilizarse, sin embargo todas las entrevistadas manifestaron haber sufrido en algún momento de su vida algunas de estas.

En uno de mis partos perdí mucha sangre me sentía muy débil y no dejaban en el hospital que el papá o alguien pudiera ayudarme con el cuidado del bb me gritaron mucho y se enojaban porque yo no ponía el bb en la cunita y ni siquiera podía levantarme (usuaria S)

Si, violencia obstétrica, cuando fui a tener a mi hijo era muy chica y en el hospital me trataron mal. También con el progenitor de mi hijo, me banqué muchos escenarios feos yo tenía 12 y el 17, estuve con él hasta los 16 él tenía ciertas actitudes hacia el bebe de desprecio... me decía cosas como: no le des besos... En ese momento no me di cuenta, estaba naturalizado. (usuaria Z)

Mayormente pueden identificar claramente la violencia obstétrica este es un dato no menor, a diferencia de otros estudios, donde aparecen más invisibilizadas, encontramos referencias a la violencia, psicológica y económica en forma directa en los relatos, además de las violencias físicas y sexuales. Si bien no podemos hablar de las violencias como un determinante de los consumos problemáticos, sí podemos comprender que los consumos pueden aparecer como parte de una estrategia que posibilita soportarlas, como atenuantes.

Las violencias machistas dejan una huella contundente en la autoestima de las mujeres, en cómo son percibidas por la mirada del otro y cómo esa mirada las define e imprime en ellas efectos de verdad, de los cuales cuesta mucho esfuerzo salir.

Esto se suma a la casi inexistencia de actividades de disfrute y tiempo de ocio, sobre el cual tuvieron muchas dificultades las entrevistadas al responder, dado que es algo que no aparece en su cotidianidad. La desigual distribución de tareas se presentaba como agobiante para algunas de ellas.

Esto se relaciona directamente con las cargas desiguales que soportan varones y mujeres a partir de la clásica División Sexual del Trabajo.

No trabajo, he trabajado a los 14 años que mi mamá me mandó a trabajar cuidando niños, ahora no lo hago, me dedico a cuidar a mis hijos más chicos. (usuaria L)

En el caso de las mujeres asalariadas se produce una doble jornada laboral, la de sus empleos y la de hogares. En varias de las entrevistadas la reproducción de este modelo patriarcal de distribución del trabajo aparecía de forma naturalizada, como parte del “deber ser”. Pero, sin embargo, no se asumen las tareas del hogar y las de Cuidado, no son reconocidas como Trabajo, no solo desde lo que podría ser el reconocimiento económico, sino desde el factor tiempo, impactando en relación a la posibilidad de acceder a actividades de disfrute, cuidado de la propia salud, formación entre otras.

El acceso a un empleo se puede observar que es en condiciones de precariedad y donde también se relacionan con tareas de cuidado fuera del hogar.

La presencia del estado en políticas de seguridad social, como es la AUH, y el Potenciar trabajo son el pilar de la economía de 3 de las usuarias, facilitando la realización de proyectos de autoempleo, como la venta ambulante. A pesar de los intentos de mejorar los ingresos, sumando otras actividades, continúan siendo insuficiente para satisfacer necesidades de recreación y disfrute.

En cuanto a la finalización de los estudios obligatorios las mujeres entrevistadas mayormente no han alcanzado a culminar sus estudios primarios y/o secundarios. Esta

confluencia de elementos juega un rol importante en cercenar la autonomía de las usuarias y las posibilidades de proyectar sus deseos y desarrollar sus proyectos de vida.

La situación económica de estas usuarias se traduce en una triple estigmatización, por ser mujeres, por ser usuarias de drogas y por ser pobres. La falta de recursos las pone en situación de mayor vulnerabilidad con respecto a otras usuarias de droga, debiendo trazar estrategias diversas para la subsistencia, encontrándose en condiciones habitacionales más precarias y con un mayor deterioro de salud generalizado. Esto ilustra el concepto mencionado de interseccionalidad, analizando cómo se entrecruzan distintas variables de estratificación que tienen como resultado la profundización de relaciones de desigualdad.

En relación a los vínculos afectivos tanto familiares, como de amistad, espacios vecinales o comunitarios e instituciones podemos encontrar que de las entrevistas surge una escasa red vincular. En líneas generales, observamos una erosión de los lazos a partir del consumo y una retracción de las mujeres hacia un círculo más íntimo, que comúnmente está vinculado al ámbito escolar o de salud de las niñas .

Las consecuencias del consumo problemático generan el alejamiento de referentes afectivos a la vez que refuerzan el ostracismo de la usuaria de drogas para no ser juzgada.

No se detectó participación en espacios vecinales o comunitarios, salvo a la participación en las actividades en Casa Caracol, llamativamente no se las perciben como parte del tratamiento, sino como espacios donde aprenden, aportan saberes y se sienten reconocidas como sujetas.

También, he identificado discursos donde la relación con las instituciones está mediada por la problemática de consumo. A su vez, estos se entrelazan con cuestiones relativas a la maternidad. Los dispositivos con los cuales mayormente se han relacionado han sido los vinculados al Poder Judicial, en los fueros Penal y de Familia y a la Niñez y Adolescencia. La mayoría de las instituciones que tomaron contacto con estas mujeres, lo hicieron en relación a su rol materno y sus capacidades de cuidado, ejecutando, en dos casos, medidas de tipo coercitivas y de disciplinamiento. Las usuarias relatan que se les han impuesto estrategias caracterizadas por la coacción, con objetivos tales como obligación de realizar un tratamiento sobre consumo problemático o contar con una vivienda o requisitos de las instituciones sin analizar los deseos y posibilidades de estas.

Experiencias y percepciones en torno a la accesibilidad al dispositivo

Las entrevistadas refieren haberse acercado a Casa Caracol por sus consumos problemáticos, salvo dos usuarias que se han vinculado inicialmente mediante actividades promocionales. Estas últimas se acercaban al DTC no solo a participar de talleres, sino a poner en palabras dudas, consultas e inquietudes que compartían con algunos miembros del equipo con quienes tuvieran mayor transferencia.

La mayoría se acercó en forma voluntaria, porque conocían el dispositivo en el barrio o por recomendación de algún referente afectivo, para terminar sus estudios secundarios o participar de talleres, una usuaria hace referencia a haber sido derivada por un equipo de Salud y otra por organismos de Niñez y Adolescencia.

Solo dos de las entrevistadas hacen referencia a haber realizado tratamientos previos, en espacios de abordaje de consumos problemáticos, con profesionales en el sector privado y grupos de autoayuda, ambas coinciden en haber abandonado las propuestas sin resultados positivos en relación a la problemática.

En las entrevistas he encontrado que no hay una sola puerta a partir de la cual iniciar un proceso de primera escucha, sino que hay varias posibilidades. Por un lado, encontramos la demanda específica de un espacio de escucha o espacio psicoterapéutico mediante circuitos formales con turnos. Por otro lado, los procesos de promoción y prevención inespecífica propician la construcción de la demanda, lo que hace que muchos usuarios que habitan la casa de encuentro decidan poner en palabras algunas inquietudes con trabajadores del equipo o, a la inversa, que los trabajadores observen situaciones de vulneración de derechos que requieran convocar al sujeto a un espacio de escucha (ya sea en el consultorio, en la cancha o en la cocina compartiendo un mate).

En los relatos resuena la flexibilidad con la cual se desarrollan los espacios terapéuticos.

Hice el finés y también hacía terapia con el psicólogo, hasta que pude plantear que no deseaba continuar con un tratamiento por consumo, ya no consumía. Entonces me acompañaron con terapia un tiempo hasta que me sume a otro espacio. (usuaria Z)

Tanto las usuarias que realizan tratamiento psicoterapéutico, como las que participan de actividades promocionales en la casa de encuentro, ponen énfasis en el valor de la palabra y la escucha. Se refuerza la importancia de la escucha activa, atenta y sin prejuicios.

Bien, yo estuve grabando música con Lula la conocí en un espectáculo y bueno con la psicóloga cuando se fue , tenía mucho miedo de comenzar con alguien nuevo, yo venía con muchas inseguridades... Pero con mi actual psicóloga la misma onda, re bien. Te hacen sentir re cómodo , hacen un vínculo de confianza que te ayuda.

Surgen en las entrevistas valoraciones positivas acerca de que Casa Caracol contempla propuestas de tipo educativa, cultural y promocional, además del tratamiento clínico. Esto permite a las usuarias pensar su proyecto de vida de forma integral, trabajar otras cosas “más allá del consumo”. A su vez, se destaca el rol de talleristas y operadores que invitan a los espacios. Casa Caracol aparece en los relatos como una institución que aloja y acompaña.

En relación a las motivaciones de las usuarias para iniciar un tratamiento por consumo de sustancias se encuentra que el incentivo principal está puesto en otros y no en sí mismas. Algunas de ellas manifestaban iniciar tratamiento por demanda de su familia o por la necesidad de estar bien para asistir a un otro. Otras se veían motivadas por su rol materno y la existencia de hijos bajo su cuidado. Esto deja en claro el rol tradicional de la mujer existiendo para el otro, al

servicio del otro, priorizándole por sobre sí misma. Setien y Parga (2018) sostienen que la vigilancia que reina muchas veces sobre estas mujeres, termina vulnerando su intimidad y autonomía. En algunos casos se analiza que estas medidas institucionales y la presión que las mujeres sienten para intentar cumplirlas han propiciado la profundización del cuadro de consumo.

A mí me mandaron de calidad de vida, cuando tuve a mi hijo y les dije que había consumido, hice el tratamiento acá y en diciembre cuando me devolvieron a mi hijo, me dijeron que no iban a venir a mi casa ni nada más, faltaba solo un informe de la psicóloga y ya lo mando. Ahora sigo viniendo a la psicóloga. Solo falto cuando tengo que ir a hacer algo por la discapacidad de mi otro hijo.

Continuando con las motivaciones de las usuarias para realizar tratamiento, todas hicieron referencia a la voluntad individual como elemento prioritario o casi único para “recuperarse”, aludiendo a la clásica frase “si querés, podes”. Resulta llamativa la contradicción discursiva de esta posición con el relato de sus historias de vida y las barreras encontradas en torno a la accesibilidad manifestadas por estas. Podría inferir que esta visión reduccionista que acusa a una sola posibilidad de “salir”, la voluntad, se vincula a discursos hegemónicos de base liberal, que exaltan el individualismo, la meritocracia y la responsabilidad en el sujeto sobre su destino. En el caso de las mujeres, este discurso opera reforzando el sentimiento de culpa, ya que *si no podes, es porque no querés*.

Si me sentía re mal después de consumir, me cuestionaba yo misma pero no tenía las herramientas para controlar la adicción. Siento que no me afecto en aspectos de mi vida, si puedo sacar un montón de cosas positivas, es difícil ponerse en el lugar y de este lado puede ponerse en el lugar y llegar a comprender, tengo gente cercana que esta perdido pero necesita apoyo. Tenes que retirarte de escenarios donde estuviste consumiendo es replantearse todos los días que quieres ser vos, que quieres de tu vida. es un trabajo para toda la vida, porque sabes que podes recaer.

(usuaria Z)

En relación a las tareas socialmente asignadas de maternidad y cuidado del hogar, al recaer solo en las mujeres, suelen obstaculizar su participación en espacios promocionales y/o asistenciales. Las dificultades para coordinar los tiempos impuestos por la maternidad y el hogar, la imposibilidad de dejar a los niños al cuidado de otro y los requerimientos de estar al servicio de la pareja son factores que condicionan la accesibilidad.

Siguiendo a Sanchez Antelo (2017) la adherencia al tratamiento está tensionada por el ideal de “madre cuidadora”, que por un lado motiva la permanencia en el tratamiento a la vez que impulsa su deserción para cumplirlo.

Los procesos terapéuticos las entrevistadas refieren haberlo transitado mayormente solas, no halle un acompañamiento significativo de la red afectiva. En los pocos casos donde estas se sintieron contenidas por algún referente afectivo, siempre eran mujeres, sus madres, hermanas, amigas, etc. Solo una puede identificar vagamente al padre de su hijo, que es con quien convive sin mantener actualmente una relación de pareja.

Estrategias de acompañamiento en el maternaje

Accesibilidad inicial y ampliada

Siguiendo en concordancia con los aspectos valorados para la accesibilidad de las mujeres a los tratamientos por consumos problemáticos y considerando la maternidad como un aspecto fundante en el acceso a los mismos, es que me interesa señalar los distintos factores que influyen en la accesibilidad inicial y ampliada de las mujeres en situación de consumo problemático, a espacios de Casa Caracol, cumpliendo, de esta manera, con los objetivos específicos trazados por la presente tesis.

A continuación se enumeran los elementos analizados como condicionantes de la accesibilidad de las usuarias de Casa Caracol :

Maternidad. La maternidad, contradictoriamente, actúa como un motivador y obstaculizador para la búsqueda de asistencia y el sostenimiento del tratamiento. Por un lado, las mujeres que maternan sienten la responsabilidad de mejorar sus condiciones de salud en pos de cumplir sus funciones parentales de acuerdo a los parámetros de cuidado socialmente establecidos. Por el otro, la presencia de hijos en el tratamiento impulsa la deserción de los mismos al demandar la urgente provisión de cuidados a tiempo completo. Los procesos que emprenden las usuarias al solicitar asistencia por sus consumos problemáticos no son inmediatos, por lo que se requiere coordinar esfuerzos para que los niños estén al cuidado de otros (familia, referente afectivo o comunitario, instituciones) mientras estas llevan adelante sus tratamientos.

Tareas de cuidado. Las tareas de cuidado o reproductivas requieren la presencia activa de las mujeres en sus hogares. Estas no solo incluyen lo referente a la maternidad, sino que abarcan también el mantenimiento del hogar, el cuidado de otros familiares y los requerimientos que sostiene el modelo tradicional de parejas o relaciones sexoafectivas heterosexuales. La desatención de estas tareas al iniciar el tratamiento, genera el rechazo de la red afectiva por el alejamiento de estas usuarias de la imagen de mujer abnegada, entregada al otro, que prioriza el bienestar del resto por sobre el propio.

Situación socioeconómica. Las mujeres usuarias de droga en situación de vulnerabilidad económica se ven en mayores dificultades para participar de espacios terapéuticos. Las situaciones que deben contemplar a la hora de iniciar un tratamiento son de las más variadas, desde el surgimiento espontáneo de “changas” que impliquen inasistencias a los espacios pautados, hasta la falta de dinero para pagar el boleto de colectivo que le permita llegar al dispositivo. En el caso de las usuarias que dependen económicamente de otros (parejas, familiares), se detecta una menor autonomía para tomar decisiones, dependiendo de que las propuestas terapéuticas no entren en contradicción con las demandas de estos.

Violencias por motivos de género. Las violencias a las que las mujeres están expuestas por su condición genérica pueden obstaculizar su accesibilidad por lo menos de dos maneras. Una forma se relaciona con las barreras impuestas por quien ejerce la violencia, que condiciona y controla la participación de las usuarias, y hasta la prohíbe. La otra forma tiene que ver con una de las consecuencias de las expresiones de violencias, la baja autoestima. La exposición de las

mujeres a reiteradas y variadas formas de violencia deviene en una desvalorización personal y una imagen negativa de sí, que dificulta la búsqueda de ayuda.

Mirada social de la mujer usuaria de drogas. Las mujeres en situación de consumo problemático son juzgadas doblemente, por el abuso de drogas y por el alejamiento de los roles y mandatos de género. El estereotipo de mujer abnegada, sumisa, tranquila, responsable, pulcra, que cuida y se entrega sin más a otros, se contrapone con la realidad de las usuarias de droga. El estigma y el señalamiento que cae sobre ellas despierta sentimientos de culpa y vergüenza que refuerzan el ocultamiento de la problemática y la consulta tardía, cuando ya la situación de consumo tiene un estado preocupante.

Falta de acompañamiento de la red afectiva. Tal como fue mencionado anteriormente, las usuarias mujeres no suelen recibir el acompañamiento de sus parejas, familiares o amigos, por lo menos no de la misma manera que ocurre con los usuarios varones. Esto es así, porque existe un mayor rechazo y culpabilización de la usuaria de drogas. Las expectativas para con ellas son más altas y se espera una “recuperación” pronta y sin tropiezos. La vara es alta y el nivel de demanda también. La falta de apoyo emocional y en las tareas que deben ser relegadas en pos de las implicancias que requiere un tratamiento hacen difícil que este se sostenga en el tiempo.

Las intervenciones institucionales. A partir de las respuestas obtenidas en las entrevistas, hallo que las intervenciones con perspectiva de género, que evitan el prejuicio e incorporan una escucha empática son fundamentales para promover la accesibilidad. Por el contrario, las intervenciones que denotan cierto prejuicio o que tienen un efecto de control o disciplinamiento sobre las usuarias facilita su alejamiento y la no resolución de la demanda.

Dispositivos y propuestas terapéuticas. Es importante garantizar la existencia de dispositivos que intervengan con perspectiva de género, que conozcan la realidad de las usuarias de droga y que incorporen las necesidades específicas de atención de las mismas, evitando estandarizar la atención a los parámetros clásicos vinculados a los usuarios habituales, los varones. La flexibilidad en la construcción y reconstrucción conjunta de la propuesta terapéutica, la mirada empática y un ambiente seguro y confidencial son elementos necesarios para garantizar la accesibilidad ampliada.

Es importante poner de manifiesto que estos factores fueron analizados a partir de intervenciones situadas, es decir en un tiempo y espacio particular, sobre una población específica, por lo que, sin lugar a dudas, puedo afirmar que existen otros factores condicionantes de la accesibilidad de las mujeres no relevados en esta tesis. Es por esto que se hace fundamental el desarrollo de estudios exhaustivos que incorporen otras variables y dispositivos, posibilitando así el diseño de políticas públicas en la materia con perspectiva de género que reviertan las condiciones de inequidad de acceso actuales.

Perspectiva de las trabajadoras del DIAT

Dificultades y Oportunidades en términos de accesibilidad

Es importante reconocer y resaltar que el dispositivo Casa Caracol, desde el año 2019 ha incorporado la perspectiva de género no solo para mujeres sino también para el colectivo

LGTBQ+, desde estas miradas se han podido preguntar sobre la problemática general, donde se percibe la menor consulta de mujeres (accesibilidad inicial) y menor sostenimiento de los espacios terapéuticos (accesibilidad ampliada), en comparación con los varones que se acercan al dispositivo.

Se aprecian estos cambios en la accesibilidad a través de las entrevistas al equipo asistencial

Se realizan entrevistas de primera escucha (entrevistas de admisión donde se realiza un diagnóstico y se plantean las estrategias de intervención, tratamiento individual psicológico, espacio para familiares y referentes afectivos, espacios preventivos y promocionales, grupos terapéuticos para mujeres y disidencias y grupos terapéuticos para nuevas masculinidades.

En relación a la accesibilidad inicial las entrevistadas parte del equipo asistencial, coinciden en que la llegada de la mujer al dispositivo generalmente no se da para pedir asistencia ,explícita, por su consumo problemático de sustancias. Por lo general, las mujeres llegan para solicitar asistencia con respecto a otros derechos (salud, educación) o para participar de actividades promocionales. La culpa y el miedo son elementos que aportan a que las usuarias no se animen a consultar por su problema e inicien el vínculo con la institución desde otro lado. Esto se vincula con una triple exclusión, son mujeres, son consumidoras de drogas y pertenecen a las clases populares (Castilla y Lorenzo, 2012), aquí se ejemplifica el concepto ya mencionado de *interseccionalidad*.

Si, generalmente las usuarias están a cargo de tareas de cuidado y por lo tanto se prioriza los turnos para ellas en los momentos en q tienen más disponibilidad de tiempo para acercarse al dispositivo. Actualmente hemos decidido separar el grupo terapéutico, debido a que muchas de las usuarias han sufrido violencia de género y no se sentían cómodas compartiendo el espacio con varones.

Sólo una vez construido el vínculo y generada cierta transferencia con el equipo de Casa Caracol algunas sienten que pueden comenzar a poner en palabras sus consumos.

Generalmente se abordan temas referidos a sus maternidades y dificultades en la crianza, historias de violencias, sus vínculos con los varones, en algunos casos vivencias de explotación sexual

En otras oportunidades, la llegada a la institución se da a través del acompañamiento de las mujeres a otre, pareja, hijo, familiar, amigo. Esto se relaciona con el rol de cuidado de la mujer, con el estar para el otre, con poner la prioridad en el otre antes que en sí mismas.

Algunas veces las mujeres llegan por demanda espontánea, otras veces manifiestan su problemática en los grupos promocionales y otras veces hacen la consulta por algún familiar o referente afectivo. También se dan derivaciones del CPDEN, Fiscalía y otros organismos del Estado.

El dispositivo también recibe mujeres que se han acercado explícitamente a consultar por su consumo problemático a partir de derivaciones realizadas por organismos de niñez, lo que refuerza lo planteado anteriormente con respecto al rol de cuidado.

Muchas de ellas llegan derivadas de otros organismos, especialmente de niñez. Esto se viene dando en aumento. En algunos casos requieren ser evaluadas para arribar a un diagnóstico, sobre si esa mamá consume o no y determinar si podrá convivir con sus hijos.

El miedo fundado a que les sea retirado el cuidado de sus hijos es uno de los elementos más aludidos. La maternidad implica formas específicas en las que concebimos social, económica y políticamente los cuerpos de las mujeres, sus emociones, deseos, entre otros. Las madres que no se adaptan a estas formas son vistas como ‘Males Madres’

El sistema judicial le indica a una mujer un tratamiento para atender su salud y si lo ‘cumple’ se le restituirá su hijo y por el otro lado son segregadas, etiquetadas y estigmatizadas sin dar lugar para expresar su padecimiento, su malestar. Estas intervenciones vinculadas a vigilar, a castigar, se transforman en dispositivos de disciplinamiento de los cuerpos de las mujeres en términos de biopolítica. Es decir reproduciendo prácticas de control social.

En la actualidad Sabemos que las mujeres suelen asistir en menor medida a los espacios de atención y acompañamiento y que uno de los obstáculos que influyen, es la invisibilización del consumo problemático de sustancias. Asimismo, otro factor que influye en la accesibilidad suele ser la maternidad y la presencia de hijxs en el tratamiento, como así también las responsabilidades de cuidados de los hermanxs, nietxs, personas enfermas, etc. De hecho, el tema de la maternidad es recurrente y central en los discursos de las mujeres, y es nombrado en diversas circunstancias como factor de motivación para el cambio o como el factor responsable del sentimiento de culpa o de vergüenza o como uno de los elementos centrales que justifica el

problema de acceso a los dispositivos y/o el abandono de los tratamientos. Un ejemplo de ello lo encontramos cuando una mujer acude a una primera entrevista donde la responsabilidad por sus hijxs se convierte en algo central: quién quedará al cuidado de lxs hijxs, cómo se organizarán los cuidados, etcétera, mientras que en el caso de los varones este tema es obviado.

Se manifiesta el surgimiento de dificultades con respecto a las incompatibilidades de tareas y tiempos relativos al rol y los requiere un tratamiento, dificultades con respecto a las tareas de cuidado, los horarios escolares de hijos, las tareas del hogar, los horarios de la pareja. Este cúmulo de elementos no aparece como obstáculos en los usuarios varones, que tienen, por lo general, que compatibilizar solo los horarios laborales. Se hace mención a la mayor libertad de estos para sostener un tratamiento

En relación a la accesibilidad de las mujeres, las trabajadoras del equipo asistencial coinciden en que se valoran los aspectos singulares de sus dinámicas familiares, la accesibilidad por distancia o por cercanía al dispositivo, horarios escolares de sus hijos

Se intenta convocarlas en horario en que les sea factible llegar, se les permite asistir con sus hijos y que sean cuidados por otros , mientras que ellas realizan una actividad, se intenta generar espacios de confianza donde se sientan cómodas, entre otras

Si, generalmente las usuarias están a cargo de tareas de cuidado y por lo tanto se prioriza los turnos para ellas en los momentos en que tienen más disponibilidad de tiempo para acercarse al dispositivo. Actualmente hemos decidido separar el grupo terapéutico, debido a que muchas de las usuarias han sufrido violencia de género y no se sentían cómodas compartiendo el espacio con varones.

En relación al acompañamiento de la red vincular a las usuarias, las entrevistadas del equipo asistencial manifiestan que no ocurre comúnmente. En su mayoría las usuarias concurren solas y en los casos de sostener los tratamientos los transitan solas o acompañadas por otras mujeres. Los estigmas y mandatos, la vergüenza y vulnerabilidad se traducen en soledad. Se hace referencia a la menor tolerancia que se tiene sobre el consumo y las consecuencias del mismo en el caso de las mujeres en comparación con los varones y el consecuente desgaste de los vínculos.

Esta menor tolerancia es ejemplificada por las entrevistadas en la urgencia de las familias por la “curación” de las usuarias a la mayor brevedad posible, con el objetivo de que prontamente retomen sus tareas o actividades.

La barrera más grande es el prejuicio. La distancia. Y no tener una red de apoyo que acompañe así como la también muchas mujeres son víctimas de violencia y no salen mucho de sus casas por vivir bajo el abuso de poder de sus parejas, el no tener dentro de los parámetros esperados

resueltas sus necesidades básicas por ej su alimentación impide que puedan re pensarse en otras alternativas más saludables para su calidad de vida

En las entrevistas al equipo asistencial se pudo relevar sobre la relación a la accesibilidad inicial y ampliada de las mujeres, encontrando cierta coincidencia en relación a las barreras más frecuentes para la accesibilidad consideradas por las entrevistadas con las planteadas por la bibliografía consultada en la presente investigación. Las principales son las vinculadas con la mirada social y los mandatos o estereotipos de género, que actúan como disuasivos de los intentos de exteriorizar la problemática de consumo de las mujeres. Vinculado a esto aparecen como obstaculizadores las tareas irrenunciables e impostergables de cuidado y reproductivas, que incluyen el mantenimiento del hogar, el cuidado de hijes u otros familiares que dificultan la compatibilización de los tiempos que requiere un tratamiento.

Si, generalmente las usuarias están a cargo de tareas de cuidado y por lo tanto se prioriza los turnos para ellas en los momentos en q tienen más disponibilidad de tiempo para acercarse al dispositivo. Actualmente hemos decidido separar el grupo terapéutico, debido a que muchas de las usuarias han sufrido violencia de género y no se sentían cómodas compartiendo el espacio con varones.

Siguiendo esta línea, las violencias son planteadas como obstaculizadoras para la accesibilidad de las mujeres a dispositivos de salud mental, algunas explícitas y otras implícitas, naturalizadas en discursos sociales sobre el “debe ser”, la *violencia moral* de Segato (2013).

En relación a las barreras que produce o reproduce el dispositivo encontramos una marcada reiteración en relación a los imaginarios sociales y los estereotipos que habitan en los trabajadores como parte de una sociedad patriarcal. Si bien hay un claro y manifiesto esfuerzo y trabajo cotidiano en torno a desnaturalizar estos imaginarios y deconstruir la mirada y las intervenciones, las entrevistadas plantean que nadie está exento de reproducir alguna de estas cuestiones o de sentir contradicciones.

En relación a las modalidades de abordaje de los consumos problemáticos pude observar que de las dos vías principales de acceso, una vinculada directamente a lo asistencial y otra vinculada a lo promocional, las trabajadoras parte del equipo asistencial, hicieron mención a ambas, se entiende que por sus roles y/o profesiones algunas pusieron más relevancia en alguna de las vías por sobre la otra.

A lo largo de las entrevistas se pudo detectar un posicionamiento desde un modelo integral de abordaje, donde quienes se acercan pueden realizar un recorrido institucional, es decir que, además del tratamiento, pueden encontrar otros espacios que tengan una función terapéutica o de inclusión, como el acceso a la educación, a la recreación y el encuentro con otros.

En cuanto al abordaje y las necesidades diferenciales de usuarios varones y usuarias mujeres se encuentran coincidencias en el reconocimiento de las inequidades en relación al acceso.

De las entrevistas realizadas se puede inferir que hay una modalidad de abordaje que tienen en cuenta las especificidades presentes en el padecimiento de las mujeres, priorizando el acceso al tratamiento profundizando sobre las características de sus consumos y al ocultamiento de las particulares situaciones de riesgo a las que se exponen.

En cuanto a los temas que se abordan diferencialmente según género, en las mujeres priman la maternidad, los vínculos, la pareja, las violencias por motivos de género, la gestión del tiempo y la búsqueda de recursos económicos que posibiliten su autonomía. A diferencia de estos, con los usuarios varones se intenta abordar la paternidad y las responsabilidades parentales, pero esto no surge comúnmente de parte de estos como un problema o algo sobre lo que se generan preguntas o mayores implicaciones, sino que es algo propuesto por el equipo interviniente.

Percepcion de trabajadoras del DTC

Entorno a la maternidad.

Luego de las entrevistas que he mantenido con las trabajadoras del equipo asistencial, puedo observar que se han identificado, reconocido y resignificado las necesidades específicas de las mujeres y especialmente de quienes maternan para acceder y sostener los tratamientos .

Anteriormente mencione que no hay un dispositivo específico de abordaje para las mujeres madres que transitan consumos problemáticos, quizás porque se correría el riesgo de invisibilizar las características de sus consumos.

Un elemento recurrente en las entrevistas a usuarias y al equipo tiene que ver con la falta de apoyo o acompañamiento de la red vincular y la soledad que muchas mujeres enfrentan en relación a su rol en el hogar ayudan a que los tratamientos no inicien o se discontinúe. Se menciona que muchas usuarias no encuentran apoyo en sus redes familiares, vecinales y tampoco en las redes estatales para garantizar el cuidado de sus hijos mientras realizan un tratamiento por consumo problemático, sea ambulatorio o de internación, o mientras trabajan. Esto limita su autonomía, la mejora de las condiciones económicas del hogar y la calidad de vida.

Contamos con un espacio amigable para los niños, plaza y espacio de juegos , lo que facilita que los niños quieran venir al dispositivo. También se generó un espacio de cuidado infantil y también hay talleres deportivos y artísticos destinados a niños, que ayuda a que las usuarias puedan contar con tiempo para realizar su tratamiento

Desde el equipo mencionan las estrategias de apoyo y contención para el acompañamiento de mujeres, que maternan, considerando los aportes que dan cuenta de las especificidades de sus roles y colectivos profesionales en claras coincidencias en relación a las estrategias que se trazan

y se ha trazado en el dispositivo, remarcando que el abordaje es integral, en equipo y transdisciplinario.

Las principales estrategias son:

- Construir vínculos de confianza con las usuarias que posibiliten la circulación de la palabra en un clima de respeto mutuo, con perspectiva de género.
- Deconstruir y desnaturalizar miradas en torno a estereotipos y roles de género.
- Flexibilidad en el encuadre, teniendo en cuenta la disponibilidad de horarios de las usuarias. Ampliando el horario del dispositivo.
- Llamar o realizar visitas domiciliarias a las usuarias que no asisten a las entrevistas o espacios pautados.
- La variedad de espacios terapéuticos y actividades que permitan acompañar los distintos proyectos de vida de les sujetxs.
- La construcción del lazo y de sistemas de apoyo, priorizando el robustecimiento de la red vincular.
- La existencia de un espacio de cuidado infantil que posibilita concurrir con niñas a cargo a los tratamientos y espacios promocionales.
- Generar instancias de articulación corresponsable con instituciones y espacios de la comunidad.
- Creación de un taller de "Apoyo a la Crianza" destinado a adultes a cargo de niñas entre 0 y 5 años y personas gestantes

Esta variedad de elementos fue referida como estrategias tanto desde lo individual, como del dispositivo. Además, se destacó a la perspectiva de género como un prisma desde el cual mirar la realidad e intervenir en ella, no como algo que debe ser tratado en un espacio específico, sino como un lente con el que pensar cada abordaje.

En la medida de lo posible se evita proponer una modalidad de tratamiento en comunidad terapéutica, o se intenta que ingresen en la que permite que asistan con sus hijos. Se brindan espacios de cuidado mientras asisten al dispositivo. Si hubiera una medida tomada con los niños o interviene algún organismo de Niñez, se mantiene comunicación con el mismo. Se ofrece, de ser necesario el taller de crianza (aunque el mismo no está destinado solo a mujeres)

Se mencionó la importancia de las articulaciones comunitarias e interinstitucionales para poder acompañar a las usuarias. Una comunicación aceptada y la existencia de un “lenguaje común” entre las instituciones posibilita la no revictimización de las mujeres y evitar que estas circulen por *rutas críticas*. Se refieren mayores dificultades en articulaciones con dispositivos de niñez, haciendo referencia a que la mirada en estos organismos, está puesta en la vulneración de derechos de los niños. Con respecto a la comunidad se manifiesta la posibilidad de generar vínculos de apoyo, pero en algunos sectores estos se ven obstaculizados por las creencias religiosas en torno a lo que debe ser la familia, lo que debe ser un hombre y lo que debe ser una mujer.

Por último se hace referencia a un espacio específico que surge durante el desarrollo de la presente Tesis, pensado por la Trabajadora Social y una Terapeuta ocupacional, que observan la necesidad de transmitir herramientas sobre los cuidados necesarios durante la infancia, teniendo

en cuenta el desarrollo evolutivo y un encuadre basado en los derechos del Niño y Adolescentes, instalando la idea de las niñas como sujetos de derecho. A su vez escuchando respetuosamente las trayectorias de vida de las mujeres madres ,que mayormente habían sido derivadas por Organismos de Niñez, se acompañó facilitando la circulación de la palabra y reflexionando desde las posibilidades individuales de cada mujer contextualizándolas en la comunidad y en la sociedad. Actualmente ese espacio inicial se constituyó en un taller de "Apoyo a la Crianza" destinado a adultas que se encuentren maternando o sosteniendo tareas de cuidado de niñas entre 0 y 5 años y personas gestantes, a través de un espacio grupal de reflexión e intercambio acerca de la crianza donde se pueda analizar, resignificar y fortalecer sus saberes y prácticas para fortalecer el desarrollo infantil integral. Sus Objetivos específicos tienen que ver con; fortalecer y acompañar a las familias con bebés de 0 a 5 años y a personas gestantes para fortalecer el desarrollo infantil integral, fomentar la elaboración de estrategias de crianza situadas en el territorio (adecuadas a sus realidades, necesidades y dificultades), recuperar experiencias individuales y sociales y culturales y posibilitar el encuentro con pares en la crianza y establecer lazos sociales. Actualmente este taller lo coordina una Trabajadora Social, que es acompañada por dos usuarias que participan de un proyecto de Cuidado de la Casa común.

CAPITULO V

CONSIDERACIONES FINALES

En la presente tesis me he propuesto conocer las estrategias de apoyo y contención para el acompañamiento en el maternaje a usuarias del DTC Casa Caracol, poniendo en discusión la necesidad de pensar los consumos problemáticos de mujeres madres, considerando la necesidad de pensar un abordaje con perspectiva de género que sea transversal en los dispositivos , tratamientos y políticas públicas en torno a los consumos problemáticos de sustancias, de las mujeres y las disidencias. Evitando de esta manera concebir a les sujetos y las situaciones problemas que traen consigo de manera fragmentada, posibilitando implementar estrategias de intervención integrales, no hegemónicas.

Actualmente se observa un crecimiento en los textos y estudios relacionados con la problemática de los consumos problemáticos y las maternidades, si bien se abordan los roles de género, las expectativas sociales y las desigualdades que caracterizan a las mujeres madres que presentan consumos problemáticos, estos de alguna manera terminan reproduciendo estereotipos de género, que estigmatizan a las mujeres con consumos , desconociendo la complejidad de problemáticas que se entrecruzan inexorablemente en sus trayectorias vitales y de consumo.

Entiendo que es necesario profundizar estudios en la materia, que posibiliten cambios en las políticas públicas que abordan los consumos problemáticos vinculados a mujeres y sus formas de transitar los mismos, que no reproduzcan la biopolítica.

Trascender el ocultamiento que sufren las mujeres usuarias de sustancias, es el primer paso para generar cambios en las políticas sanitarias que mejoren la actual situación de inequidad en el acceso a dispositivos de Salud Mental.

La mirada estigmatizante hacia la mujer consumidora, la falta de acompañamiento de la red vincular, los requerimientos incesantes de cumplir con las tareas de cuidado, el mandato de la maternidad perfecta, el miedo a perder el cuidado de sus hijos, la vergüenza y la culpa por alejarse del estereotipo de “buena mujer”, “buena madre”, las violencias por motivos de género, las implicancias de todo esto en la autoestima, la falta de autonomía, la vulnerabilidad socioeconómica, entre otros, actúan como obstaculizadores de la accesibilidad inicial y ampliada.

Estos elementos confluyen en una red que entrapa a las mujeres y las obliga a tomar dos caminos: ocultar su padecimiento, con el consecuente agravamiento de su situación biopsicosocial, o solicitar ayuda y ser juzgadas.

Históricamente las políticas asistenciales en materia de consumos problemáticos de sustancias psicoactivas fueron construidas considerando al usuario “típico” que mayoritariamente consulta por esta temática en el sistema de salud, es decir: los varones, desconociendo las necesidades y particularidades de otros usuarios tales como mujeres y población LGTBIQ+. Esta situación se traduce en una falta de incorporación de la perspectiva de género y de derechos humanos en los

modelos de abordaje, traduciéndose en la consolidación de barreras de acceso a una atención integral.

En los últimos 20 años, el Estado ha promovido un marco jurídico basado en la amplitud y restauración de Derechos Humanos de las minorías que sufrían la mayor vulneración de sus derechos, tales como mujeres, diversidades, personas con padecimientos subjetivos y/o con discapacidad, también ha podido hacerse eco de los reclamos y propuestas de los movimientos sociales, acompañando profundos cambios sociales. Como ejemplo tenemos la sanción de la Ley de Salud Mental, que promueve un modelo de salud integral con abordajes en Equipos Asistenciales, que sin duda ha impactado en el modelo médico hegemónico, que bajo un enfoque científico, neutral y objetivo, invisibiliza las necesidades específicas de las mujeres y contribuía a legitimar su culpabilización por ser usuaria de drogas.

A su vez, en los nuevos modelos de abordajes, se incorporan y se validan los aportes de las profesiones feminizadas como el Trabajo Social, Psicología, Enfermería entre otras, que realizan sus lecturas y diseñan estrategias desde las particularidades de cada profesión y son tan relevantes en la transdisciplinariedad.

También las luchas feministas han logrado el reconocimiento de los derechos sexuales, reproductivos de las mujeres y personas gestantes incluyendo el derecho a maternar. Entendiendo el maternaje como una práctica social necesaria y conveniente, susceptible de introducirse en los nuevos derechos de ciudadanía maternal y que está muy ligada a las prácticas en relación al parto y crianza desarrolladas desde el concepto de salud primal, donde las mujeres

tienen un protagonismo individual pero también grupal, siendo éste último el reto para los próximos años.

Este contexto visibilizó una problemática que permanecía oculta y al mismo tiempo puso en cuestión las inequidades y las dificultades que se le presentan a las mujeres al momento de considerar iniciar un tratamiento por consumos problemáticos .

Atendiendo a la experiencia y voz de las mujeres se evidenció que las representaciones sociales estigmatizantes sobre las mujeres usuarias de drogas, opera como un gran obstáculo para la demanda de tratamiento, por ejemplo cuando mantienen ocultos sus consumos. El conjunto de representaciones sociales estigmatizantes no solo es reproducido por el sistema de salud sino que es internalizado por las propias mujeres, ubicándose en una posición subordinada que obstaculiza la demanda de tratamiento y por ende el acceso a la salud.

Otro aspecto central es que los tratamientos por consumos problemáticos para mujeres están fuertemente atravesados en su relación con el rol materno, por ejemplo, cuando dan intervención a los Organismos de Niñez o bien cuando en la subjetividad de las mujeres en tratamiento el anhelo de re-vincularse con sus hijos/as funciona para el sostenimiento del mismo.

En las entrevistas al Equipo Asistencial se mantienen claras coincidencias sobre la mirada acerca de la problemática del consumo en las mujeres, las formas en las que acceden y sostienen o no los tratamientos, las barreras externas al dispositivo y las propias de este y las estrategias trazadas. Esto permite, hablar un lenguaje común, construir una mirada similar e integral sobre la problemática y allanar el camino, en torno a los cambios que se suscitan superando lecturas

individuales y teniendo en cuenta las especificidades de los consumos de las mujeres que maternan y sus particulares formas de padecer para evitar homogeneizar la mirada e impartir una asistencia igual a poblaciones que no lo son, profundizando así las inequidades de género. Frente a estas barreras, desde Casa Caracol se construyen estrategias y se sostienen intervenciones que facilitan y promueven la accesibilidad de las mujeres, tales como:

- franja horaria de atención extendida,

- la existencia de un espacio de cuidado de las niñas,

- el despliegue de propuestas que promuevan instancias de aprendizaje, disfrute y acompañen los proyectos de vida de les sujetxs,

- flexibilidad para crear conjuntamente con les usuaries las propuestas terapéuticas que tengan en cuenta sus deseos, necesidades y posibilidades,

Las posibilidades de acercamiento que ofrece el dispositivo, con propuestas variadas desde lo preventivo-promocional y lo asistencial y las formas de vinculación específicas con el mismo, relevadas en las entrevistas a las usuarias, develan que Casa Caracol es un espacio que aloja y que invita a ser habitado.

He podido recibir en las entrevistas a las usuarias, las expresiones de sentimientos de pertenencia al Dispositivo y a Casa Caracol, reconociendo que son escuchadas, tratadas amorosa y respetuosamente. Refieren sentirse reconocidas ellas y sus hijes por todo el equipo que integra el DTC, poder compartir los espacios, con otras usuarias, con sus hijes, con los de otras mujeres, entiendo que propicia construir ciudadanía. Los sentimientos de pertenencia al

espacio son valorados positivamente por las usuarias entrevistadas como fundantes para pensarse en sus historias de vida y en las posibilidades de construir un proyecto donde el consumo problemático no sea la una respuesta a sus padecimientos.

Luego de haber concurrido y participado de los espacios del DTC Casa Caracol, haber realizado las entrevistas a las Usuaris y al equipo asistencial, pude conocer las intervenciones situadas, es decir, teniendo en cuenta las distintas variables que se entrecruzan inexorablemente en el dispositivo y proponer .

Adaptar los instrumentos estandarizados de recolección de datos propuestos por SEDRONAR incorporando algunas variables o elementos que mejorarían el conocimiento de les usuaries y consensuar criterios sobre cómo interpretar y volcar esos datos evitando interpretaciones individuales. Por ejemplo Incorporando la variable de tareas de cuidado como trabajo no remunerado dentro de las actividades laborales.

Promover instancias formativas y de capacitación de todo el equipo de trabajo en torno a los consumos problemáticos de sustancias y los factores asociados al género, permitiendo nuevas miradas sobre el ejercicio de las maternidades y las tareas de cuidado y abriendo caminos creativos de intervención.

Desarrollar colectivamente estudios o investigaciones en el área que posibiliten echar luz sobre las problemáticas que traen consigo les usuaries mujeres en situación de crianza, validando sus necesidades diferenciales de atención en pos de mejorar la asistencia, evitando homogeneizarla u ocultarla bajo los estándares de atención clásicos desarrollados con usuarios varones.

Propiciar espacios de supervisión de los equipos en pos de evitar prácticas de reproducción acrítica de estereotipos de género y actitudes moralizantes, de los cuales los trabajadores como parte de una sociedad patriarcal se encuentran atravesados.

Profundizar el trabajo interdisciplinario, que enriquece las intervenciones en el marco del paradigma de la complejidad. Incorporar la flexibilidad como elemento indispensable para mejorar las condiciones de acceso de las usuarias que maternan. Desde la adaptación de horarios que tengan en cuenta las tareas reproductivas de las mujeres, hasta la capacidad de construir y reconstruir con los sujetos de intervención las propuestas terapéuticas.

Los espacios terapéuticos deben funcionar como ambientes seguros, empáticos, que inspiren confianza. La confidencialidad de los relatos e historias contadas debe ser manifestada por los trabajadores en las entrevistas, propiciando una mayor circulación de la palabra.

Desplegar estrategias de acción que permitan ir al encuentro de las usuarias en situación de crianza que dejan de asistir al dispositivo, asumiendo un rol activo como constructores de accesibilidad.

Protocolizar y/o construir institucionalmente un diagnóstico de trayectorias y necesidades diferenciales según géneros que aborde de manera singular el padecimiento de los sujetos de intervención, evitando generar inequidades al impartir una atención igual en usuarias con demandas diferentes.

Profundizar en los espacios terapéuticos el trabajo sobre la autonomía, el empoderamiento y la mejora de la autoestima de las usuarias, en especial las que se encuentran en situación de crianza.

Abordar colectivamente las cuestiones relativas a la maternidad y la crianza como epicentro de su papel social, los roles de género, la sexualidad y el cuerpo y las violencias por motivos de género.

Fortalecer el espacio de cuidado infantil que ha permitido la accesibilidad de sujetxs que ejercen funciones maternas y, en menor medida, paternas al dispositivo. La sala de espera es un espacio que aloja, con sillones y un rincón de juegos y material de lectura posibilita, también, la concurrencia con niñeces.

Generar instancias formativas, de debate e intercambio en los espacios promocionales en torno a los roles y expectativas de género, derribando mitos y desnaturalizando situaciones que generan inequidad. Es importante utilizar las oportunidades cotidianas para desandar los modos de subjetivación tradicional masculinos y femeninos.

Generar instancias de intercambio y trabajo con otras instituciones u organizaciones de la comunidad en torno a la temática. Esto posibilitará, por un lado, la existencia de articulaciones y derivaciones corresponsables, y por el otro, la construcción de acuerdos a partir de un lenguaje común.

Promover lazos colaborativos y cooperativos, entre las usuarias para el acompañamiento en la crianza, ampliando la red afectiva trabajando sobre sus vínculos preexistentes y en la construcción de otros nuevos. Deconstruyendo el mandato social que la maternidad y la crianza es responsabilidad de la madre y/o de las mujeres en particular y promoviendo la corresponsabilidad comunitaria de la crianza de niñeces y adolescencias.

Muchos de los aportes propuestos ya vienen llevándose adelante en la metodología de trabajo del dispositivo, pero considero importante su visibilización y profundización como herramientas para revertir las situaciones de inequidad a la que se enfrentan las usuarias y especialmente las mujeres que maternan.

Se requiere considerar a los consumos problemáticos de sustancias desde una concepción de salud integral, con estrategias de reducción de daños e incorporando los determinantes sociales en los distintos abordajes para mujeres. Para una mejora del acceso y permanencia en los dispositivos de atención de salud de las mujeres, es fundamental construir estrategias de acompañamiento que no estigmaticen, ni criminalicen. Como es sabido, los modos de subjetivación de género tienen efectos en el proceso salud/enfermedad/atención de les usuaries pertenecientes a los distintos colectivos genéricos.

Según Carballada (2010), la intervención en lo social puede ser entendida como una oportunidad que entrelaza los sistemas de protección social, el lazo social y los problemas sociales y los vincula a la historia, a la cultura y a lo colectivo, permitiendo el acceso a derechos. El Trabajo Social representa el compromiso con la justicia social, con la defensa de los Derechos Humanos, con los ideales democráticos y hace visible, desde sus prácticas cotidianas, los padecimientos como expresiones microsociales de la desigualdad social y las relaciones de poder que median la experiencia vital de les sujetxs y comunidades cercenando derechos.

En este sentido, considero que el rol del Trabajo Social en la problemática abordada en la presente tesis tiene que ver con evidenciar las tramas del poder y los efectos que las fuentes de estratificación social ejercen en les sujetxs, poniendo en este caso a las mujeres en una posición

de desventaja respecto a los varones en términos de accesibilidad a la salud. Es analizando y explicitando cómo se materializan las relaciones de poder y cómo son naturalizadas bajo el discurso del “deber ser” de los roles de género, que esta disciplina tiene un privilegiado lugar para intervenir en torno a la restitución de derechos y al desarrollo de procesos emancipatorios de las usuarias madres.

También propongo continuar fortaleciendo los espacios creados en el DTC de acompañamiento en el maternaje y profundizar en investigaciones sobre: Embarazo y consumo de sustancias psicoactivas. Modelos de atención en salud mental que incorporen criterios de integralidad, ciudadanía, autonomía y equidad de género.

Como futura profesional deseo y me inquieto en poder llevar a cabo intervenciones situadas, que desafíen el orden social establecido y naturalizado, comprometidas con acercar e implementar la política pública , como herramientas de ampliación y restitución de derechos , achicando la inequidad y ampliando justicia social.

Referencias Bibliográficas

ALVARADO, M y DE OTO, A. (Editores) (2017) *Intervenciones en perspectiva feminista/ poscolonial/latinoamericana*. Buenos Aires : CLACSO

ARAIZA DIAZ, A. y GONZÁLEZ GARCÍA, R. (2017). *La investigación Activista Feminista. Un diálogo metodológico con los movimientos sociales*. EMPIRIA. Madrid, España.

AUYERO, J. (2023). *Pacientes del Estado*. Argentina: Eudeba.

ÁVILA ESCRIBANO, J. y GONZÁLEZ PARRA, D. (2007). *Diferencias de género en la enfermedad alcohólica*. Adicciones. Vol. 19. N° 4. 383-392

BARCALA, A. y STOLKINER, A. (2000) *Accesibilidad a servicios de salud de familias con sus necesidades básicas insatisfechas (NBI): Estudio de caso*. Anuario de Investigaciones. Facultad de Psicología. UBA, VIII, 282-295.

BARRANCOS, D. (2011). *Género y Ciudadanía en la Argentina*. Iberoamericana. Nordic Journal of Latin American and Caribbean Studies. Volumen XLI. 23-39.

BARTRA, E. (2002). *Debates en torno a una metodología feminista*. Ciudad de México, México. UAM-Xochimilco.

BENEDETTI, E. (2015). *Hacia un pensamiento clínico acerca del consumo problemático*. Notas político-epistémicas sobre modelos y estrategias de intervención. Ediciones Licenciada Laura Bonaparte. 1ra ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

BERNALDO DE QUIRÓS, M. y RODRÍGUEZ, M. (2004). *La sistematización como forma de producción de conocimiento científico, desde una perspectiva no positivista*. Revista Confluencia. Volumen 4. Mendoza, Argentina.

BERTO, V., GONZÁLEZ, M., SARMIENTO, C. y VEIGA, V. (2017). *Violencia de género y ruta crítica. ¿El Estado siempre presente? Una experiencia desde la línea 144*. Consejo Nacional de Mujeres. Disponible en: http://bdigital.uncu.edu.ar/objetos_digitales/10607/violenciadegneroyrutacritica.pdf

BIDASECA, K. (2017). *Lenguas insurgentes y justicia cognitiva*. En Metodologías en contexto. Editores Alvarado Mariana y De Oto Alejandro. Buenos Aires, Argentina. CLACSO. 49-62.

BLANCO ZAMORA, P., SIRVENT RUIZ, C. y PALACIOS AJURIA, L. (2005). *Diferencias de género en la adicción de implicaciones terapéuticas*. Salud y drogas. Vol. 5. N° 2. Alicante, España. 81-97

BOURDIEU, P. (1997). *Razones prácticas. Sobre la teoría de la acción*. Editorial Anagrama. Barcelona, España.

CALZETTA, J. (2004) “La deprivación simbólica”. En , Vol. 8, 2004, ISSN 1666-812X, pp. 119 a 127. Buenos Aires.

CAMAROTTI, A. y KORNBLIT, A. (2015). *Abordaje integral comunitario de los consumos problemáticos de drogas: construyendo un modelo*. Salud Colectiva. Buenos Aires. 211-221.

CANEVARI, C. (2011). *Cuerpos enajenados. Experiencias de mujeres en una maternidad pública*. Santiago del Estero: Barco Edita, Facultad de Humanidades, Ciencias Sociales y Salud, UNSE.

CARBALLEDA, A (2007) “Problemáticas Sociales Complejas y Políticas Públicas.” *Revista CS*. Universidad ICESI.

CARBALLEDA, A. (2008). *Los cuerpos fragmentados*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.

CARBALLEDA, A. (2009, septiembre) *Cuestión Social, Cuestión Nacional*. Recuperado de <http://web.margen.org>

CARBALLEDA, A. (2010). *La intervención en lo social como dispositivo. Una mirada desde los escenarios actuales*. VI Época. Volumen 1. 46-59.

CARBALLEDA, A. (2014). *Intervención, Escenarios sociales y Acontecimiento*. Ediciones Margen. Buenos Aires, Argentina.

CASTAÑOS, M., MENESES, C., PALOP, M., RODRIGUEZ, M. y TUBERT, S. (2007). *Intervención en Drogadependencias con Enfoque de Género*. Instituto de la Mujer, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid, España.

CASTELLI, L. (2016). *Mujeres-madres-usuarias de pasta base. Maternidad y consumo en contextos de pobreza* (en prensa).

CASTILLA, V. y LORENZO, G. (2012). *Emociones en suspenso: maternidad y consumo de pasta base/paco en barrios marginales de Buenos Aires*. Cuadernos de Antropología Social. N°36. 69-89. Buenos Aires, Argentina.

CASTORIADIS, C. (1997). *El imaginario social instituyente*. Tusquets Editores.

CATALÁ PÉREZ, C., *La maternización de la sociedad: derechos reproductivos y salud primal*, en revista Dilemata, Año 7, 2015, N° 18,

Centro de Implementación de Políticas Públicas para la Equidad y el Crecimiento (2014): *Diálogos sobre políticas de cuidado en la Argentina*. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, Organización Internacional del Trabajo y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia .

CIFUENTES GIL, R. (2013). *Reconfiguración ética, epistemológica y metodológica del trabajo social en los nuevos escenarios latinoamericanos*. V Congreso Internacional de Trabajo Social.

COBO BEDIA, R. (1995). *Género*. En 10 Palabras claves sobre la mujer. Editorial Verbo Divino.

COMES, Y., SOLITARIO R., GARBUS P., MAURO, M., CZERNIECKI, S., VÁZQUEZ, A., SOTELO, R. y STOLKINER, A. (2006). *El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios*. Anuario de Investigaciones de la Facultad de Psicología de la UBA. Volumen XIV. 201-209.

DE BARBIERI, T. (1992). *Sobre la categoría de género. Una introducción teórica-metodológica*. En ISIS Internacional N°17. Santiago de Chile, Chile.

DELLE, P., BONIOLO, P., SAUTU, R. y ELBERT, R. (2005). *Manual de metodología. Construcción del marco teórico, formulación de los objetivos y elección de la metodología*. Buenos Aires, Argentina. CLACSO.

ELDRED, C. y WASHINGTON M. (2009). *Relaciones interpersonales en el consumo de heroína en hombres y mujeres y su papel en el resultado del tratamiento*. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3109/10826087109045534>

ESPOZ, M, B e IBÁÑEZ, I, D (2008) “*Subjetividades en contextos de pobreza: aportes a una metodología expresivo creativa para re-inscribir prácticas de niños/as y jóvenes de ‘ciudad de mis sueños’*” (pp. 72–83). En *Perspectivas de la comunicación* · vol. 1, n° 2. Universidad de la Frontera. Temuco

FEDERICI, S. (2016). *Calibán y la bruja: mujeres, cuerpo y acumulación primitiva*. Ecuador: Abya-Yala.

FERNÁNDEZ PONCELA, A. (2002). *Estereotipos y roles de género en el refranero popular: charlatanas, mentirosas, malvadas y peligrosas : proveedores, maltratadores, machos y cornudos*. España: Anthropos. nte de sueños, Madrid

FERRARA, F (1985) *Teoría social y salud*. Cap. 1. Edit. Catálogos. Buenos Aires

- FREIRE, P. (1992). *Pedagogía de la esperanza: un reencuentro con la pedagogía del oprimido*. 5° edición. Buenos Aires: Siglo XXI editores
- FOUCAULT, M. (1973). *La verdad y las formas jurídicas*. Barcelona, España. Editorial Gedisa.
- FOUCAULT, M. (1977). *Vigilar y Castigar. Nacimiento de la prisión*. Buenos Aires, Argentina. Editorial Siglo XXI.
- FOUCAULT, M. (1985). *Saber y verdad*. Madrid: La Piqueta.
- FOUCAULT, M. (1991). *La Voluntad de saber*. Madrid: La Piqueta. Huergo, J. (1993).
- FOUCAULT, M. (2007). *Historia de la Sexualidad I: la voluntad del saber*. México. Siglo XXI.
- FOUCAULT, M. *Glosario de aplicaciones*. Buenos Aires, Argentina
- GALENDE, E (1997) *De un horizonte incierto*. Paidós Editorial. Buenos Aires
- GALENDE, E. (2008). *Psicofármacos y Salud Mental. La ilusión de no ser*. Buenos Aires, Argentina. Lugar Editorial.
- GAMBA, S. (2007). *Estudios de Género/Perspectiva de Género*. En: Gamba, S. coordinadora, *Diccionario de estudios de género y feminismos*. 1ra edición. Buenos Aires, Argentina: Editorial Biblos. 119-122.
- GAMBA, S. (2011). *Políticas Públicas Sensibles al Género*. En: OBSERVATORIO de EQUIDAD DE GÉNERO - Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Investigaciones y Publicaciones. Buenos Aires, Argentina.

GARBUS, P., SOLITARIO, R. y COMES, Y. (2007). *La accesibilidad a la atención en salud: su articulación con la participación en salud de los usuarios*. XIV Jornadas de Investigación y tercer Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina.

GIACOMELLO, C. (2013). *Mujeres, delitos de drogas y sistemas penitenciarios en América Latina*. IDPC, Consorcio Internacional sobre Políticas de Drogas. [on line]: https://dl.dropboxusercontent.com/u/64663568/library/IDPC-Briefing-Paper_Women-in-Latin-America_SPANISH.pdf

GOMARIZ, E. (1992). *Los estudios de género y sus fuentes epistemológicas. Periodización y perspectivas*. En ISIS Internacional N°17. Santiago de Chile, Chile.

GÓNGORA, J. y LEYVA, M. (2005). *El alcoholismo desde la perspectiva de género*. El cotidiano. Volumen 132. 84-91.

HERMIDA, M. y MESCHINI, P. (2017). *Trabajo Social y Descolonialidad. Epistemologías insurgentes para la intervención en lo social*. Mar del Plata: EUEM.

HERNÁNDEZ, M. (2008). *El concepto de equidad y debate sobre lo justo en salud*. Revista de Salud Pública. Disponible en: https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0124-00642008000600007&script=sci_arttext&tlng=pt

JARA HOLLIDAY, O. (2010). *Trayectos y búsquedas de la sistematización de experiencias en América Latina 1959-2010*. San José, Costa Rica. CEP Centro de Estudios y Publicaciones Alforja.

JEIFETZ, V. (2016). *Adicciones y género. El problema de la equidad en la adherencia al tratamiento*. XII Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario en Salud y Población. Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, UBA. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

JEIFETZ, V. y TAJER, D. (2010). *Equidad de género en la adherencia al tratamiento de adicciones, representaciones y prácticas de profesionales y pacientes en un servicio de internación de un hospital público*. Congreso Internacional de Salud Mental y Derechos Humanos. Universidad Popular Madres de Plaza de Mayo.

KAMENIECKI, M., KOBYLANER, D., LANER, L., PÉREZ BARBOZA, H. y ZBUCKYNSKI, G. (2009). *Consumos Problemáticos*. Letra Viva. Buenos Aires, Argentina.

LA BARBERA, M. (2016). *Interseccionalidad, un “concepto viajero”: orígenes, desarrollo e implementación en la Unión Europea*. Interdisciplina 4 N°8. Pp105-122

LEPETINA, A. y CALZADA, J. (2004). *Reducción de Riesgos y Daños. Guía para profesionales*. Montevideo, Uruguay. Frontera Editorial.

Ley 26.378. Convención Sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

Ley 26.657. Ley Nacional de Salud Mental. Decreto Reglamentario 603/2013. Boletín Oficial. Buenos Aires, Argentina, 3 de diciembre 2010.

Ley 26.994. Plan Integral para el Abordaje de los Consumos Problemáticos. Boletín Oficial. Buenos Aires, Argentina, 29 de mayo 2014.

Ley Nacional de Salud Mental n°26657

MAFFIA, D, COLACE, P. y LERENA, S. (2011). El ocultamiento de las mujeres en el consumo de sustancias psicoactivas. Unidad de Seguimiento de Políticas Públicas en Adicciones. Legislatura de la CABA

MANNONI, M. (1976). *Un lugar para vivir*. Barcelona, España. Editorial Crítica.

MARTINEZ REDONDO, P. (2008). *Perspectiva de Género Aplicada a las Drogadependencias*. Asociación de Entidades de Centros de Día (ASECEDI). Delegación de Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Pamplona, España.

MARTÍNEZ REDONDO, P. (2009). *Extrañándonos de lo "normal". Reflexiones feministas para la intervención con mujeres drogadependientes*. Madrid, España. Editorial Horas.

MASSA, L.(2010) Estrategias de reproducción social y satisfacción de

MASSA, L. Vida cotidiana y estrategias de reproducción: El territorio como Mediación para pensar la Intervención Profesional. II Ciclo de charlas "Procesos de formación e intervención en Trabajo Social: aportes de la perspectiva histórico crítica para pensar los fundamentos y expresiones contemporáneas". GIFFT – Universidad Nacional de Mar del Plata – 2 de octubre de 2017.

MASSA, L. (2017) *De las necesidades a los "problemas sociales": Identidad, territorio y enfoque de derechos*. Licenciatura en Trabajo Social. Trabajo Social III. 2014 - Revisión y ampliación.

MAURO, M., SOLITARIO, R., COMES, Y. y GARBUS, P. (2011). *La construcción del concepto de Accesibilidad en los Sistemas de Salud*. IX Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina.

MAXWELL, J. (2019). *Diseño de investigación cualitativa*. Buenos Aires, Argentina. Editorial Gedisa

MENDIZÁBAL, N. (2006). *Los componentes del diseño flexible en la investigación cualitativa*. En Estrategias de investigación cualitativa. Coordinadora Irene Vasilachis de Gialdino. Barcelona, España. Editorial Gedisa. 65-106

MENÉNDEZ, E. (2003) Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas, *Ciencia & Saúde Coletiva*, 8 (1), 185-207, Río de Janeiro. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v8n1/a14v08n1.pdf>

MESCHINI, P. y DAHUL, M. (2018). *La sistematización de la intervención en lo social: aportes del pensamiento descolonial a la producción de conocimiento en Trabajo Social*. En Trabajo Social y Descolonialidad. Compiladoras Meschini, P. y Hermida, H. Mar del Plata, Argentina. Editorial EUEM. 227-284.

Ministerio de Salud de la Nación Argentina. (2012). *Lineamientos para la Atención del Consumo Episódico Excesivo de Alcohol en Adolescentes*. Buenos Aires, Argentina. Disponible en: <http://iah.salud.gob.ar/doc/Documento153.pdf>

MOORE TORRES, C. (2018). *Feminismos del Sur, abriendo horizontes de descolonización. Los feminismos indígenas y los feminismos comunitarios*. Seminario de Luchas de las mujeres en el

Sur: América Latina, África y Oriente. Centro de Estudios Sociales Universidad de Coimbra. Portugal.

MOREJÓN, S. (2017). *Mujer y Drogas*. Tesis de grado. Universidad de Valladolid.

MUSI S. y PAIGE P.. Tesis de grado. Posibilidades y dificultades vinculadas a la accesibilidad inicial y ampliada de mujeres usuarias al espacio de prevención, promoción y asistencia de consumos problemáticos “Casa Caracol” de Mar del Plata en el período enero 2017 a enero 2019.

NICASTRO,S y GRECO,B (2009). "*Entre Trayectorias. Escenas y pensamientos en espacios de formación*". Edit. Sapiens

NOWLIS, H. (1975). *La verdad sobre la droga. La droga y la educación*. Editorial La Unesco

Observatorio Argentino de Drogas Octubre, 2020 [Estudio nacional sobre las modificaciones en los consumos de sustancias y las respuestas asistenciales implementadas a partir del Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio por Covid-19 Observatorio Argentino de Drogas Octubre, 2020](#)

Observatorio Argentino de Drogas. Área de Investigación (2017). *Boletín anual estadístico del perfil de pacientes asistidos, transferencias por subsidios a tratamiento y línea de atención 141*.

Año 2018. Disponible en:
http://observatorio.gob.ar/media/k2/attachments/BoletnAnualZ2018_revisin_b_1.pdf

OCHOCA, E., MADDOZ-GÚRPIDE, A. y SALVADOR, E. *Diferencias de género en el tratamiento de la dependencia de opiáceos*. Portal virtual Drogas y Género. Madrid, España. Disponible en: <https://www.drogasgenero.info/wp-content/uploads/Diferencias-de-genero-en-el-tratamiento-de-la-dependencia-de-opiaceos.pdf>

Oficina contra la Droga y el Delito, Naciones Unidas. (2004). *Tratamiento del abuso de sustancias y atención para la mujer: estudios monográficos y experiencia adquirida*. Naciones Unidas. Viena, Austria.

OPS/OMS. Programa Mujer, Salud y Desarrollo (2000). *La ruta crítica de las Mujeres afectadas por la Violencia intrafamiliar en América Latina*. Estudios de casos en diez países.

Organización Mundial de la Salud. (1946). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. Disponible en: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2001). *Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud Mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. Disponible en: <https://www.who.int/whr/2001/es/>

PARGA, J (2012). Uso problemático de drogas: ¿“adherencia” a tratamiento o Derecho a la Salud? El proceso de salud/enfermedad/atención en un Hospital Público de la Provincia de Buenos Aires. Un abordaje etnográfico desde la perspectiva de género. Informe técnico. Becas Carrillo-Oñativa, Comisión Nacional Salud Investiga.

PARGA, J. (2012). *Etnografía sobre la equidad de género en la atención del uso problemático de sustancias: Un análisis sobre la adherencia al tratamiento*. Tesis de Maestría en Género,

Sociedad y Políticas Públicas. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO). La Plata, Argentina.

PARGA, J. (2016). *Salir del bardo: Etnografía de las Políticas Públicas de abordaje del consumo de sustancias en la Provincia de Buenos Aires (1993-2011)*. Tesis de Posgrado. Facultad de Ciencias Naturales y Museo, Universidad Nacional de La Plata. *Perspectivas Sociales*. Volumen 12, N° 1.

POMBO, M. (2012). *La inclusión de la perspectiva de género en el campo de la salud. Disputas por la (des)politización del género*. *Revista Margen*. Volumen 66. 1-11

QUADRATA y CARBALLEDA, A. (2007). *Escuchar las Prácticas*. Buenos Aires, Argentina: Espacio.

RODRÍGUEZ, M.y LÓPEZ Y.: «Ecofeminismo, una propuesta para repensar el presente y construir el futuro», *cip-Ecosocial*. *Boletín ecos* No 10, 1-3/2010.

ROMO AVILÉS, N. (2006). *Género y uso de drogas: la invisibilidad de las mujeres*. *Humanitas*. N°5. 69-83. Madrid, España.

ROMO AVILÉS, N. (2010). *La mirada de género en el abordaje de los usos y abusos de drogas*. En *Revista Española de Drogadependencias*. Madrid, España. Volumen 3. 269-272

SANCHEZ ANTELO, V. (2017). *Acceso y adherencia al tratamiento de mujeres usuarias de sustancias psicoactivas en la Argentina*. Disponible en: <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/63745>

SARTORIS, A., LARA CASTRO, P., CASAVIEJA, T. y PRIETO, A. (2018). *Concepto y características de género y binarismo de género*. En manual Género, diversidad e identidades de género. Instituto Provincial de Administración Pública. Buenos Aires, Argentina.

SAUTU, R., BONIOLO, P., DALLE, P., y ELBERT, R. (2005). Manual de metodología: construcción del marco teórico, formulación de los objetivos y elección de la metodología.

SCOTT, J. (2010). *Género: ¿Todavía una categoría útil para el análisis?*. Diógenes Vol 57, N°225.

SEDRONAR (2017). *Seminario de formación sobre estrategias de abordaje territorial para equipos PEC-CUS*. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/sedronar>

SEGATO, R. (2013). *La argamasa jerárquica: violencia moral, reproducción del mundo y la eficacia simbólica del derecho*. En Las Estructuras elementales de la violencia. Ensayos sobre género entre la antropología, el psicoanálisis y los derechos humanos. Prometeo UNQ. Buenos Aires, Argentina.

SEGATO, R. (2016). *La Guerra contra las Mujeres*. Madrid, España. Traficantes de Sueños.

SEOANE TOIMIL, I (2012) *Infancias sitiadas, intervenciones en la infancia en tiempos de vacilación de la ley, Escenarios institucionales en la ciudad de La Plata*. Tesis para obtener el título de magíster en trabajo social. La Plata: Facultad de Trabajo Social, Universidad Nacional de La Plata.

SETIEN, L Y PARGA J. (2018). *Disciplinamientos y estrategias biopolíticas de control de los cuerpos de las mujeres usuarias de sustancias psicoactivas*. Revista Horizontes en Intervenciones Sociales. N°11.

SIRVENT, C. (2001). *Clínica de la mujer adicta*. Ponencia en XII Jornadas de Asociaciones de Drogadependencias y SIDA. Málaga, España.

sociales” en el ejercicio profesional del Trabajo Social. Revista del departamento de Ciencias Sociales. UNLu.

STOLKINER, A (2009) “Niños, adolescentes e instituciones de salud mental.” En: Calveyra, De Gemmis, Massei, Papiermeister, y Vasen (Comp.) *Del invento a la herramienta*. Polemos Editorial. Buenos Aires

STOLKINER, A. (2000). *Reforma del Sector Salud y utilización de servicios de salud en familias NBI estudio de caso*. La Salud en Crisis – Un análisis desde la perspectiva de las Ciencias Sociales. Buenos Aires, Argentina: Editorial Dunken.

STOLKINER, A. (2016). *Asistir e Investigar: el proceso de investigación en el campo de la Salud Mental*. Revista Clepios. Buenos Aires, Argentina. 125-130.

STOLKINER, A. y ARDILA GÓMEZ, S. (2012). *Conceptualizando la Salud Mental en las prácticas: consideraciones desde el pensamiento de la medicina social/salud colectiva latinoamericanas*. Vertex - Revista Argentina de Psiquiatría. Buenos Aires, Argentina.

STRAUSS, A., CORBIN, J. (2016). *Bases de la investigación cualitativa: Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Colombia: Universidad de Antioquia.

SUAREZ, A., ESQUERRE, S., CABACES, T. y ARITZETA, I. (2012). *El doble estigma de la mujer consumidora de drogas: estudio cualitativo sobre un grupo de auto apoyo de mujeres con problemas de abuso de sustancias*. Alternativas. Volumen 20. 9-22.

SVAMPA, M. (2015). *Feminismos del Sur y ecofeminismo*. En Revista Nueva Sociedad N°256. Disponible en: www.nuso.org

TAJER, D. (2004). *Construyendo una agenda de género en las políticas públicas en salud*. En Tajer, D. Género y Salud. Las políticas en acción. Buenos aires.

TARDUCCI, M. (2008). *Maternidades en el siglo XXI*. Buenos Aires, Argentina. Espacio.

TAYLOR, S.y BOGDAN, R. (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Buenos Aires, Argentina. Editorial PAIDÓS

TORRES, A “Trabajo en Equipo en el Patronato de Liberados Bonaerense. Una experiencia de construcción de relativa autonomía de la intervención profesional del Trabajo Social.” 2019

TOUZÉ, G. (2010). *Prevención del consumo problemático de drogas. Un enfoque educativo*. Buenos Aires, Argentina. Editorial Troquel.

VARGAS CORDERO, Z. R., (2009). *La Investigación Aplicada: Una forma de conocer las realidades con evidencia científica*. Revista Educación, 33 (1), 155-165.

VASILACHIS DE GIALDINO, I. (2006). *Estrategias de investigación cualitativa*. Barcelona, España. Editorial Gedisa.

VÁZQUEZ, A. (2007). *Discursos y Prácticas sobre la Drogadependencia en profesionales de la salud. Su relación con la accesibilidad simbólica de personas que usan drogas a Servicios de Salud en un Hospital Estatal del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires*. En XIV Anuario de Investigaciones, Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Buenos Aires. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Anexos

ANEXO 1 Guía de entrevista a usuarias

ANEXO 2 Guión de entrevista equipo DIAT

ANEXO 3 Hoja de Primer Contacto

ANEXO 4 Hoja de Ruta

GUIA DE ENTREVISTA USUARIAS

Datos sociales

¿Cómo es tu situación laboral actual?

¿Cómo se compone el ingreso o recursos de subsistencia del hogar?

¿Percibís ingresos por algún programa social?

¿Cuál es tu situación habitacional?

¿Cuál es el nivel educativo alcanzado?

¿En qué barrio vivís?

¿Qué instituciones de tu barrio puedes nombrar que ayuden en la crianza de las niñas?

Centro de salud

Polideportivo

Cepedem

Casa del Niño

Iglesia/ Templo

Comedor comunitario

Otra ¿Cuál?

Maternidad

¿Cuántos hijos tienes?

¿A qué edad fuiste madre por primera vez?

¿Qué edades tienen tus hijos?

¿Convivís con ellos?

En caso de no convivir, ¿cuál es el motivo?

¿En caso que no vivan con vos, con quien o donde viven?

¿Cómo se distribuyen las tareas de cuidado del hogar y los niños y niñas?

¿Dedicas alguna parte de tu día a realizar alguna actividad de disfrute? ¿Cuál es esa actividad?

¿Cómo organizas los tiempos de las tareas de cuidado, tareas laborales y los espacios terapéuticos? ¿Tienes ayuda de alguna persona para cuidar a tus hijos?

Red afectiva/subjetiva

¿Cómo está compuesta tu familia?

¿Cómo es tu relación con los miembros de la misma?

¿Mantenes vínculo de pareja actualmente? ¿Cómo se da ese vínculo?

¿Te vinculas con otras personas, además de tu familia, que consideres importantes?
(amigos, vecinos)

¿Has participado en propuestas o actividades vecinales, barriales o comunitarias?

¿Te has vinculado con otras instituciones? ¿Cómo ha sido esa vinculación?

Trayectoria en Casa Caracol

¿Cómo llegaste a Casa Caracol?

¿ Te derivan a Casa Caracol de otra institución? ¿qué relación tienes con esa institución?

¿Realizaste tratamientos previos a llegar a Casa Caracol? ¿Cuál fue tu experiencia?

¿Te acompañó alguien en ese momento?

¿Cuál fue la propuesta terapéutica?

¿Interrumpiste en algún momento la asistencia a los espacios terapéuticos?

Trayectoria de consumo

¿Has tenido problemas con el consumo?

¿En qué contexto fue?

¿Consumías sola o acompañada?

¿Qué sustancias consumiste a lo largo del tiempo y con qué frecuencia?

¿En qué momentos sentís que consumías más?

¿Interrumpiste el consumo en algún momento?

¿Sentís que el consumo influía o afectaba algunos de tus aspectos vitales (trabajo, educación, salud, vínculos)? ¿sentías que el consumo era un problema con el cuidado de tus hijos?

Violencias

¿Considerás haber sufrido alguna situación de violencia?

¿ por motivos de género? ¿Violencia Institucional?

(aclarar tipos y modos) ¿En qué contexto?

Percepciones en torno al género

En tu opinión, ¿la mirada social sobre mujeres y varones en situación de consumo problemático es la misma? ¿Porqué?

¿Cómo te parece que es esta mirada social sobre la mujer en situación de consumo?

¿Vinculás de alguna manera esta mirada social con los roles de género asignados a mujeres y varones? (Aclarar)

Percepciones en torno a la maternidad

¿Cómo te sentís como Madre? (Aclarar)

¿Qué piensas de la maternidad?

¿Que piensas que no le debe faltar a una madre?

¿Que piensas que no le debe faltar a las niñas?

¿Recordas en que momento sentiste el deseo de ser Madre? ¿Fue lo mismo con todos tus hijos?

Percepciones con respecto al tratamiento en Casa Caracol

¿Cómo te sentiste al comenzar a vincularse con Casa Caracol?

¿Cómo te sentiste durante el proceso de tratamiento? ¿De qué espacios participaste?

¿Percibiste alguna barrera para acercarte o continuar realizando el tratamiento? Tanto cuestiones vinculadas al dispositivo como ajenas a este

¿Qué opinión tienes sobre la atención?

¿Qué crees que se puede mejorar?

GUIA DE ENTREVISTA EQUIPO DIAT

¿Cómo se da la llegada de las mujeres en situación de consumo problemático al dispositivo?

¿Cómo se llevan adelante los tratamientos por consumo problemático de sustancias?

¿Con cuántos equipos asistenciales cuenta el DTC?

¿Qué percepción tenés en torno al consumo problemático de sustancias en las mujeres?

¿Cómo se da la accesibilidad ampliada de los espacios terapéuticos de las mujeres en situación de consumo problemático al dispositivo? (aclarar concepto)

¿Crees que esta situación es diferente en usuarios varones?

¿Realizás algún tipo de evaluación sobre necesidades diferenciales según género?

Según tu opinión, ¿cuáles son las barreras “externas” al dispositivo que dificultan la accesibilidad de las mujeres al mismo?

Según tu opinión, ¿cuáles son las barreras del dispositivo que dificultan la accesibilidad de las mujeres al mismo?

¿Qué estrategias ha trazado el dispositivo para mejorar el acceso de las mujeres usuarias?

Desde tu rol, ¿generaste estrategias propias de intervención que tuvieran en cuenta las especificidades del género?

¿Qué temas se abordan en los espacios de escucha con mujeres en situación de consumo?

¿Qué temas se abordan en los espacios de escucha con varones en situación de consumo?

¿Se realizan intervenciones con las redes de apoyo de los usuarios? ¿Cómo se dan estas según se trate de varones o mujeres usuarias?

¿Cómo se dan las articulaciones comunitarias o interinstitucionales en torno a la temática de consumo y género?

ANEXO 3

HOJA DE PRIMER CONTACTO CONSULTA DIRECTA

DIAT:.....

ID: CD-...

Persona/s que completan la HPC:

.....
.....

1. Fecha de alta					
DATOS PERSONALES					
2.Nombre/s		3.Apellido/s			
4.Fecha de nacimiento					
5.Género (Subrayar con amarillo la respuesta)		Femenino	Masculino	Trans	O tr os
6.¿Tiene documento de identidad? (Subrayar con amarillo la respuesta)					
		Lo tiene			
		Lo extravió			
		En trámite			
7.Tipo de documento (Subrayar con amarillo la respuesta)					
DNI –Documento Nacional de Identidad-		LE –Libreta de Enrolamiento-		LC – Libreta Cívica-	
CI –Cédula de Identidad-		Identificación Extranjera		Pasapor te	
8.Número de documento					
9. Estado Civil (Subrayar con amarillo la respuesta)					

Soltero/a		Casado/a-Concubinato	
Divorciado/a-Separado/a		Viudo/a	
10.País de nacimiento		Otro. ¿Cuál?	
11.Provincia de nacimiento		Buenos aires	
12. Situacion habitacional:			
Vivienda digna		Situación de calle	
Hacinamiento		Vivienda precaria	
Hogar		Parador (si está en situación de calle)	
Hospital de noche		Hospital gral.	
Unidad Penal		Centro de contención	
Otro ¿Cuál?.....			
En caso de residir en una institucion, especificar nombre y contacto			
Observaciones de situacion habitacional (desarrollar la situación habitacional):			
13.Dirección de residencia			
Calle		Intersección	
N°	Piso	Depto	Manzana
Barrio		Localidad	
Departamento/Partido		Municipio	
14.Provincia de residencia			
15.País de residencia			
16.Teléfono fijo		Carac. Local	Número
17.Teléfono celular		Carac. Local	Número
PRIMER CONTACTO			
18.Fecha de primer contacto			
19.Hora de primer contacto (Subrayar con amarillo la respuesta)		07:01 a 14:00	14:01 a 18:00
18.01 a 22:00		22:01 a 00:00	
18.01 a 22:00		00:01 a 07.00	
20.Presentación en el dispositivo (Subrayar con amarillo la respuesta)		Solo	Acompañado
21.Modo de acceso al dispositivo (Subrayar con amarillo la respuesta)			
Conocía el dispositivo por su presencia en el barrio		Se lo recomendó un referente afectivo	
Lo orientó otra institución		Lo orientó otro dispositivo SEDRONAR	

28.Estructura familiar				
Nombre	Teléfono / Dirección	Vinculo con el consultante	Asiste al dispositivo?	DNI (solo si asiste al dispositivo)
29.¿Tiene hijos? (Subrayar con amarillo la respuesta)		Sí		No
30.Cantidad de hijos		Menores de 2 años	De 3 a 5 años	
De 6 a 10 años		De 11 a 15 años	Mayores de 16 años	
31.Personas con las que convive (Subrayar con amarillo la respuesta)		Cantidad:....		
Solo/a		Padre	Madre	Hermanos/as
Abuelo/as		Hijo/as		Pareja del padre
Pareja de la madre		Pareja		Familiares de su pareja
Otros familiares		Amigos/as		Hogar
Otros ¿Cuál/es?.....				
SITUACION EDUCATIVA Y LABORAL				
32.¿Sabe leer y escribir? (Subrayar con amarillo la respuesta)		Sí		No
33.Asistencia al colegio (Subrayar con amarillo la respuesta)				
Asistió alguna vez		Nunca asistió		Asiste actualmente
34.Máximo nivel educativo cursado (Subrayar con amarillo la respuesta)				
Primario/EPB/EGB1/EGB2		Secundario/EES/ESB/EGB3/Polimodal		Terciario
Universitario		Posgrado		Educación Especial
No sabe		Otros:.....		

35.¿Completó ese nivel? (Subrayar con amarillo la respuesta)		Sí	No	En Curso		
36.¿Asiste a alguna otra institución de educación no formal o espacio recreativo? (Subrayar con amarillo la respuesta)						
Sí ¿Cuál?			No			
37.Situacion Laboral						
Con Empleo		Sin Empleo		Ama de casa		
38. Modalidad de trabajo		Registrado		No Registrado		
39.Antecedentes laborales si NO TRABAJA (Subrayar con amarillo la respuesta)		Nunca trabajó		Alguna vez trabajó		
40. Si no trabaja , indique (Subrayar con amarillo la respuesta)		Busca trabajo		No busca trabajo		
41.Es beneficiario de (Subrayar con amarillo la respuesta)						
Asignación Universal por hijo		Asignación por embarazo para protección social				
Pensión por discapacidad/invalidez		Pensión a adultos mayores				
Pensión por madre de 7 o más hijos		Pensión por fallecimiento del trabajador				
Retiro por invalidez		Jubilación				
Seguro de desempleo		Subsidio habitacional				
Programa PROGRESAR		Seguro de capacitación y empleo				
Asignación provincial ¿Cuál?		Asignación municipal ¿Cuál?				
Otros ¿cuál?						
CONDICIONES AL PRIMER CONTACTO						
42.Cobertura de salud (Subrayar con amarillo la respuesta)						
Obra Social (incluido PAMI)		Prepaga/Mutual				
Cobertura pública exclusiva		Incluir Salud (ex Pro.Fe)				
Otro ¿Cuál?		Sin cobertura				
DISCAPACIDAD						
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">Sí</td> <td style="width: 50%;">No</td> </tr> </table>					Sí	No
Sí	No					
43.Discapacidad ¿Presenta?						
44. Si presenta discapacidad, ¿Cuál/es?						
Auditiva		Visual		Motriz		
Del Habla		No presenta dificultad permanente		Otro ¿Cuál?.....		
45.¿Tiene CUD? (Subrayar con amarillo la respuesta)		Sí	No	En trámite		
46.¿Está realizando tratamiento para el diagnóstico que consta en el CUD? (Subrayar con amarillo la respuesta)						

Sí	¿Qué tipo de tratamiento?		No
OBSERVACIONES de discapacidad (desarrollar situación de discapacidad)			
.....			
.....			
.....			
.....			
SALUD			
47. ¿Está embarazada?			
Si		No	
Semanas de gestacion:		Cantidad de embarazos previos:	
48. ¿Realiza controles?			
Si		No	
49. ¿Tiene algún problema de salud? (Subrayar con amarillo la respuesta, en caso de no saber dejarlo en blanco)			
Problemática		¿Realiza Controles de salud?	¿Toma medicación?
Consumo problemático de sustancias (incluido alcohol)	SI NO	SI NO	Si NO
Padecimiento mental	SI NO	SI NO	Si NO
Situación de salud grave ¿Cuál?.....	SI NO	SI NO	Si NO
HIV	SI NO	SI NO	Si NO
HPV	SI NO	SI NO	Si NO
Sifilis	SI NO	SI NO	Si NO
Hepatitis	SI NO	SI NO	Si NO
Tuberculosis	SI NO	SI NO	Si NO
Escabiosis/ Sarna	SI NO	SI NO	Si NO
Otras enfermedades de Transmision Sexual	SI NO	SI NO	Si NO
Otra:.....		SI NO	Si NO

--	--	--

Observaciones de situaciones de salud (*desarrollas situaciones de salud*):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

VIOLENCIA

50.¿Presenta situaciones de violencia? (Subrayar con amarillo la respuesta)	Sí	No
---	----	----

51.Tipo y modalidad de violencia (Subrayar con amarillo la respuesta)

Tipo			Modalidad		
Física	Ejerce	Es víctima	Doméstica/ Familiar	Ejerce	Es víctima
Psicológica	Ejerce	Es víctima	Institucional	Ejerce	Es víctima
Sexual	Ejerce	Es víctima	Laboral	Ejerce	Es víctima
Económica y patrimonial	Ejerce	Es víctima	Comunitaria	Ejerce	Es víctima
Simbólica	Ejerce	Es víctima	Autoinfligida	Ejerce	Es víctima
Explotación Sexual	Ejerce	Es víctima	Género	Ejerce	Es víctima
Explotación Laboral	Ejerce	Es víctima	Trata	Ejerce	Es víctima

OBSERVACIONES de situaciones de violencia (*desarrollar situaciones de violencia, aclarando que tipo corresponde a qué modalidad*)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

CONFLICTO/S LEGALE/S

52.¿Presenta algún conflicto legal? (Subrayar con amarillo la respuesta)

Penal	Civil	Familiar	Laboral	De Género	Ninguno
Medidas excepcionales ¿Cuál?.....					
OBSERVACIONES de conflicto/s legal/es (desarrollar situación legal, aclarando si se tiene el dato de los organismos judiciales intervinientes y el contacto)					
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					
ACCESIBILIDAD					
53.¿Tiene algún problema de accesibilidad? (Subrayar con amarillo la respuesta)					
A documentación		A programas sociales		A la salud	
A la educación		Ninguno	Otros ¿Cuál?		
OBSERVACIONES de accesibilidad (desarrollar situación de accesibilidad)					
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					
CONSUMO					
Sustancia/Fármaco		Frecuencia			
Ninguna	Alguna vez en la vida	Menos de 1 vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi
Tabaco					
Alcohol					
Marihuana					
Clorhidrato de cocaína					
Alucinógenos como LSD, NBOME, etc					
Alucinógenos vegetales como Hongos, San Pedro, Ayahuasca, etc.					
Éxtasis (MDMA)					
Pasta Base – Paco					
Crack / piedra					
Alita de mosca					
GHB					
Ketamina					
Inhalables como pegamentos, pinturas,					

lacas, desodorantes, gasolina, bencina, tolueno o cosas similares					
Lanzaperfume o popper (nitritos) tales como Rush, Jolt, Locker Room, Leather Man, etc.					
Combinación de alcohol y pastillas					

Otro ¿Cuál/es?

54. Consume farmacos? Detallar el acceso a los mismos (Subrayar con amarillo la respuesta y detallar especialidad)

	Por tratamiento		Con receta		Especialidad del médico prescriptor		
Tranquilizantes*	Sí	No	Sí o	N			
<i>Frecuencia (subrayar con amarillo la respuesta)</i>	Alguna vez en la vida	Menos de 1 vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi		
Antidepresivos*	Sí	No	Sí o	N			
<i>Frecuencia (subrayar con amarillo la respuesta)</i>	Alguna vez en la vida	Menos de 1 vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi		
Morfina/opioides*	Sí	No	Sí o	N			
<i>Frecuencia (subrayar con amarillo la respuesta)</i>	Alguna vez en la vida	Menos de 1 vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi		

OBSERVACIONES de consumo (desarrollar la situación de consumo de la persona, tanto de sustancias legales / ilegales y de psicofármacos)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

TRATAMIENTOS PREVIOS

Sí	No
----	----

56. Sector de la institucion

Publico	Privado	ONG
---------	---------	-----

57.¿Dónde realizó el tratamiento previo por consumo de sustancias? (Subrayar con amarillo la respuesta)

Comunidad terapéutica	CAAC	DIAT (ex CET/CePLA)
Hospital/Centro de salud	Prestadora	Otro ¿Cuál?

58.Nombre de la institución dónde realizó el tratamiento previo por consumo de sustancias

--

RESPUESTA

59.Primer respuesta del DIAT (Subrayar con amarillo la respuesta)

Se brinda información específica	Articulación con otro actor ¿Cuál?
Acompañamiento en la articulación	Comienzo del proceso de primera escucha
Se convoca a participar en una actividad/taller del DIAT	Otro ¿Cuál?

60.En caso de haber **ARTICULADO**:
Sector al que pertenece la institución (Subrayar con amarillo la respuesta)

Pública: <ul style="list-style-type: none"> • Nacional • Provincial • Municipal 	Privada	ONG	Otro ¿Cuál?
--	---------	-----	-------------

61.En caso de haber **ARTICULADO**:
Área a la que pertenece la institución (Subrayar con amarillo la respuesta)

Salud General	Salud Mental	Consumo Problemático
Trabajo	Educación	Desarrollo Social
Justicia	Niñez	Género
Deporte	Cultura	Religión
Institución SEDRONAR ¿Cuál?	Otro ¿Cuál?	

62. Datos de la Institución

Nombre y contacto de la institucion:

63.Actividades de las que participará en el dispositivo

Actividad	Dimensión	Días	Horarios	Tallerista a cargo

64.OBSERVACIONES PRIMERA RESPUESTA (desarrollar la primera respuesta dada por el dispositivo=

.....

65.Segundo encuentro (Subrayar con amarillo la/s respuesta/s)

Acudió al lugar	Siguió en contacto con el equipo	Interrumpió contacto
-----------------	----------------------------------	----------------------

Continúa proceso de primera escucha	Otro ¿Cuál?
-------------------------------------	-------------

66. OBSERVACIONES SEGUNDO ENCUENTRO (desarrollar que pasó despues del primer encuentro y como continuará el proceso)

.....

OBSERVACIONES GENERALES

67. OBSERVACIONES generales

.....

Persona/s que completan la HPC:

.....

1. Fecha de alta	
DATOS DEL CONSULTANTE	
2. Tipo de vínculo (Subrayar con amarillo la respuesta)	
Referente afectivo	Referente Familiar: Organización/Institución: Otro: ¿cual?
	Madre Padre Hijx Hermanx Otro:.....

3. Tipo de institución (Subrayar con amarillo la respuesta)	
Hospital / centro de salud	
Institución Religioso	
Organización de la Sociedad Civil	
Institución educativa	
Otro ¿Cuál?	

4.Nombre/s		5.Apellido/s	
6.Fecha de nacimiento	Día	Mes	Año
7.Género (Subrayar con amarillo la respuesta)	Femenino	Masculino	Trans Otro
8.¿Tiene documento de identidad? ((Subrayar con amarillo la respuesta))			
Sí	No	Lo extravió	
		En trámite	
		Nunca tuvo	
9.Número de documento			
10. Telefono Fijo	Característica local + numero		
11. Telefono celular	Característica local + numero		

DATOS DE LA PERSONA POR LA CUAL CONSULTA				
12.Nombre/s		13.Apellido/s		
14.Fecha de nacimiento	Día	Mes	Año	
15.Género ((Subrayar con amarillo la respuesta))	Femenino	Masculino	Trans	Otro

PRIMER CONTACTO			
16.Fecha de primer contacto	Día	Mes	Año
17.Hora de primer contacto (Subrayar con amarillo la respuesta)	07:01 a 14:00		14:01 a 18:00
18.01 a 22:00	22:01 a 00:00		00:01 a 07.00
18.Presentación en el dispositivo (Subrayar con amarillo la respuesta)	Solo		Acompañado

19. Modo de acceso al dispositivo (Subrayar con amarillo la respuesta)			
Conocía el dispositivo por su presencia en el barrio		Se lo recomendó un referente afectivo	
Lo orientó otra institución		Lo orientó otro dispositivo SEDRONAR	
Oficio Judicial		Otro ¿Cuál?	
20. Si lo derivó una institución Sector al que pertenece la institución que lo orientó (Subrayar con amarillo la respuesta)			
Pública	Privada	ONG	Otro ¿Cuál?
21. Si lo derivó una institución. Tipo de institución que lo orientó (Subrayar con amarillo la respuesta)			
Comunidad terapéutica	Comunidad educativa		Hospital/Centro de Salud
Municipalidad	Iglesia/Parroquia/Organización Religiosa		Otro ¿Cuál?
22. Si lo derivó una institución. Nombre de la institución que lo orientó			Contacto:.....
23. Si lo derivó una institución de SEDRONAR. Detalle del dispositivo SEDRONAR que lo orientó (Subrayar con amarillo la respuesta)			
Línea 141	Chat 141	Otro DIAT (ex CET/CePLA)	CEDECOR central
CEDECOR Local	CEDECOR descentralizado	CAAC	Prestadora
Tratamiento Comunitario			
24. Motivo de consulta actual (Subrayar con amarillo la respuesta)			
Apoyo económico		Orientación legal	Orientación en salud
Orientación laboral	Orientación educativa		Orientación para servicio social
Orientación a la niñez	Orientación en problemas comunitarios		Orientación para internación
Realizar tratamiento en el DIAT por consumo de sustancias			Otro ¿Cuál?
Observaciones:.....			
RESPUESTA			
25. ¿Abre hoja de primer contacto para el consultante?			
Si		No	
26. ¿Abre hoja de primer contacto para la persona por la que consulta?			
Si		NO	
DNI:.....			

Hoja de ruta

Primera entrevista

Fecha:

Aspectos fenomenológicos (observables)

Motivo de consulta

Aspectos Históricos

Aspectos contextuales y sociales

Situación de acceso a derechos (Salud, Educación, Vivienda, Trabajo, Justicia)

Diagnóstico DSM V (sólo en caso de articulación con psiquiatría)

Sugerencias clínicas

Segunda entrevista

Fecha:

Aspectos fenomenológicos (observables)

Motivo de consulta

Aspectos Históricos

Aspectos contextuales y sociales

Situación de acceso a derechos (Salud, Educación, Vivienda, Trabajo, Justicia)

Diagnóstico DSM V (sólo en caso de articulación con psiquiatría)

Lectura de efectos

Sugerencias clínicas

