

El género y sus influencias en el acceso y permanencia a los tratamientos ambulatorios por consumo problemático de sustancias.

Mirada desde la especificidad del Trabajo Social



2023

Tayra Dalmazzo
Flores Rosa Larivey
Rocío Valentina Quiroga Camargo

Universidad Nacional de Córdoba

Facultad de Ciencias Sociales

Licenciatura en Trabajo Social

Trabajo Final de Grado

**El género y sus influencias en el acceso y permanencia en los tratamientos ambulatorios
por consumo problemático de sustancias.**

Mirada desde la especificidad del Trabajo Social

Autoras

Dalmazzo, Tayra - tayra.dalmazzo@mi.unc.edu.ar

Larivey, Florencia Rosa - florencia.larivey@mi.unc.edu.ar

Quiroga Camargo, Rocío Valentina - rvalentinaquirogac@mi.unc.edu.ar

Equipo docente

Orientación temática: Dra. Sanchez, Melisa Ruth

Colaboradora en orientación temática: Lic. Decca, Eugenia

Intervención Pre-profesional: Lic. Espejo, María Fernanda

Seminario de Sistematización y Redacción de Tesina: Mgtr. Becerra, Natalia

Julio 2023

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Nacional de Córdoba y a la Facultad de Ciencias Sociales por abrirnos sus puertas y acogernos.

A los docentes que nos acompañaron en el proceso.

A la Asociación Civil Programa del Sol y a los profesionales por el espacio y tiempo compartido.

A las sujetas con y para quienes investigamos.

A nuestras familias y amigos que han estado a nuestro lado desde el comienzo.

Una vez que empieces a hablar, la gente te va a gritar.

Te van a interrumpir, te van a bumillar

y se lo van a tomar personal.

Y el mundo no se acabará

Y te darás cuenta de que **te has enamorado
de tu propia visión,**

la cual quizás no te habías dado cuenta que tenías.

Y perderás algunas amistades y amantes,

y te darás cuenta de que no les echas de menos.

Y los y las nuevas te encontrarán y te apreciarán.

Y todavía coquetearás, te pintarás las uñas

y te arreglarás para las fiestas,

porque como creo que Emma Goldman dijo:

**“Si no pueden bailar, no quiero ser parte de
tu revolución”.**

Y al fin sabrás con gran certeza que **sólo hay una
cosa más aterradora que decir tu verdad...**

y es no decirla.

Audre Lorde



ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	7
1. CAPÍTULO 1: Acerca del campo de conocimiento	11
1.1. La dimensión política en el quehacer metodológico de la investigación	11
1.1.1. La investigación como ejercicio profesional en Trabajo Social	11
1.1.2. La investigación en un escenario institucional específico	13
1.2. Estrategias metodológicas en la investigación	16
1.3. Las categorías como una forma de mirar, posicionar(se) y abordar la problemática	19
1.4. Reflexionando acerca del campo de conocimiento	22
2. CAPÍTULO 2: Los consumos problemáticos en los procesos históricos, las prácticas, los discursos y su materialización en los sujetos	24
2.1. Las sustancias psicoactivas como una mercancía más en el sistema capitalista	24
2.2. Argentina: modelos de abordajes del uso y consumo (problemático) de sustancias	27
2.2.1. Su abordaje en el siglo XX	27
2.2.2. Su abordaje en el siglo XXI	30
2.3. De la ley al hecho ¿qué pasa con los Derechos de quienes consumen?	34
2.4. Caminos transitados y caminos por transitar	37
3. CAPÍTULO 3: Herramientas analíticas que complejizan el abordaje dentro del campo de los consumos	41
3.1. Las mujeres como sujetas de derechos en el campo de los consumos problemáticos	41
3.2. Las particularidades de las sujetas que asisten al Módulo de Mujeres y Disidencias	43
3.3. El género y sus atravesamientos dentro del campo de la investigación	46
3.3.1. El género como herramienta de análisis	46
3.3.2. El enfoque de la interseccionalidad en los abordajes por consumos problemáticos	48
3.3.3. La influencia de los estigmas y representaciones sociales y culturales en las prácticas de las mujeres	52
3.4. Recapitulando especificidades	56
4. CAPÍTULO 4: Mujeres y el derecho de acceder y permanecer en tratamientos	7

ambulatorios	59
4.1. El acceso y la permanencia como posibilitadores del derecho a la salud mental	59
4.2. Dimensiones de la accesibilidad que se constituyen en barreras	63
4.3. Estrategias que se ponen en marcha para efectivizar la permanencia en los tratamientos	65
4.3.1. Estrategias que desarrollaban las mujeres que asistían al Módulo de Mujeres y Disidencias	66
4.3.2. Estrategias que desarrollaban las profesionales del Módulo de Mujeres y Disidencias	67
4.4. Valorizando el abordaje integral en los consumos problemáticos	69
REFLEXIONES FINALES	71
REFERENCIAS	75
Otras fuentes documentales	81
Fuentes primarias	83

INTRODUCCIÓN

El siguiente trabajo sistematiza el proceso de investigación que se enmarca en las prácticas pre-profesionales que constituyen el Trabajo Final de Grado de la Carrera de Licenciatura en Trabajo Social, perteneciente a la Facultad de Ciencias Sociales, de la Universidad Nacional de Córdoba, desarrollado durante el año 2021.

El quehacer investigativo estuvo ubicado en el campo de la salud mental, en la singularidad de los consumos problemáticos de sustancias psicoactivas, en mujeres partícipes del Módulo de Mujeres y Disidencias, de la Asociación Civil Programa del Sol. Dicho Programa se constituye como un dispositivo alternativo de prevención y asistencia para los tratamientos ambulatorios en la ciudad de Córdoba.

El interés investigativo partió, en un primer momento, de reflexionar y cuestionar la mirada patriarcal y sexista por la cual se encuentra impregnado el campo de estudios, y, en un segundo momento, disputar tales miradas hegemónicas y hacer emerger nuevos debates y plantear ejes que permitan pensar y construir abordajes situados e integrales que contemplen la variable género. El estudio tuvo como **problema de investigación** ¿Qué barreras económicas, geográficas, organizacionales, simbólicas y culturales se presentan en el acceso y permanencia a los tratamientos por consumo de sustancias psicoactivas, de las mujeres que asisten al Programa del Sol de la Ciudad de Córdoba, durante el año 2021?

En ese sentido, se delimitó como **objeto de sistematización** visibilizar las desigualdades que se le presentan a las mujeres con consumo problemático para acceder y permanecer a los dispositivos de salud y tratamientos ambulatorios. Y como **objetivos de la sistematización**, a nivel metodológico, aportar desde la mirada y singularidad del Trabajo Social a la vacancia teórica frente a la problemática de los consumos problemáticos en mujeres; y, a nivel analítico, reivindicar las voces, sentidos y prácticas de las mujeres en los tratamientos ambulatorios, a partir de un proceso reflexivo de sus propias narrativas.

Es importante destacar que la información sistematizada y la interacción con las mujeres en el espacio institucional estuvo enmarcada a partir del enfoque de derechos humanos y la perspectiva de género. Por lo tanto, se acudió a la construcción del **Consentimiento Informado**, que le otorga a las mujeres la potestad de decidir sobre su participación, a partir de información clara y precisa acerca del propósito, procedimientos, beneficios, riesgos y de sus derechos. A su vez, resulta pertinente especificar que, a lo largo de la escritura, se emplea el **lenguaje no binario**, apostando a ser parte de un proceso que pone en evidencia la inclusión en la comunicación, ya que se identifica a la escritura como uno de los elementos más importantes de la historia, que se construye y se deconstruye. Se decidió utilizar la “a” para

referir a las sujetas de la investigación que son mujeres y se utiliza la “e” para referirse a otros actores.

Se advierte que la utilización de nombres de las mujeres, les profesionales y las personas que ellos hacen mención se hizo con la utilización de letras iniciales, para resguardar sus identidades.

Por consiguiente, el proceso de sistematización se divide en distintos capítulos y apartados. El **capítulo 1**, delimita el campo de investigación en relación a los consumos problemáticos de sustancias en mujeres a partir de evidenciar las decisiones y posicionamientos teóricos, metodológicos, éticos y políticos. Para ello, se hace una construcción teórica que propone clarificar el desde dónde y cómo se entiende a la investigación dentro del ejercicio del Trabajo Social. Se presentan las decisiones y estrategias metodológicas que se adoptan; se describen las características y líneas de trabajo que priman en el escenario institucional y, en último momento, se retoman categorías teóricas que constituyen el campo de los consumos problemáticos de sustancias en mujeres.

El **capítulo 2** busca sumergirse en el campo de los consumos problemáticos a través de la reconstrucción socio-histórica y teórica de los marcos normativos. Como punto de partida, se sitúa al consumo problemático de sustancias como una manifestación de la cuestión social. En un segundo momento, se realiza una historización sobre los modos de abordar la problemática en Argentina desde el siglo XX hasta la actualidad. En vinculación con ello, se coloca énfasis en la pugna de intereses entre el paradigma prohibicionista y el paradigma de reducción de daños y riesgos. Y, por último, a partir de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 y Ley de Derechos del Paciente N° 26.529, se identifica cómo las mismas se materializaron en las prácticas interventivas y en los cuerpos de los profesionales, específicamente del escenario institucional Asociación Civil Programa del Sol.

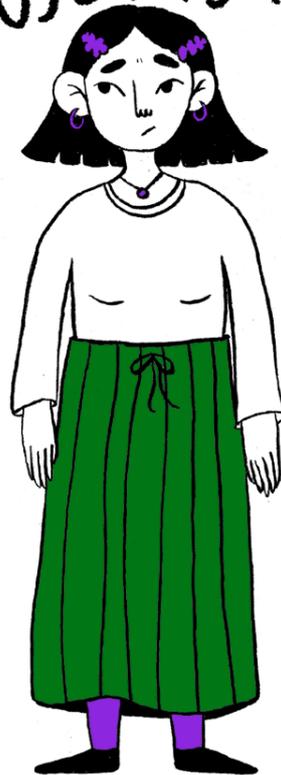
A fin de identificar las representaciones sociales y culturales que se materializan en las prácticas de las mujeres, el **capítulo 3**, en base a la recopilación teórica y experiencia en el escenario institucional, retoma las distintas formas de denominar a las mujeres en el campo de los consumos problemáticos. Así mismo, se otorga centralidad a las características particulares de las mujeres que asisten al Módulo de Mujeres y Disidencias. Consecuentemente, se aborda al género como categoría analítica, valorando la interseccionalidad como un enfoque indispensable a la hora de identificar las diversas situaciones de desigualdad que influyeron en las prácticas y experiencias de las mujeres. Por último, se resaltan las implicancias de los estigmas y las representaciones sociales y culturales en los cuerpos de las mujeres.

El **capítulo 4** tiene como objetivos, por un lado, analizar el acceso y la permanencia de las mujeres a los tratamientos por consumo problemático de sustancias y, por otro, reconocer las estrategias que desarrollan tanto las mujeres como los profesionales de la institución, para garantizar y efectivizar dicho acceso y permanencia. Para ello, se coloca énfasis en el derecho a la salud mental y, consecuentemente, la posibilidad de acceder y permanecer en un tratamiento ambulatorio. A su vez, se busca identificar y comprender las barreras geográficas, económicas, organizacionales, culturales y simbólicas, que se enfrentan las mujeres.

Si bien la sistematización del Trabajo Final de Grado está conformada por cuatro capítulos, la construcción de conocimiento no se agota en ello, sino que pretende actuar como punto de partida para construir y co-construir nuevas miradas y/o abordajes que prioricen las interseccionalidades de cada sujeta con quien se trabaja (trayectorias, contexto, experiencias, relaciones, entramados, etc.).

CAPÍTULO 1:
Acerca del campo de conocimiento

SUSTANCIA PSICOACTIVA
CONSUMO PROBLEMÁTICO
SALUD MENTAL DERECHOS
PERSPECTIVA DE HUMANOS
GÉNERO ¿DROGAS?
¿ADICTA? GÉNERO
SUJETAS PROTAGONISTAS



1. CAPÍTULO 1: Acerca del campo de conocimiento

El presente capítulo delimita el campo de investigación de los consumos problemáticos de sustancias en mujeres, en su dimensión teórica, metodológica, ética y política. En primer lugar, se realiza una construcción teórica que propone clarificar el desde dónde y cómo se entiende a la investigación dentro del ejercicio del Trabajo Social, los desafíos que los interpelan y los debates vinculados a la relación de necesidad entre la investigación propiamente dicha y la intervención (Grassi, 2018).

En segundo lugar, se sitúa el proceso de investigación en el escenario institucional Asociación Civil Programa del Sol de la Ciudad de Córdoba, lugar donde se encuentra funcionando como parte del dispositivo del tratamiento ambulatorio, el Módulo de Mujeres y Disidencias, evidenciando las principales características y líneas de trabajo que priman en el escenario institucional.

De manera secuencial, se presentan las decisiones y estrategias metodológicas que se adoptan en relación al objetivo general que engloba la investigación: determinar cuáles son las barreras económicas, geográficas, organizacionales, simbólicas y culturales que se presentan en el acceso y permanencia de las mujeres, que asisten al Módulo de Mujeres y Disidencias, en los tratamientos ambulatorios por consumo problemático de sustancias psicoactivas.

Por último, se conceptualizan teóricamente la categoría de campo, proceso de salud-enfermedad-atención, consumo problemático, sustancias psicoactivas, y tipos de vínculos que establecen las sujetas con las sustancias. Categorías que invitan, por un lado, a tomar posición desde un Modelo Social de la salud y salud mental, y, por otro lado, a pensar y re-pensar nuestras prácticas y decires en el escenario institucional.

1.1. La dimensión política en el quehacer metodológico de la investigación

1.1.1. La investigación como ejercicio profesional en Trabajo Social

Históricamente, como sostiene Grassi (2018) el ejercicio profesional ha estado vinculado a la intervención propiamente dicha. La profesión a lo largo de su desarrollo ha estado atravesada por debates vinculados a los planteos dicotómicos entre la teoría y la práctica, entre la intervención y la investigación; debates que conllevan disputas teóricas, políticas y epistemológicas entre los trabajadores sociales. Se comparte con las autoras Martínez et al. (s/f) y Grassi (2018) que estos debates son necesarios de dar, en tanto que vinculan con la dimensión política de los accionares, interventivos e investigativos.

Por su parte, Iamamoto (2003, como se citó en Farías., et. al. 2016) señala que el interés por la investigación en la profesión no es nuevo pero que, a pesar de ser considerada una

dimensión necesaria para la práctica, ha sido tratada como algo separado de ella. En este sentido, el Trabajo Social no puede desentenderse de la investigación porque se nutre de sus producciones, en tanto que le permite un mejor análisis, comprensión e interpretación de los problemas sociales.

La producción de conocimientos debe ser comprendida en un sentido amplio, como una relación de necesidad entre la investigación propiamente dicha y la intervención, ya que el mismo contiene la posibilidad de conocer y transformar la realidad.

La investigación posibilita reconocer que los problemas sociales no son a-históricos, no están prefigurados, no operan con autonomía, sino que son construcciones sociales e históricas en las que operan diversos elementos sobre ellos y, por ende, requieren ser abordados desde su propia complejidad. Esto remite a lo que Grassi (2011) denomina como **actitud investigativa**, la cual entiende como una herramienta que posibilita una actitud reflexiva y crítica, y una herramienta que lleva a preguntarse: cómo está configurado el problema, por qué se configuró el problema, quiénes participan en el problema, etc.; es decir, a “contribuir a desenmarañar aquellas conexiones tan poco evidentes en la composición de los problemas sociales” (Grassi, 2011, p.138).

Si bien los investigadores no se encuentran en la situación de tomar decisiones permeadas por la urgencia, “sí están obligados a prestar atención a los usos de las categorías teóricas y al modo como producen y naturalizan los problemas sociales” (Grassi, 2011, p.129). Parfraseando a Rotondi (2012), en el Trabajo Social es importante no perder de vista que las concepciones que se poseen respecto a los otros afectan de manera directa el sentido y la direccionalidad de las prácticas; concepciones e intervenciones que pueden estar orientadas a la efectivización, ampliación y/o restitución de derechos, u orientadas a la naturalización de la situación en la que se encuentran los sujetos.

En este sentido, resulta prioritario concebir a la investigación como una tarea indispensable para el quehacer profesional, para el acercamiento a la realidad, para lecturas y prácticas acertadas en relación a los problemas sociales. Es por estas razones que a lo largo del año 2021 se asumió el desafío de realizar un Trabajo Final de Grado (TFG) de corte investigativo.

1.1.2. La investigación en un escenario institucional específico

El proceso de inserción en el escenario institucional de la Asociación Civil Programa del Sol se realizó durante el año 2021 en contexto de pandemia y pos pandemia mundial por el Covid-19. La práctica se inscribió en el campo de la salud mental, específicamente en lo

referido a los consumos problemáticos de sustancias psicoactivas, con un grupo poblacional de mujeres que se encuentran en tratamientos ambulatorios.

El desafío de realizar una investigación que delimitó como población a las mujeres, en tratamientos ambulatorios por consumos problemáticos, remite a la escasa especificidad tanto en estudios como en las intervenciones (Romo, 2005). Esta escasa producción pone en evidencia las relaciones de poder que se dan entre los géneros, tanto en el diseño como en la implementación de las políticas públicas, las cuales tienen como sujetos destinatarios a varones y no reconocen las diferencias que existen entre mujeres y varones, a nivel físico, psíquico, social, cultural, y de hábitos y conductas.

A su vez, gran cantidad de investigaciones y análisis de datos cuanti-cualitativos enfatizan en varones, primando visiones y fundamentaciones que desconocen las necesidades y particularidades del consumo en las mujeres (Romo, 2005). La ausencia de enfoques que contemplen la variable género:

ha entorpecido el desarrollo de una asistencia diferencial al decantarse por una investigación científica y una clínica estereotipada, donde la mayoría de los sujetos estudiados son hombres y, por tanto la “norma” -en la que luego se basan diagnósticos y terapias- está demasiado sesgada por lo masculino, como para resultar efectiva en las mujeres (Maffia, 2011, p.1).

Rosenbaum y Murphy (1990) sostienen que, en los estudios sobre consumo de sustancias psicoactivas, se ha ignorado al género como una variable determinante. Si bien las prácticas de consumo en varones han predominado, se ha consolidado en el imaginario social que las mujeres que consumen sustancias remiten a “una forma desviada de la feminidad normal y explicado con frecuencia, como una compensación de deficiencias físicas o mentales” (p. 69). A su vez, Infantino (2019), expone que históricamente se ha invisibilizado a la mujer como posible consumidora de sustancias y que los consumos problemáticos se han conceptualizado como una cuestión que afecta particularmente a varones de sectores sociales empobrecidos. Ello vulnerando especialmente el derecho a la salud de mujeres en situación de consumo de sustancias psicoactivas, donde no se tiene en cuenta las condiciones sociales, históricas, culturales y complejas que implican estos consumos.

La invisibilización de las mujeres en el consumo de sustancias está estrechamente vinculada a prácticas y lógicas patriarcales que operan como una forma de violencia simbólica que determina características específicas en base al género. La autora Romo (2005) sostiene que esta invisibilización de las mujeres se debe a que aún sigue vigente la idea de mujeres

cuidadoras, dependientes y sumisas, en donde “usar una sustancia ilegal supone para las mujeres no sólo ser clasificadas de desviadas por sus usos de drogas, sino también por contraponerse a la definición social de lo que debe de ser el comportamiento femenino” (p. 80). Posiciones culturalmente asignadas que se generan y se suscitan, a partir de imaginarios patriarcales, en una serie de relaciones jerárquicas, asimétricas y opresivas para con las mujeres, donde se le asignan determinadas formas de ser y actuar en el mundo.

Siguiendo a Tajer (2004), adoptar una mirada desde el género en salud implica incorporar el modo en que las desigualdades sociales determinan diferencialmente el proceso de salud-enfermedad-atención. Desigualdades que operan estableciendo vulneraciones diferenciales relativas a las posiciones de los sujetos que se enmarcan en lógicas que las reproducen.

En ese sentido, resulta útil el aporte que realiza Madrid Perez (2018) en torno a la categoría de vulnerabilidad y vulneración. El autor entiende a la **vulnerabilidad** como un fenómeno social que implica una condición de riesgo que padecen los sujetos como resultado de la acumulación de desventajas sociales. Es decir, la probabilidad que tienen los sujetos de ser dañados a raíz de fenómenos o acontecimientos del entorno. La idea de **vulneración** remite a “la preexistencia de una expectativa de no ser dañado en forma de expectativa reconocida y protegida mediante mecanismos públicos, que pueden ser estatales o sociales” (p. 69).

Los términos de vulnerabilidad y vulneración comparten la idea de herida, pero no son lo mismo, “no es lo mismo decir de una persona que es vulnerable a decir que ha sido vulnerada y lo puede volver a ser” (Madrid Perez, 2018, p. 70), como es el caso de las mujeres que atraviesan una situación de consumo problemático. Por ejemplo, la vulneración y la subordinación de tales mujeres no indican que exista una vulnerabilidad de la mujer, sino que evidencia que existe un entorno organizado sistemáticamente que vulnera potencial y realmente a la mujer en tanto no se asemeja a los roles socialmente esperados que responden a las lógicas patriarcales.

Por ello, en nuestra investigación narrar, nombrar y visibilizar las realidades y necesidades de las mujeres se constituye en un acto político. Ello invita a reflexionar sobre la multiplicidad de barreras económicas, geográficas, organizacionales, simbólicas y culturales que se presentan en el acceso al campo de la salud en general y a los de tratamientos ambulatorios en particular, impactando en el espacio de reproducción cotidiana y en la puesta en práctica de estrategias de cuidado de las mujeres.

Tal como se mencionó, la investigación estuvo centrada en identificar las barreras que se presentan en el acceso y permanencia a los tratamientos ambulatorios por consumos

problemáticos, particularmente delimitado en las mujeres pertenecientes al Módulo de Mujeres y Disidencias, de la Asociación Civil Programa del Sol¹. La misma es una Asociación Civil sin fines de lucro que desde el año 1997 se desempeña en la provincia y ciudad de Córdoba, y está destinada a todos aquellos sujetos que requieren de asistencia ambulatoria y acompañamiento terapéutico para resolver las dificultades asociadas al consumo problemático de sustancias psicoactivas.

La propuesta del Programa enfatiza en que los sujetos deben constituirse como protagonistas de su tratamiento. Se considera que cada sujeto inicia y desarrolla una relación particular con las sustancias psicoactivas, tanto legales como ilegales, por lo cual entiende que el consumo de sustancias no puede ser abordado desde miradas generales y homogeneizadoras, sino que se implementan acciones singulares e individuales. Si bien el Programa está conformado por diferentes dispositivos de tratamientos ambulatorios, la investigación se llevó a cabo en el Área Terapéutica, puntualmente en el Módulo de Mujeres y Disidencias, a cargo de una Lic. en Trabajo Social y dos Lic. en Psicología.

El Módulo fue creado con la intención política de brindar a mujeres y disidencias un espacio particular y diferenciado donde puedan escucharse y reflexionar acerca del vínculo que establecen con diferentes sustancias psicoactivas (Programa del Sol, 2023). El espacio comienza a funcionar en el año 2012, frente a una demanda particular de ese momento: mujeres jóvenes, entre 14 y 19 años, derivadas del sistema penal juvenil o internas del Centro Socioeducativo de Mujeres, dependiente de Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia (SeNAF), que demandaban tratamientos ambulatorios con especificidad.

Al momento de la inserción institucional, el Módulo funcionaba como dispositivo terapéutico al cual asistían 5 mujeres entre un rango etario de 14 a los 33 años de edad, las cuales eran derivadas de la SeNAF (sede Córdoba), el Ministerio de la Mujer y el Poder Judicial. También derivadas de diferentes dispositivos de salud y/o demanda familiar o red vincular. Dicho Módulo trabajaba con instancias terapéuticas grupales y psicoterapia individual con el propósito de abordar de manera integral, atendiendo a las particularidades y necesidades de cada una de las mujeres.

¹ Para mayor información sobre la Asociación Civil y sus modelos de abordaje, ingresar a: <http://programadelsol.com.ar>.

1.2. Estrategias metodológicas en la investigación

La investigación realizada fue **cuantitativa** en tanto que concibe a la realidad como histórica y sitúa a los problemas sociales en el contexto social, político, económico y cultural particular en los que se estudia (Landreani, 1990). La misma consiste en un procedimiento reflexivo, controlado y crítico que tiene por finalidad estudiar y comprender a las sujetas en las tramas en las que se encuentran insertas, colocándolas como protagonistas y no como meros receptores de las decisiones de investigación.

El estudio se desarrolló a partir del **enfoque de derechos humanos**² y la **perspectiva de género**³. En ese sentido, el enfoque de derechos humanos implicó un compromiso ético por parte de nosotras como investigadoras hacia las sujetas. Como sostiene Carballada (2016), el mismo “se apoya en las posibilidades de respaldo y garantía que brindan los Derechos Humanos en tanto derechos legitimados por la comunidad internacional” (p.2). Tal enfoque se constituye en uno de nuestros lentes que da sentido y orienta la investigación en el campo de la salud mental.

En la misma línea, la perspectiva de género se constituye en una herramienta reflexiva que hace posible el abordaje situado de los consumos problemáticos en la Asociación Civil Programa del Sol. Dicha perspectiva evidencia las experiencias singulares de las mujeres en relación a las sustancias y el acceso a los tratamientos ambulatorios; a su vez, pone de manifiesto el sesgo patriarcal y sexista; y su inclusión posibilita aproximarse a esa realidad social, política, cultural y económica desde las miradas del género y sus relaciones de poder, construyendo sentidos no jerárquicos ni discriminatorios particularmente hacia las mujeres.

La conjunción de estos enfoques en la práctica investigativa otorga la posibilidad de comprender y explicar los consumos problemáticos de sustancias a partir de una lectura crítica, tomando en cuenta las voces y experiencias de las mujeres en sus contextos específicos.

Ahora bien, a partir de los aportes de Hernández Sampieri et. al (2006), es necesario reconocer que a lo largo de nuestro estudio se han combinado diferentes alcances -exploratorio, descriptivo y explicativo-, en el cual se recurre a técnicas cuantitativas -revisión de documentos

² El **enfoque de derechos** se retoma en el *Capítulo 3: Herramientas analíticas que complejizan el abordaje dentro del campo de los consumos*, en apartado 3.1. *Las mujeres como sujetas de derechos en el campo de los consumos problemáticos*.

³ Gamba (2008) plantea que la **perspectiva de género** implica: a) reconocer las relaciones de poder que se dan entre los géneros, en general favorables a los varones como grupo social y discriminatorias para las mujeres; b) que dichas relaciones han sido constituidas social e históricamente y son constitutivas de las personas; c) que las mismas atraviesan todo el entramado social y se articulan con otras relaciones sociales, como las de clase, etnia, edad, preferencia sexual y religión. (p. 2)

y datos estadísticos- y cualitativas -entrevistas/conversaciones, observación participante-, es decir, estrategia de triangulación de datos (Valles, 1999).

De tal modo, se delimitó como **unidad de análisis** del proceso investigativo a las mujeres que consumen sustancias psicoactivas, y se optó por precisar una **muestra** donde se trabajó con 4 (cuatro de las 5 (cinco) mujeres con consumo problemático que asistían al Módulo de Mujeres y Disidencias, durante el año 2021, en un rango etario de 20 a 33 años. Tal decisión metodológica se debió a que la quinta mujer era menor edad y solo asistía al espacio de psicoterapia individual.

En lo que respecta a los objetivos de investigación, se delimita como **objetivo general** identificar las barreras económicas, geográficas, organizacionales, simbólicas y culturales que se presentan en el acceso y permanencia a los tratamientos por consumo problemático de sustancias psicoactivas de las mujeres, y como **objetivos específicos**:

- a) Identificar las representaciones sociales y culturales que influyen en las prácticas de las mujeres que asisten al Módulo de Mujeres y Disidencias.
- b) Analizar las dimensiones de la accesibilidad que intervienen en el vínculo que se teje entre las mujeres y el Módulo de Mujeres y Disidencias.
- c) Reconocer las estrategias que desarrollan las mujeres que asisten al Módulo de Mujeres y Disidencias para garantizar su permanencia en los tratamientos.
- d) Reconocer las estrategias que despliegan las profesionales del Módulo de Mujeres y Disidencias para garantizar la permanencia de las sujetas que asisten al dispositivo.

En base al propósito y los objetivos del estudio, las técnicas que se seleccionaron fueron: la observación participante individual en el Taller de Música y en el Taller de Reciclado; el estudio de casos biográficos a través de la construcción de narrativas de vida que se alcanzó con entrevistas/conversaciones direccionadas con preguntas abiertas, cuyos objetivos de la misma eran:

- a) indagar la relación entre las mujeres del Módulo de Mujeres y Disidencias y las sustancias psicoactivas,
- b) conocer la relación de las mujeres con la Asociación Civil Programa del Sol y las instituciones por las que han transitado,
- c) identificar las dificultades que se le presentan a las mujeres que asisten al Módulo de Mujeres y Disidencias en el acceso y permanencia en los tratamientos ambulatorios,
- d) indagar el impacto que tienen los discursos institucionales y de redes vinculares sobre el consumo de sustancias psicoactivas en mujeres.

Asimismo, se realizaron entrevistas institucionales en profundidad con modalidad de preguntas abiertas direccionadas al presidente de la Asociación Civil, al Equipo de Admisión que recibe a las mujeres que requieren tratamiento, y a las profesionales a cargo del Módulo Mujeres y Disidencias; así como también se recurrió a la utilización de fuentes secundarias como documentos brindados por la institución, y documentos estadísticos e históricos que se obtienen del Observatorio Argentino de Drogas y de la Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina.

Previo al contacto con el grupo de mujeres, en conjunto con las profesionales del Módulo se definieron líneas de acción⁴, que funcionaron como guías a lo largo de todo el proceso de indagación. Se comenzó con un recorrido teórico desde una perspectiva histórica, social y cultural del campo que posibilitó conocer las escasas investigaciones que se han realizado en torno al consumo problemático de sustancias en mujeres. Ello se constituyó en el punto de partida de nuestras primeras delimitaciones y posteriormente concluyó en la construcción de narrativas colectivas junto a las mujeres.

A su vez, se realizaron negociaciones con las profesionales del Módulo de Mujeres y Disidencias en torno a nuestra participación en los distintos espacios que habitaban y transitaban las mujeres (espacios grupales y espacios de talleres), en pos de generar diferentes estrategias que nos acercarán a las mismas, para que al momento de implementar los instrumentos de recolección de datos (entrevistas/conversaciones) no seamos ajenas a ellas.

Se optó ética-políticamente por la categoría “entrevistas/conversaciones” (Sánchez Cota y Sebastiani, 2020, p.332) en tanto que se cuestionan y disputan sentidos a las entrevistas extractivistas, ya que más que acercarse a las otras, alejan y encapsulan en el rol de técnicas, obstaculizando los procesos de democratización y emancipación junto a ellas. Y así poder posicionarse desde un lugar donde, en términos de Cazzaniga (2020), seamos “el otro del otro” (p. 50) y no meras técnicas. Pero sí reconociendo el lugar y los vínculos asimétricos que nos definen, pero poniéndolos en tensión de manera permanente. “[...] sostenemos que [...], nuestra des-posesión, es lo que habilita el gesto ético entendido como disposición a otra cosa, [...], una disposición de componer otras historias, otros posibles [...]” (Soria, et. al., 2021, p.4).

Durante la aplicación de las técnicas mencionadas anteriormente, se privilegiaron los intereses y deseos de las mujeres. En este sentido, la información que fue registrada y la interacción con las mismas en los talleres estuvo enmarcada legalmente a través del

⁴ Ver Anexo 1. Plan de Trabajo a nivel institucional y 2. Cronograma.

Consentimiento Informado⁵, que les dio la potestad de decidir sobre su participación a partir de información clara y precisa acerca del propósito, procedimientos, beneficios, riesgos y de sus derechos.

En concordancia con ello, se retoma la categoría de la doble hermenéutica de Giddens (1982) la cual consiste en que los investigadores tienen que comprender el sentido de los actores que realizan las acciones sociales. Esto significa que los investigadores sociales no pueden permanecer indiferentes a las implicaciones de sus teorías e investigaciones; y que los sujetos no son un objeto inerte de conocimiento, sino que son agentes inclinados a incorporar la teoría e investigación a su propia acción.

Como sostiene Guber (2004) el encuentro entre las investigadoras y las sujetas supone un “proceso de interacción, diferenciación y reciprocidad” (p.50), que implica una construcción de conocimiento compartido en donde se ponen en juego diferentes marcos interpretativos, mediante los cuales los sujetos constituyen y comprenden la vida social como significativa, y que para lograr un diálogo entre saberes es necesario considerar al conocimiento como una construcción social, producto de un encuentro e intercambio entre sujetos reflexivos, a fin de construir conocimiento legitimado más allá de los ámbitos académicos. En otras palabras, el conocimiento científico se construye en el encuentro con otros saberes, y no por encima de éstos.

1.3. Las categorías como una forma de mirar, posicionar(se) y abordar la problemática

Este apartado esclarece y da sustento teórico a distintas categorías, como campo, proceso de salud-enfermedad-atención, consumo problemático, sustancias psicoactivas, y tipo de vínculos que establecen los sujetos con las sustancias. Se parte del reconocimiento de que las formas de nombrar y comprender la problemática no son neutrales, sino que remiten a posicionamientos éticos y políticos.

El consumo de sustancias psicoactivas se constituye en una problemática del campo de la salud mental, a partir de que el mismo comienza a considerarse como una problemática social y no como un problema particular de cada sujeto, quitando el consumo problemático de sustancias psicoactivas del campo del delito y la criminalización para colocarlo en ámbito público de los derechos humanos. Siguiendo a Pawlowicz (2015), esto podría reducir los niveles de estigmatización de amplios sectores que se encuentran en situaciones de mayor

⁵ Ver Anexo 3. Consentimiento Informado.

vulneración de derechos, como sucede en la población de mujeres, ya que permite ampliar la discusión y entender la complejidad de la problemática.

Ello se debe a que en el año 2010 se promulga la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, y en el art. N° 4 establece que “las adicciones deben ser abordadas como parte integrante de las políticas de salud mental. Las personas con uso problemático de drogas, legales e ilegales, tienen todos los derechos y garantías que se establecen en la presente Ley en su relación con los servicios de salud”. “Esto significa que los dispositivos de atención dirigidos a quienes se encuentran atravesados por una situación de consumo problemático deben ajustarse a los derechos y garantías que promueve esta normativa” (Pawlowicz et. al., 2015, p.3). El hecho de considerar a la problemática de los consumos de sustancias psicoactivas como un asunto de salud mental y derechos humanos constituye una herramienta rupturista que favorece abordajes interdisciplinarios e intersectoriales, de base comunitaria, que permiten un mayor acceso a las instituciones y una perspectiva integral valorando el contexto particular de cada sujeto (Pawlowicz, 2015).

Para definir a la categoría de **campo**, se recuperan los aportes de Bourdieu (1997, como se citó en Spinelli 2010), conceptualizando al campo de la salud como “la convergencia de actores, recursos, problemas e intereses que conforman una red de relaciones, con autonomía relativa, en el que los diferentes agentes luchan por la consolidación, o por la apropiación y el predominio de uno o más capitales” (p. 276). Los principales capitales que se ponen en juego en dicho campo son el capital económico, social, cultural y simbólico. Los agentes compiten por acumular tales capitales y en función de ellos disputar y producir rupturas en las estructuras del campo. La teoría del campo resulta útil para comprender y explicar las disputas que se gestan por la constitución de la agenda pública y la agenda de gobierno en torno a la problemática.

Al visualizar la salud y salud mental como campos en el que participan activamente diversos agentes, también entran en juego en él distintas maneras de concebir el **proceso de salud-enfermedad-atención**. En este punto, resulta importante destacar que el mismo se comprende desde el Modelo Social (Belmartino, 1988) en tanto se reconoce que en él operan múltiples atravesamientos que no se limitan sólo a lo biológico, sino que también reconoce el proceso de salud-enfermedad-atención como un fenómeno complejo, que involucra a los sujetos, sus identidades, sexualidades, trayectorias, capacidades y limitaciones, estrategias, capitales y clases sociales.

Por su parte, Ferrandini (2010) conceptualiza tres formas de comprender el proceso de salud-enfermedad-atención: a) la salud como ausencia de enfermedad, b) la salud como

completo bienestar y c) la **salud como capacidad de lucha**. En la presente investigación, se adhiere a la tercera acepción, la cual se entiende como la capacidad de lucha, individual y colectiva, por cambiar el estado de las cosas, por ende, implica una tarea que requiere de sujetos activos y protagonistas de los procesos que les involucran.

Al situar la problemática de los consumos problemáticos de sustancias psicoactivas dentro del campo de la salud mental, resulta pertinente aclarar por qué **sustancias psicoactivas** y no drogas/tóxicos/estupefacientes. Siguiendo los aportes de Damin (2014), cuando se habla de sustancias psicoactivas se remite a todas aquellas sustancias que, incorporadas al organismo, producen algún tipo de alteración del estado psíquico y del estado de conciencia. Y, al hablar de drogas/tóxicos/estupefacientes, social y culturalmente se hace alusión a sustancias ilegales como la cocaína, marihuana, éxtasis, paco, entre otras.

A menudo, se tiende a identificar a los consumidores de sustancias como *personas adictas*, denominación que conlleva la existencia de discursos y miradas generalizantes respecto a quienes consumen alguna sustancia y al vínculo que establecen con la misma. Aquí resulta importante reconocer que existen **diferentes tipos de vínculos** que los sujetos establecen con las sustancias sin devenir todos ellos en consumos problemáticos (Damin, 2014).

Según la Junta Nacional de Drogas (2018) es posible distinguir el vínculo que los sujetos establecen con las sustancias: experiencial, ocasional, habitual, dependiente y/o problemático. El **experiencial** implica la experimentación con las sustancias, en donde la curiosidad es la principal motivación y puede repetirse algunas veces. El **ocasional** refiere a cuando los consumos se repiten ocasionalmente, pero sin regularidad constante. El consumo se da únicamente cuando aparecen ciertas condiciones, no está planificado ni organizado, por ejemplo, cuando el consumo de alcohol o cigarrillo se da en situaciones de recreación y ocio. El **habitual** es cuando el consumo se presenta en forma de hábitos, se da con regularidad, frecuencia y repetición el uso de la sustancia. El **dependiente** es cuando la persona estructura su cotidianidad alrededor del consumo. Hay una dependencia, que puede ser física o psicológica, a la sustancia que restringe las posibilidades de opción. Ello no quiere decir que el sujeto se encuentre todo el tiempo bajo los efectos de sustancias, sino que su vida se organiza en torno a ello. Por último, en lo que refiere a lo **problemático** “un uso problemático se da cuando se afecta alguna de las dimensiones vitales de la persona (física, interpersonal, laboral o legal)” (p. 10).

Como plantean Abril et al. (2019), la distinción de estos vínculos en la práctica concreta puede resultar dificultoso, ya que la diferencia depende más de características cualitativas

(como el contexto en el que se sitúa el sujeto) que de aspectos cuantitativos relacionados con la cantidad y frecuencia del consumo de sustancias.

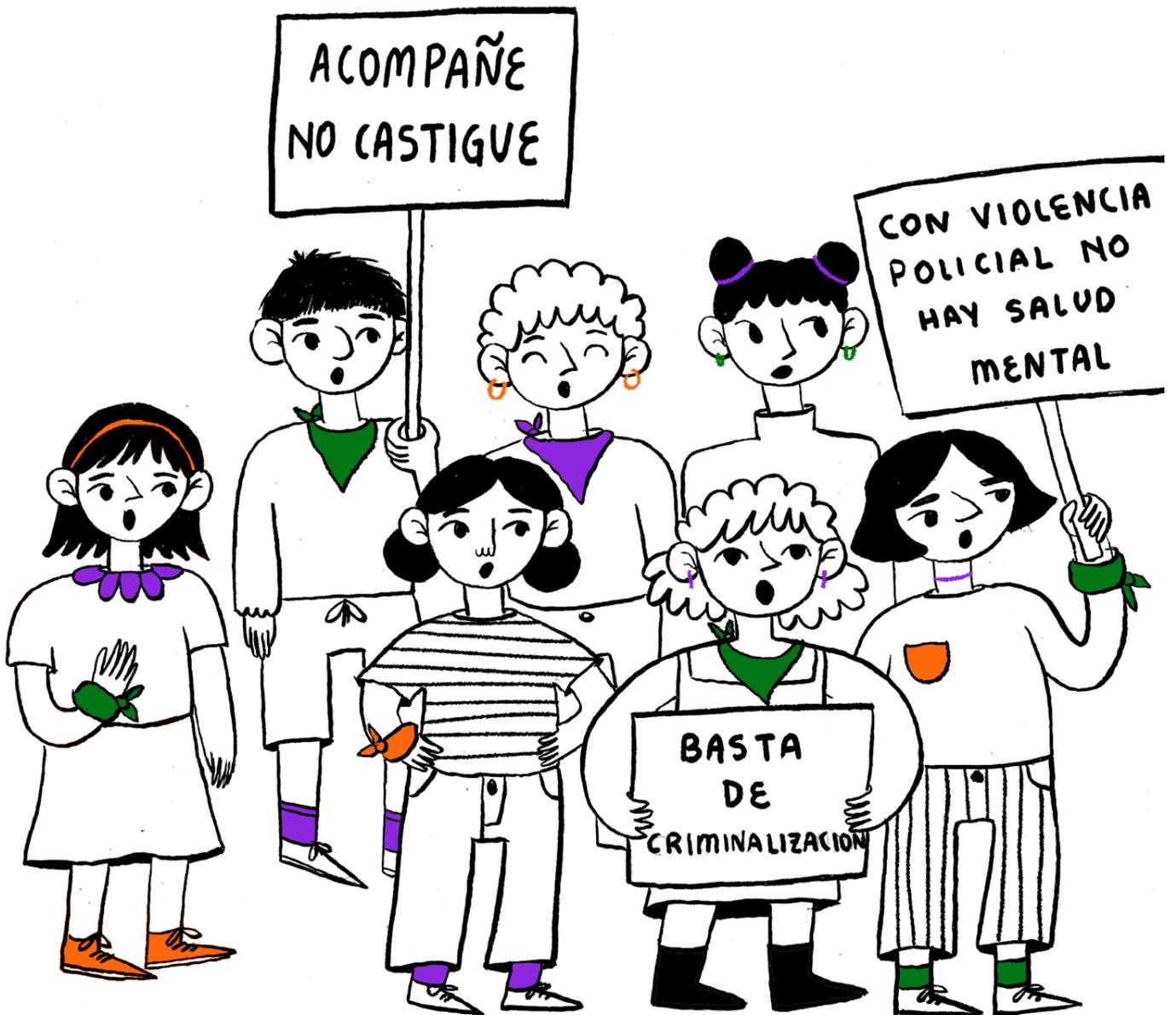
1.4. Reflexionando acerca del campo de conocimiento

Para concluir el primer capítulo es necesario reconocer que el proceso investigativo es parte constitutiva de la identidad y el ejercicio profesional del Trabajo Social, en tanto práctica fundamentada y eminentemente política. Por ello, las decisiones y posicionamientos que efectuamos a lo largo del proceso de investigación no son neutrales, sino que derivan de procesos reflexivos y analíticos que buscan dar cuenta de la complejidad que atraviesan las mujeres tanto en el plano particular como en el plano estructural.

El situar la investigación en el campo de los consumos problemáticos en mujeres implica reconocer la presencia de prácticas y discursos patriarcales que condicionan los modos de comprender y abordar la problemática. Consecuentemente, ello deriva en el diseño e implementación de políticas públicas que tienen como referente al varón y deja de lado a las mujeres como posibles consumidoras de sustancias.

A partir de ello, el interés investigativo se centró en aportar miradas que pongan en tensión tales abordajes y posibiliten pensar y construir intervenciones situadas que den respuesta a las necesidades de las mujeres. Es así que se enfatiza en la importancia de que las disciplinas profundicen en investigaciones que contemplen la variable género como categoría de análisis y que reconozcan la singularidad de las mujeres, especialmente en lo que respecta a los consumos problemáticos de sustancias. Se reconoce a la conjugación de lo teórico y lo metodológico como instrumentos facilitadores de prácticas que hagan efectivo el derecho a la salud.

CAPÍTULO 2:
**Los consumos problemáticos en los
procesos históricos, las prácticas, los discursos
y su materialización en los sujetos**



2. CAPÍTULO 2: Los consumos problemáticos en los procesos históricos, las prácticas, los discursos y su materialización en los sujetos

El capítulo busca identificar en clave socio-histórica los marcos normativos que constituyen el campo de los consumos problemáticos de sustancias. En un primer momento, se sitúa al consumo problemático de sustancias como una manifestación de la cuestión social que interpela a los organismos internacionales, a los Estados nacionales, provinciales y municipales, a la comunidad científica y a la sociedad civil.

En un segundo momento, se realiza una historización sobre los modos de abordar la problemática en Argentina, desde el siglo XX hasta la actualidad, destacando la multiplicidad, diversidad y –por momentos- superposición de normativas, prácticas y concepciones puestas en marcha. Ello se materializa, por una parte, en falta de coordinación de respuestas integrales y, por la otra, en obstáculos para el acceso a la salud, educación y trabajo (Llovera y Scialla, 2017). Se coloca especial énfasis en la pugna de intereses entre el paradigma prohibicionista y el paradigma de reducción de daños y riesgos por su consolidación y hegemonía en la vida social.

Por último, en vinculación con este apartado, en un tercer momento, se identifica a partir de la Ley Nacional de Salud Mental y Ley de Derechos del Paciente, cómo estos abordajes se materializan en las prácticas interventivas y en los cuerpos de los profesionales, específicamente del escenario institucional Asociación Civil Programa del Sol.

2.1. Las sustancias psicoactivas como una mercancía más en el sistema capitalista

A partir de que la problemática de los consumos problemáticos de sustancias psicoactivas fuga del ámbito privado y se inserta en el ámbito público es que comienza a formar parte del interés de las políticas sociales de los Estados. Como expone Fraser (1991), “estas necesidades que entran en la agenda de gobierno, pueden ser definidas como problemáticas sociales ya que el Estado con su accionar las legitima como tales” (p.18).

Antes de avanzar en el tema, urge volver a qué se alude cuando se hace referencia a manifestación de la **cuestión social**. Morris (1967, como se citó en Suriano 2000), la define como la totalidad de las “consecuencias sociales, laborales e ideológicas de la industrialización y urbanización nacientes” (p. 2), consecuencias que trajeron no solo el nacimiento de un nuevo sistema de producción, sino también la aparición de problemas más complejos denominados problemas sociales. Tal concepto ofrece una mirada amplia de la cuestión en tanto que incluye

todos aquellos problemas derivados de las relaciones de desigualdad, exclusión y explotación generados por el sistema capitalista.

En la actualidad, el consumo se ha convertido en uno de los pilares más importantes de la cultura capitalista (Ronzani y Touzé, 2020), en donde consumir diversos productos, bienes y servicios es parte de la cotidianidad de cada sujeto. Desde el nacimiento se inculcan normas y pautas de adaptación a la sociedad de consumo, que se instalan, se naturalizan y son reproducidas a lo largo del tiempo. Éstas conllevan la formación y creación de modos de ser de los sujetos y también influyen en los modos en que perciben y efectúan el consumo de sustancias psicoactivas (Ronzani y Touzé, 2020).

Cabe mencionar que el uso de sustancias psicoactivas no se remite a la actualidad, sino que se enraíza en la historia de la humanidad (Ronzani y Touzé, 2020). Hoy en día el consumo de sustancias es un problema social a nivel mundial que no afecta de manera aislada a ciertos sectores sociales, sino a la sociedad en su conjunto, y que a su vez es producido y reproducido en el sistema capitalista, en donde “adquieren el carácter de una mercancía, en tanto objeto fetichizado que forma parte de las reglas de circulación del mercado legal e ilegal” (Llovera y Scialla, 2017, p. 79).

En decires de Romero (2018) el consumo de las sustancias legales, como el tabaco, alcohol y psicofármacos con prescripción médica, es aceptado y publicitado positivamente en los mercados por las empresas transnacionales. Mientras que el consumo de sustancias ilegales es sancionado a partir de legislaciones y pautas conductuales. Así, las sustancias ilegales generan mayor número de noticias en los medios masivos de comunicación, donde se resaltan aspectos específicos como el tráfico de sustancias psicoactivas, el protagonismo de las fuerzas armadas, la conflictiva relación entre el Estado y las organizaciones ilegales dedicadas al narcotráfico, entre otras.

Es así como detrás de los medios masivos de comunicación se ocultan los grandes poderes económicos y políticos que ofertan a la sociedad un mensaje que responde a sus intereses. Por lo tanto, tal como lo expresa Serena (2010), no se puede comprender la problemática de los consumos de sustancias psicoactivas sin reconocer el papel que juegan los mismos en nuestra sociedad, ya que éstos representan un poderoso medio de acción para legitimar un orden social que responda a los intereses de las grandes empresas transnacionales, capaces de transformar la subjetividad de la humanidad y constituir un sujeto social, una comunidad doméstica global, funcional a los postulados del capitalismo.

En este sentido, parafraseando a Mendes et al. (2010), se produce una polarización del consumo, en tanto las sustancias legales se asocian a la recreación en cualquier horario del día y las ilegales se consideran las causantes de la violencia, robos, muertes, etc. y utilizadas mayormente por varones, ocultando así el consumo en mujeres.

A lo largo de la historia, el consumo de sustancias psicoactivas ha estado moldeado por el discurso patriarcal, “moralizante/religioso, medicalizante, pseudocientífico y criminalizante/jurídico” (Ronzani y Touzé, 2020, p.1). De esta manera, damos cuenta de que tales discursos, por un lado, se materializan en posicionamientos y prácticas basadas en el estigma, la discriminación y la persecución de aquellos que consumen, y, por otro lado, se convierten en obstáculos para el acceso al campo de la salud en general y a los tratamientos ambulatorios en particular, impactando en el espacio de reproducción cotidiana de los sujetos, especialmente de las mujeres.

Como se menciona en el capítulo 1, situar el consumo de sustancias en el grupo poblacional de mujeres, participes del Módulo de Mujeres y Disidencias, de la Asociación Civil Programa del Sol, invita a no perder de vista que vivimos y nos relacionamos con otros en un sistema que se caracteriza por ser –además de capitalista- patriarcal y heteronormativo⁶. Un sistema que oculta y vulnera a las mujeres como consumidoras de sustancias, como sostiene Mendes Diz et al. (2010), “De esta manera, se invisibiliza su participación conflictiva –política- en los diversos campos del espacio social, negándoles su capacidad de agencia reflexiva y contribuyendo a la naturalización de su condición de vulnerabilidad” (p. 5); lo cual se constituye en un limitante para su acceso y permanencia en tratamientos ambulatorios.

⁶ En principio, es necesario destacar al patriarcado y la heteronormatividad como dos estructuras de poder. Se entiende por **patriarcado** a un sistema de organización social que institucionaliza la desigualdad, la subordinación y la vulneración de todos los cuerpos, sin distinción de género, frente a los varones (Hernández Morales, 2020). Es una estructura social en la que diversos factores organizan y estructuran la vida política, social, económica y cultural de los sujetos. Junto a la idea del patriarcado, el concepto de heteronormatividad es indispensable. Se entiende por **heteronormatividad** a la estructura social que afirma la existencia de solo dos identidades sexuales verdaderas: el varón y la mujer. La heteronormatividad en conjunción con el patriarcado promueven “imaginarios que comprenden a la heterosexualidad como un mandato natural y compulsivo, relegando a un espacio de marginalidad a las expresiones sexuales alejadas de dicho precepto” (Morán Faúndes, 2017, p.72). Conjuntamente el capitalismo, el patriarcado y la heteronormatividad han impuesto una única forma de ser y estar en el mundo a través de prácticas que excluyen y vulneran a quienes no encajan con esa forma de ser y estar.

2.2. Argentina: modelos de abordajes del uso y consumo (problemático) de sustancias

2.2.1. Su abordaje en el siglo XX

Como se menciona anteriormente, los consumos de sustancias psicoactivas se han constituido como un problema social complejo, dinámico, multifactorial y multiactoral, en donde se hacen visibles distintos intereses y poderes.

Según Canabal (2014), a nivel internacional, las políticas implementadas para regular el consumo de sustancias psicoactivas han sido bajo los mandatos de Estados Unidos y el paradigma prohibicionista, políticas públicas caracterizadas por la prohibición, la criminalización y la represión por parte de las fuerzas de seguridad (tanto policiales como militares). La primera normativa del siglo XX a la que se adscribe Argentina es la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes de Naciones Unidas. Los puntos claves que perseguía este tratado eran la regulación estricta en el cultivo, venta y distribución de determinadas sustancias psicoactivas como adormidera (opio), arbusto de coca, la planta de cannabis, entre otros.

En 1968 se realiza la reforma del Código Civil a través de la Ley N° 17.818. La nueva Ley regulaba el mercado legal de sustancias psicoactivas para su uso médico y científico, penando la venta, producción y suministro de las sustancias incluidas en la lista de la convención y la penalización de su tenencia. Dicha reforma ha posibilitado la internación y limitación de la capacidad legal de aquellos sujetos que hacen uso de algún tipo de sustancia y/o presentan un consumo problemático. En este momento, el consumo de sustancias es entendido y abordado como un problema individual, en donde se asocia “la toxicomanía a la enfermedad o al vicio de la persona que lo padece” (Canabal, 2014, p. 17), y se desconoce la voz de los sujetos.

En 1973, el presidente norteamericano Richard Nixon denomina a las drogas como el enemigo público y decreta el inicio de la *guerra contra las drogas*. Como consecuencia de ello se crea la DEA⁷, organismo a cargo de controlar el tráfico de sustancias psicoactivas prohibidas, forjándose así un nuevo mandato mundial, la criminalización del consumo y de aquellos que consumen. A consecuencia de ello, en Argentina en 1974 entra en vigencia la primera Ley Penal especial sobre estupefacientes, Ley N° 20.771, en donde se establecen penas (multa, reclusión y/o prisión) a quienes intervengan, siembren, produzcan, comercien y/o suministren a otras sustancias psicoactivas.

⁷ DEA: siglas traducidas del inglés al español como: la Administración para el Control de Drogas.

En ese momento, comienzan a circular discursos como “todo drogadicto es potencialmente un traficante de estupefacientes” y “el tráfico ilegal de estupefacientes debe ser perseguido y reprimido hasta la aniquilación” (Corda, A., 2010, p. 4). Discursos que instalaron representaciones vinculadas al temor, desconfianza, discriminación y persecución a quienes consumen, en tanto que se sostenía que el consumo conlleva “la destrucción de la familia, institución básica de nuestra civilización” (Corda, A., 2010, p. 5) y, por ende, se atenta contra la moral y las buenas costumbres.

En 1981 la Corte Suprema de la Nación dictó el Fallo Bazterrica en el que declara la inconstitucionalidad del art. 6 de la Ley N° 20.771, el cual sostiene que “será reprimido con prisión de uno (1) a seis (6) años y multa de cien (\$) 100) a cinco mil pesos (\$) 5.000) el que tuviere en su poder estupefacientes, aunque estuvieran destinados a uso personal”. Se consideraba que la incriminación por tenencia de estupefacientes para consumo personal, forma parte de las conductas privadas e individuales de las personas, protegidas por la Constitución Nacional.

Estas modificaciones con incipiente democracia se ven reflejadas en el proyecto de reforma de la Ley N° 20.771. Una de las razones fundamentales por las que el proyecto de ley cesa se debe a la demora en el tratamiento legislativo y que cae en manos del nuevo presidente Carlos Menem, quien adhiere a los mandatos de corte prohibicionista⁸ y en 1989 sanciona la Ley N° 23.737, que en lo que respecta al tráfico de sustancias psicoactivas aumentó la pena de condena, de un mes a dos años de prisión. Si bien la Ley N° 23.737 se mantuvo, fue la reforma de 1995 (Ley N° 24.424) la que produjo el aumento de encarcelamiento por tenencia de pequeñas cantidades para consumo personal (Corda, 2010). Junto con la sanción de la nueva ley, se conforma la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y Lucha contra el Narcotráfico (SEDRONAR), creada por recomendación de Estados Unidos, que tiene objetivos en torno a la prevención, el tratamiento médico a personas que son consideradas adictas y la lucha contra el narcotráfico.

Esta década se caracteriza por la retirada del Estado en la atención del consumo problemático de sustancias, los espacios de atención fueron tercerizados y/o privatizados y se instala la concepción en donde la persona desde el campo de salud era vista como enferma y desde el campo jurídico como criminal (Canabal, 2014).

⁸ Como sostienen Menéndez (2012) y Llovera y Scialla (2017), el **paradigma prohibicionista** se caracteriza por la implementación de tratamientos médicos que tienen como finalidad dejar de consumir, la abstinencia y la desintoxicación de aquellos que consumen alguna sustancia psicoactiva. Tal paradigma promueve prácticas que abordan a los consumos desde la criminalización, persecución y represión de los sujetos.

A finales de los años '90, se produce la gestación del paradigma de reducción de daños y riesgos (Menéndez, 2012) que se contraponen al paradigma prohibicionista y sus modos de abordar el consumo problemático. Según Menéndez (2012), con el surgimiento de dicho paradigma se han implementado una multiplicidad de políticas que tienen como características principales:

a) la participación de los sujetos en la gestión de sus propios problemas, reconociéndoles como sujetos activos, constructores de su estar en el mundo, con capacidad de decidir, tanto en relación al uso como a la atención, y no como meros depositarios de los mandatos y requerimientos médicos. Sin negar la importancia que tienen la atención y prevención biomédicas y psicológicas, el paradigma cuestiona la medicalización y psiquiatrización del consumo y sus consecuencias que tienden a excluir el “punto de vista del actor” (Menéndez, 2012, p. 15).

b) trabajar desde la complejidad, el uso y el consumo de sustancias implica que no se puede dissociar la sustancia consumida del sujeto que consume ni del contexto donde se da el acto de consumo (Romani, 2008).

c) reconocer el consumo de sustancias como un derecho de los sujetos, un comportamiento normal y no patológico, pero como sostiene Menéndez (2012), este reconocimiento debe ser articulado con los daños y riesgos que los sujetos pueden generar no solo en sus cuerpos sino también en los cuerpos de los otros.

d) implementar estrategias que prioricen, actúen y disminuyan los efectos negativos del uso de sustancias de mayor peligro inmediato para los sujetos (corto plazo). “El énfasis no se pone en el efecto de las sustancias sino en el riesgo (como probabilidad que ocurra un daño asociado a una conducta) asumido por el sujeto cuando las usa” (Junta Nacional de Drogas, s/f, p. 9).

e) poner en cuestión las prácticas y políticas que criminalizan y estigmatizan el uso de sustancias, reconociendo que ello actúa como una barrera en el acceso al campo de salud, a los recursos preventivos y a la atención de los diferentes problemas de salud de los sujetos. Ello incluye actuar sobre la autoestigmatización por parte de los sujetos.

Así, este paradigma busca otorgar herramientas y recursos para defender pautas de consumo responsable, promoviendo prácticas de autocuidado y cuidado de los otros, permitiendo a cada uno dependiendo de su situación, sus condiciones y sus decisiones, adoptar prácticas mediadas por vínculos más saludables.

Con este enfoque comienzan a surgir distintas organizaciones sociales que serán las pioneras en el cuestionamiento y la modificación de las prácticas que el paradigma prohibicionista promueve.

En esta primera aproximación, se pueden visualizar las diversas concepciones y modos de abordar el consumo problemático de sustancias. Es posible caracterizar a este siglo como un momento histórico en el que el uso y consumo de sustancias legales e ilegales es penalizado y perseguido, y quienes consumen son consideradas *personas enfermas, adictas y causantes del mal de la sociedad*. La hegemonía del paradigma prohibicionista se materializa en prácticas violatorias de los derechos humanos.

2.2.2. Su abordaje en el siglo XXI

Pasaron varios años del siglo XXI para que la problemática entrará en debate nuevamente. Si bien la primera encuesta nacional sobre el consumo de sustancias psicoactivas se realizó en 1999, recién en el 2005 se creó el Observatorio Argentino de Drogas, dentro del organismo SEDRONAR, y se comenzaron a realizar diversas encuestas e investigaciones científicas (Corda, 2010). De las encuestas del año 2006 se obtiene como resultado que se ha incrementado no solo el consumo de sustancias ilegales, sino también de sustancias legales como el alcohol, tabaco y medicamentos (estimulantes y tranquilizantes) utilizados sin prescripción médica.

Las nuevas investigaciones ponen en cuestión y evidencian la ineficacia de las respuestas represivas implementadas en décadas anteriores. Es a partir del 2008 que aparecen los profesionales dedicados a la producción de conocimientos como actores fundamentales en el campo, particularmente a partir de su incorporación al Comité Científico Asesor en la órbita del Poder Ejecutivo (Corda, 2010).

A su vez, desde sectores del gobierno nacional se comienza a pensar en reformular la *política nacional de drogas*. A partir de este proceso, en el año 2007, durante el primer mandato de Cristina Fernández de Kirchner, es creado el Comité Científico Asesor en Control del Tráfico Ilícito de Estupefacientes. Este comité desarrolló un conjunto de informes y propuestas para redefinir las políticas públicas, priorizando el respeto de los derechos humanos (Canabal, 2014).

Parfraseando a Llovera y Scialla (2017), por un lado, se afirmaba que las políticas en la materia debían sostenerse en dos pilares fundamentales: la persecución del crimen vinculado al tráfico de sustancias psicoactivas y el derecho a la salud a partir de la descriminalización de

les consumidores. Y, por otro lado, se consideraba que la mirada individualista y patologizante de los sujetos no solucionaba la problemática de fondo, sino que profundizaban la situación de marginalidad y exclusión ya existente, dificultando el futuro acceso al trabajo, educación y salud. Consecuentemente, comienzan a establecerse “una diferenciación entre quienes consumen sustancias psicoactivas [...] y quienes se dedican a venderla, debiendo ser penalizados sólo estos últimos” (Llovera y Scialla, 2017, p.85).

En el año 2009, la Corte Suprema de Justicia de la Nación en el Fallo Arriola sentenció la inconstitucionalidad de la Ley N° 23.737, especialmente el segundo párrafo del art. 14 tenencia para consumo personal, por ser violatorio del art. 19 de la Constitución Nacional, en la medida en que invade la esfera de la libertad personal excluida de la autoridad de los órganos estatales.

Otro fallo de la Corte de gran importancia es en relación a los métodos de internación. Se comienzan a considerar a las internaciones como un recurso de carácter extremo (Llovera y Scialla, 2017), y no como una medida curativa y de control social, solo realizable en situaciones en las cuales peligre la integridad de sí mismo o de terceros.

El nuevo posicionamiento de la Corte generó un amplio debate político, social y cultural y se produjeron diferentes manifestaciones de la sociedad civil, cobrando mayor visibilidad las marchas por *el cambio de la ley de drogas* (Canabal, 2014). Consecuentemente, se presentaron nuevos proyectos de ley que coincidían en diversos puntos como: la despenalización de la tenencia para consumo, el fracaso del paradigma de la *guerra contra las drogas*, la necesidad de adecuar los tratamientos socio-sanitarios en relación a la Ley de Salud Mental (Canabal, 2014). Además, se efectuaron discusiones en torno a otros puntos como: la despenalización de la tenencia simple, la eliminación de figuras como la de agente encubierto, el rol de juezas y jueces en los tratamientos de casos, la eliminación o modificación del art. 5 que no se penalice el cultivo mientras no existan fines de comercialización y la baja en la penalización de las llamadas *mulas*⁹.

En el año 2010, se sanciona la Ley Nacional de Salud Mental, N° 26.657, que cobra vigencia a partir de su reglamentación en el año 2013. Esta normativa fue resultado de un largo proceso de lucha y discusión entre organismos de derechos humanos, asociaciones de profesionales, organizaciones sociales y comunitarias, sujetos consumidores y sus familias. Lo novedoso de la ley es la incorporación de los consumos problemáticos de sustancias como

⁹ Se denomina **mulas** a aquellas personas que son *contratadas* en el mercado informal del trabajo para trasladar (sea en un bolso, valija o dentro de sus propios cuerpos) sustancias psicoactivas de un territorio a otro (sean estos territorios dentro o fuera del país de residencia) (Tarantino, M. 2015).

asunto de salud mental y derechos humanos, y no como un asunto de seguridad y control social, lo cual implicó “el pasaje de una concepción de los sujetos usuarios de los servicios de salud mental de objeto de asistencia a sujetos de derechos” (Llovera y Scialla, 2017, p. 88).

En líneas generales, la Ley parte de una concepción integral del proceso salud-enfermedad-atención, en cual operan aspectos históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos. Por un lado, promueve un modo de intervención interdisciplinario e intersectorial basado en la prevención y promoción de la salud a partir de la inclusión social. Por otro lado, promueve la implementación de servicios de carácter ambulatorio que efectivice una atención singular y situada que proteja la intimidad, voluntad y autonomía de la persona.

A nivel provincial, en el año 2012, se sanciona la Ley Provincial N° 10.067 mediante la cual Córdoba adhiere a las disposiciones de la Ley N° 23.737, en los términos, condiciones y alcances previstos por la Ley N° 26.052. Mediante tal ley, conjuntamente con la creación de la Fuerza Policial Antinarco tráfico a partir de la Ley Provincial N° 10.200, la justicia provincial asume la competencia -que antes era exclusiva de la justicia federal- en la persecución de los hechos vinculados al narcotráfico y al consumo de sustancias de menor escala dentro de la provincia.

A partir de la lectura de la Ley Provincial, y debates en el escenario institucional, se ponen en marcha prácticas que vislumbran que dicha ley persigue una mirada criminalizante, en tanto que adhiere al modelo prohibicionista, y se torna violatoria de los derechos individuales alcanzados por el art. 19 de la Constitución Nacional (CC1). A su vez, se contraponen al Fallo Bazterrica y Fallo Arriola anteriormente mencionados a partir de los cuales la Corte Suprema de Justicia de la Nación declara la inconstitucionalidad de la persecución del delito de tenencia de estupefacientes para consumo personal.

En el año 2013 se presenta el Plan Nacional de Salud Mental, elaborado por la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, en donde se explicita la necesidad de superar acciones basadas en la criminalización y patologización de los sujetos, y se proponen prácticas inscriptas en el paradigma de reducción de daños (Llovera y Scialla, 2017). Debido a ello, se sanciona en 2014 la Ley N° 26.934, Plan Integral para el Abordaje de los Consumos Problemáticos (IACOP), que tiene como objetivos en el art. 3: a) prevenir los consumos problemáticos desde un abordaje intersectorial mediante la actuación directa del Estado, b) asegurar la asistencia sanitaria integral gratuita a los sujetos afectados por algún consumo problemático, y c) integrar y amparar socialmente a los sujetos de algún consumo problemático.

Las autoras Llovera y Scialla (2017) sostienen que en lo que respecta a la prevención, se propone la creación de Centros Comunitarios de Prevención de Consumos Problemáticos en

todo el territorio nacional, tales centros adquieren el nombre de Centros Preventivos Locales de Adicciones (CEPLA) y Casas Educativas Terapéuticas (CET); y en materia de asistencia, se establece que la misma debe ser brindada respetando la autonomía y singularidad de cada sujeto, se prioricen los tratamientos ambulatorios, incorporando a la familia y al medio donde se desarrolla la persona, y se incorpore una mirada transdisciplinaria e interjurisdiccional.

De esta manera, como se logra visualizar, en el país venían gestándose y consolidándose nuevas maneras de comprender y abordar el consumo de sustancias psicoactivas. Sin embargo, estos avances se vieron obstaculizados cuando en varios países latinoamericanos, como es el caso de Argentina, atravesaron un “*proceso de derechización*” (Ronzani y Touzé, 2020, p. 2) con la finalidad de reconquistar un orden político conservador e implementar medidas de corte prohibicionista.

A causa de ello, en el año 2016, entra en vigencia hasta el 2018 el Decreto Nacional N° 1.249 de Emergencia Nacional en Materia de Adicciones, el cual instala nuevamente el lema de la *guerra contra las drogas*. Las fuerzas policiales y militares, en complicidad con los medios masivos de comunicación, comienzan a poner en marcha discursos que conciben a las sustancias como un *flagelo* ante el cual era necesario librar una guerra y, por ende, prácticas represivas contra aquellos que consumen. A la par de estas medidas, el recorte presupuestario y los despidos en el sector público se extendieron a los Centros Preventivos Locales de Adicción y a las Casas Educativas Terapéuticas, afirman Llovera y Scialla (2017, p. 94).

En contraposición a estas intervenciones, Ronzani y Touzé (2020) sostienen que los organismos internacionales que durante décadas privilegiaron intervenciones represivas, enfatizaron en la necesidad de una nueva forma de abordar el consumo de sustancias. Este cambio se hace visible en dos acontecimientos que fortalecen una perspectiva integral. En noviembre de 2018, la Junta de los Jefes Ejecutivos del sistema de las Naciones Unidas para la Coordinación acordó un posicionamiento común frente al abordaje del consumo de sustancias, dejando de lado intervenciones coercitivas que profundizan la marginación, la exclusión, la persecución y las encarcelaciones masivas (Llovera y Scialla, 2017).

En marzo de 2019 se presentaron las Directrices Internacionales sobre Derechos Humanos y Política de Drogas, que proporcionan un conjunto integral de pautas legales internacionales para colocar la dignidad humana, los derechos humanos y el desarrollo sostenible en el centro de las respuestas de los Estados miembros a las economías de sustancias ilegales (Llovera y Scialla, 2017).

Con el advenimiento de la pandemia de Covid-19, siguiendo a la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) (2020), es posible advertir que los

hábitos de consumos y la disponibilidad de las sustancias han cambiado a nivel mundial y nacional, no solo por las medidas de Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio (ASPO) y medidas de Distanciamiento Social, Preventivo y Obligatorio (DISPO), sino también al aumento de la pobreza, el desempleo y las violencias a nivel social, barrial y familiar.

A su vez, el acceso y la permanencia a tratamientos ambulatorios se vio obstaculizada, por un lado, porque el sistema de salud no pudo dar respuestas a demandas vinculadas a la problemática, ya que los recursos, disposiciones y reglamentaciones estuvieron concentradas a la salud física, quedando relegada la salud mental en general. Por otro lado, porque los centros de atención específicos se vieron obligados a cerrar sus puertas, debido a que los profesionales que las habitan no eran considerados personal esencial. (E4).

En esta segunda aproximación, se pueden visualizar contradictorias concepciones y modos de abordar el consumo problemático de sustancias, tanto en los contenidos de las normativas como también de las políticas públicas que otorgan legitimidad a ciertos discursos y prácticas que se llevan a cabo dentro de los dos paradigmas vigentes. El prohibicionismo sostenido en lo policial, judicial y sanitario, y la reducción de daños y riesgos sostenida en un enfoque de derechos y un modelo socio-comunitario de atención (Menendez, 2012).

Este recorrido nos posibilita dar cuenta que la falta de coordinación de estrategias deviene en un rasgo que caracteriza a este siglo y que, a su vez, tiene un impacto concreto y directo en las subjetividades de los sujetos consumidores de sustancias.

2.3. De la ley al hecho ¿qué pasa con los Derechos de quienes consumen?

Cómo es posible advertir a lo largo del recorrido histórico, social, político y cultural, el campo de los consumos problemáticos de sustancias psicoactivas está impregnado por marcos normativos. Tales marcos sirven como paraguas para poder interpretar y argumentar las prácticas que ponen en juego los distintos sujetos -en especial a aquellos que pertenecen o tienen vinculación con el Módulo de Mujeres y Disidencias-, en escenario institucional Asociación Civil Programa del Sol-.

La relación entre las normativas y las prácticas es compleja, no solo a nivel estructural en tanto construcciones socio-históricas impregnadas por normas morales y en íntima relación con el orden social hegemónico, sino también porque, parafraseando a Castronovo (2008), cada escenario institucional y sus jerarquías, imponen posiciones y condicionan los modos de pensar y abordar la problemática. Es importante reconocer que cada trayectoria profesional y personal también entra en juego en el rol profesional. Es decir, las distintas trayectorias y experiencias

le otorgan sentido y direccionalidad a los modos en que los profesionales llevan a cabo las intervenciones.

A lo largo de la inserción en el escenario institucional, se visualizó que las intervenciones de los profesionales no solo se rigen por los marcos normativos, sino que también se ponen en juego posicionamientos teóricos, metodológicos, éticos y políticos. Como expone Molina (2019) “las normas son recibidas y reinterpretadas dentro de un orden institucional que las precede y se articula con diversas tradiciones pedagógicas y políticas, en relativa sintonía con particularidades locales que pueden resistir y procesan la norma de maneras singulares” (p.85). En ese sentido, hoy las normas podrían ser letra muerta si no fuera porque los sujetos, familias, profesionales e instituciones de salud se apropiaron de ella y les dieron contenidos específicos.

Así mismo, ante estas falencias entre las normas y lo que sucede en las intervenciones concretas de los profesionales de la institución, destacamos el creciente fortalecimiento de los procesos organizativos y comunitarios, la articulación con organizaciones de derechos humanos, con organizaciones sociales y políticas, con organizaciones estatales, entre otros.

En el caso de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.675 y la Ley de Derechos del Paciente N° 26.529, así como su elaboración da cuenta de tensiones y disputas en la arena política, su implementación se sitúa en disputas similares. Esto se refleja por parte de SEDRONAR en la **obligatoriedad del cumplimiento de cantidades de horas y días** que consiste en la realización de un tratamiento en forma coercitiva, sin tener en cuenta las condiciones en las que se encuentran los sujetos. Sin embargo, tal requerimiento no se efectúa en la práctica cotidiana de la Asociación Civil Programa del Sol, puesto que se contradice con lo planteado en la Ley N° 26.529 de Derechos del Paciente, en el art. 2 inciso e, en donde se plantea que los sujetos tienen derecho a aceptar o rechazar determinadas terapias o procedimientos médicos, con o sin expresión de causa, como así también a revocar posteriormente su manifestación de la voluntad. “SEDRONAR exige 5 días de asistencia y dos días de talleres y no cubre los talleres... sin ir más lejos...” (E1).

pero no siempre tienen cómo llegar, entonces hay un montón de barreras que no tiene que ver solamente con si quiere o no quiere. Vive [lejos] y viene a hacer tratamiento acá, y se viene caminando y con tres críos, es posible realmente sostener un tratamiento así... (E3).

A partir del fallo dictado por la Corte Suprema de Justicia y la Ley N° 26.657 en lo que respecta a los **métodos de internación**, los profesionales adhieren a la consideración de que las internaciones constituyen un recurso de carácter extremo, y no como una medida curativa y de control social, sólo realizable en situaciones en las cuales peligre la integridad de sí mismo o de terceros. En los comienzos de la institución, el Programa poseía un dispositivo de internación que era de lunes a viernes, pero en la actualidad a partir del cambio de paradigma la institución decide que los tratamientos sean ambulatorios trabajando con las sujetas y su entorno, por considerarse el consumo como una problemática social compleja (E5). En el caso de requerirse de una internación, el campo de salud mental no cuenta con disponibilidad debido a la falta de presupuesto, que consecuentemente deriva en la ausencia y/o escasos recursos mobiliarios y humanos, lo cual se constituye en una violación al derecho que tienen las sujetas de acceder a una internación como parte del tratamiento.

En lo que respecta a la **abstinencia y desintoxicación**, desde la institución se concibe que el hecho de volver a consumir es parte constitutiva del tratamiento.

Nosotros pensamos que la recaída o que la vuelta al consumo eran parte del proceso de tratamiento y de alguna manera había que incorporarlo porque sino no nos posibilitaba el trabajo terapéutico sobre esa vuelta al consumo o sobre esa recaída. (E5).

Por ello, se trabaja con las sujetas de manera preventiva y en la reducción del consumo de manera progresiva y cuidada. “lo primero que hacemos es ver cómo podemos reducir este consumo de todos los días. No nos vamos a qué no consumas nada, yo no te voy a decir “no vengas sin consumir” pero sí, “¿qué pudiste reducir?” (E6).

La Ley N° 26.657 parte de una **concepción integral del proceso salud-enfermedad-atención**, en el cual reconoce el trabajo no solo en los aspectos biológicos y psicológicos, sino también en los históricos, sociales, económicos, culturales y comunitarios en los cuales les sujetes se encuentran insertes. A partir de ello, se implementaron estrategias situadas y singulares que den respuestas a las necesidades de cada sujeto, a través de un trabajo individualizado y grupal, “lo que sí hicimos fuertemente fue [...] poder empezar a pensar y diseñar tratamientos específicos para cada persona; no que entraban a un sistema de tratamiento y tenían que cumplir todos los mismos pasos” (E5) y “también incorporando la demanda y las necesidades del usuario” (E5).

En este punto, es necesario reconocer que el discurso del **Modelo Médico Hegemónico**¹⁰ (MMH) es productor central de la normalización y medicalización de los cuerpos (Menéndez, 1988). Es importante ver cómo la medicina ha objetivado a los sujetos y sus cuerpos en su intento de establecer su objeto de estudio, clasificándolo entre sano y enfermo, entre normal y anormal. Este modelo enfatiza en la necesidad de suministrar psicofármacos para controlar el consumo. Sin embargo, el art. 12 de la Ley 26.657 sostiene que la prescripción de medicación sólo debe responder a las necesidades fundamentales de la persona con padecimiento subjetivo y se administrará exclusivamente con fines terapéuticos y nunca como castigo. Los profesionales del Programa reconocen, en determinadas situaciones, que la medicalización contribuye a la permanencia en el tratamiento, ya que les permite tener una estabilidad que sin la misma no sería posible.

Por último, resulta importante destacar que el **presupuesto** que destina el Ministerio de Salud, “es mayoritariamente destinado a las enfermedades físicas y biológicas, y minoritariamente a los padecimientos psíquicos y mentales” (CC1). Ello funciona no sólo como un obstáculo en el acceso a los tratamientos ambulatorios, sino también en las condiciones laborales de los profesionales.

En base a nuestro trabajo de campo se reconoce que gran parte de los profesionales afrontan condiciones turbulentas de trabajo que conlleva a la precariedad laboral y a la vulneración de sus derechos. Esta falta de presupuesto se materializa en bajos salarios, en la imposibilidad de sostener los espacios requeridos para llevar adelante los tratamientos y en la baja oferta de profesionales que quieren asumir tales puestos de trabajo con estas condiciones. Por tanto, sostenemos que las normativas por sí solas no significan nada si no hay un Estado presente que destine recursos que las efectivicen y que proporcionen garantías de trabajos formales y dignos para los profesionales, ya que sin ellos no puede brindarse una atención digna.

2.4. Caminos transitados y caminos por transitar

Como se advierte a lo largo del capítulo, parafraseando a Ronzani y Touzé (2020) y Romo (2005), para hablar de los consumos de sustancias no hay que perder de vista que vivimos en un sistema que considera a las mismas como una mercancía y, que a su vez es un

¹⁰ El **MMH** parte de una concepción de la salud y de la medicina que es individual, biológica, tecnocrática y medicalizante. Parte de la necesidad de atacar la enfermedad en un órgano u aparato, olvidando al sujeto como ser integral (Belmartino, 1988).

sistema en donde el consumo efectuado por el grupo poblacional de mujeres está oculto e invisibilizado.

A partir del siglo XX el consumo problemático de sustancias psicoactivas se constituye en un problema social que el Estado legitima (Fraser, 1991). En este siglo, a nivel internacional y nacional, las políticas implementadas han sido bajo los mandatos de Estados Unidos y el paradigma prohibicionista –la denominada *guerra contra las drogas* (Canabal, 2014)-; políticas públicas caracterizadas por la prohibición, la criminalización y la represión. A causa de ello, se sanciona la Ley N° 23.737, que establece en lo que respecta al tráfico de sustancias psicoactivas el aumento en la pena de condena, de un mes a dos años de prisión.

A la par de estos mandatos de corte prohibicionista, a finales de los años '90, se produce la gestación del paradigma de reducción de daños y riesgos. El incipiente paradigma busca construir nuevas formas de abordar la problemática (Menendez, 2012), en donde no solo se enfatice en la necesidad de educar, controlar y perseguir a quienes consumen, sino también en el diseño e implementación de políticas, programas y prácticas que busquen reducir los daños y riesgos que genera el uso y consumo de sustancias, sin el requerimiento necesario de dejar el consumo.

A partir de este nuevo paradigma reconocemos que se genera un amplio debate a nivel político, social y cultural, y se producen diferentes manifestaciones de la sociedad civil, cobrando así mayor visibilidad las marchas –en un pasado no lejano- *por el cambio de la ley de droga, una ley de salud mental y hoy la reforma integral del sistema de salud mental*.

La sanción de la Ley N° 26.657 significó la incorporación de los consumos problemáticos de sustancias psicoactivas como asunto de salud mental y derechos humanos (Llovera y Scialla, 2017), lo cual implicó una nueva concepción de los sujetos como sujetos de derechos. A su vez, la Ley enfatiza trabajar de manera integral no solo en las vulnerabilidades físicas y/o psíquicas, sino también en las vulnerabilidades estructurales sociales, económicas y culturales de los daños y riesgos, reconociendo como éstas impactan en los espacios de reproducción cotidiana de los sujetos –las mujeres en particular-.

Como en su momento sostenía Pawlowicz (2015), “nos enfrentamos con una brecha entre: por un lado, una Ley, como la de Salud Mental, que promulga y declara transformaciones auspiciosas, que reconoce derechos y promueve respuestas innovadoras (...)” (p. 27); y por otro lado, la Ley Nacional de Tenencia y Tráfico de Estupefacientes que genera prácticas estigmatizantes y arbitrarias en contra de los sujetos. Sin embargo, hoy nos encontramos ante la lucha que convoca a *la reforma integral del sistema de salud mental*, una reforma que

reconoce la necesidad de poner en marcha mecanismos y estrategias que atiendan las diversas necesidades actuales de los ciudadanos, enfatizando en los cuidados y restitución de derechos.

El camino hasta acá no ha sido fácil y los desafíos presentes y futuros tampoco lo son. Aún nos quedan caminos por transitar... ¡Por un abordaje en salud mental que atraviese los muros del manicomio y que permita el desarrollo de vidas dignas e integradas en todos los territorios y en todas las comunidades!

CAPÍTULO 3:
Herramientas analíticas que complejizan
el abordaje dentro del campo de los consumos



3. CAPÍTULO 3: Herramientas analíticas que complejizan el abordaje dentro del campo de los consumos

Este capítulo tiene como propósito dar respuesta al objetivo específico de la investigación de *identificar las representaciones sociales y culturales que influyen en las prácticas de las mujeres que asisten al Módulo de Mujeres y Disidencias*.

En primer lugar, se retoman las distintas formas de denominar a las mujeres en el campo de los consumos problemáticos, y se enfatiza en las categorías de sujetas y sujetas de derechos como aquellas que reconocen a las mujeres como protagonistas, y que advierten el posicionamiento teórico, ético y político de la investigación.

En vinculación con este subapartado, se otorgó centralidad a las particularidades de las mujeres que asisten al Módulo de Mujeres y Disidencias, realizando una reconstrucción de las características en común a partir de la recopilación de datos que han sido el resultado de la inserción y participación en el escenario institucional.

En tercer lugar, se abordó como herramienta de análisis el género que pone en evidencia las relaciones de poder y desigualdad que se dan entre los géneros, a partir de los roles y estereotipos culturalmente asignados a mujeres y varones. A su vez, se retoma el enfoque de la interseccionalidad y sus particularidades para reconocer que otras diferencias, además del género, son cruciales para identificar los diversos contextos de desigualdad que influyen en las prácticas y experiencias de las mujeres.

Por último, se desarrolló la categoría de estigma y de representaciones sociales y culturales, como herramientas que permitieron visibilizar, por un lado, cómo el sesgo patriarcal y sexista atraviesa tanto a las mujeres en su vida cotidiana y en su relación con las sustancias; y, por otro lado, cómo las construcciones simbólicas condicionan los modos de comprender y actuar en la realidad social.

3.1. Las mujeres como sujetas de derechos en el campo de los consumos problemáticos

Antes de adentrarnos en la reconstrucción detallada de las mujeres que asisten al Módulo de Mujeres y Disidencias del Programa del Sol, es preciso recuperar previamente algunas categorías teórico-analíticas que permiten esclarecer el posicionamiento de la investigación.

En primer lugar, resulta necesario resaltar desde dónde se entiende a la categoría de **sujeta**, en tanto concepto polisémico que expresa y contiene múltiples maneras de explicarlo; y destacar que ninguna conceptualización que se haga de las sujetas es ingenua, sino que la

manera en que se las concibe implica un posicionamiento teórico, ético y político, que encubre intereses y sentidos que tienden a reproducir o cuestionar el orden de las cosas.

Acevedo (2006) afirma que:

la noción de sujetos se configura en uno de los aspectos constitutivos de la disciplina del trabajo social [...], en el propio acto de nombrar se conjuga toda una concepción: se produce un reconocimiento al hacer presente a los sujetos, pero a la vez esa forma de nombrar define el lugar del otro, ofreciendo las condiciones en las que se establecerá la propia intervención profesional (p.14)

Bourdieu y Wacquant (2005) conceptualizan al sujeto como un agente social protagonista y creador de su realidad, portador de distintos y variados capitales, recursos, capacidades y saberes que forma parte de un espacio social determinado. En estos términos, entendemos que cada sujeta de nuestra investigación está atravesada por un contexto económico, político, cultural y social que van configurando su *habitus*¹¹, es decir, su sentido práctico a partir del cual actúa y decide de acuerdo a su posición y a los recursos que tiene disponibles.

A partir de ello, resulta necesario resaltar que en el desarrollo de la investigación se posiciona a las mujeres desde la categoría **sujetas**, en femenino y plural, como categoría que representa en sí misma la diversidad y heterogeneidad de mujeres protagonistas de la investigación, con diferentes características, recursos, capacidades, experiencias e intereses.

A lo largo de la inserción en el campo de los consumos problemáticos, se hacen presentes diferentes formas de denominar a las mujeres que consumen. En las normativas vigentes se las denomina de diversas y contradictorias maneras, entre ellas se encuentran: *personas con padecimiento mental, adictas a las drogas/estupefacientes, delincuentes, pacientes, destinatarias o usuarias de algún servicio*. En la Asociación Civil Programa del Sol y las profesionales que la habitan conciben a las mujeres desde la denominación de *usuarias*.

Sin embargo, consideramos que estas concepciones colocan a las mujeres “en una minoría de edad tendiendo a la des-responsabilización del sujeto” (Cazzaniga, 2020, p. 51), es decir, se produce y reproduce una negación de las mujeres como políticas y protagonistas, y se cae en la tradicional relación asimétrica entre profesionales y adictas/delincuentes/destinatarias/usuarias. Por lo cual, es preciso preguntarnos ¿ser

¹¹ Se entiende por **habitus** a las estructuras sociales externas que "se internalizan y se vuelven parte de los agentes en el curso de su historia" ((Bourdieu, 1979 como se cito en Gutierrez, 2002, p.70). El mismo incluye conocimientos, normas, tradiciones y/o gestos.

destinatarias de algún servicio, en este caso, de un tratamiento ambulatorio por consumo problemático las define? ¿O lo que las define es ser mujeres con el derecho de acceder y sostener en el tiempo un tratamiento ambulatorio? En este caso, optamos por la segunda opción.

La categoría de sujetas nos conduce a la de **sujetas de derecho**: sujetas activas con capacidad de participar y tomar decisiones. Esta categoría permite reconocer como eje central del posicionamiento el enfoque de derechos humanos, el cual tiene como objetivo no solo la efectivización de los derechos humanos, sino también la ampliación y restitución de los mismos. En este punto, Abramovich (2006) expone que:

El enfoque basado en derechos considera que el primer paso para otorgar poder a los sectores excluidos es reconocer que ellos son titulares de derechos que obligan al Estado. Al introducir este concepto se procura cambiar la lógica de los procesos de elaboración de políticas, para que el punto de partida no sea la existencia de personas con necesidades que deben ser asistidas, sino sujetos con derecho a demandar determinadas prestaciones y conductas. Las acciones que se emprendan en este campo [...] como la vía escogida para hacer efectivas las obligaciones jurídicas, imperativas y exigibles, [son] impuestas por los tratados de derechos humanos. (p. 36)

Por tanto, hablar de sujetas de derechos implica hablar no sólo de derechos, sino también de obligaciones, ya que ser titulares de derechos y obligaciones nos conduce a la categoría de ciudadanía (Cazzaniga, 2020). Se comprende al derecho como la posibilidad de las mujeres de acceder al sistema de salud en general, a los tratamientos ambulatorios con abordajes integrales, y a la información; y a las obligaciones como las responsabilidades que adquieren las mujeres en el ejercicio de sus derechos como el compromiso de respetar y asistir a los dispositivos de tratamiento.

3.2. Las particularidades de las sujetas que asisten al Módulo de Mujeres y Disidencias

Este subapartado busca caracterizar a las sujetas que protagonizan la investigación, advirtiendo que, dentro del universo de las mujeres con consumo problemático, hay diferencias de sector social, clases de edad, etnia y relación que establecen con las sustancias. Dicha caracterización busca dar cuenta de las particularidades de las mujeres que asisten al Módulo de Mujeres y Disidencias, y la misma se desarrolla a partir de una interpretación de la recopilación de datos que han sido el resultado de la participación en los espacios

institucionales y de las entrevistas realizadas tanto a los profesionales de la institución como a las propias mujeres.

Como se mencionó anteriormente, el proceso de investigación se centró en las 4 (cuatro) mujeres adultas que asistían al Módulo de Mujeres y Disidencias durante el año 2021. Todas las mujeres eran residentes de la Ciudad de Córdoba y dos (2) de ellas mujeres madres.

El primer acercamiento de la sujetas al dispositivo de tratamiento ambulatorio está signado por un aspecto común que atraviesa la experiencia de todas: **llegan solas o sin redes de contención estables**. “la mayoría de las mujeres acá, cuando vienen a admisión [...] la gran mayoría, vienen solas... Hay en algunos casos algún tipo de red de contención, pero no en la mayoría (E6). Ello está asociado a la invisibilización y la estigmatización de las mujeres como posibles consumidoras de sustancias, que conlleva a efectuar el consumo en espacios ocultos como la vivienda de cada una y/o amigas y, por lo tanto, los tratamientos por consumos también se pretende dejarlos en la esfera doméstica (Fraser, 1991).

En el caso del **origen de su consumo**, las sujetas lo vinculaban a determinados hechos o situaciones traumáticas de su vida que las ha atravesado, entre ellas, situaciones de violencias o abusos contra su integridad sexual por parte de sus relaciones intrafamiliares o de parejas (CC1). Estas situaciones de violencia ponen de manifiesto los imaginarios y prácticas patriarcales que efectúan los varones sobre los cuerpos de las mujeres, colocándolas así en una posición de mayor vulneración y subordinación (Butler, 2001). También vinculan su inicio en el consumo a relaciones sexo-afectivas con sus parejas o ex parejas también consumidoras. Ello se debe, parafraseando a Parga (2009), a que las mujeres, con frecuencia, poseen una dependencia económica y afectiva con su pareja, por lo que inician el consumo para compartir experiencias con ellos, a su vez, que muchas veces son quienes le proveen las sustancias.

el 80% de las mujeres que están o estuvieron en tratamiento han pasado por situaciones de abuso y algunas antes del inicio del consumo, y marcan esa situación como una de las situaciones por las cuales empiezan a consumir, pero también muchas situaciones de abuso durante momentos de consumo, que a veces ni siquiera terminan de registrarse como abusos y se registran como abusos ya estando en tratamiento. (E3)

Respecto al **aspecto socioeconómico** se identificó que las mujeres se encontraban en condiciones básicas de subsistencia, en situación de desempleo, o se desempeñaban en el mercado informal de trabajo como becarias o en tareas culturalmente feminizadas como cuidadoras de familiares, mantenimiento del hogar y/o clases particulares de nivel inicial a

niños. Esta desigualdad en el ámbito laboral se constituye en uno de los principales factores que potencian la *feminización de la pobreza*¹², lo que obstaculiza su independencia económica, y el acceso a los derechos como la educación, la salud y el trabajo (Amorós et. al. 2006).

En relación a los **tipos de sustancias** que consumen, prevalece el consumo de cocaína acompañado en determinadas situaciones por otras sustancias psicoactivas como el tabaco, el alcohol y/o los psicofármacos. A ello se le agrega otro atravesamiento común que es que su diagnóstico por consumo problemático está acompañado por otra patología o padecimiento subjetivo, denominada *patología dual o co-morbilidad* (Babín y Insúa, 2006), que puede o no ser derivado del mismo consumo problemático. No existe una relación lineal o causal. Es importante resaltar que el término patología dual o co-morbilidad deviene de las disciplinas de Psicología y Psiquiatría. Estas categorías aluden a “la asociación cruzada (coexistencia o co-morbilidad) de dos situaciones clínicas: la presencia de un trastorno mental, por un lado, y por otro, el uso patológico de sustancias tóxicas (adicción o dependencia de drogas)” (Babín y Insúa, 2006, p. 45).

En ese sentido, se considera que la presencia de la patología dual en las mujeres complejiza su acceso y permanencia a los tratamientos, en tanto implica el reconocimiento y abordaje de otra necesidad. Se acude a la medicalización de las mujeres como una estrategia profesional con el objetivo de permitir la organización de su cotidianeidad y progresivamente el sostenimiento del proceso de tratamiento (CC1).

Por ahí en este momento, me parece que una de las cosas que también nos hace tener que poner más el cuerpo y la cabeza y no poder trabajar sin articular con Psiquiatría, es que muchas de las mujeres que están en tratamiento tienen otra patología, padecimiento subjetivo, y necesitan [...] más acompañamiento de psiquiatría e incluso medicación. Que antes la medicación era algo que no pasaba mucho con las mujeres que venían y ahora sí. (E3)

También, las propias mujeres expresaban que la medicalización -en ciertas situaciones- les permitía en primera instancia organizar su cotidianeidad y en segunda instancia asistir a los espacios de tratamientos (espacios de psicoterapia individual y espacios de talleres grupales) (CC1).

¹² Amorós et. al. (2006) entiende a la feminización de la pobreza como el empobrecimiento material de las mujeres, el empeoramiento de sus condiciones de vida y la vulneración de sus derechos.

A partir de lo expuesto se busca dar cuenta de las particularidades que tienen en común las sujetas de la investigación. Pero resulta necesario advertir que las mismas se sitúan en un tiempo y espacio determinado, y que el grupo poblacional es heterogéneo y cambiante.

3.3. El género y sus atravesamientos dentro del campo de la investigación

3.3.1. El género como herramienta de análisis

Parafraseando a Butler (2008) la categoría de género se define social, cultural e históricamente, y abarca al conjunto de ideas, representaciones y prácticas que se esperan de cada persona según el sexo asignado al nacer. Refiere a aquello que la sociedad, a través de sus instituciones, ha establecido como patrones de conducta para cada uno de los sexos y para las formas de relación entre ellos. La autora afirma que la asignación de género es estrictamente cultural, se produce desde el nacimiento a través de los procesos de socialización y es reforzada a lo largo de la vida por la permanente presencia de informaciones, reglas y normas que distribuyen los roles y comportamientos esperables en mujeres y varones.

En tal sentido se entiende al género como aquel que:

no debe interpretarse como una identidad estable o un lugar donde se asiente la capacidad de acción y de donde resulten diversos actos, sino, más bien, como una identidad débilmente constituida en el tiempo, instituida en un espacio exterior mediante una repetición estilizada de actos (Butler, 2001, p. 171-172).

Parafraseando a Romo (2005), el género funciona como una herramienta de análisis, un modo de conocimiento de la realidad social que permite comprender las diferencias para iniciar o continuar en el uso o consumo de sustancias, así como también ayuda a explicar las motivaciones específicas a la hora de pensar las prácticas y las representaciones en torno al consumo y las posibilidades de acceder a un tratamiento y sostenerlo. Así,

el género como marco de análisis opera como un resorte de crítica y superación de las nociones reduccionistas y estereotipadas, abriendo el campo de visión, más allá de [las situaciones de consumo problemático], a los factores sociales, culturales, económicos y políticos que condicionan los usos de [sustancias]. (Jiménez Rodrigo y Guzmán Ordaz, 2012, p. 80)

Por tal motivo, se afirma que el estudio de los consumos de sustancias requiere ser analizado y comprendido desde el enfoque de género con la intención de reconocer cómo los mandatos patriarcales están presentes en las prácticas y las formas de efectuar el consumo por

parte de las mujeres. Bajo esta lupa, se recupera el modelo teórico de Harding (1996) que contempla tres dimensiones centrales en las que opera el género como categoría analítica y permite hacer un recorrido por diferentes enfoques utilizados en el estudio de los consumos problemáticos.

La primera dimensión es la **simbólica** (Harding, 1996), que refiere a los modelos sociales en torno a las masculinidades y a las feminidades -teniendo en cuenta sus variables en diferentes momentos históricos y según las diferentes culturas y contextos sociales- que son transmitidos en el proceso de socialización. Estas construcciones se sostienen y se manifiestan en roles y estereotipos de género que funcionan como mecanismos de reforzamiento de las diferencias entre los sexos que, como se menciona, refieren a las diferencias anatómicas.

Los consumos de sustancias están fuertemente condicionados por estos estereotipos y los modelos de feminidad y masculinidad que han ido definiendo su aceptabilidad social y los comportamientos adecuados o inadecuados para cada género (Rosenbaum y Murphy, 1990). Ello se materializa en los discursos y prácticas de las propias mujeres que asisten al Módulo, en tanto que exponen que efectuaban su consumo en el ámbito privado, dentro de sus viviendas, para evitar la sanción social (CC1), “muchas veces la gente habla sin saber” (E/C1).

Los modelos tradicionales han contribuido a la invisibilización de los consumos realizados por las mujeres, así como a la estigmatización de las mujeres que consumen, ya que atravesar situaciones de consumo problemático de sustancias no iría acorde a los modelos de feminidad impuestos (Infantino, 2019). Así, el carácter dinámico y cambiante de los roles de género articulado dialécticamente por modelos hegemónicos y modelos emergentes, marca diferentes relaciones con los usos de sustancias psicoactivas.

La segunda dimensión es la **estructural** (Harding, 1996), que alude a la forma de organización social, a la división del trabajo entre géneros y a las posiciones sociales que de ésta se derivan y que condicionan el acceso a los recursos; entendidos en sentido amplio: no sólo en relación a lo económico sino también al tiempo, la información, el uso de los espacios, el capital social o el poder. La distribución de las posiciones sociales y recursos entre mujeres y varones ha determinado históricamente su relación con las diferentes sustancias psicoactivas, en lo que se refiere a las oportunidades de acceso y de uso en sus distintas modalidades.

Parafraseando a Jiménez Rodrigo y Guzmán Ordaz (2012) y retomando nuestro trabajo de campo, advertimos que los usos de sustancias psicoactivas en las mujeres requieren, aunque de forma variable según la sustancia y su consideración social y legal, de una disponibilidad de recursos económicos, sociales e informacionales desigualmente distribuidos entre los géneros. La relación entre acceso a los usos de sustancias psicoactivas y distribución de

recursos se visualiza compleja y multidimensional, sobre todo en las mujeres que asisten al Módulo donde el uso de sustancias está atravesado por situaciones de desventaja social y económica.

Por último, la tercera dimensión es la **individual**, la cual Harding (1996) relaciona con las actividades, identidades y experiencias de las mujeres y los varones en la vida cotidiana. Es decir, el modo en que las sujetas, a partir de los marcos normativos y las condiciones estructurantes, construyen su identidad de género en su vida diaria en cuanto prácticas corporales, apariencia física, gestión y manifestación de las emociones.

El abordaje de esta dimensión implica preguntarnos por las motivaciones y sentidos que las mujeres del Módulo atribuyen a sus consumos y cómo dotan de significaciones a sus propias experiencias. Ello resulta fundamental para comprender el impacto del género en los consumos sin despojar a las mujeres de su “capacidad de agencia y de reflexividad” (Jiménez Rodrigo y Guzmán Ordaz, 2012, p. 84) en relación a la utilización de sustancias.

En este sentido, la mirada desde los géneros clarifica la necesidad de visibilizar las experiencias de las mujeres en sus contextos específicos, ya que permite reconocer las relaciones de desigualdad que se producen entre los géneros a la hora de pensar y definir las intervenciones en el campo de los consumos problemáticos.

3.3.2. El enfoque de la interseccionalidad en los abordajes por consumos problemáticos

Además de la condición de género, existen otros aspectos a tener en cuenta sobre las sujetas que atraviesan situaciones de consumo problemático, como lo son las clases de edad, los sectores sociales y la etnia. La intersección de estos factores remite al **enfoque de interseccionalidad**¹³.

Si bien el esquema analítico de Harding (1996) se centra en analizar la complejidad de las relaciones sociales en términos generocéntricos, resulta pertinente retomar la propuesta analítica de la interseccionalidad de las autores Jiménez Rodrigo y Guzmán Ordaz (2012), en tanto insta a reconocer cómo a través del género otras diferencias como las de clases sociales, generacionales y étnicas deben ser tomadas en cuenta.

¹³ El concepto de interseccionalidad fue propuesto en 1989 por la abogada afroestadounidense Kimberlé Crenshaw (Viveros Vigoya, 2010) y ello significó una transformación en los estudios y prácticas feministas permitiendo reconocer y dimensionar la complejidad de los procesos que generan desigualdades sociales. Por su parte, los feminismos latinoamericanos como resistencias decoloniales retoman esta categoría para pensarla de manera situada en los territorios locales.

Como es posible visualizar en el apartado anterior, entendemos a la categoría **género** como relacional y cambiante, en tanto categoría social, cultural e histórica que refiere a roles sociales que se espera del ser varón y del ser mujer. Estos atravesamientos de género legitiman representaciones que encapsulan a la mujer en roles de cuidados y la ligan a la maternidad; particularmente si lo situamos en la práctica, se vislumbró que las mujeres desarrollaban una multiplicidad de estrategias que buscaban garantizar, por un lado, el acceso y la permanencia al tratamiento ambulatorio y, por otro lado, la supervivencia y la reproducción cotidiana de su grupo conviviente.

A si mismo, para definir la categoría de clase social, retomamos los aportes de Bertona, et. al (2017) quienes proponen utilizar el término **sectores sociales**, en tanto que, como lo plantea Quijano (como se citó en Viveros Vigoya, 2010), no incluye solo capitales económicos, sino también reconoce

gustos, valores y consumos que configuran estilos de vida que funcionan como dispositivos enclasantes. El capital económico [...] no es el único que cuenta en la determinación y la reproducción de las posiciones de clase. También son muy importantes el capital cultural [...] y el capital social. (Quijano, citado por Viveros Vigoya 2010, p.102).

Podemos visualizar que tal categoría se materializa en que las mujeres que asistían al Módulo se encontraban, por un lado, en lo que refiere a lo *económico*¹⁴ desempeñando actividades domésticas y extra domésticas, que no eran retribuidas, y a su vez estaban insertas en el mercado informal de trabajo y/o en situación de desempleo (CC1). Por otro lado, en lo que respecta al capital *social*¹⁵ en la práctica se visualizó que las mujeres que asistían al Módulo poseían escasas redes comunitarias, institucionales, organizacionales y de contención (CC1). Tal como hemos mencionado, esta situación está estrechamente vinculada con prácticas discursivas patriarcales que conducen al ocultamiento del consumo por parte de las mujeres.

En lo que refiere al capital *cultural*¹⁶, se materializó en la posibilidad que tenían las mujeres de acceder a la información en torno a su consumo problemático, autocuidado, cuidado

¹⁴ El **capital económico** está relacionado con el dinero y bienes materiales que poseen los agentes de un determinado campo específico, con sus posiciones y relaciones entre posiciones. (Bourdieu, 1979 como se citó en Gutierrez, 2002)

¹⁵ El **capital social** "está ligado a un círculo de relaciones estables" (Bourdieu, 1979 como se citó en Gutierrez, 2002, p.37) y a una red duradera de relaciones con lazos permanentes y útiles.

¹⁶ El **capital cultural** "está ligado a conocimientos, ciencia, arte" (Bourdieu, 1979 como se citó en Gutierrez, 2002, p.37). "El capital cultural puede existir bajo tres formas: en estado incorporado, es decir, bajo la forma de disposiciones durables (habitus); [...] en estado objetivado, bajo la forma de bienes culturales, cuadros, libros,

de otros, tratamiento y medicación, lo cual les otorgaba la autonomía de tomar decisiones en el proceso de tratamiento. Ello consecuentemente hace a un tratamiento digno, respetuoso y cuidadoso para con las mujeres.

En resumen, el capital económico, capital social y capital cultural varían y son diferenciales de acuerdo a las posiciones que ocupan las mujeres en el espacio social, que históricamente las sitúa en un lugar de subordinación y vulneración. En este sentido, afirmamos que no todas las mujeres poseen oportunidades equitativas y, por ende, las desigualdades no son causadas por diferencias individuales sino colectivas.

Como parte del enfoque de interseccionalidad, resulta útil aclarar que en vez de optar por la utilización de la categoría generación se opta por la categoría de **clases de edad**, a partir de recuperar los aportes de Criado (citada por Bertona et. al, 2017), el cual refiere a

un momento del tiempo, a la división que se opera, en el interior de un grupo, entre los sujetos, en función de una edad social: definida por una serie de derechos, privilegios, deberes, formas de actuar... -en suma, por una ‘esencia social’- y delimitada por una serie de momentos de transición [...] Esta división de clases de edad, por tanto, es una variable histórica: no depende de una serie de ‘naturalezas psicológicas’ previas, sino que se construye en el seno de cada grupo social en función de sus condiciones materiales y sociales y, sobre todo, de sus condiciones y estrategias de reproducción social. (p.103)

Ello implicó reconocer que en el enfoque de interseccionalidad no solo las relaciones inter-generacionales cobran relevancia, sino que también es necesario incorporar una visión de las desigualdades intra-generacionales. Las sujetas de la investigación al ser mujeres adultas estaban condicionadas a asumir y desarrollar una multiplicidad de tareas y responsabilidades socialmente asignadas del deber ser, que inciden en las prácticas de reproducción cotidiana que desarrollaban las mismas. Como por ejemplo, donde no se contempla como posible que una mujer adulta madre tenga un problema de consumo problemático de sustancias psicoactivas, porque se espera que a tal edad cumpla con cierto estereotipo socialmente construido -cuidar hijos, trabajar, mantener el hogar-.

instrumentos, etc.; y en estado institucionalizado, que constituye una forma de objetivación, como lo son los diferentes títulos escolares". Si bien la acumulación de bienes culturales objetivados está relacionada con la capacidad económica de adquirirlos, ello no significa necesariamente la capacidad de apropiarse de ese bien en sentido simbólico.

Por último, Jimenez Rodrigo y Guzmán Ordaz (2012) refieren a la **etnia** como una construcción social y no como una herramienta de naturalización sobre las diferencias. Es una “estructura social líquida y flexible, no directamente relacionada con características biológicas, sino que incluye una combinación más extendida de rasgos culturales, sociales y geográficos” (p. 87).

La aplicación del enfoque de interseccionalidad a nuestra experiencia en la Asociación Civil Programa del Sol con mujeres con consumo problemático permitió reconocer que el grupo poblacional de mujeres no era homogéneo y, por ende, las intersecciones que se producían entre estas categorías tampoco lo eran. Es decir, las experiencias y prácticas de consumo que desarrollaban las mujeres del Módulo de Mujeres y Disidencias variaban en torno a los sectores sociales, a la clase de edad y la etnia.

Interpretar estas intersecciones al momento de los abordajes permite comprender que no se pueden asumir, ni teórica ni políticamente, que las desigualdades de género, generación, etnia y sector social, y sus articulaciones son universales. Es decir, parafraseando a Jimenez Rodrigo y Guzmán Ordaz (2012) este enfoque es un recurso crítico para comprender las posiciones de las sujetas en diversos contextos, ya que cuando se analiza sólo desde uno de los vectores de las diferencias, termina derivando en abordajes generalizados e imprecisos.

También la sexualidad, la nacionalidad o la religión son otras relaciones sociales a ser tomadas en cuenta en la consideración sobre cómo las relaciones de género varían dentro y a través de los contextos sociales, económicos, culturales y políticos, que a su vez impregnan las prácticas y trayectorias de vida de las mujeres.

3.3.3. La influencia de los estigmas y representaciones sociales y culturales en las prácticas de las mujeres

En el abordaje de los consumos problemáticos resulta fundamental retomar la categoría de **representaciones sociales y culturales**, la cual constituye uno de los ejes que se buscó profundizar en la presente investigación.

Según Moscovici (1961),

Las representaciones sociales son construcciones simbólicas que se crean y recrean en el curso de las interacciones sociales; no tienen un carácter estático, [...] sino que se constituyen como sistemas con una lógica propia, que se mantienen en el tiempo y son dinámicos. (p.42)

Son definidas como maneras específicas de entender y comunicar la realidad, así como influyen a los sujetos son determinados por ellos a través de sus interacciones. Son formas de pensar y crear la realidad social constituidas por elementos de carácter simbólico; no son sólo formas de adquirir y reproducir el conocimiento, sino que tienen la capacidad de dotar de sentido a la realidad social (Moscovici, 1961). Por ello, se entiende a las representaciones sociales y culturales como una construcción social cuya característica es producir comportamientos y relaciones con el medio, modificando tanto al medio como a le sujeto de la representación.

En este sentido, es posible visualizar en las mujeres del Módulo de Mujeres y Disidencias tales representaciones como formas de conocimiento constituido que determinan sus prácticas en torno al consumo de sustancias y a sus acceso y permanencia a los tratamientos ambulatorios. Dichas representaciones se construyen a partir de la trayectoria de cada sujeta en el mundo social, trayectorias que incluyen experiencias, creencias, informaciones e ideas que son transmitidos a través de diversas instituciones como la educación, la salud, la religión, el trabajo, etc. (Jodelet, 1986). De este modo, este conocimiento es un “conocimiento socialmente elaborado y compartido” (Jodelet, 1986, p. 473).

A su vez, resulta necesario vincular la categoría de representaciones sociales y culturales con los aportes que realiza Goffman (1986) acerca de la categoría de **estigma** y los aportes de Romo (2005) acerca de la **dobles estigmatización** que atraviesa los cuerpos de las mujeres con consumo problemático de sustancias.

Goffman (1986) plantea que la construcción de un estigma suele realizarse para poner en contraposición la existencia de un grupo ajeno al considerado como verdadero. Un estigma es un atributo desacreditador definido en términos de relaciones. La estigmatización se manifiesta como actitudes hostiles hacia le sujeto que pertenece a un determinado grupo solo por el hecho de pertenecer a él y en función de cualidades negativas que se atribuyen a ese grupo de sujetos. Estas actitudes se constituyen alrededor de representaciones sociales y culturales, es decir, a una serie de creencias y conocimientos prácticos que son socialmente construidos e intersubjetivamente compartidos.

Los sujetos de un grupo social construyen una teoría del estigma para racionalizar el ejercicio del poder y la violencia sobre otros, e inundan el discurso cotidiano con términos referidos al estigma que llevan a la intolerancia, el rechazo, la violencia y la discriminación (Goffman, 1986).

Ello da cuenta de que la experiencia de las mujeres en el consumo de sustancias psicoactivas es distinta a la de los varones. A *nivel físico/biológico*, las mujeres poseen una

biología que experimenta diferentes capacidades de absorción y procesamiento químico de las sustancias (Maffia, 2011). A *nivel psíquico*, son distintos los motivos que influyen en los inicios y patrones de su consumo, la percepción de riesgo y peligrosidad de cada sustancia. A su vez, son diferentes sus hábitos de consumo y las conductas que despliegan durante el mismo, “las mujeres que usan y abusan de sustancias psicoactivas, niegan y disfrazan su adicción, o bien, eligen sustancias que pueden consumirse en espacios privados y en el que puedan controlar mejor sus emociones” (Maffia, 2011, p.15).

A *nivel social y cultural* circulan una multiplicidad de representaciones que impactan de manera directa en ellas, en donde cumplir con la maternidad y los roles de cuidado “es un peso diferencial que no tienen los hombres y que influye directa y negativamente sobre el comportamiento de las mujeres en el consumo, la adicción y el proceso de recuperación” (Maffia, 2011, p.9), lo cual se traduce en la presencia de un menor apoyo familiar o social. Estas condiciones diferenciales refuerzan su aislamiento social y favorece la invisibilización de las mismas, condicionando los modos de consumo y su acercamiento a los dispositivos de salud y espacios de tratamiento ambulatorio.

Como es posible advertir a lo largo del TFG, las mujeres que consumen sustancias son “doblemente estigmatizadas, por contraponerse a los roles femeninos clásicos y por su relación con la ilegalidad” (Romo, 2005, p.73). Esta doble estigmatización se materializa, por un lado, en la de ser sujetas consumidoras de sustancias psicoactivas y, por otro, la de no asemejarse a los roles y estereotipos histórico, social y culturalmente asignados según el género e impuestos por el sistema patriarcal (Arce, et. al. 2020). Roles y estereotipos que definen normas y modos de comportamiento según los géneros (González, 2001).

En este sentido, resulta pertinente dar visibilidad y poner en cuestión aquellas representaciones sociales y culturales que circulan en la sociedad en torno al consumo de las mujeres, las cuales derivan en prácticas (discursivas y no discursivas) (Criado, 1998) que impactan directa e indirectamente en la reproducción cotidiana de las mujeres que asisten al Módulo de Mujeres y Disidencias, en sus cuerpos, en su consumo, en sus vínculos con otros, en su entorno, y en sus posibilidades de acceder a los dispositivos de salud y de permanecer en tratamientos ambulatorios.

A lo largo de la inserción en el escenario institucional, y a partir de lo recuperado en las entrevistas realizadas, se identifican una multiplicidad de representaciones sociales y culturales.

En primer lugar, a nivel social y cultural, priman representaciones que afirman que la salud física es más importante, o a la que se debe dar respuesta con prioridad, que la salud

mental. Ello conlleva, parafraseando a Abril et al. (2019), a la creencia de que los sujetos con algún padecimiento mental no son funcionales al sistema y quedan relegados y/o excluidos. Se piensa al consumo problemático como si fuera un problema personal que debe ser resuelto de manera individual y dentro de la esfera doméstica, y no como un problema social dentro del campo de la salud mental:

Claro, porque sino pensaríamos que el único problema de las mujeres es porque consumen drogas y es una mentira, es un recorte de su vida en general. Sí, tienen un problema con el consumo de drogas, pero aparte hay un montón de cosas asociadas a ese consumo de drogas. (E3).

A su vez, en la misma línea P., profesional del Módulo, refiere respecto al consumo problemático particularmente en las mujeres

que socialmente parece que ni siquiera se piensa como un problema de salud mental. [...] Me parece que ahí talla mucho la cuestión de la penalización del consumo, la cuestión de la criminalización del consumo como delito, que no pasa con la salud mental en general. O sea, que no solamente sos un drogon sino que también estás enfermo [...] se piensa que además sos delincuente, estás haciendo algo que está fuera de la ley y eso para las mujeres es doblemente estigmatizante, porque nada de lo que te corresponde hacer lo puedes hacer en esa situación, más si además de drogon sos criminal o delincuente, qué ejemplo le vas a dar a tus hijos?. (E1)

En lo que refiere a las representaciones particularmente en las mujeres por cuestiones de género, se identifica como una población con escasa demanda de tratamiento y, por ende, una población *minoritaria problemática*,

siempre las mujeres en un sistema de tratamiento, por lo menos en las instituciones donde yo circulé, fueron problemáticas [...] porque significaban el 10% o menos de la población que asistía, entonces, en un centro de internación donde habían 10 personas había 1 mujer... y eran 9 varones... (E5).

Así, como se mencionó en apartados anteriores, en que las políticas públicas de salud mental son pensadas e implementadas teniendo en cuenta las necesidades y características de los varones, lo que conlleva a la invisibilización de las mujeres y sus necesidades específicas en los espacios de tratamiento (Romo, 2005).

A su vez, ello conlleva a que en múltiples y reiteradas situaciones las mujeres no accedan a dispositivos de atención y/o acompañamiento terapéutico, y/o decidan no continuar en los espacios de tratamientos, debido a que profesionales de la salud mental reproducen y perpetúan estas representaciones:

Esos mismos estigmas y cargas negativas están en las organizaciones territoriales. Muchas de las organizaciones territoriales, por ahí no en todas, no en todos los miembros de una organización, pero terminan resultando también expulsivas, porque es la mala madre del barrio, la que abandona los pibes, mira como los tiene, se gasta todo en consumo y toda esta cosa que circula, y que además se responsabiliza porque no hay una posibilidad de pensar que no está pudiendo, lo que se dice es que no quiere, que no le importan, y hay un problema de salud en esa mujer. (E3)

La instalación de determinadas representaciones lleva a consolidar ciertas denominaciones que se les atribuyen a las mujeres a partir de ser sujetas consumidoras. Como por ejemplo, “que toda persona que consume droga es mentirosa, manipuladora, etc. etc.” (E5), y “la rota, la problemática” (E6). Denominaciones que se constituyen a partir de prejuicios y estereotipos que impactan directamente en la subjetividad de las mismas (Moscovici, 1961).

Estas creencias e ideas responden a lógicas patriarcales que sostienen que sólo los varones tienen permitidas ciertas prácticas y, consecuentemente, se califica como disruptivo y castigable los comportamientos de mujeres que consumen. Por ejemplo, “queda feo que una mujer consuma” (E/C1). A lo que P. expresó, -comentando que consumía más que su ex pareja varón-: “se considera que las mujeres no consumen cuando sí consumen y a veces más que los varones” (E/C4). También expresó “he visto películas en donde solo muestran a varones consumiendo, cuando también las mujeres consumen, aunque en la sociedad ese consumo no se ve o se ve mal que una mujer consuma” (E/C4).

En decires de Diez, et al. (2020), las mujeres al consumir sustancias se alejan de las expectativas de su rol de género y por este motivo son rechazadas y doblemente estigmatizadas, por romper con el modelo de identidad femenina construida e idealizada que le fue asignada socialmente y por ser consumidoras de sustancias. Si además las mujeres utilizan sustancias ilegales, el rechazo es mayor por su acercamiento a la ilegalidad, y se vuelven objeto de una penalización moral y social por esa transgresión.

En definitiva, estas representaciones y estigmas al ser enunciados, y en su mayoría naturalizados a nivel social, no sólo se constituyen en discursos, sino que también influyen en

la cotidianeidad de las propias mujeres y en las prácticas que desarrollan, actuando como barreras en el acceso a los servicios de salud en general y de salud mental en particular.

3.4. Recapitulando especificidades

En vistas de dar un cierre al capítulo, es pertinente no perder de vista que la sociedad crea y reproduce prácticas (discursivas y no discursivas) vinculadas al consumo de sustancias psicoactivas que obedecen al discurso patriarcal que conllevan lecturas inadecuadas y estigmatizantes acerca de quienes consumen. Representaciones sociales y culturales que se construyen en el imaginario social creando diferencias entre los géneros, y que evitan el diseño e implementación de intervenciones desde la complejidad, la particularidad y el paradigma de reducción de daños y riesgos.

Por ello, resulta indispensable reconocer las particularidades de las mujeres que asistían al Módulo, en tanto que se sitúan en un tiempo y espacio determinado, y se constituían en un grupo poblacional heterogéneo y cambiante. Aquí, la categoría de género se convierte en una herramienta analítica fundamental para analizar y comprender las relaciones de poder y desigualdades que atravesaban a las mujeres que asistían al Módulo de Mujeres y Disidencias. En este sentido, enfatizamos que es necesario desinstitucionalizar los patrones heteronormativos y reemplazarlos por patrones que expresen igualdad, equidad y respeto hacia las mujeres.

Consecuentemente, el enfoque de interseccionalidad fue transversal al momento de sistematización de la experiencia en la Asociación Civil Programa del Sol, en tanto que nos permitió comprender las posiciones que ocupaban las mujeres en los contextos en los que se encontraban inmersas. El entrecruzamiento de las categorías de género, sector social, etnia y clases de edad, no sólo moldea la subjetividad de las sujetas, sino que también inciden en el diseño e implementación de los tratamientos ambulatorios.

CAPÍTULO 4:
Mujeres y el derecho de acceder
y permanecer a los tratamientos ambulatorios



4. CAPÍTULO 4: Mujeres y el derecho de acceder y permanecer en tratamientos ambulatorios

Este capítulo busca, en primer lugar, analizar el acceso y la permanencia de las mujeres a los tratamientos por consumo problemático de sustancias. Como punto de partida, se enfatiza en el derecho a la salud mental, como parte constitutiva e inseparable del derecho a la salud, entendido como aquel que involucra no solo el acceso a prestaciones básicas de salud, sino también contempla su permanencia y continuidad en el tiempo.

En un segundo momento, se retoman las categorías teóricas de acceso y de permanencia. El acceso entendido no solo como la disponibilidad de servicios de salud, sino también como la posibilidad de disponer de servicios que den respuestas a las necesidades de los sujetos que demandan la atención. Y, la categoría permanencia, en contraposición con la categoría de *adherencia*, entendida como aquella que contempla los procesos de continuidad/discontinuidad en la atención de la salud.

En un tercer momento, en estrecha vinculación con lo anterior, se identifican y comprenden las barreras a las que se enfrentan las mujeres para efectivizar su permanencia en los tratamientos. Aquí, se abordó otro de los objetivos específicos de la investigación, *analizar las dimensiones de la accesibilidad que intervienen en el vínculo que se teje entre las mujeres y el Módulo de Mujeres y Disidencias*. Se retoman las dimensiones de la accesibilidad (geográfica, económica, organizacional, cultural y simbólica) que se construyen a partir del trabajo de campo y las experiencias concretas de las mujeres.

Y, por otro lado, el capítulo busca dar respuesta a los últimos objetivos específicos de la investigación que implicaron *reconocer las estrategias que desarrollan las mujeres que asisten al Módulo de Mujeres y Disidencias, y las estrategias que desarrollan las profesionales del mismo para garantizar su permanencia en los tratamientos ambulatorios*. Para ello, en un cuarto momento, se define teóricamente la categoría de estrategias como el conjunto de prácticas que ponen en marcha los sujetos, en nuestro caso, las mujeres que asisten al Módulo de Mujeres y Disidencias, y los profesionales del escenario institucional, para efectivizar la permanencia de las mujeres a los tratamientos ambulatorios.

4.1. El acceso y la permanencia como posibilitadores del derecho a la salud mental

Tal como hemos mencionado en apartados anteriores, el MMH ha logrado imponerse por sobre otras formas de atención de los padecimientos, basándose en la científicidad y supuesta autonomía de la medicina. Este Modelo ha dado lugar al desarrollo de un enfoque médico-sanitarista, que habilitó la intervención médica institucionalizada sobre los cuerpos de

las mujeres con consumo problemático de sustancias, mediante la prescripción, la medicalización excesiva, la internación, y la rehabilitación aislada.

Como resultado de un largo proceso de trabajo que involucró a distintos actores del campo, y tras años de luchas por reivindicar la concepción que atraviesa a los consumos problemáticos, se retoma el derecho a la salud mental, como parte constitutiva e inseparable del derecho a la salud. El art. 4 de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, establece que los consumos

deben ser abordados como parte integrante de las políticas de salud mental y que las personas con uso problemático de drogas, legales e ilegales, tienen todos los derechos y garantías que se establecen en la presente Ley en su relación con los servicios de salud.

Aunque a partir de dicha ley la salud mental es reconocida como un derecho humano que forma parte del derecho de todas las personas a una salud integral, no se garantiza en condiciones de equidad para las mujeres con consumo problemático de sustancias psicoactivas. Si bien en el discurso profesional sí se reconoce a la salud mental desde el Modelo Social de la salud, en la cotidianeidad de las instituciones estatales prima concebir a los consumos problemáticos desde el MMH, con una perspectiva biológica e individual, ignorando otros aspectos como la desigualdad social y las estructuras de poder.

En este sentido, para cumplimentar el derecho a la salud mental se debe asegurar y efectivizar el acceso y la permanencia a las prestaciones de salud, a fin de garantizar dicha equidad en los tratamientos ambulatorios por consumo problemático. A partir de ello, resulta pertinente retomar las categorías de acceso, accesibilidad y permanencia.

La categoría de acceso varía con el tiempo y el contexto geográfico, reflejando los cambios en las preocupaciones y objetivos de las políticas de salud (Aday y Andersen, 1974). En este punto resulta importante aclarar que a partir de los aportes de Frenk (1985) y Comes et. al (2006), el término de acceso se desarrollara como sinónimo de accesibilidad.

El **acceso** se define como el “ajuste entre las características de la población y las de los recursos de los servicios de salud” (Frenk, 1985, p.439). Es decir, la relación entre el sujeto con determinada necesidad de atención médica y deseo de tal atención -acción individual del sujeto de aproximarse o llegar a los dispositivos de salud-, y la disponibilidad de recursos y atención de los servicios de salud (Frenk, 1985). La efectividad del acceso se centra en las características de la oferta (disponibilidad de servicios, geolocalización, recursos, etc.) y cómo estos se ajustan

a las características de los sujetos y su entorno, contemplando el género, sector social, clase de edad, etnia y necesidades de salud.

A su vez, Frenk (1985) conceptualiza el acceso en un sentido acotado y en un sentido amplio, tales denominaciones coinciden con lo que Comes et. al (2006) conceptualiza como accesibilidad inicial y accesibilidad ampliada. El acceso en el sentido más acotado “refiere al proceso que va desde la búsqueda hasta el inicio de la atención, [reconociendo] los factores que obstaculizan o facilitan la obtención de la atención” (Frenk, 1985, p.440), y la accesibilidad inicial “remite a la posibilidad que tienen los sujetos de acceder al sistema de salud” (Garbus, et. al. 2007, p. 99). En estas primeras aproximaciones se puede visualizar como tales planteos enfatizan en el reconocimiento de la disponibilidad de los servicios de salud.

El acceso en sentido amplio reconoce “las necesidades de salud, la percepción diferencial de necesidades, el deseo de la atención y el proceso de toma de decisiones como antecedentes a la búsqueda de la atención, así como la continuidad y los resultados luego del contacto inicial” (Frenk, 1985, p. 440); y la accesibilidad ampliada “abarca todo el proceso de atención en el sistema de salud” (Comes et. al, 2006, p. 205). Aquí no solo se reconoce la disponibilidad de servicios, sino también disponer de servicios que den respuestas a las necesidades de los sujetos. Es decir, se incluye la atención y el tratamiento como un proceso único.

En resumen, comprendemos a la **accesibilidad** como los vínculos que se construyen entre los sujetos y los servicios. En términos de Carballeda (2017, como se citó en Aguirre Valdez y Zapillón, 2021) “puede ser entendida como una relación cargada de significados que relaciona a las políticas, las instituciones y a la sociedad” (p. 9-10).

En vinculación con lo mencionado anteriormente, para hablar de la categoría de **permanencia** resulta fundamental retomar la conceptualización de Comes et. al (2006) de accesibilidad ampliada, entendida como la posibilitadora de la continuidad en los servicios de salud por parte de los sujetos. Por nuestra parte, a partir de las particularidades que adquiere tal conceptualización, se opta de manera crítica y ética-política por renombrarla por el término permanencia, en tanto categoría política que contempla los procesos de *continuidad/discontinuidad* en los tratamientos por consumos problemáticos que atraviesan las mujeres.

Al hablar de permanencia si se sitúa la categoría en el campo de los consumos problemáticos generalmente no es denominado de tal modo, se utiliza con mayor frecuencia en las investigaciones el término de adherencia. El término adherencia es definido por la OMS como “el grado en que el comportamiento de una persona -tomas el medicamento, seguir un

régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida- se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria”.

Como plantean Margulies, et. al. (2006), es un término que se centra en la vigilancia del comportamiento de los sujetos en relación al cumplimiento o incumplimiento de las prescripciones médicas, en donde se privilegia una perspectiva normativa e individualista. Dicho de otro modo, es un término que se asienta en los rasgos principales del MMH, como sostiene Menéndez (1988), tales como el individualismo y la ahistoricidad, que implica escindir a los sujetos de su historia y de su subjetividad, a una participación pasiva y subordinada. Ello conlleva a considerar a le sujeto como objeto a curar, y no como partícipe, no reconociendo las condiciones sociales como determinantes del proceso de salud-enfermedad-atención.

Para complejizar esta noción de permanencia, se retoman los aportes de Santos Sharpe (2020), que expone el término discontinuidad y su vinculación con la continuidad. Entendiendo a esta última no como un hecho frecuente y concretable, y la discontinuidad como un hecho anómalo y excepcional -como socialmente se cree-. La continuidad y discontinuidad como fenómenos que engloban un cúmulo de relaciones y entramados sociales que van más allá de la decisión (tradicionalmente considerada como individual) de permanecer y/o dejar los tratamientos. Es decir, ambos fenómenos entendidos como decisiones que involucran a todo el universo de posibilidades de los sujetos.

Se opta por hablar de permanencia contraponiéndola a las ideas de deserción, abandono, fracaso o expulsión, en tanto que remiten a términos tradicionales que aluden a una única responsabilidad, sea colocándola en le sujeto que decide no continuar o en el dispositivo institucional que lo expulsa, y configuran así discursos que construyen a *un sujeto desertor estigmatizado*. Entonces, hablar de permanencia en nuestro escenario institucional implica destacar dos aspectos (Santos Sharpe, 2020): por un lado, concebir a las mujeres como sujetas que toman decisiones autónomas, de acuerdo a los capitales que poseen y las posiciones que ocupan en el espacio social. Por otro lado, identificar las diversas estrategias que ponen en marcha las mismas en conjunto con las profesionales del Módulo de Mujeres y Disidencias para lograr la permanencia a los tratamientos.

Se observó que las profesionales del Módulo de Mujeres y Disidencias en sus intervenciones parten de la perspectiva integral de la salud, en tanto que conciben a las mujeres como seres sociales donde su subjetividad, sectores sociales, clases de edad y etnia, interaccionan con su contexto social, económico, político y cultural en el que se encuentran insertas. Estos elementos intervienen y modulan su permanencia en los tratamientos. Una

permanencia que reconoce, tanto en el diseño como en la implementación, las particulares intersecciones que se generan en la cotidianidad de cada mujer que asiste al Módulo.

4.2. Dimensiones de la accesibilidad que se constituyen en barreras

Como es posible dar cuenta a lo largo del desarrollo de la investigación, el campo de los consumos problemáticos está atravesado por múltiples factores sociales, políticos, culturales, económicos e históricos, que se constituyen en barreras para el acceso a los dispositivos de salud en general y en la permanencia a los tratamientos ambulatorios por consumo problemático en particular.

Para entender cuáles son las barreras en el acceso y permanencia de las mujeres a los tratamiento ambulatorios, es necesario partir de la categoría de acceso/accesibilidad - desarrollada anteriormente-, y establecer una vinculación con la propuesta de Martínez (2019, como se citó en Accastello y Bozzoletti, 2022) y Comes et. al (2006) sobre las dimensiones de la accesibilidad. Las **dimensiones de la accesibilidad** propuestas por tales autores son: geográfica, económica, organizacional, cultural y simbólica. Tal vinculación permite analizar y reconocer qué factores intervienen en el proceso de salud-enfermedad-atención, y se colocan entre las mujeres y los servicios de salud obstaculizando o limitando la posibilidad de efectivizar la atención necesaria.

La re-construcción de estas dimensiones se realizó a partir del trabajo de campo en escenario institucional y de las entrevistas realizadas a las mujeres y profesionales del Módulo.

La **dimensión geográfica** remite a la ubicación física del dispositivo de salud y la población que accede a ellos, es decir, tiene que ver con las posibilidades que poseen las mujeres para poder acceder al espacio institucional. Esta dimensión se constituyó en una barrera para las mujeres cuando las mismas debían movilizarse distancias extensas. Una lejanía geográfica que implicaba a su vez la disponibilidad de tiempo y recurso económico para arribar de dos a tres transportes públicos, y lo cual muchas veces dificultaba llegar al horario estipulado de inicio de los talleres grupales y/o a los encuentros individuales con la trabajadora social y psicóloga.

La **dimensión económica** hace referencia a la capacidad financiera que poseen las mujeres para acceder al espacio y permanecer en el tratamiento. Esta dimensión se constituyó en una barrera cuando las mismas no poseían o poseían escasos recursos económicos, debido a no estaban insertas en el mercado formal de trabajo y/o poseían un trabajo informal precario. Consecuentemente, ello dificultaba su movilidad para acceder al espacio y, también, exceptuando aquellas que poseían obra social, la compra de medicamentos recetados. La

disposición escasa o la no disposición de recursos conllevaba a solicitar dinero a su entorno lejano, del cual no recibían respuestas favorables o se veían obligadas a realizar trabajos informales no deseados. Así como tampoco permitía la asistencia regular a los espacios de tratamiento (talleres, encuentros grupales y/o individuales).

La **dimensión simbólica** remite a aquellos imaginarios y representaciones sociales que atraviesan la subjetividad de los sujetos, su acceso a los servicios de salud y la exigibilidad de sus derechos (Comes, et. al. 2006). Aquí cobra suma importancia la información que poseían las mujeres y que proporcionaban los profesionales de la salud, para a posteriori reclamar el cumplimiento de sus derechos.

Esta dimensión se constituyó como barrera cuando las mujeres realizaban acercamientos a dispositivos de salud y/u organizaciones barriales, que se encontraban atravesadas por un sin fin de discursos y representaciones sociales y culturales que estigmatizaban, criminalizaban y culpabilizaban a las mujeres. Discursos y representaciones ligados a estereotipos y roles de género, que terminaron expulsándolas de los tratamientos, u obstaculizando su permanencia. Consecuentemente, esto constituyó redes de contención totalmente fragmentadas, o casi inexistentes, puesto que las mujeres contaban con menor apoyo familiar o social para realizar el tratamiento.

La **dimensión organizacional** involucra los aspectos burocráticos y administrativos de cada institución (Martínez, 2019, como se citó en Accastello y Bozzoletti, 2022), que se ponen en juego para que las mujeres puedan acceder a los dispositivos de tratamiento y/o consultas. Esta dimensión se constituyó en una barrera, principalmente de acceso, cuando las mujeres al no contar con los recursos económicos necesarios para solventar los costos de los tratamientos, desde la institución se debía gestionar las autorizaciones de las obras sociales y/o el acceso al Programa de Becas de SEDRONAR. Tales gestiones obstaculizaban el ingreso a los tratamientos por las demoras que implicaban las formalidades institucionales.

Ello generaba obstáculos al ingreso formal del tratamiento lo que, consecuentemente, ocasionaba extensos procesos de admisión. En determinadas situaciones las sujetas ingresaban de igual modo a tratamiento y la institución era quien se encargaba de solventar los costos (CC1), o las sujetas sólo asistían a los espacios de entrevistas individuales con la trabajadora social y/o la psicóloga.

Otro aspecto que se constituyó como barrera en esta dimensión es cuando la carga horaria de los dispositivos y los horarios de los espacios grupales y/o individuales, establecidos institucionalmente, se tensionaban con las tareas y responsabilidades cotidianas de las mujeres (trabajar, estudiar, cuidar a sus hijos y familiares, ocio, trámites burocráticos, etc.). Las propias

mujeres sostenían que el requerimiento de cierta cantidad de horas y días no contemplaban sus actividades por fuera de los tratamientos (CC1). Si bien las profesionales del Módulo contemplaban cierta flexibilidad en cantidad de horas y días, implementaban una multiplicidad de estrategias que colocaban el énfasis en que era una obligación por parte de las mujeres asistir a los espacios de tratamiento. Las profesionales enfatizaban en que ser titular de un derecho implica también asumir responsabilidades y obligaciones para con la institución, el equipo de profesionales y para lograr la efectividad en el tratamiento.

Por último, se encuentra la **dimensión cultural**, la cual refiere a las diferentes creencias entre les profesionales y las mujeres en torno a las posibilidades de acceder a los dispositivos de la salud (Comes, et. al. 2006). Es decir, a las diferencias de usos, costumbres, sentidos, perspectivas, creencias y expectativas que se ponen en juego en la relación entre la institución, les profesionales y les sujetos que acceden a los dispositivos de salud. Dicha relación implica el reconocimiento de la diversidad cultural, de los marcos culturales y subjetivos de les sujetos al igual que aquellos que portan les profesionales y sus instituciones.

Esta dimensión no se constituyó como barrera en la permanencia de los tratamientos en nuestro escenario institucional, pero hipotéticamente sí se constituiría como tal al no reconocer la propia voz de las mujeres, al no disponer de información pertinente y al implementar modelos de atención universales y homogéneos que no contemplen las necesidades y características de cada mujer.

En este sentido, el análisis de las dimensiones de la accesibilidad que se constituyeron en barreras permitió poner en evidencia aquellos obstáculos que tenían que atravesar las mujeres para lograr su permanencia en los tratamientos. De este modo, las dimensiones se constituyeron en categorías analíticas dinámicas que nos permitieron comprender y visibilizar la complejidad y dificultad que implica el permanecer en un tratamiento por consumo problemático de sustancias siendo mujer.

4.3. Estrategias que se ponen en marcha para efectivizar la permanencia en los tratamientos

Posterior al análisis de las dimensiones de la accesibilidad que se constituyen en barreras, aquí buscamos identificar y reflexionar en torno a las estrategias que desempeñan las mujeres, que asisten al Módulo de Mujeres y Disidencias, y les profesionales de la institución para efectivizar la permanencia en los tratamientos ambulatorios.

Bourdieu (1988) define a las **estrategias** como el

conjunto de prácticas, por medio de las cuales los individuos o las familias tienden, de manera consciente o inconsciente a conservar o aumentar su patrimonio, y correlativamente, a mantener o mejorar su posición en la estructura de las relaciones de clases. (p.122)

Es decir, prácticas que ponen en marcha los sujetos, individual o colectivamente, y que se definen en el encuentro entre el habitus y la posición que ocupan en el espacio social, apelando a recursos económicos, sociales, culturales y/o simbólicos. En este sentido, resulta de suma importancia visibilizar el conjunto de prácticas y estrategias que desempeñan, por un lado, las propias mujeres a partir de sus experiencias para acceder a los dispositivos de salud y permanecer en los tratamientos ambulatorios; y, por otro lado, los profesionales para atender las necesidades de las mujeres con consumo problemático teniendo en cuenta sus características individuales. Dichas estrategias son comprendidas en las intersecciones que atraviesa cada sujeta en el marco de su cotidianidad y dentro del escenario institucional.

4.3.1. Estrategias que desarrollaban las mujeres que asistían al Módulo de Mujeres y Disidencias

Previo a identificar las estrategias que ponían en juego las mujeres para garantizar su acceso y permanencia a los tratamientos, resulta importante retomar el enfoque de la interseccionalidad, en tanto que éste nos permitió comprender de manera situada las particularidades de las mujeres -adultas, argentinas, madres y no madres, insertas en el mercado informal de trabajo o en situación de desempleo-.

Entre las estrategias que desarrollaban las mujeres que asistían al Módulo de Mujeres y Disidencias en el año 2021, se destacan:

Como **estrategia inicial**, el reconocimiento por parte de cada una de las mujeres de la situación de consumo problemático que atravesaban y que les estaba afectando algunas de las cuatro áreas de su vida (física, interpersonal, laboral o legal). Ello consecuentemente les llevó a la “decisión de dar inicio a un tratamiento ambulatorio” (E6).

Las **estrategias de identificación de recursos** (sociales, económicos, culturales y/o simbólicos), que poseía cada mujer para garantizar su permanencia al tratamiento ambulatorio. Entre ellos se destaca la disponibilidad de *recursos económicos* con los que contaban para solventar los gastos que implicaba asistir a los espacios de tratamientos (grupales y/o individuales), la utilización de diversos medios de transporte -sean colectivos, taxis, autos-, o en el caso de no poseerlos, optaban por recorrer las distancias a pie.

En lo que respecta a los *recursos sociales*, es necesario reconocer las influencias que generaba el entorno cercano de las mujeres. Por parte de sus vínculos familiares -madre, padre, hermanes, hijos y vínculos sexo-afectivos- se ponían en marcha una multiplicidad de prácticas para garantizar la permanencia de las mujeres en sus tratamientos ambulatorios. Como por ejemplo en el cuidado de sus hijos, en el recordatorio de los días y horarios que tenían que asistir a la institución, en el llevarlas y buscarlas a la institución y/o en la organización de su rutina diaria.

Como *recursos culturales y simbólicos*, se destaca la puesta en práctica de la información y herramientas que les brindaban las profesionales acerca de sus derechos y obligaciones como sujetas consumidoras, la organización de los recursos económicos, de sus tiempos, de su rutina diaria, de sus relaciones sociales y del autocuidado -el reconocimiento y respeto por su integridad física y mental-. En lo que respecta a las **estrategias de autocuidado** las mujeres para evitar su consumo o para cuidarse en situaciones de consumo expresaban “no mantener contacto con el grupo del amigos” (E/C3) y/o vínculos sexo-afectivos con les que se consumía, y no frecuentar los espacios recreativos en los que se consumía.

Como **estrategias de organización** de los recursos económicos y su disponibilidad de tiempo, en el caso de aquellas mujeres que estaban insertas en el mercado informal de trabajo, comenzaron a adoptar por retirar el pago de sus transferencias monetarias posterior al fin de semana y/o momentos de recreación y ocio.

A su vez, las mujeres valoraban e identificaban a los encuentros con las profesionales del Módulo como espacios en donde expresaban sus sentires, emociones y miedos sin ser juzgadas. “Es un lugar en donde no se me va a juzgar y puedo ser yo [...] Se adaptan a mis tiempos, a mis procesos, y siempre con mucho apoyo.” (E/C2). Ello deviene en una **estrategia de identificación** puesto que las mujeres se sentían cuidadas y respetadas en los espacios institucionales, por lo que encontraban una motivación para concurrir a ellos (CC1).

4.3.2. Estrategias que desarrollaban las profesionales del Módulo de Mujeres y Disidencias

En primer lugar, se destaca como estrategia institucional la creación del Módulo de Mujeres y Disidencias que surgió a partir de las experiencias negativas que tenían las mujeres en el espacio de tratamiento compartido con varones. “porque veíamos que [...] toda la mierda masculina era depositada sobre un grupo de mujeres, y las pibas padecían de estar internadas o en tratamiento con ese grupo masivo de varones” (E5) y “[continuación con lo anterior] era terrible, era muy nocivo para la mujer en tratamiento, y los procesos terminaban

particularmente mal. Entonces decidimos cortar con esto, y trabajar por separado, no en forma mixta, si no crear un grupo específico para el abordaje de mujeres” (E5). Ello hizo que surgiera la necesidad de crear espacios diferenciados para mujeres y disidencias.

La creación del Módulo tuvo como objetivo no solo el reconocimiento del género como una variable determinante en la permanencia al tratamiento, sino también la construcción colectiva de un espacio grupal terapéutico, en donde quienes atraviesan situaciones similares puedan compartir sus experiencias, incertidumbres y sentimientos de manera libre, desprejuiciada y sin temor a ser motivo de burlas y/o sentirse discriminados. Es decir, un espacio grupal en donde se abordaran las necesidades de manera diferenciada y con especificidad, además de los espacios individuales de psicoterapia.

En el espacio grupal se buscaba construir un espacio integral, seguro y cómodo para las mujeres, algunos de los ejes fundantes fueron el diálogo y la reflexión sobre las diversas problemáticas que atravesaban. Para ello, en cada encuentro las profesionales proponían una temática, como por ejemplo la *temática cuidar*, en donde se dialogaba y se exponían experiencias individuales acerca de qué es cuidar, qué hacemos para autocuidarnos, cómo queremos que nos cuiden, cómo cuidamos a otros, a nivel afectivo, sexual y en los espacios de consumo. Otra temática que se abordó en proximidad a la Marcha por la Salud Mental fue la *salud mental*, qué se entiende por salud mental, por dignidad, por tratamiento digno, por qué se incluye los consumos problemáticos en la Ley. Se reconoce a tales encuentros como estrategias de cohesión grupal e informativas.

Otra estrategia a destacar es el trabajo interdisciplinario entre las profesionales de diferentes disciplinas como el Trabajo Social, la Psicología y la Psiquiatría, que posibilitaba la comprensión de situaciones complejas que atravesaban las mujeres, como por ejemplo que actualmente el abordaje de las situaciones de consumo problemático está acompañado por *otra* patología o padecimiento subjetivo, denominada ‘patología dual’ o ‘co-morbilidad’.

Por ahí en este momento, me parece que una de las cosas que también nos hace tener que poner más el cuerpo y la cabeza y no poder trabajar sin articular con psiquiatría, es que muchas de las mujeres que están en tratamiento tienen otra patología, padecimiento subjetivo, y necesitan, por lo menos por algún pedido, más acompañamiento de psiquiatría e incluso medicación. (E3)

Aquí resulta necesario destacar a la medicación como la que hacía posible un orden y organización en la rutina de cada mujer, y la que posibilitaba asistir y permanecer tanto en los espacios grupales como en los espacios de psicoterapia individual. Como lo expresaban las propias mujeres del Módulo en reiteradas situaciones “yo era una persona muy desorganizada

y desacomodada con todo, pero [la medicación] es como que me levanto y tengo un rutina y tengo mis horarios” (E/C3).

Por otro lado, también se destacan las estrategias de acompañamiento, organización y contención que desarrollaban las profesionales para con las mujeres. Estrategias que implicaban atención, cuidado de la salud, organización en sus rutinas diarias -manejo del dinero, cuidado de hijes y familiares, mantenimiento del hogar-, organización de horarios laborales, acompañamientos externos en situaciones legales con sus hijes, y promoción y construcción de lazos afectivos. Las profesionales colocaban especial énfasis en trabajar con el entorno afectivo de las mujeres para que acompañaran de forma integral en la permanencia de sus tratamientos.

Como es posible dar cuenta a lo largo de este apartado, es importante destacar y reconocer que las estrategias que desarrollaban las mujeres y las profesionales implicaba constantemente poner el cuerpo. Estrategias múltiples y heterogéneas que emergían de la cotidianeidad, pero que en la práctica concreta muchas de ellas resultaban ser insuficientes o incapaces de favorecer la permanencia en los tratamientos, en tanto que las condiciones estructurales y macrosociales no actúan como posibilitadoras. Es decir, condiciones que estructuraban el campo de los consumos problemáticos, tales como el diseño e implementación de políticas públicas que no contemplan la variable género, las características capitalistas y patriarcales propias del sistema, la distribución de recursos, los aspectos demográficos, entre otros, que limitaban sus prácticas.

4.4. Valorizando el abordaje integral en los consumos problemáticos

Finalmente, se retoma que la aplicación de la Ley de Salud Mental es un proceso que requiere tiempo y transformaciones culturales, organizacionales y políticas, y que se configuran en un camino de luchas de poder y disputa de sentidos entre diferentes actores sociales que representan intereses y proyectos distintos.

Si bien la tarea de promoción y protección del derecho a la salud mental de las mujeres con consumos problemáticos ha avanzado en materia legislativa, persisten prácticas que violentan los derechos de las mujeres en el campo de la salud. Así, la legalidad no se traduce automáticamente en legitimidad de las normativas; la realidad es que las resistencias culturales, económicas, ideológicas y políticas encarnadas en los dispositivos de salud, propician el mantenimiento de los modelos punitivos de restricción de derechos, que el cambio legal no ha logrado desplazar.

En base a lo expuesto, se identificó cómo la obstaculización del derecho a la salud se constituyó en las barreras que enfrentan las mujeres y que pone en tensión la garantía del acceso y permanencia a los tratamientos ambulatorios. Llevar a cabo el análisis de las barreras de acceso permitió visualizar y dejar en evidencia la deuda histórica que el Estado continúa teniendo hacia mujeres con consumos problemáticos; así como también permitió identificar aquellos factores que dificultan los servicios que permitan atender sus necesidades en salud.

Por tanto, conocer los factores que funcionaban como barreras de acceso a los servicios de salud, permitió el esbozo de estrategias situadas en un espacio-tiempo singular, que tengan en cuenta el estudio de aspectos sociológicos, económicos, políticos y culturales en pos de la construcción de autonomía en las mujeres y en la efectivización de sus derechos.

Las estrategias orientadas a eliminar barreras no solo deben enfocarse en mejorar la oferta de servicios, sino también abordar aspectos relacionados con las normas, los roles de género y el empoderamiento de las mujeres si se espera avanzar de manera sostenible hacia el acceso equitativo.

REFLEXIONES FINALES

En este apartado final nos proponemos destacar las conclusiones del proceso de investigación, y pensar en los nuevos desafíos que surgieron a partir de la indagación, análisis y reflexión en el campo de los consumos problemáticos de sustancias psicoactivas, particularmente en las mujeres que asistían a la Asociación Civil Programa del Sol.

Para ello, es necesario retomar el objetivo general, **identificar las barreras económicas, geográficas, organizacionales, simbólicas y culturales que se presentan en el acceso y permanencia a los tratamientos por consumo problemático de sustancias psicoactivas de las mujeres**, que a partir del cual se identificaron como barreras:

- El sistema capitalista, colonial y patriarcal;
- Los estigmas y las representaciones sociales y culturales;
- La distancia entre las normativas y las prácticas;
- El no reconocimiento de la interseccionalidad, la perspectiva de género y el enfoque de derechos humanos en los abordajes por consumo problemático;
- El acceso desigual al derecho a la salud y a sus dispositivos.

El sistema capitalista, colonial y patriarcal. Entre todos los derechos que el capitalismo y el patriarcado vulneran, el derecho a la salud de las mujeres se constituye en uno más. La invisibilización y la doble estigmatización que recae sobre las mujeres impacta de manera directa en la vulneración de sus derechos; en tanto que la elaboración, implementación y evaluación de políticas, programas y proyectos preventivos tienen como sujetos destinatarios a los varones, y también porque se tiende a homogeneizar y generalizar el grupo poblacional de mujeres.

Los estigmas y las representaciones sociales y culturales. Tales estigmas y representaciones que se les asigna a las mujeres, particularmente del Módulo, se constituyeron como barreras, en tanto que determinaban los modos de ser y actuar y, por ende, las formas de efectuar el consumo de sustancias. Estigmas y representaciones, naturalizadas a nivel social, que no solo se constituían en prácticas discursivas, sino que también impactaban en su cotidianeidad y en las prácticas que ellas desarrollaban, expulsándolas de los tratamientos u obstaculizando su permanencia.

La distancia entre las normativas y las prácticas. Si bien la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 incorpora a los consumos problemáticos de sustancias psicoactivas como asunto de salud mental y de derechos humanos, la relación entre las normativas y las prácticas se constituye como barrera, no solo a nivel estructural, en tanto las mismas son construcciones socio-históricas impregnadas por normas morales y en íntima

relación con el orden social hegemónico, sino también que aún persisten prácticas que responden al paradigma prohibicionista que abordan a los consumos problemáticos desde la criminalización, persecución y represión de quienes consumen. Prácticas que se superponen con los mandatos del paradigma de reducción de daños y riesgos, el cual aborda la problemática desde la restitución de derechos y el reconocimiento de los sujetos, su entorno y la relación que establecen con las sustancias.

El no reconocimiento de la interseccionalidad, la perspectiva de género y el enfoque de derechos humanos en los abordajes por consumo problemático. El no reconocimiento de tales enfoques como herramientas analíticas en los abordajes por consumo se constituyen en barreras puesto que inciden directamente en las formas en que se perciben los consumos problemáticos de las mujeres. Ello conlleva la implementación de estrategias desde abordajes generalizantes, imprecisos y ahistóricos, que no dan cuenta de las particularidades de los entramados en los cuales las mujeres se encuentran inmersas (sector social, clases de edad, etnia y género).

El acceso desigual al derecho a la salud y a sus dispositivos. Tal acceso desigual se constituye en barreras -geográficas, simbólicas, económicas, culturales y organizacionales- porque vulneran y obstaculizan la garantía de acceso y permanencia a los tratamientos ambulatorios. Desigualdades que invisibilizan las necesidades específicas de las mujeres y que conllevan la implementación de una multiplicidad de estrategias, tanto por parte de las mujeres como de los profesionales para lograr la inclusión real de las mismas en los dispositivos de tratamiento ambulatorio.

En este sentido, el análisis de las barreras en el acceso a los tratamientos de las mujeres que asistían al Módulo nos permitió visualizar y dejar en evidencia la deuda histórica que el Estado posee hacia las mujeres en general, y a las mujeres que atravesaban un consumo problemático en particular; así como también nos permitió identificar aquellos factores que dificultaban la permanencia de las mismas en los tratamientos ambulatorios.

Por lo tanto, resulta importante, en primer lugar, comprender a los consumos problemáticos de sustancias desde una mirada estructural, con sus entramados y circunstancias, ubicando a las mujeres como protagonistas de sus procesos de recuperación. Y, por otro lado, resaltar la necesidad de profundizar en los estudios y acciones desde una perspectiva de género, para así generar estrategias, interventivas e investigativas, que den respuesta a las diversas necesidades y demandas que ellas manifiestan.

Diremos entonces que para estar a la altura de las problemáticas actuales es necesario revisar los sentidos y los fundamentos en nuestros modos de acompañar al sujeto en la trama de su vida cotidiana, e incorporar la dimensión subjetiva como parte constitutiva de la dimensión institucional (Sierra, 2016, p.38).

En efecto, se destaca la importancia del impacto de los dispositivos de tratamiento ambulatorio donde se abordan los consumos problemáticos desde una mirada de los géneros y de manera integral, atendiendo a las particularidades y necesidades de las mujeres que asistían al Módulo de Mujeres y Disidencias de la Asociación Civil Programa del Sol.

Así como también, resulta necesario destacar los aportes que el Trabajo Social realiza en tales dispositivos para propiciar abordajes sociales y situados en el campo de la salud mental. Desde el ejercicio profesional, en tanto práctica fundamentada y eminentemente política, acordamos que trabajar con y para las mujeres en situaciones de consumos problemáticos implicaba superar miradas y abordajes que se centraran exclusivamente en la relación que entablan con las sustancias psicoactivas, para construir prácticas que den cuenta del entramado complejo que atraviesan las mujeres.

Así mismo, el posicionamiento desde el enfoque de derechos humanos y la perspectiva de género tuvo como horizonte no solo el reconocimiento de las sujetas en su condición de vulneración, sino también la de generar miradas críticas y disruptivas que se orienten, por un lado, a la efectivización, ampliación y restitución de derechos, y por otro lado, traspasen la mera inclusión formal o legal a los dispositivos de atención y se concrete en la inclusión real de las mujeres.

Por último, a partir del proceso de investigación resaltamos ciertos ejes que consideramos importantes a seguir pensando y re-pensando para construir abordajes integrales. Entre ellas se encuentran:

- Concientizar a los actores políticos, de salud, institucionales y organizacionales, vinculados al campo de los consumos problemáticos, sobre la influencia del género en las políticas y cómo estas políticas influyen la vida cotidiana de las sujetas, promoviendo la creación de comités e instancias de coordinación y actividades entre programas y actores.
- Crear y capacitar equipos interdisciplinarios que no solo tengan en cuenta la perspectiva médico-psiquiatra, sino también la perspectiva histórico-social de cada sujeta. Para ello, es necesario promover programas de prevención que no se orienten sólo al cambio de conductas individuales sino fundamentalmente del comportamiento colectivo, tanto

familiar, como institucional y comunitario, basados en la perspectiva de género y enfoque de derechos humanos.

- Promover la creación de nuevos espacios y estrategias de prevención y atención, que contemplen el enfoque de interseccionalidad y el género en el proceso de salud/enfermedad/atención.
- Enfatizar en la incorporación de políticas desde la perspectiva de reducción de daños y riesgos, superando las modalidades abstencionistas y prohibicionista en los abordajes de los consumos problemáticos.

REFERENCIAS

- Abramovich, V. (2006). Una aproximación al enfoque de derechos en las estrategias y políticas de desarrollo. *Revista CEPAL*, 88, pp. 35-50. <https://hdl.handle.net/11362/11102>
- Abril, V., Decca, E. y Mercado, M. C. (2019) Consumo problemático de drogas, un abordaje desde redes comunitarias. *ConCiencia Social*, 2(4), pp. 135-151. <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/ConCienciaSocial/article/view/23948>
- Accastello, C. y Bozzoletti, C. (2022). *Niñeces y Juventudes transicionando el sistema. Una mirada desde el Trabajo Social en el campo de la salud en torno a los obstáculos en el acceso a derechos y las prácticas de resistencia*. [Trabajo Final de Grado de la Licenciatura en Trabajo Social, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad Nacional de Córdoba]. Repositorio Institucional, Universidad Nacional de Córdoba.
- Acevedo, M. (2006). *El territorio como dador de identidad o Porque los pobres luchan por pertenecer a la ciudad* [ponencia]. 5 Siglos. Córdoba. Mimeo.
- Aday L. A. y Andersen R. M. (1974). Un marco para el estudio del acceso a la atención médica. *Investigación de servicios de salud*, 9(3), pp. 208-220.
- Aguirre Valdez, F. y Zapillón, I. (2021). *Poniendo en jaque el acceso a la salud: mujeres que consumen drogas. Una propuesta para repensar las intervenciones del Trabajo Social*. [Trabajo Final de Grado de la Licenciatura en Trabajo Social, Facultad de Ciencia Política y RRII, Universidad Nacional de Rosario]. Repositorio Institucional, Universidad Nacional de Rosario.
- Amorós, C., Miyares, A., Sanchez Bello, A., Posada, L., y Cobo, R. (2006). *Interculturalidad, feminismo y educación*. Los Libros de la Catarata.
- Arce, M. R., Boccardi, P. y Decca, E. (2020). Perspectiva de géneros en abordajes de consumo problemático de sustancias. *ConCiencia Social. Revista digital de Trabajo Social*, 8 (4), pp. 310-327.
- Babín, F. y Insúa, P. (2006). *Programa de educación para la salud*. Doblehache Comunicación.
- Belmartino, S. (1988). Modelo Médico Hegemónico [ponencia]. II Jornadas de A.P.S. Buenos Aires. CONAMER.
- Bertona, A., Villalpando, R. y Scarpino, P. (2017). La interseccionalidad como apuesta para la construcción de un proyecto profesional decolonial. *ConCienciaSocial. Revista digital de Trabajo Social*, 1(1), pp. 97-113. <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/ConCienciaSocial/article/view/18435>
- Bourdieu, P. y Wacquant, L. (2005). *Una invitación a la sociología reflexiva*. Siglo XXI Editores Argentina s. a.

- Bourdieu, P. (1988). *La distinción. Criterios y bases sociales del gusto*. Taurus Pensamiento.
- Butler, J. (2008). *Cuerpos que importan. Sobre los límites materiales y discursivos del sexo*. Paidós.
- Butler, J. (1990). Prohibición, psicoanálisis y la producción de la matriz heterosexual. *El género en disputa*. Pp 101-172. Paidós Ibérica.
- Canabal, I. N. (2014). Historia de las Políticas de Drogas en la Argentina. En Pablo Ascolani (Ed.), *Marihuana en Argentina. Historia, rendimiento, usos industriales y terapéuticos de la cannabis sativa*. (pp. 11-39). AREC.
- Carballeda, A. (2016). El enfoque de derechos, los derechos sociales y la intervención del Trabajo Social. *Margen*, 82, pp. 1-4. <https://www.margen.org/suscri/margen82/carballeda82.pdf>
- Castronovo, R. (2008). La identidad profesional. Esa construcción ilusoria. En Castronovo, R. y Cavallieri, S. (coords.), *Compartiendo notas. El trabajo social de la contemporaneidad*. (1° Ed., Cap. 1, pp. 17-35). Ediciones de la UNLa.
- Cazzaniga, S. (2020). Acerca del otro (otra, otre) en trabajo social. Concepciones y problematizaciones. *Revista Debate Público. Reflexión de Trabajo Social*, 10(19), pp. 47-54.
- 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*, 14, pp. 201-209. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=369139943019>
- Corda, A. (2010). Encarcelamientos por delitos con estupefacientes en Argentina. En A. Corda. *Leyes de drogas y cárceles en América Latina*. (pp. 1-32). WOLA.
- Criado, E. (1998). Los decires y los haceres. En Pizarro, N., *Crítica del lenguaje institucional. Nuevos métodos/nuevas teorías: fundamentos de la crítica de las ciencias sociales*. (56, pp. 57-71). Universidad de Sevilla. Departamento de Sociología
- Damin, C. (2014). Consumo de sustancias psicoactivas. [Archivo PDF].
- Diez, M., Pawlowicz, M. P., Vissicchio, F., Amendolaro, R., Barla J. C., Muñoz, A. y Arrúa, L. (2020). Entre la invisibilidad y el estigma: consumo de sustancias psicoactivas en mujeres embarazadas y puérperas de tres hospitales generales de Argentina. *Salud Colectiva*, 16, pp. 1-19. <https://doi.org/10.18294/sc.2020.2509>
- Farías, M., Veiga, S. y Elverdin, F. (16-18 de noviembre de 2016). *La enseñanza de investigación en Trabajo Social. Tensiones y desafíos*. V Encuentro Latinoamericano de Metodología de las Ciencias Sociales, Mendoza, Argentina.

https://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.8428/ev.8428.pdf

- Ferrandini, D. (2010). *Salud: opciones y paradigmas*. Mimeo.
- Fraser, N. (2008). La Justicia Social en la era de la Política de Identidad: redistribución, reconocimiento y participación. *Revista de Trabajo*, 6(4), pp. 83-99.
<https://www.filosoficas.unam.mx/docs/940/files/Nancy%20Fraser%20De%20la%20distribucion%CC%81n%20al%20reconocimiento.pdf>
- Fraser, N. (1991). Las luchas por las necesidades: esbozo de una teoría crítica socialista feminista de la cultura política del capitalismo tardío. *Debate Feminista*, 3(2), pp. 3-40.
<https://doi.org/10.22201/cieg.2594066xe.1991.3.1493>
- Frenk, J. (1985). El concepto y la medición de accesibilidad. *Salud Pública de México*, 27(5), pp. 438-453.
- Gamba, S. (2008). ¿Qué es la perspectiva de género y los estudios de género?. *Mujeres en Red. El periodico feminista*. <https://www.mujiresenred.net/spip.php?article1395>
- 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.
<https://www.academica.org/000-073/429.pdf>
- Giddens, A. (1982). *Las nuevas reglas del método sociológico: crítica positiva de las sociologías interpretativas*. Amorrortu editores.
- Grassi, E. (2018). Trabajo social e Investigación Social: una relación necesaria. *Revista Perspectivas: Notas sobre intervención y acción social*, 1.
- Grassi, E. (2011). La producción en investigación social y la actitud investigativa en el trabajo social. *Revista Debate Público. Reflexión de Trabajo Social*, 1 (1), pp.127-139.
- Goffman, E. (1986). *Estigma. La identidad deteriorada*. Amorrortu editores.
- González, C. (2001). *La intervención en el Abordaje Familiar*. [Ficha de cátedra de Teoría espacios y estrategias de intervención III, Lic. en Trabajo Social, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad Nacional de Córdoba]. Repositorio Institucional, Universidad Nacional de Córdoba.
- Guber, R. (2004): *El salvaje metropolitano. Reconstrucción del conocimiento social en el trabajo de campo*. Editorial Paidós SAICF.
- Gutierrez, A. (2002). *Las prácticas sociales: una introducción a Pierre Bourdieu*. Tierradenadie ediciones, S.L.
- Harding, S. (1996). *Ciencia y feminismo*. Ediciones Morata. <https://edmorata.es/wp->

[content/uploads/2020/06/Harding.CienciaFeminismo.PR .pdf](#)

- Hernández Morales, I. (2020). Colonialismo, capitalismo y patriarcado en la historia y los feminismos de Abya Yala. *Estudios Psicosociales Latinoamericanos*, 3 (1), pp. 29-47.
- Infatino, A. (2019). *Modelos de atención a mujeres con consumo problemático de sustancias en tres dispositivos del municipio de Moreno*. [Trabajo Final de la Especialización en Salud Social y Comunitaria, Universidad Nacional de Luján]. Repositorio Institucional, Universidad Nacional de Lujan. <https://ri.unlu.edu.ar/xmlui/handle/rediunlu/583>
- Jiménez Rodrigo, M. y Guzmán Ordaz, R. (2012). Género y usos de drogas: dimensiones de análisis e intersección con otros ejes de desigualdad. *Oñati Socio-legal Series*, 2 (6), pp. 77-96. https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2111917
- Jodelet, D. (1986). La representación social: fenómenos, concepto y teoría, en S. Moscovici (comp.) *Psicología Social, tomo I y II*. Paidós.
- Landreani, N. (1990). Métodos cuantitativos versus métodos cualitativos: Un falso dilema. *Ciencia, Docencia y Tecnología*, 1 (1), pp. 1-17.
- Llovera, M. S., y Scialla, M. (2017). Políticas de drogas en Argentina (2003-2015). Reflexiones en torno a la puja entre lo heredado y lo reformulado. *Temas y debates*, 34, pp. 77-99.
- Madrid Pérez, A. (2018). III Vulneración y vulnerabilidad: dos términos para pensar hoy la gestión socio-política del sufrimiento. En J. Solé Blanch y A. Pié Balaguer (coords.), *Políticas del sufrimiento y la vulnerabilidad*. (pp. 55-72). Icaria editorial, S.A.
- Maffia, D. (2011). *El ocultamiento de las mujeres en el consumo de sustancias psicoactivas*. [Archivo PDF] <http://dianamaffia.com.ar/archivos/El-ocultamiento-de-la-mujer-en-el-consumo-de-sustancias-psicoactivas.pdf>
- Margulies, S., Barber, N. y Recoder, M. L. (2006). VIH-SIDA y “adherencia” al tratamiento. Enfoques y perspectivas. *Antípoda. Revista de Antropología y Arqueología*, 1(3), pp. 281-300. <https://doi.org/10.7440/antipoda3.2006.11>
- Martínez, S., Rodríguez, G. y Pereyra, A. (s/f). *Viejas tensiones, nuevos desafíos y espacios en la producción de conocimiento y trabajo social* [Archivo PDF]. <https://blogs-fcpolit.unr.edu.ar/ciecits/files/2018/03/VIEJAS-TENSIONES-NUEVOS-DESAFIOS-Y-ESPACIOS-EN-LA-PRODUCCION-DE-CONOCIMIENTO-Y-TRABAJO-SOCIAL..pdf>
- Mendes Diz, A. M., Di Leo, P. F., Schwarz, P., Adaszko, D. y Camarotti, A. C. (2010). *Usos del tiempo, violencias, consumo de drogas y sexualidad en jóvenes en espacios recreativos nocturnos en tres ciudades argentinas*. Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (CLACSO). <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/Argentina/iigg->

uba/20100720120411/dt55.pdf

- Menéndez, E. L. (2012). Sustancias consideradas adictivas: prohibición, reducción de daños y reducción de riesgos. *Salud Colectiva*, 8(1), pp. 9-24.
<http://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/article/view/77>
- Menéndez, E. L. (1988). *Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria*. Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud, Buenos Aires, Argentina.
- Molina, G. (2019). Educación sexual integral: recorridos y escenarios actuales. *Educación y vínculos*, 2(4) , pp. 83-94.
- Morán Faúndes, J. M. (2017). Capítulo II La Organización “Pro-Vida”. En Morán Faúndes, J. M., *De vida o muerte. Patriarcado, heteronormatividad y el discurso de la vida del activismo “Pro-Vida” en la Argentina*, pp. 63-114. Centro de Estudios Avanzados.
- Moscovici, S. (1961). La representación social: un concepto perdido. En Serge Moscovici. *El Psicoanálisis, su imagen y su público*. (2da. edición. Cap. I, pp. 27-44). Ed. Huenul.
- Parga, J. (2009). “Mujeres y drogas. La transversalidad de género en las políticas públicas de drogas”. Congreso Internacional: “las políticas de equidad de género en prospectiva: nuevos escenarios, actores y articulaciones” Área Género, Sociedad y Políticas. FLACSO, Buenos Aires, Argentina.
- Pawlowicz, M. P. (2015). Ley de Salud Mental. Apuesta a un cambio de paradigma y oportunidades para una reforma de las políticas de drogas. *Voces en el Fénix*, 42, pp. 20-27.
- Pawlowicz, M. P., Duarte, M., Rossi, D., Alcaraz, L., Goltzman, P., Navarro, D., Ralón, G., Stehlik, C., y Touzé, G. (2015). *Implicancias de la implementación de la Ley 26.657 de Salud Mental en relación con los consumos problemáticos de drogas en la Ciudad de Mendoza*. [2º Jornadas de Sociología, Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, Universidad Nacional de Cuyo]. <https://www.aacademica.org/gonzalo.ralon/34>
- Romani, O. (2008). Políticas de drogas: prevención, participación y reducción del daño. *Salud Colectiva*, 4 (3), pp. 301-318.
- Romo, N. (2005). Género y uso de drogas: la invisibilidad de las mujeres. *Monografías Humanitas*, 5, pp. 69-83.
<https://www.drogasgenero.info/wp-content/uploads/romo.pdf>
- Romero, N (2018). *Capitalismo y fetichización de la droga mercancía, en la determinación social del uso de sustancias psicoactivas en jóvenes adolescentes de localidades representativas de Bogotá-Colombia*. [Tesis de doctorado en Salud Colectiva,

- Ambiente y Sociedad, Universidad Andina Simón Bolívar]. Repositorio Institucional, UASB- Digital.
- Ronzani, T. M., y Touzé, G. (2020). Consumo de sustancias psicoactivas del castigo al cuidado. *Salud Colectiva*, 16, pp. 1-4. <https://doi.org/10.18294/sc.2020.3100>
- Rosenbaum, M. y Murphy, S. (1990). Women and addiction: process, treatment and outcome. En Elizabeth Y. Lambert (ed). *The collection and interpretation of data from hidden populations*. Rockville: US Department of Health and Human Services. (pp. 120-127) NIDA Research Monograph.
- Rotondi, G. (2012). Trabajo Social: ¿Utopías de autonomía profesional?. *Sociedades en Debate*, 14(2), pp. 169-184.
- Hernández Sampieri, R., Fernández, C. y Baptista, L. (2006). Capítulo 5: Definición del alcance de la investigación a realizar: exploratoria, descriptiva, correlacional o explicativa. En R. Hernández Sampieri, C. Fernández y L. Baptista, *Metodología de la investigación* (pp. 99-120). McGraw-Hill.
- Sánchez Cota, A. y Sebastiani, L. (2020). Re-imaginar la entrevista de manera no extractiva para tratar de activar procesos colaborativos junto a la Asamblea Centro de Stop Desahucios Granada-15M. En A. Álvarez Veinguer, A. Arribas Lozano y G. Dietz (Ed.), *Investigaciones en Movimiento. Etnografías colaborativas, feministas y decoloniales*, (pp. 325-351). CLACSO.
- Santos Sharpe, A. (2020). Discontinuar (en) la universidad. Análisis de experiencias de discontinuidad de los estudios universitarios en distintos campos disciplinares a partir de relatos de vida. En Meccia, E. (Dir.). *Biografías y sociedad. Métodos y perspectivas*, pp. 225-256. Ediciones UNL.
- Serena, F. (2010). *Cuando los medios de comunicación hablan de drogas*. II Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología y XVII Jornadas de Investigación Sexto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina.
- Sierra, N. (2016). *Presencia constante. Acompañamientos institucionales ante situaciones complejas* [Archivo PDF]. <https://docer.com.ar/doc/8c815cn>
- Soria, S., Scarpino, P. Bertona, L. y Torres, E. (2021). Capítulo 4: Epistemologías de las corporalidades oprimidas en P. Scarpino, O. Maritano y P. Bonavitta (Comps), *Escrituras anfibia: ensayos feministas desde los territorios de Nuestra América* (pp. 179-336). Área de Publicaciones de la Facultad de Filosofía y Humanidades - UNC.

- Spinelli, H. (2010). Las dimensiones del campo de la salud en Argentina. *Salud Colectiva*, 6 (3), pp. 275-293. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=73115348004>
- Suriano, J. (2000). Introducción: una aproximación a la definición de la cuestión social en Argentina. En Juan Suriano (compilador), *La Cuestión Social en Argentina 1870-1943* (pp. 1-29). La Colmena.
- Tajer, D. (2004). Construyendo una agenda de género en las políticas públicas en salud. *Políticas Públicas, Mujer y Salud*, pp. 27-39.
- Tarantino, M. (2015). *Las mulas del narcotráfico y la Ley de Trata de Personas* [Archivo PDF]. <https://www.pensamientopenal.com.ar/system/files/2015/08/doctrina41752.pdf>
- Valles, M. (1999). Diseño y estrategias metodológicas en los estudios cualitativos en Valles, M. (Ed.). *Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional*, pp. 69-105. Síntesis, S. A.
- Viveros Vigoya y Gil Hernandez (2010) Género y generación en las experiencias de ascenso social de personas negras en Bogotá. *Maguaré*, 24, pp. 99-130. <https://revistas.unal.edu.co/index.php/maguare/article/view/22737/23552>

Otras fuentes documentales

- Convención Internacional del Opio. 23 de enero de 1912.
- Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes. 9 de abril de 1992.
- Corte Suprema de la Nación. Sala 4° de la Cámara Nacional de Apelaciones en lo Criminal y Correccional. Sentencia B000000085, Bazterrica, Gustavo Mario Bazterrica S/ Tenencia De Estupefacientes; 29 de agosto de 1986.
- Corte Suprema de la Nación. Sentencia A.891.XLIV, Arriola, Sebastián y otros s/ RECURSO DE HECHO causa n° 9080; 15 de agosto de 2009.
- Decreto 1249 de 2016. Emergencia Nacional en materia de Adicciones. 12 de diciembre de 2016.
- Junta Nacional de Drogas (s/f). La Gestión de Riesgos. Un camino hacia el abordaje de la problemática de drogas.
- Junta Nacional de Drogas (2018). Guía para técnicos. Prevenir en el ámbito familiar y comunitario. https://www.gub.uy/junta-nacional-drogas/sites/junta-nacional-drogas/files/documentos/publicaciones/Guia_Tecnicos2018_Digital_0.pdf
- Ley 10067 de 2012. Adhesión de La Provincia a La Ley Nacional N° 23737. Creación Del Fuero De Lucha Contra El Narcotráfico. Modificación De La Ley N° 7826 -Orgánica Del Ministerio Público Fiscal. 04 de julio de 2012.

- Ley 17818 de 1968. Ley de Estupefacientes. 19 de julio de 1968. D. O. No. 21494.
- Ley 20771 de 1974. Ley Penal sobre Estupefacientes. 03 de octubre de 1974. D. O. No. 23011.
- Ley 23737 de 1989. Modificación al Código Penal. 20 de octubre de 1989. D. O. No. 26737.
- Ley 24424 de 1994. Modificación de la Ley N° 23.737. 02 de enero de 1995. D. O. No. 28056.
- Ley 26052 de 2005. Ley De Desfederalización Parcial De La Competencia Penal En Materia De Estupefacientes. 31 de agosto de 2005. D. O. No. 31725
- Ley 26529 de 2009. Ley de Derechos del Paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud. 19 de noviembre de 2009. D. O. No. 31785
- Ley 26657 de 2010. Ley Nacional de Salud Mental. 02 de diciembre de 2010. D. O. No. 32041.
- Ley 26934 de 2014. Plan Integral para el Abordaje de los Consumos Problemáticos. 28 de mayo de 2014. D. O. No. 32894.
- Observatorio Argentino de Drogas (23 de Junio de 2021). Estudios e Investigaciones. <https://www.argentina.gob.ar/sedronar/investigacion-y-estadisticas/observatorio-argentino-de-drogas/estudios>
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (2020). *Resumen Ejecutivo*. Editorial UNODC.
- Programa del Sol. (22 de junio de 2023). Área Terapéutica de Mujeres y Disidencias. <https://programadelsol.com.ar/mujeres-y-disidencias/>
- Resolución 2177 de 2013 [Ministerio de Salud]. Plan Nacional de Salud Mental 2013-2018. 20 de enero de 2014.
- Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico [SEDRONAR] (2020). Géneros, diversidad y consumos problemáticos. Una primera aproximación. Curso de formación SEDRONAR.

Fuentes primarias

- Cuaderno de Campo 1 (CC1). Registro colectivo de las actividades de campo de las estudiantes Dalmazzo, Larivey y Quiroga Camargo. 06 de septiembre de 2021.
- Entrevista/conversación 1 (E/C1). Entrevista/conversación realizada a G. el 20 de noviembre de 2021. Mujer participante del Módulo de Mujeres y Disidencias. 31 años. Madre de 6 hijos. Desempleada. Ingresó a tratamiento en el año 2021.
- Entrevista/conversación 2 (E/C2). Entrevista/conversación realizada a F. el 02 de noviembre de 2021. Mujer participante del Módulo de Mujeres y Disidencias. 33 años. No madre. Se desempeña en el mercado informal de trabajo. Ingresó a tratamiento en junio del año 2021.

- Entrevista/conversación 3 (E/C3). Entrevista/conversación realizada a M. el 04 de noviembre y 18 de noviembre de 2021. Mujer participante del Módulo de Mujeres y Disidencias. 26 años. Madre de 1 hija. Desempleada. Ingresó a tratamiento en junio del año 2021.
- Entrevista/conversación 4 (E/C4). Entrevista/conversación realizada a P. el día 23 de noviembre de 2021. Mujer participante del Módulo de Mujeres y Disidencias. 29 años. No madre. Se desempeña en el mercado informal de trabajo. Ingresó a tratamiento en junio del año 2021.
- Entrevista 1 (E1). Entrevista realizada a P. el día 04 y 25 de octubre. Profesional del Módulo de Mujeres y Disidencias. Licenciada en Psicología.
- Entrevista 2 (E2). Entrevista realizada a N. el día 04 y 25 de octubre. Profesional del Módulo de Mujeres y Disidencias. Licenciada en Psicología.
- Entrevista 3 (E3). Entrevista realizada a E. el día 04 y 25 de octubre. Profesional del Módulo de Mujeres y Disidencias. Licenciada en Trabajo Social.
- Entrevista 4 (E4). Entrevista realizada a E. el día 18 de octubre. Referente institucional en el marco de la práctica académica del TFG. Licenciada en Trabajo Social.
- Entrevista 5 (E5). Entrevista realizada a R. el día 01 de septiembre. Referente de la Asociación Civil Programa del Sol.
- Entrevista 6 (E6). Entrevista realizada a V. el día 06 de septiembre. Profesional del Equipo de Admisión. Licenciada en Psicología.



facultad de ciencias
sociales



Universidad
Nacional
de Córdoba