

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL
Tesis Licenciatura en Trabajo Social

**Los tratamientos por uso problemáticos de
sustancias psicoactivas para mujeres en el
Uruguay: una mirada desde una perspectiva
de género y cuidado**

Sofía Horvath Ramela
Tutora: María José Beltrán

2016

RESUMEN

El presente trabajo intenta analizar y comprender por qué las mujeres acceden y sostienen en menor medida que los hombres los procesos de tratamiento por consumo problemático de sustancias psicoactivas. Para lograrlo, se plantea realizar un análisis a la luz de las categorías género y cuidado.

Se problematiza por tanto el rol social y familiar de la mujer, las características atribuidas a la misma y como esto influye en sus procesos de tratamiento o la búsqueda de apoyo profesional para enfrentar la dependencia de sustancias psicoactivas.

Por otra parte, se analizan las distintas responsabilidades de cuidado que asumen las mujeres, los sentidos de este cuidado y las diferencias según los distintos roles de ellos: madre, hija, hermana, pareja, entre otros.

PALABRAS CLAVE: Drogas, Tratamiento por uso de drogas, Género, Cuidado

AGRADECIMIENTOS

A todas las entrevistadas por su disposición y apertura,

A mi familia por siempre acompañarme,

A todos los que de una manera u otra me apoyaron e hicieron este camino un poco más fácil y entretenido: mis amigos, Mauri, mis compañeros de trabajo y mis amigas de la facultad.

INDICE

INTRODUCCIÓN	4
CAPÍTULO 1: DROGAS Y POLÍTICAS PÚBLICAS DE DROGAS EN URUGUAY	12
1.1 “EL PROBLEMA DE LAS DROGAS”, NOCIONES FUNDAMENTALES PARA LA COMPRESIÓN Y ANÁLISIS.	12
1.2: SITUACIÓN DEL PROBLEMA DE DROGAS EN AMÉRICA LATINA Y URUGUAY	16
1.3 ESTRATEGIAS PARA EL TRATAMIENTO DEL CONSUMO PROBLEMÁTICO DE SUSTANCIAS PSICOACTICAS EN EL URUGUAY.	21
1.4 LEGISLACIÓN SOBRE LA TEMÁTICA EN URUGUAY	23
CAPITULO 2. GÉNERO Y DROGAS. LA SITUACIÓN DE LAS MUJERES QUE CONSUMEN DROGAS DE MANERA DEPENDIENTE Y REQUIEREN DE UN TRATAMIENTO.....	26
2.1 INTRODUCCION A UNA PERSPECTIVA DE GÉNERO	26
2.2. ¿HAY ACTUALMENTE MUJERES QUE CONSUMEN SUSTANCIAS PSICOACTIVAS Y NECESITAN TRATAMIENTO? ¿CUAL ES SU PERFIL? ..	27
2.3 INVISIBILIZACION DE LA SITUACION DE CONSUMO DE DROGAS EN LAS MUJERES	31
2.4. LA FAMILIA Y LA MUJER QUE CONSUME DROGAS. UNA MIRADA ESTIGMATIZANTE	34
2.5 LA MIRADA SOCIAL DE LAS MUJERES EN TRATAMIENTO POR CONSUMO DE PROBLEMÁTICO DE SUSTACIAS PSICOACTIVAS	40
2.6 LOS TÉCNICOS QUE TRABAJAN EN TRATAMIENTO POR CONSUMO DE PROBLEMÁTICO DE DROGAS Y LA CATEGORÍA DE GÉNERO	42
CAPITULO 3. EL CUIDADO COMO CATEGORÍA FUNDAMENTAL PARA LA COMPRESION DE LA SITUACIÓN DE LAS MUJERES QUE CONSUMEN SUSTANCIAS PSICOACTIVAS DE MANERA DEPENDIENTE.	45
3.1. ¿ DE QUÉ HABLAMOS CUANDO HABLAMOS DE “CUIDADOS”?	45
3.2 EL EJERCICIO DE LAS TAREAS DE CUIDADO EN LAS MUJERES QUE ASISTEN A TRATAMIENTO O POSEEN CONSUMOS PROBLEMATICOS DE SUSTANCIAS.	48
3.3 EL CUIDADO, LA PAREJA Y LA MATERNIDAD.....	50
CONSIDERACIONES FINALES	60
BIBLIOGRAFÍA	64
ANEXOS	¡Error! Marcador no definido.

INTRODUCCIÓN

El presente documento constituye el anteproyecto de la monografía final de grado, requisito formal para la finalización de la Licenciatura en Trabajo Social en el Plan 2009 de la Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República, Uruguay.

El tema a investigar refiere a entender por qué las mujeres acceden y sostienen en menor medida que los hombres procesos de tratamiento por consumo problemático de sustancias psicoactivas, y a su vez poder identificar elementos que facilitarían la permanencia de las mujeres en los centros de tratamiento y por tanto dar continuidad a sus procesos de tratamiento y de trabajo sobre su situación.

Para comprender este problema se analizarán las siguientes categorías: género y cuidado, intentando a través de estas entender el lugar de las mujeres en la sociedad actual y por tanto en los centros de tratamiento o de apoyo y contención.

Existen distintos modelos o posiciones para comprender el uso problemático de sustancias e intervenir en él. El paradigma de “Aprendizaje Social” se entiende como el más adecuado para este documento y para analizar esta realidad desde el Trabajo Social. El mismo entiende que el vínculo problemático no es sólo con la sustancia, sino que es un reflejo de distintas circunstancias, momentos o sentimientos que el individuo está transitando. En este sentido se entiende que el patrón de consumo puede ser modificado y que no debe ser comprendido como una enfermedad sin cura, sino como un comportamiento aprendido para manejar distintas situaciones o emociones personales.

A diferencia de los modelos médicos del cambio, los modelos que hacen énfasis en los factores psicosociales enfatizan el hecho de que el uso problemático de sustancias o el vínculo de dependencia con ellas, no es en sí mismo una enfermedad sino un comportamiento aprendido (...) Desde este modelo se entiende que el comportamiento de consumo problemático puede ser modificado mediante procesos de aprendizaje y sustituido por formas de comportamiento más saludables. No existe necesariamente una progresión de acontecimientos que lleven a un deterioro irreversible del usuario y no hay necesidad de que el sujeto “toque fondo” para comenzar un proceso de cambio, ya que el cambio puede darse en cualquier momento del proceso de consumo (Fernández y Lapetina, 2008: 57).

En el presente trabajo se intentarán delimitar los motivos por los cuales en el Uruguay acceden menos cantidad de mujeres a tratamiento por consumo de

sustancias, así como sostienen en menor medida los mismos. La información respecto a los porcentajes de mujeres que tienen una relación problemática con el consumo de sustancias psicoactivas, como el porcentaje de mujeres que solicita tratamiento no está difundida por parte de la Secretaría Nacional de Drogas. Se solicitó en el marco de este trabajo al Observatorio de Drogas la información, y a través del sistema de registro de información de los tratamientos en el Uruguay (“Tratamiento Registra”) se puede saber que entre enero de 2013 y junio de 2015 del total de personas que solicitaron tratamiento por consumo de sustancias el 16 % fueron mujeres.

JUSTIFICACIÓN

El problema de investigación surge desde la experiencia laboral: la estudiante se desempeña como referente educativa en Proyectos de Inserción Social de la Junta Nacional de Drogas, en los cuales los y las participantes son derivados de los centros de tratamiento públicos y privados. Las derivaciones son en su mayoría hombres, al surgir el cuestionamiento de por qué esto se daba, la estudiante va percibiendo que es realmente menor la cantidad de mujeres que acceden a tratamientos o a dispositivos de apoyo y contención en comparación con los hombres.

Es por lo anterior que se introduce como categoría de análisis el género, entendiendo que esta dimensión condiciona los procesos de tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas.

(...) el género es uno de los principales instrumentos de análisis de las condiciones que viven las mujeres en relación a los hombres en cualquier tipo de sociedad, es decir, en los procesos sociales y, por lo tanto, en los procesos de desarrollo (De la Cruz ;1998:17).

Se puede plantear por tanto que tanto el ser mujer como el ser hombre determina el espacio social en el que se desarrollan las personas, así también como lo esperado de cada uno de ellos, según los roles de género establecidos. En el tema a abordar es necesario plantear que lo esperado por la sociedad de una mujer la aleja de su imagen de usuaria problemática de drogas en tratamiento, ya que:

En general son las mujeres las encargadas de la temática salud, de tomar decisiones al respecto, de cuidar a los enfermos y encaminar las consultas médicas. Y esto es asumido por la Institución. Pero en la mayoría de los casos

son las últimas en acudir a consultas o cuidar su propio cuerpo, excepto en situaciones de enfermedades crónicas y/o laborales (De Martino: 2011:244).

A su vez, es poco esperado por el rol social y en la familia de la mujer que la misma sea la que deba ser cuidada, que la misma no haya podido manejar sus emociones y sentimientos de manera autónoma y que la lleven a tener que realizar un tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas antes que desarrollar el cuidado de su familia.

La familia contemporánea está tan controlada como liberada, ni más ni menos. O, mejor dicho, es todo eso a la vez: un medio para el desarrollo de los individuos, un medio para introducir en su seno una exigencia normativa en materia de buen comportamiento educativo, conyugal y sexual (Donzelot; 2008: 10).

Es por lo anterior que se focalizará el trabajo en el rol social, familiar y comunitario de la mujer y como esto la condiciona en poder enfrentar sus dificultades cuando lo desea y que estén disponibles para ella tratamientos accesibles para enfrentar lo que la ha llevado a consumir, así como su rol en la familia y sociedad distinto del esperado.

Otro elemento que hace relevante la investigación del tema es la importancia que ha comenzado a tomar la perspectiva de género en la agenda de trabajo de la Junta Nacional de Drogas (JND):

La Junta Nacional de Drogas (JND) es un organismo dependiente de la Presidencia de la República de carácter interministerial. Encargada de definir las líneas políticas en las distintas áreas en lo que hace a la reducción de la demanda, control de la oferta y lavado de activos, sistematización de estudios, información e investigación, tratamiento y rehabilitación, comunicación, debate público y académico (JND, 2015).

Dicho organismo ha creado, según lo que plantea en un sitio web, como departamento de trabajo en el año 2012 la “Secretaría de Género” con el objetivo de transversalizar la perspectiva de género en sus distintas acciones. Al ser un departamento muy reciente no se visualizan trabajos publicados que muestren la realidad de las mujeres que consumen sustancias ya que han focalizado su investigación en el rol de las mujeres en el micro-tráfico, así como en el apoyo con recursos económicos a parte de la sociedad civil que se interese trabajar en políticas de drogas con una perspectiva de género.

Resulta relevante la investigación a su vez, ya que no existen trabajos que aborden la temática en el Uruguay, como si lo existen en otros países, por lo que las conclusiones que se toman son en base a los dispositivos de tratamiento y experiencias de otros países.

Por otra parte se torna relevante la apropiación de esta temática por parte de la disciplina del Trabajo Social, ya que se puede plantear que muchas de las dificultades de acceso están vinculadas a problemáticas sociales que requieren ser abordadas desde una perspectiva interdisciplinaria, de la que el Trabajo Social no puede permanecer ausente. Se focalizará en este sentido en las categorías género y cuidado como elementos de análisis para entender la realidad de las mujeres que se encuentran en una situación de consumo problemático de sustancias y que desean o necesitan realizar tratamiento.

ENFOQUE TEÓRICO CONCEPTUAL: PRESENTACIÓN DE CATEGORÍAS DE ANÁLISIS

Una de las ideas teóricas centrales para analizar este problema de investigación es el rol de cuidado que desde la sociedad y desde la familia se la atribuye a las mujeres y por tanto como el género condiciona el accionar de las mujeres que enfrentan situaciones personales de consumo problemático de sustancias psicoactivas. Para ello se utilizarán los aportes de distintos autores, entre ellos Donzelot (2008), Lagarde (2001) y De Martino (2011) que nos permiten entender cómo la familia reproduce los modelos donde los roles de género y de cuidado son aprendidos y transmitidos.

De Martino (2011:3) entiende por su parte a “(...)la familia como una construcción socio-histórica, socialmente determinada, y a la vez sujeto productor de prácticas y representaciones sociales, que a su vez instituyen o son instituidas en los aspectos ideo-políticos y pragmáticos de las políticas públicas”.

Por tanto la entiende de manera similar a Donzelot (2008) como un espacio de reproducción social y disciplinamiento.

Es a partir de entender a la familia como reproductora de una ideología dominante, promotora de una normalización y homogeneización de la sociedad que podemos comprender también el hecho de que la familia debe garantizar al Estado, que sus

miembros cumplan con los requisitos que este pone, y logren acercarse a lo que se entiende como “normalidad”. Ese rol dentro de las familias es de las mujeres, mientras que el hombre tiene un rol de proveedor. A pesar de que las mujeres también han comenzado a cumplir un rol proveedor no han logrado desligarse ni ser desligadas de las tareas de cuidado y de estar siempre disponible para los demás miembros de la familia o de la comunidad.

Las mujeres por tanto han logrado adquirir nuevos roles y espacios sociales como por ejemplo el comenzar a desempeñarse en el ámbito público como trabajadoras. Esto genera una contradicción ya que:

A la vez, somos modernas y somos tradicionales, y a diario vivimos una contradicción antagónica en desear ser benevolentes, generosas y dar en superabundancia a los demás, al mismo tiempo que tratamos de realizarnos, de vivir en plenitud y de ser libres (Lagarde;2001: 27).

Estas nuevas responsabilidades generan contradicciones, cuestionamientos, sobrecargas en el rol asumido dentro de la familia y de la comunidad de convivencia que pueden llevar a sufrimientos, padecimientos y frustraciones por no poder lograr con todo lo esperado. Lagarde (1993) en su narrativa intenta generar entendimiento respecto a cómo esto es vivido por las mujeres hoy en día:

No obstante, los desfases entre el deber ser y la existencia, entre la norma y entre la vida realmente vivida, generan procesos complejos, dolorosos y conflictivos, en mayor grado si son enfrentados con las concepciones dominantes de feminidad (ideologías tradicionales), porque las mujeres viven estos desfases como producto de su incapacidad para ser mujeres (Lagarde; 1993:14).

El comprender los motivos que llevan a las mujeres al consumo y a tener mayores barreras o dificultades en acercarse a solicitar tratamiento por cómo pueden llegar a ser vistas y entendido como un fracaso desde su rol asignado, permite pensar que los dispositivos de tratamiento deberían estar preparados para enfrentar esta situación y en la búsqueda de estrategias de abordaje particulares, que tengan en cuenta las singularidades de cada mujer, pero también lo que significa el ser mujer en el Uruguay en este momento histórico.

Como se planteará a continuación es importante comprender las singularidades de quienes concurren a solicitar tratamiento para poder brindar una atención adecuada y útil para la situación dada.

Un error muy habitual a la hora de hacer frente a los riesgos y problemas que suponen los consumos de drogas es el de considerar a la población como un conjunto homogéneo, en el que domina la perspectiva masculina, ofreciendo las mismas respuestas a hombres y mujeres. El resultado de todo ello es que la respuesta social al consumo de drogas por parte de las mujeres es totalmente inadecuada (Sanchez;2008:9).

OBJETIVO GENERAL:

Contribuir al análisis de la vinculación de las mujeres con los dispositivos de tratamiento por consumo problemático de sustancias psicoactivas, desde las categorías género y cuidado.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Identificar y problematizar las causas que dificultan el acceso a tratamientos por uso de drogas, desde la perspectiva de mujeres que están o han estado en tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas.

Conocer las representaciones respecto de la mujer consumidora de sustancias psicoactivas a la luz de las categorías, género y cuidado.

METODOLOGÍA

Para poder concretar los objetivos planteados anteriormente se llevarán a cabo distintas técnicas de recolección de datos e información, una de las herramientas a utilizar será la entrevista, dentro de los distintos tipos de entrevista se selecciona la entrevista semi-estructurada, entendiéndose como la más adecuada, ya que: *“(…) es guiada por un conjunto de preguntas y cuestiones básicas a explorar, pero ni la redacción exacta, ni el orden de las preguntas es predeterminado,”* (Valles,1999:179). Este tipo de entrevistas permiten herramientas como la re-

pregunta que pueden resultar fundamentales para la concreción de los objetivos planteados.

Se realizarán 4 entrevistas a mujeres que hayan transitado por procesos de tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas, ya sea que hayan terminado el proceso determinado o no. Se intentará que las mismas participen o hayan participado de dispositivos de tratamiento diferentes. Esto se planifica de esta manera para que las entrevistas den elementos para poder analizar la realidad desde los distintos tipos de tratamiento que existen actualmente en el Uruguay y a los que las mujeres pueden acceder.

Asimismo se realizará una búsqueda y análisis documental, que nos permita comprender la realidad de los dispositivos de tratamiento que trabajan actualmente, la mirada política y de gobierno de la temática y así también las intenciones de conocer sobre este tema y de poder colocarlo en la agenda política actual. El análisis de documentos es una técnica que: “(...) *corre pareja a la actividad analítica del investigador social. En el caso de los documentos cualitativos disponibles se trata, claramente, de una labor que requiere el concurso de otras técnicas de investigación.*” (Valles; 1999:137). Esta técnica requiere que el investigador tenga presente el contexto socio-histórico en el cual se enmarca. En palabras del autor: “*Interpretar supone el intento de entender el documento en el contexto de las condiciones (materiales, sociales) de su producción y de su lectura.*” (Valles; 1999:137)

A efectos de complementar el análisis, se realizarán entrevistas a informantes calificados, que puedan dar una mirada especializada en el área a investigar así como dar cuenta de los elementos institucionales que explican la inserción de las mujeres en los espacios de tratamiento. Se entiende que la persona a entrevistar puede ampliar la mirada o los elementos con los que se están trabajando, así como permitir comprender por qué se toman determinadas decisiones o trayectorias.

El presente documento se desarrollará a lo largo de tres capítulos, el primero de ellos abordará la situación de las políticas sociales de drogas en el Uruguay actual, así como también las estrategias que se han ido generando para abordar la problemática de drogas y específicamente el tratamiento para las personas que están en situaciones de consumo problemática y que requieren de atención especializada.

El segundo capítulo analizará la información obtenida a lo largo de las entrevistas y el análisis documental en función de la categoría de análisis *Género*, entendiendo qué elementos del “ser mujer” influyen en el tema de análisis. Se estudiará también, cómo es el rol esperado de la mujer en la sociedad, en el barrio y en la familia, que no coincide, en general, con la mujer que está en una situación de consumo problemático ni de tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas.

En el tercer capítulo se problematizará la información obtenida de los discursos de las distintas personas en función al *cuidado* y a como ese rol es exigido a las mujeres en distintas circunstancias y momentos de su vida, así como también la responsabilización e individualización de esta problemática, entendiendo que depende exclusivamente de las decisiones tomadas a lo largo de la vida.

Por último se realizarán las reflexiones finales que sintetizarán el trabajo y lo construido en el mismo.

CAPÍTULO 1: DROGAS Y POLÍTICAS PÚBLICAS DE DROGAS EN URUGUAY

“Las drogas existen. Están en el mundo Hay millones de usuarios y usuarias de sustancias tóxicas que alteran la conciencia. Al mismo tiempo, la mayoría de las doctrinas políticas y religiosas se empeñan en controlar este fenómeno mediante la represión sin considerar que se trata de una conducta privada. Comparten la tesis de una enfermedad social y abogan por la prohibición.”

Emilio Ruchansky

1.1 “EL PROBLEMA DE LAS DROGAS”, NOCIONES FUNDAMENTALES PARA LA COMPRENSIÓN Y ANÁLISIS.

Este capítulo tiene el objetivo de realizar una introducción al problema de las drogas, intentando comprender de qué hablamos cuando hablamos de drogas, las distintas miradas que existen de abordaje de este fenómeno, la actualidad de este problema en América Latina y su reflejo en la realidad Uruguaya.

Para ello resulta fundamental poder definir el concepto de droga y sustancia psicoactiva para comprender su alcance y limitaciones. Se habla de Sustancia Psicoactiva, entendiendo que

Bajo la denominación de droga o sustancia psicoactiva se designa a toda sustancia química de origen natural o sintético que una vez que ingresa al organismo puede provocar una modificación en el estado de ánimo de la persona o en su percepción de la realidad, a través de su acción directa sobre el Sistema Nervioso Central (Fernández y Lapetina,2008:37).

La Organización Mundial de la Salud (2004) define de manera muy similar a las “drogas psicoactivas”: “(...) son sustancias que al ser tomadas pueden modificar la conciencia, el estado de ánimo o los procesos de pensamiento de un individuo”.

Se habla sobre drogas psicoactivas, ya que el concepto de drogas incluye también a todas las sustancias utilizadas con objetivos médicos, terapéuticos o que no generan alteraciones de la conciencia y que por tanto no se incluyen en el denominado “problema de las drogas”.

Habitualmente cuando hablamos del uso de sustancia psicoactiva, imaginamos los usos dependientes o problemáticos, los que sin dudas son más visibles desde los medios de comunicación y de sus impactos en la sociedad y familias. No obstante,

se conceptualizan cuatro tipos diferenciados de usos de drogas según lo planteado por Fernández y Lapetina (2008) los que se tipifican de la siguiente forma: Uso experimental, Uso ocasional, Uso habitual y Uso dependiente.

Los autores plantean también, que para definir que un individuo ha generado una dependencia con la sustancia se requiere que el consumo de la misma incida sobre uno o más de las siguientes áreas vitales del ser humano: su salud física y/o mental; sus relaciones sociales primarias; sus relaciones sociales secundarias; o sus relaciones con la ley.

Los autores permiten vislumbrar que puede haber usos de sustancias psicoactivas que sean problemáticos, que generen dificultades en la vida de la persona y otros que no. De esta manera, plantean también que el consumo ocasional puede ser mucho más problemático y riesgoso en la vida de la persona, tanto o más que un consumo dependiente por las consecuencias que puede generar para la vida de esa persona.

Otro elemento considerado relevante dentro de esta temática, es el sentido que los individuos le brindan al consumo de drogas psicoactivas, el por qué se da el consumo. Esto resulta fundamental dado que permite comprender el significado que le da la persona al consumo y el sentido que le damos como sociedad al consumo de sustancias psicoactivas.

El tema del uso de drogas está intrínsecamente relacionado con el tema de la modificación voluntaria de los estados de conciencia. (...) usar drogas implica accionar la llave del acceso voluntario a la modificación del estado de conciencia ordinario y a la experimentación de una discontinuidad en la manera de percibir y experimentar la realidad cotidiana (Fernández, 2011:15).

En este sentido es importante destacar lo que señala la autora como las modificaciones que han surgido en la manera que los individuos eligen para modificar esa conciencia y como esto ha variado a lo largo de la historia.

En las sociedades antiguas y preindustriales el uso de drogas, como el ya mencionado en los ritos de paso, estaba regulado por importantes restricciones consuetudinarias con fines claros y previamente establecidos dentro del marco de una cosmovisión que avalaba y daba sentido a su uso. Las sustancias eran consumidas sólo en determinadas ocasiones y bajo determinados marcos rituales (Fernández, 2011:45).

Actualmente los individuos tienen un acceso más libre a dichas sustancias, lo que genera que sea una elección más inmediata de alterar la conciencia y por tanto no se visualice siempre un objetivo de encontrarse a uno mismo, de visualizar su rol o espacio en el cosmos o el de un pasaje de un momento al otro de la vida. Sino más relacionado a lo que plantea Fernandez (2011:31):

Forma parte del ser humano la necesidad de escapar de a ratos de la presión de la realidad cotidiana para descansar de ella. [...] Forma parte de la naturaleza humana sentir una necesidad innata de vivir experiencias trascendentes que den sentido, plenitud y orientación a la existencia cotidiana.

Lo que plantea el autor es que las sustancias permiten a los individuos vivir experiencias que le habilitan buscarle sentido a su existencia, pero también es utilizada como una herramienta para “escapar” de la realidad y que en este momento histórico no es generalmente una experiencia guiada, acompañada, ni planificada como tal, sino asociada a poder sobrellevar distintas presiones sociales o a generar disfrute o placer.

Para el abordaje de la temática hay dos paradigmas centrales que confluyen en la actualidad con distintas relevancias. En Primer lugar se encuentra el Paradigma de la Enfermedad o el Modelo Médico que fue el primero en surgir a nivel histórico y que sigue teniendo vigencia, ya que hay distintos espacios o dispositivos que trabajan desde esta mirada en particular; en Segundo lugar, el Paradigma del Aprendizaje Social, que es más reciente y por tanto aún está en construcción y del que deviene el Enfoque de Reducción de Riesgos y Daños que es desde el que como ya se planteara en la Introducción, nos posicionaremos para la realización de este documento.

El Paradigma de la Enfermedad realiza su análisis y su metodología de intervención desde la concepción de que el sujeto que está en situación de dependencia es un sujeto enfermo, que padece una patología: la adicción y que *“Una vez diagnosticada la adicción, la misma es irreversible.”*(Fernández, y Lapetina; 2008:48). Los autores plantean también, que desde esta mirada, hay personas que nacen con alta predisposición a ser adictos y que si ellos prueban las drogas generarán un vínculo de dependencia con las mismas. Desde esta mirada por tanto, los individuos no son libres de tomar decisiones sobre su comportamiento, ya que tienen una predisposición que “enferma su voluntad” y que no le permite ser

responsables sobre sus acciones. En este sentido la tarea a realizar es controlar la enfermedad, ya que la misma no es reversible.

Por otra parte, desde el Paradigma del Aprendizaje Social, también analizado por los autores Fernández y Lapetina (2008), las personas se hacen dependientes de las sustancias a través de aprendizajes, hábitos, interacción con las sustancias y su contexto. Esta mirada de la realidad entiende que la mayoría de las personas que consumen sustancias o desarrollan consumos de sustancias no devienen en consumos problemáticos, sino que aprenden a relacionarse con la sustancia de otras maneras. De todas maneras, entiende que este aprendizaje puede modificarse a lo largo de la vida y desarrollar consumos dependientes o re-aprender su consumo y generar un consumo no problemático. Es en base a esta premisa que se desarrollan los tratamientos por consumo problemático de sustancias en la órbita estatal en el Uruguay, hoy en día.

Este paradigma se sustenta en la base de que el consumo de drogas es algo que ha existido desde épocas inmemoriales y que continuará existiendo y seguirán siendo consumidas:

Las drogas son parte de nuestras sociedades desde los inicios de la humanidad. Existen desde hace más de 5000 años y todo indica que seguirán existiendo. (...). Se acepta como inevitable la posibilidad del uso de drogas. Este será más o menos probable pero siempre posible. Por otra parte queda establecido que el consumo tiene sus riesgos y, por defecto aunque a priori no lo parezca, también sus beneficios, lo cual es un concepto que deberemos siempre manejar en el abordaje del tema (Dell'Acqua et al, 2012:9).

A nivel de construcción de Políticas Públicas, legislación y de desarrollo de estrategias por parte de los Estados para trabajar sobre esta situación, existen también dos enfoques de trabajo. Uno de ellos es el "Modelo Prohibicionista" o de "Guerra contra las Drogas" y el otro es el "Modelo de Reducción de Riesgos y Daños". El posicionamiento de los Estados dentro de los distintos modelos y el abordaje a nivel Latinoamericano o Mundial del problema está en pleno debate y construcción. Dentro de este debate se ha construido la conclusión de que el modelo de "Guerra contra las Drogas" ha fracasado en América Latina y también en el mundo y que por tanto deben buscarse otras alternativas al posicionamiento de los Estados, en este sentido. Lo anterior puede visualizarse en el siguiente aporte:

La mayoría de los artículos presenta aportes que coinciden en la necesidad de desmontar y superar el modelo prohibicionista-penalizador, que no sólo no ha tenido éxito en la obtención de los fines supuestamente perseguidos, sino que ha sido contra-productivo en sus logros. Desde su progresiva imposición, las drogas han aumentado en oferta y consumo, en cantidad, variedad y adulteraciones y se han multiplicado la violencia, la criminalidad, la mortalidad, la corrupción y la desinformación cívica acerca de las drogas (Casacubierta et al, 2012:7).

Se entiende que este Modelo genera que el Mercado de Drogas se mantenga en la ilegalidad, viabilizando un enriquecimiento de algunos, deseado por otros y por tanto “guerras de pandillas”; la población armada, corrupción para permitir el negocio, personas privadas de libertad por micro tráfico. A su vez no permite conocer la situación de consumo en profundidad de la población en la actualidad, ni hacer investigaciones respecto a las sustancias. Este modelo según plantea Casacubierta (2012) fortalece un mercado paralelo que puede ser muy peligroso para quienes se encuentran en él y en su alrededor y que no tiene control alguno. A pesar de esto, este modelo continúa siendo el que prevalece a nivel mundial y han sido muy pocos los Estados o países que han comenzado a realizar movimientos para abandonar este Modelo y continuar en la construcción teórica y de experiencias de otros Modelos.

1.2: SITUACIÓN DEL PROBLEMA DE DROGAS EN AMÉRICA LATINA Y URUGUAY

A nivel Geopolítico, dejando por un momento de lado las experiencias individuales o singulares, es relevante poder pensar en el rol o el lugar de América Latina en esta situación o problemática de las drogas. América Latina es un espacio geográfico caracterizado por su producción de materias primas y dentro de ellas, de plantaciones.

La explosión- en los últimos cincuenta años- de la demanda de drogas en los países ricos dio repentinamente a estas plantas un valor económico que no tenían hasta entonces. Ellas proporcionaron a estas poblaciones desheredadas mejores recursos, pero no tardó en despertarse la codicia de los señores de la guerra, de las mafias o de las guerrillas, así como de las fuerzas de represión cuya misión es supuestamente combatirlos (Labrousse, 2011: 20).

La anterior cita permite reflexionar sobre el lugar a nivel mundial de América Latina respecto a las drogas, entendiéndolo como uno de los principales productores, que se construye de tal manera a través de la demanda del resto del mundo de plantas

que previamente eran utilizadas con distintos fines por las diferentes comunidades y que comienzan a tener un valor económico muy importante como drogas. Al conceptualizarse como drogas y desde la mirada global de “Guerra contra las drogas” se comienza a prohibir su plantación y comercialización por parte de los Estados Latinoamericanos. Esto genera que las poblaciones que estaban sustentándose económicamente de dichas plantas busquen estrategias por fuera de la legalidad para continuar produciéndola y asociándose con distintos actores, quienes tienen los recursos para venderlas y exportarlas a otros países o ciudades. Esto provoca que una parte importante de la población, y generalmente quienes se encontraban en una situación de pobreza o vulnerabilidad empiecen a sustentarse con estrategias consideradas ilegales y combatidas por el Estado. Es por tanto, que estas poblaciones dedicadas a la producción, venta, tráfico y micro-tráfico comienzan a ser perseguidas por el Estado para que se limite la producción mediante el encarcelamiento y por los vendedores para que continúen con la venta o traspaso.

Romani (2012) ha estudiado la problemática y las consecuencias que ha generado sin dudas con distintas implicancias, para cada uno de los actores de la población latinoamericana y sus países.

América Latina es el continente con mayor índice de violencia, de diverso tipo y en varios niveles. La región tiene una larga historia de violencia política y social, y muestra diferencias notorias incluso dentro de un mismo país. Sigue siendo también el continente con mayor desigualdad y con una considerable brecha entre pobres y ricos, a pesar de que amplias poblaciones han superado la línea de pobreza, y de los avances alcanzados en varios países en la lucha contra el hambre(...)La violencia constante y permanente sobre varias generaciones de los pibes chorros, ha convertido a estos sectores en sujetos altamente resistentes. El rigor y la mano dura no son novedad para ellos. Es más, constituyen una invitación a la confrontación esperada que, por otra parte, confirma su identidad. Lo único que logran estos planteamientos es incrementar el escalamiento de la violencia. (Romani, 2012:1)

Este análisis permite comprender los motivos por los cuales desde América Latina se ha comenzado a intentar buscar otras opciones o respuestas para abordar esta problemática que no generen las consecuencias y el deterioro de la población y que permitan disminuir los altos niveles de violencia y desprotección que estas políticas de drogas han generado. De la misma manera, en nuestro continente, las cárceles se encuentran en momento de debate por la sobrepoblación y muchas de las personas privadas de su libertad lo están por motivos relacionados al tráfico,

producción y comercialización de sustancias psicoactivas ilegales. Es por esto, que resulta fundamental el pensar nuevas alternativas para el trabajo en esta temática.

La experiencia de América Latina en el combate al narcotráfico; la lecciones aprendidas por Europa con la salud pública y la reducción de daños; los experimentos de algunos estados de Estados Unidos con los usos medicinales de la marihuana; la movilización de los sectores empresariales y de la comunidad científica, y la expectativa de los jóvenes y su anhelo de paz, todo eso apunta en la dirección de políticas más humanas y eficientes (Cardoso at all,2012: 3).

El nuevo paradigma que se intenta construir y desarrollar es un “Paradigma de Reducción de Riesgos y Daños” que intente tener en cuenta los consumos que se llevan a cabo por la población y no castigarlos o sancionarlos sino que regularlos; es desde aquí que se comienzan a pensar estrategias de regulación o legalización donde sean los Estados los encargados de regular y comercializar y no asociaciones que utilizan a las poblaciones en situaciones de mayor vulnerabilidad y las exponen a riesgos que ponen en juego su vida. A su vez, se intentan desarrollar también, nuevos tratamientos, estrategias de inserción social y prevención que faciliten este proceso. En palabras de Cardoso at all (2012:3): *“Un cambio de paradigma, que articule represión al narcotráfico con prioridad al tratamiento, la rehabilitación y la prevención, es la mejor contribución de América Latina, región que ha sufrido tanto con el problema, a una revisión global de la política sobre drogas.”*

Otro elemento que puede resultar fundamental para realizar un abordaje latinoamericano exitoso es la actuación en conjunto, generando experiencias que puedan ser pensadas para otros países de la región y aplicables en ellos también. Así como una construcción de legislación en común que pueda potenciar sus efectos y disminuir los índices de violencia y de encarcelamiento.

De acuerdo a la información oficial proporcionada por la Organización Mundial de la Salud, al ordenar las causas de muerte según su importancia los trastornos por abuso de drogas aparecen en el lugar 15 en los países del Norte, en el lugar 40 entre los países andinos y en el lugar 52 en América Central. Por contraste, el impacto en la economía, las relaciones sociales, la seguridad y la gobernabilidad democrática es mayor en los países de cultivo, producción y tránsito situados en América del Sur, América Central, en México y en el Caribe. (...)Algunos efectos de la economía ilegal de drogas se experimentan, sin embargo, de manera simultánea y análoga en todos los países de la región, lo que sugiere la necesidad no sólo de políticas comunes sino, eventualmente, de un marco jurídico común o a lo menos homogéneo (JND,2016: 105).

Uruguay sin dudas no es ajeno a esta situación latinoamericana, ni a la necesidad de un cambio de paradigma que pueda ser más efectivo en la protección de su sociedad en general. De todas maneras resulta indispensable comentar algunas singularidades del caso Uruguayo, así como movimientos que se han realizado para poder ir abandonando la denominada “Guerra contra las Drogas”: *“Por cierto, en el Uruguay el fenómeno es menor que en la mayoría de los países del área. Pero el modelo prohibicionista se hace sentir con gran fuerza y, como en otras latitudes, “patologiza” el problema sin resolverlo.”* (Hopenhayn; 1997: 96).

El Uruguay no es un país que se dedique mayormente, o que su rol en la Geopolítica de las drogas sea de productor sino que es en principalmente de tránsito y consumo:

Se trata de un país más de tránsito que de tráfico y consumo de productos finales, intermedios, “precursores” químicos y materias primas. Últimamente parece haberse incentivado el uso de los aeropuertos y puertos uruguayos como ruta alternativa (circunstancial o no) para el tránsito de drogas ilícitas en forma de producto final. – El comercio y el consumo final se restringe prácticamente a unas pocas sustancias (...)- El país parece apto para el lavado de dinero proveniente de actividades ilícitas vinculadas al comercio de drogas (Hopenhayn,1997: 90).

Resulta indispensable retomar también los aportes de Labrousse (2011) quien en su libro “Geopolítica de las drogas”, intenta posicionar a la Geopolítica como una herramienta importante de la comprensión de la realidad social y que posibilita entender las motivaciones que tienen los cambios, los intereses económicos y políticos que están por detrás de esta temática y de que es una realidad que al estar teñida por la ilegalidad, muchas veces se desconoce qué es lo que se realiza en cada país con profundidad. El autor plantea que el Uruguay muchas veces omitió el fenómeno de drogas o se posicionó desde un lugar externo y esto llevó a que no se construyeran políticas públicas o espacios de reflexión y construcción de conocimiento sobre esta temática. De todas maneras transmite que en nuestro país hay implicancias importantes en los esquemas del narcotráfico desde hace mucho tiempo y que las facilidades para el lavado de dinero se dan por lo menos desde la década de los noventa. Estos datos de carácter Geopolítico nos enfrentan a las resistencias al conocimiento sobre la realidad en esta temática y a la relevancia de la Geopolítica en estos problemas que tienen implicancia en toda América Latina y el Mundo.

En el Uruguay está la intención política de posicionarse desde el “Modelo de Reducción de Daños”, lo que se puede visualizar como veremos a continuación con los cambios de legislación, de dispositivos de tratamiento y de programa de gobierno de la Junta Nacional de Drogas. El abordaje desde este modelo supone un conocimiento de la situación del consumo de sustancias hoy en nuestro país para la construcción de leyes y políticas de protección social. Pero también el conocimiento de las singularidades para la construcción de tratamientos. Por lo anterior es importante poder tener en cuenta que:

Asumir un enfoque de reducción de riesgos y daños, supone la capacidad de los equipos de trabajo y de los servicios de salud de poder identificar con certeza y celeridad los riesgos asociados a la situación particular de cada usuario, transferir información en forma asertiva y comprensible, y apostar por un cambio en los hábitos de consumo. Este proceso cambia en forma sustancial la relación entre el usuario-consumidor y el técnico o el equipo que realiza el abordaje, posibilitando un proceso de fortalecimiento de las capacidades personales y habilidades del usuario de drogas, y a su vez generando una nueva matriz de aprendizaje tanto en uno como en el otro (Dell’Acqua et al,2012:5).

En el Uruguay las políticas y estrategias en drogas son elaboradas y gestionadas por la Junta Nacional de Drogas, que es un organismo dependiente de la Presidencia de la República, integrado por representantes del gobierno. Esta institución trabaja en estrecho vínculo con los distintos actores que cumplen distintos roles en esta temática desde los distintos ámbitos: policiales, de salud, educativos, laborales, entre otros.

La Junta Nacional de Drogas en cada período de gobierno elabora un documento que orientará y guiará las acciones del mismo; el actual es denominado: “Estrategia Nacional para el abordaje del problema de drogas. Período 2016-2020”. Esta estrategia está sustentada en tres principios o elementos a tener en cuenta y desarrollar a lo largo de toda la Estrategia Nacional: Derechos Humanos, Género y Ciudadanía.

Para este documento en particular, interesa especialmente la mirada respecto al género y a cómo abordar las desigualdades existentes. El documento se plantea, que muchas de las políticas actuales son neutras en género y que por tanto tienden a reproducir y profundizar las desigualdades sociales generadas, por tanto se plantean intentar evidenciar las implicancias que tiene el fenómeno de las drogas para cada identidad de género. A los efectos de lograr lo anterior, el Estado se

plantea poder: “(...) *definir intervenciones que subsanen las dificultades específicas que enfrentan las mujeres, para su acceso, integración y permanencia en los dispositivos o centros de atención y tratamiento en drogas.*” (JND; 2016:7).

1.3 ESTRATEGIAS PARA EL TRATAMIENTO DEL CONSUMO PROBLEMÁTICO DE SUSTANCIAS PSICOACTICAS EN EL URUGUAY.

A continuación se realizará una descripción y análisis teórico de las estrategias y dispositivos existentes para el abordaje de esta temática en el Uruguay, su intento de acercarse a un Paradigma del Aprendizaje Social y a un modelo de Reducción de Riesgos y Daños; y asimismo las transformaciones y actualidad de la legislación en este tema, que ha comenzado a modificarse con la misma intención. Estas son dos de las áreas donde se evidencia la política de drogas uruguaya y su intencionalidad de generar un abordaje más efectivo y coherente con la realidad actual y los fenómenos descriptos anteriormente.

Actualmente en nuestro país, “(...) *dentro de los programas integrales nacionales definidos como prioritarios a partir del Decreto 465/008, se encuentran los de Salud Mental y de Atención a Usuarios Problemáticos de Drogas.*” (CICAD, 2015:15). Se muestra una intencionalidad y voluntad política y estatal del abordaje de esta temática y de que la misma sea accesible a todas las personas, desde el sistema de prestación de salud, lo que indica que en nuestro país esta problemática o al menos el trabajo con las personas que consumen sustancias psicoactivas es considerado un tema sanitario y abordado principalmente desde esta área y dispositivos. Que sea prioritario lo define como un eje a trabajar, pero en concreto, se definen derechos que tienen los usuarios problemáticos de drogas en nuestro sistema sanitario actual “(...) *tienen derecho a recibir atención en materia de drogodependencia que incluya: apoyo presencial o telefónico durante las 24 (veinticuatro) horas, policlínicas de atención ambulatoria multidisciplinaria e internación por intoxicación severa.*” (CICAD, 2015:15).

Para la concreción y gestión de estos derechos y de las distintas políticas de drogas de nuestro país, se creó la Red Nacional de Atención y Tratamiento en Drogas (RENADRO), la cual es:

(...)conceptualizada como un modelo de intervención para personas con uso problemático de drogas se caracteriza por la continuidad de atención en los

diferentes niveles orientando sus acciones hacia el abordaje integral de la problemática lo que lleva a promover la prevención, el tratamiento y la inserción social desde la perspectiva de la gestión de riesgos; ésta última si bien diferenciada del proceso terapéutico se concibe en estrecha complementariedad de forma de lograr un abordaje integral. En lo que hace específicamente al ámbito del tratamiento, parte del supuesto de que no existe un único tratamiento sino que los diferentes procesos y necesidades por las que transitan los usuarios necesitan una adecuación de los dispositivos a estas diversas demandas, buscando el diseño y organización de los dispositivos de forma que aportar una respuesta sanitaria se aleje de la internación como el único recurso posible (CICAD, 2015:20).

En la actualidad por consiguiente, se desarrollan diversas propuestas de Atención y Tratamiento. En primer lugar se encuentra el “Servicio de Contención y Atención Telefónica”, conocido como el *1020; es una central telefónica gratuita con un equipo especializado que da orientación, contención y una primera escucha. En el primer nivel de atención se establecen dispositivos de detección e intervenciones breves gestionados por equipos especializados en policlínicas barriales. Dentro de los territorios existen también “Tratamientos de Base Comunitaria”, que tienen como característica específica el anclaje territorial y la perspectiva comunitaria, intentando generar accesibilidad y el mejoramiento de las condiciones de vida, así como derivaciones en caso de ser pertinentes. Los tratamientos de Base Comunitaria se desarrollan en Centros de Escucha con bajas exigencias, dispositivos diurnos y grupos terapéuticos. Se han comenzado a desarrollar recientemente en conjunto con las Juntas Departamentales de Drogas los “Dispositivos Ciudadela”, que refieren a un punto de ingreso a la RENADRO y un lugar de referencia en el tema drogas. Existen actualmente diez “Dispositivos Ciudadela” en distintos departamentos; la intención es que pueda existir al menos uno por departamento.

Dentro del segundo nivel de atención se desarrollan dispositivos de diagnóstico, tratamiento y atención en sus distintas modalidades: ambulatorios, diurnos, residenciales, entre otros. Dentro de estos dispositivos se encuentran por ejemplo el “Portal Amarillo” y el “Centro Jagüel”.

Por otra parte, se desarrollan en el marco del tercer nivel de atención sanitaria, dispositivos residenciales para a atención de usuarios con comorbilidad entre el uso problemático de sustancias y patologías psiquiátricas y situaciones complejas que requieran internaciones a mediano o largo plazo. Algunos de los centros que

trabajan en este nivel de atención en el ámbito estatal son: “Centro Residencial El Paso”, “Chanáes”, “Casa Abierta”.

Fuera del sistema de Salud Pública existen diversas ofertas de tratamiento, en el marco de Mutualistas o Seguros de salud pero también clínicas privadas, centros religiosos y grupos de autoayuda (como pueden ser “Narcóticos Anónimos” o “Amor Exigente”).

Con esta descripción de la estrategia nacional de orientación, diagnóstico y tratamiento se pretende poder comprender la realidad actual del abordaje de situaciones de consumo problemático de sustancias psicoactivas, que muchas veces es desconocido y a su vez permite tener una mirada más amplia de las características de estos dispositivos e instituciones, que se encuentran enmarcados en la Red Nacional de Atención y Tratamiento en Drogas.

1.4 LEGISLACIÓN SOBRE LA TEMÁTICA EN URUGUAY

También resulta pertinente el análisis y descripción de la legislación actual en nuestro país en la temática de drogas, tanto para visualizar la mirada política como las consecuencias que la misma tiene para las personas que desarrollan un consumo problemático de sustancias a nivel legal.

En el ordenamiento jurídico uruguayo están vigentes fundamentalmente dos leyes o normativas sobre sustancias psicoactivas o estupefacientes, la Ley 17.016 “Estupefacientes” de 1998 y la Ley 19.172 “Marihuana y sus derivados”. La primera sustituye en varios de sus artículos a la Ley 14.294 que era la norma que regía desde 1974 y la segunda pretende no sólo despenalizar algunas acciones asociadas al consumo de marihuana sino que dejar de lado la mirada “prohibicionista” y acercarse a un “Modelo de Reducción de Riesgos y Daños.”

Una de las disposiciones más cuestionadas de la Ley y que afecta en mayor medida a las personas que deciden consumir sustancias psicoactivas o quienes desarrollan un consumo problemático de dichas sustancias es el Artículo N°31:

El que, sin autorización legal, importare, exportare, introdujere en tránsito, distribuyere, transportare, tuviere en su poder no para su consumo, fuere depositario, almacenare, poseyere, ofreciere en venta o negociare de cualquier modo, alguna de las materias primas, sustancias, precursores químicos u otros productos químicos mencionados en el artículo anterior será castigado con la misma pena prevista en dicho artículo.

Quedará exento de pena el que tuviere en su poder una cantidad razonable destinada exclusivamente a su consumo personal, con arreglo a la convicción moral que se forme el Juez a su respecto, debiendo fundamentar en su fallo las razones que la han formado (Ley 17.016, 1998).

En este artículo la ley no logra contemplar los distintos fenómenos o problemas sociales envueltos. Se puede suponer, que la ley apunta a la disminución del narcotráfico, y en ese sentido deja en el marco de lo ilegal que una persona posea ciertas cantidades de drogas con objetivos que no sean comerciales.

Debe dejarse sentado claramente, que si bien la ley protege o no desea castigar al adicto, porque lo considera un enfermo, no puede proteger la tenencia para consumo personal en cualquier medida y especie [...]. La ley no previó, no pudo hacerlo, la impunidad de aquel que adquiere cantidad de estupefacientes, «para consumo personal», porque va a pasar sus vacaciones al campo y lleva consigo su dosis diaria multiplicada por veinte o treinta. Esta situación no está considerada, porque, de hecho está generando el peligro indiscutible del suministro o la comercialización (Bardazzano, 2012: 48).

Es por tanto, que en este sentido la legislación genera repercusiones “no deseadas” castigando a quienes no posean cantidades (no estipuladas previamente) para consumo personal. Esto genera que no haya una cantidad permitida y otra no, sino que en cada situación particular el Juez decida si la cantidad que posee el individuo era para consumo personal o no, de esta manera, las personas tampoco pueden ser conscientes de cuál es la cantidad de sustancias psicoactivas que pueden portar, o con la que pueden trasladarse.

Pese a que las disposiciones de la legislación penal de drogas enuncian que el consumo forma parte de las acciones privadas de los hombres que, por no ataca el orden público ni perjudicar a terceros, están exentas de la actividad de los magistrados (art. 10 de la Constitución de la República), las prácticas interpretativas muestran decisiones que reflejan tratamientos jurídicos distintos a situaciones similares, a la vez que una fuerte reducción de los actos que se consideran no punibles, creando y aplicando normas individuales inconstitucionales (Bardazzano, 2012:39).

En este sentido, se destaca el hecho de que no existe una seguridad jurídica para las personas ni una certeza de qué acción está amparada dentro de la ley y cual no, esta indeterminación concluye en que las resoluciones dependan en cada caso de cada Juez y sus convicciones morales.

En este capítulo se realizó un marco teórico- conceptual y legal que habilita a la comprensión de la temática de drogas en el contexto económico, social y político actual, de manera de en el próximo capítulo adentrarnos a las particularidades de las mujeres en tratamiento, elementos sociales que provocan estas diferencias y

las estrategias que los dispositivos de tratamiento construyen para la población femenina que así lo requiere.

CAPITULO 2. GÉNERO Y DROGAS. LA SITUACIÓN DE LAS MUJERES QUE CONSUMEN DROGAS DE MANERA DEPENDIENTE Y REQUIEREN DE UN TRATAMIENTO

*“Hoy vas a ser la mujé
que te dé la gana de ser
hoy te vas a querer
como nadie ta sabio queré
hoy vas a mirar pa'lante
que pa atrás ya te dolió bastante”*

Bebé (María Nieves Rebolledo Vila)

2.1 INTRODUCCION A UNA PERSPECTIVA DE GÉNERO

Este capítulo realizará un análisis del problema de la dependencia del uso de drogas en mujeres desde una perspectiva de género, que permita comprender como esta categoría determina el accionar de mujeres y varones y por ende su manera de ser y estar en el mundo, de desarrollarse y de búsqueda de estrategias en problemas como el del consumo de sustancias psicoactivas. Resulta para lo anterior fundamental definir la categoría analítica *Género*, la cual puede ser definida de la siguiente manera: “(...) *género como organización social, (...) como una forma de denotar las construcciones culturales, la creación totalmente social de ideas sobre los roles apropiados para mujeres y hombres.* (Lagarde, 1993: 271).

Lo anterior permite afirmar que el Género representa una construcción social que define lo adecuado para las distintas identidades de género: sus características, funciones, actividades, lugares, prohibiciones, etc.

Realizar un análisis desde una perspectiva de género implica no ser neutral ni ignorar estas diferencias, identificarlas, pensar en función de ellas y pensar estrategias para disminuir las desigualdades representadas por las diferencias de género. Investigar desde una perspectiva de género, nos permite identificar los distintos impactos en una misma problemática, a raíz de atribuciones de género.

A lo largo del presente capítulo se continuará definiendo esta categoría de análisis articuladamente con los aportes recogidos de las entrevistas realizadas a usuarias de Centros de tratamiento y referentes de dichos dispositivos.

2.2. ¿HAY ACTUALMENTE MUJERES QUE CONSUMEN SUSTANCIAS PSICOACTIVAS Y NECESITAN TRATAMIENTO? ¿CUAL ES SU PERFIL?

El presente capítulo abordará el problema planteado desde una perspectiva de género, a los efectos de comprender cuál es el motivo que hace que las mujeres, por su calidad de tales, por tener atribuidos determinados roles y asignadas expectativas y actitudes, logran acceder y sostener en menor medida los procesos de tratamiento por consumo problemático de sustancias psicoactivas que los varones.

En Uruguay, al igual que en el resto de occidente, sabemos que las usuarias de drogas problemáticas casi no llegan a los dispositivos públicos y privados de tratamientos y cuando logran superar las barreras culturales para acceder, en general, tienen una baja adhesión a los mismos. Por ejemplo, en Uruguay, según el Primer Censo Nacional y Segundo en Montevideo de Centros de Tratamiento y Usuarios de Drogas, de un total de 1275 pacientes, sólo 221 eran mujeres (Dell'Acqua et al; 2012:35)

Como sociedad, podemos considerar que las mujeres no acceden a tratamiento por el simple hecho de que no son consumidoras problemáticas de sustancias psicoactivas, pero se puede pensar que también que es una población mucho más invisibilizada, que no se logra apreciar y por tanto se desestima la importancia de que logren acceder a dispositivos de tratamiento. En este sentido tampoco se han desarrollado aún, estudios o investigaciones que definan cuántas son las mujeres con situaciones de consumo problemático, sus perfiles y situaciones. Lo anterior puede visualizarse en algunos fragmentos de las entrevistas realizadas a Trabajadoras Sociales que se desempeñan en dispositivos de tratamiento para consumo problemático de sustancias: *“La proporción es menor en la mujer que tiene que ver con muchas cosas que hacen que las mujeres no lleguen a los Centros de tratamiento. No es que consuman menos que los varones.”* (Trabajadora Social del Portal Amarillo)

“Porque todo el mundo nos dice, los dispositivos están llenos de varones, que es verdad, no hay casi mujeres, es verdad también. Suponemos que las mujeres deben consumir tanto como los varones, se puede suponer eso, pero no tenemos muchos números o estudios.” (Trabajadora Social, Hospital Dr. Enrique Claveaux, Ex Filtro)

Es fundamental el poder comprender la situación en la que se encuentran las mujeres que concurren en tratamiento y están en situaciones de consumo, de manera de poder entender las diferencias existentes entre varones y mujeres, así como los distintos riesgos a los que cada uno se expone, entendiendo también la

dificultad en definir si estos elementos son causas o consecuencias del consumo de sustancias psicoactivas.

También sabemos que las construcciones culturales de lo femenino - masculino operan marcando simbólicamente las formas de percibir, entender, mirar y actuar en el mundo. Asimismo estas diferencias se expresan –no podía ser de otra forma- en el uso de drogas y en el transcurso del proceso de adquisición de un uso problemático o dependencia a las drogas. Las expectativas, los efectos buscados, así como los diferentes riesgos y consecuencias de los usos y abusos de drogas son distintos en función de la variable de género, por lo que es necesario inscribir esta característica al momento de pensar pronósticos y alternativas terapéuticas (Dell'Acqua et al; 2012:36).

“Muchas situaciones de todas maneras de prostitución, abuso, golpes, violencia y lo que se te pueda ocurrir.” (Trabajadora Social, Hospital Dr. Enrique Claveaux, Ex Filtro). El perfil de la mujer que concurre a tratamiento y que está expuesta a situaciones de consumo, en parte se define también por otras vulnerabilidades a las que está mucho más expuesta que los hombres. Esto genera que el consumo pueda llegar a ser un elemento secundario en la situación de vulnerabilidad y riesgo en las que las mujeres se presentan.

En este momento del análisis resulta indispensable integrar la categoría de análisis *riesgo*, que definiremos a continuación:

¿Qué es entonces el riesgo? No es una enfermedad, no la podemos curar ni eliminar, es más, no es posible una vida sin riesgo. En el sentido técnico y práctico es considerado una probabilidad, o sea una medida que busca reflejar la probabilidad de que se produzca un daño (enfermedad, muerte, etc.). Una probabilidad es una medida de algo incierto, que puede ocurrir o no, si tengo la seguridad ya no estamos en la esfera de la probabilidad. Este está referido a una asociación estadística que debe tener una secuencia temporal. (Bentura;2009: 22)

El riesgo es una dimensión social que no afecta en igual medida a todas las personas que viven en una sociedad determinada, hay distintos elementos que favorecen la probabilidad de que se produzca lo que la autora denomina como “daño”

(...) si bien hay riesgos que son universales existen otros que derivan de situaciones concretas de clase; la posibilidad de conocer y enfrentar los riesgos aparece relacionada con la posición ocupada en la estructura de clases. En este sentido Lash plantea que existen “ganadores y perdedores de la reflexividad”,(Bentura;2009:25).

Las anteriores citas habilitan a comprender de qué hablamos cuando hablamos de que las mujeres enfrentan mayores y diferentes riesgos que los hombres en sus situaciones de consumo. *“La confianza en los mismos, sobre la que se basan las decisiones cotidianas, no es necesariamente producto de decisiones conscientes, sino que se vincula con mecanismos de desarrollo de la personalidad.”* (Gutiérrez; 2015: 108). Por lo que podemos plantear que vivimos en una sociedad de riesgo, donde nos enfrentamos cotidianamente a la libertad, pero también a la incertidumbre, de que más allá de las decisiones que cada individuo toma, hay elementos que no dependen de él y lo exponen a situaciones de riesgo.

El tratamiento de la pobreza como consecuencia de estilos y modos de vida “equivocados” se expresa hoy en discursos y prácticas que recuperan la categoría “riesgo” para dar cuenta de la interrelación entre situación social y conducta individual de los sujetos (Ortega y Vecinday; 2009:17).

La anterior cita, nos permite visualizar como la situación en la que se encuentre un individuo, puede ser pobreza, o dependencia al consumo de sustancias entre muchas otras, no refiere únicamente a las decisiones individuales que cada sujeto tome. En palabras de Castel (2010: 304): “Poder realizarse como individuo libre y responsable, o incluso, más modernamente, poder conducirse como un actor social independiente, es tributario de condiciones – las llamaré soportes- que no están dadas de entrada ni a todos.”

Estos elementos hacen también a la necesidad de un abordaje diferencial, respecto a todas las problemáticas que le son propias a las mujeres y que la colocan en un lugar de desprotección, desesperación y exclusión que generan situaciones de frustración y provocan por tanto, la necesidad de transformar esos sufrimientos a través de elementos externos como puede ser una sustancia psicoactiva: *“El perfil de participantes que llega a tratamiento, en comparación con los varones:“(...) es con mucho más riesgo y deterioro, las que llegan está muy deterioradas. Con muchos riesgos, enfermedades asociadas, yo generalmente no hablo de comorbilidad psiquiátrica porque no me gusta y porque no es mi área o mi saber pero hay mucho de eso.”*(Trabajadora Social, del Portal Amarillo)

Por otro lado, las mujeres que acceden a los recursos, lo hacen en peor situación que los hombres, según la opinión mayoritaria del personal técnico de dichos recursos. Así, nos encontramos con barreras para las mujeres a la hora de acceder y utilizar los recursos, bien porque no están adaptados a sus necesidades, bien porque tiene una mayor penalización social (Cantos,2015:4)

Verónica Silva entiende también que la causa de que las mujeres lleguen en situaciones de mucho mayor deterioro está dada en que:

“(...) los roles que se le ponen a la mujer es el rol del cuidado, de estar en casa, de hacerse cargo de los niños o de hacer otras cosas que no sean encargarse del cuidado de ella primero. Entonces seguramente si hay una posibilidad de tratamiento sea un último recurso. Porque primero está todo lo otro, primero tu tenés como mujer que hacer lo otro.” (Trabajadora Social, del Portal Amarillo)

Entiende que la decisión de iniciar un tratamiento se deja para el momento en donde la mujer no visualiza otra posible salida de la situación, cuando los vínculos ya están mucho más deteriorados, han estado en situaciones de calle, de exposición a enfermedades, violencia, abuso. Y muchas veces están también separadas de sus hijos por medidas judiciales o porque los cuidan otros miembros de la familia. También es relevante plantear que desde los roles asignados para las mujeres,

(...) son ellas las encargadas de la temática salud, de tomar decisiones al respecto, de cuidar a los enfermos y encaminar las consultas médicas. Y ésto es asumido por la Institución. Pero en la mayoría de los casos son las últimas en acudir a consultas o cuidar su propio cuerpo, excepto en situaciones de enfermedades crónicas y/o laborales (De Martino, 2011:244).

La diferencia en los perfiles de las personas que asisten a tratamiento, el hecho de que los hombres y mujeres que asisten a los mismos tengan dificultades, realidades y motivaciones diferentes nos habilita a pensar en la necesidad de espacios diferenciados que contemplen las diferencias de género y que puedan trabajar en las temáticas asociadas al consumo que son características y son fundamentales en las mujeres, mientras que no es así en los varones. Así como dinámicas y espacios que habiliten la permanencia de las mismas. Por tanto, en algunos Centros de Tratamiento como es en el Portal Amarillo se organiza:

“(...) un grupo para mujeres, porque veíamos que no hablaban lo mismo, que no era lo mismo por un montón de problemáticas que son propias más de la mujer que de los hombres o que socialmente están puestas en las mujeres como puede ser el tema del cuidado.” (Trabajadora Social, del Portal Amarillo)

“Los grupos exclusivos para mujeres se gestionan también a partir de la preocupación de que empiezan a visualizar que lo que trae las mujeres a un tratamiento es distinto a los hombres, que las mujeres no hablaban tanto en los grupos como cuando estaban en forma individual o con otras mujeres.” (Trabajadora Social, del Portal Amarillo). A partir de allí se crea el “Grupo de

Género”, desde el cuál se plantea que hay diferencias sustanciales entre los perfiles y las necesidades de hombres y mujeres ya que es diferente también:

“Lo que implica para una mujer, para un hombre, en la forma en la que llegan, en la que no llegan y te entras a dar cuenta que hay que hacer diferencias, como en lo que llaman la discriminación positiva, que hay diferencias y que si las negas no estás dando la atención adecuada.”(Trabajadora Social, del Portal Amarillo)

Es por tanto que si desde las políticas públicas se generan estrategias iguales para problemáticas y necesidades diferentes, se potencia la desigualdad existente hacia las mujeres en esta temática, por tanto es posible plantear que:

Un error muy habitual a la hora de hacer frente a los riesgos y problemas que suponen los consumos de drogas es el de considerar a la población como un conjunto homogéneo, en el que domina la perspectiva masculina, ofreciendo las mismas respuestas a hombres y mujeres. El resultado de todo ello es que la respuesta social al consumo de drogas por parte de las mujeres es totalmente inadecuada (Sánchez, 2008: 9).

2.3 INVISIBILIZACION DE LA SITUACION DE CONSUMO DE DROGAS EN LAS MUJERES

Es posible definir, que uno de los elementos que dificulta el acceso a los tratamientos y el reconocimiento social de esta problemática en las mujeres es que:

“Uno podría pensar también que las mujeres a pesar de consumir no lograrán sostener el resto de sus roles de manera que no llame notoriamente la atención, o no sea visto por otros. Yo creo que quedan muy ocultas en su vida familiar, quedan en lo privado, invisibilizadas y nadie visualiza el riesgo al que se enfrentan.” (Trabajadora Social, Hospital Dr. Enrique Claveaux, Ex Filtro).

La mujer que está en situación de consumo no logra ser vista o comprendido su riesgo porque por lo general se presenta dentro del ámbito privado y lejos de lo exterior o público mientras paralelamente continúa sosteniendo de una manera u otra su vida cotidiana.

Por tanto, es posible afirmar que hay por lo menos una tensión constante entre el individuo-ciudadano-persona y la familia que muchas veces se expresa con violencia y como fuerzas contrapuestas. Los intereses, las necesidades y los deseos de los individuos no necesariamente son satisfechos en la unidad familia, esta puede no obstante ser un lugar de reproducción, naturalización e invisibilidad de la violencia (De Martino, 2011:178).

La familia en estas situaciones no logra ser un medio protector, sino un medio reproductor de la violencia y exclusión, asociadas al consumo problemático de

sustancias. La mujer no logra resolver sus problemas dentro de la familia o del hogar, pero sigue estando de una manera u otra anclada a ese rol familiar, atribuido a su hogar o vivienda. Este elemento característico de los roles atribuidos a la mujer socialmente, es trabajado desde las teorías de género, entendiendo que la mujer pertenece a los ámbitos privados y debe estar a la espera del hombre con quien vive y en este esperar, se desarrolla un rol caracterizado por la pasividad y las actividades del hogar.

La mujer es la Bella Durmiente del Bosque, Piel de Asno, Cenicienta, Blanca Nieves, la que recibe y sufre. En las canciones, en los cuentos, se ve al joven partir a la aventura, en busca de la mujer; él mata dragones, lucha con gigantes; ella está encerrada en una torre, un palacio, un jardín, una caverna, o encadenada a una roca, cautiva, dormida: ella espera (De Beauvoir, 1949: 123).

Esta situación provoca que las mujeres no lleven esta problemática al exterior e intenten solucionarla o también invisibilizarla desde el interior de su hogar, la vergüenza o el estigma son elementos claves para mantenerlo en el ámbito privado. Es por tanto que: *“siempre el consumo de la mujer queda más metido en lo privado, cuando sale el consumo de la mujer para el afuera es porque hay mucho vínculo deteriorado, hay mucho mayor riesgo, se traspasaron muchos más límites en cuanto a su persona.”* (Trabajadora Social, del Portal Amarillo).

La invisibilización del consumo de la mujer es también dado porque la misma en situaciones de consumo o en estrategias para continuar con el consumo, pone en riesgo o exposición a su cuerpo, a su ser y esto es bien diferente en los varones que en las mujeres:

“El varón tiene conductas de mayor riesgo, entonces parece que estuviera más propenso al consumo y a actitudes de riesgo que los traen a los dispositivos como los robos, la violencia, etc. Las mujeres no están tan propensas a esas situaciones de riesgo, sino que son más invisibles también porque ellas se vinculan al consumo a través de todo lo que les pasa en el cuerpo, ponen su cuerpo para poder obtener el consumo y eso no está penado por la ley entonces quedan mucho más invisibilizadas.” (Trabajadora Social, Hospital Dr. Enrique Claveaux, Ex Filtro).

Esta situación nos permite vislumbrar por tanto, diferencias en los patrones de consumo, en las realidades de las mujeres que consumen y el riesgo al que se exponen. *“Asimismo el consumo esté dado dentro de su hogar, pero también en otros espacios como pueden ser “las bocas” o los lugares de “achique” donde: está la lógica de “podes consumir mientras estás conmigo”, la prostitución,*

etc.”(Trabajadora Social, Hospital Dr. Enrique Claveaux, Ex Filtro) mientras el varón habitualmente consume en la calle, en cantinas o en locales bailables. *“También se dan en mujeres situación de prostitución, de andar con parejas mayores por ejemplo tienen 30 y andan con parejas de 60 para sustentarse. Se dan más ese tipo de situaciones.”*(Trabajadora Social, del Portal Amarillo).

Resulta fundamental esta diferenciación en el consumo y en las estrategias para obtener el consumo, para así poder comprender algunas de las dificultades de acceso de las mujeres, así como también la imposibilidad social de visualizar a estas mujeres consumidoras y los riesgos asociados a esta situación, lo que dificulta aún más el acceso y la permanencia. Por tanto es fundamental sostener que:

Abordar las drogas y las drogodependencias desde una perspectiva de género supone: Tener presentes las diferencias y peculiaridades de género, es decir, los factores de tipo físico, psicológicos y sociales que condicionan las motivaciones para consumir drogas, los distintos patrones de uso y los diferentes efectos y consecuencias (Sánchez,2008:11).

Lograr abordar la situación contemplando los riesgos y las variables de género muchas veces genera una exposición muy importante de la mujer, mostrándola en su lugar más vulnerable y más lejano de lo femenino. Es por tanto, que deben pensarse estrategias en las que las mujeres no se sientan tan expuestas en sus condiciones y situaciones. En palabras de la Trabajadora Social, Hospital Dr. Enrique Claveaux, Ex Filtro:

“Para captarlas habría que poder visualizar todo ésto que pasa en sus cuerpos, todo ésto horrible que viven y explicar que todo ésto horrible que viven no es responsabilidad de ellas, pero también muchas veces las pone así muy en evidencia. Y no es fácil visibilizarlo sin ponerlas en evidencia.”

Como bien plantea la referente del Hospital Filtro para la temática, éstas situaciones a las que son expuestas a partir del consumo no son responsabilidad de las mismas. Como sociedad aún se trabaja para visualizar que las situaciones de violencia no son responsabilidad de la mujer, que las situaciones de abuso sexual tampoco lo son, así como todas las restantes consecuencias de la exclusión social que genera el consumo problemático de sustancias psicoactivas.

Esta invisibilización sin dudas conlleva dificultades en captar a estas mujeres por parte de los dispositivos de tratamiento, pero sin duda genera también internamente en las mujeres en situaciones de consumo problemático movimientos internos

asociados a la vergüenza, culpabilización y miedos a poder hacer público su consumo y por tanto también otros elementos de su vida familiar y cotidiana.

Esta vergüenza lleva frecuentemente al ocultamiento de la situación de consumo. En consecuencia, las mujeres que usan y abusan de sustancias psicoactivas tenderían a esconder, negar y disfrazar su adicción, o en su defecto, a elegir sustancias que pueden consumirse en espacios privados y que les permitirían controlar sus emociones (por ejemplo, los tranquilizantes menores). (Fernández: 2011:12)

Por consiguiente, algunos de los elementos que hacen que las mujeres consulten en menor medida en los Centros de tratamiento refieren a la vergüenza asociada al consumo, a la necesidad de ocultar esta situación al interior de su hogar y de poder negar algunas consecuencias del consumo o del acceso a este que suele estar muy asociada al manejo de su cuerpo y a la violencia. Por lo tanto, las consecuencias que tiene el consumo para la mujer son los que llevan a la misma a desear ocultarlo y que el hacerlo público sea uno de los últimos recursos para la misma.

2.4. LA FAMILIA Y LA MUJER QUE CONSUME DROGAS. UNA MIRADA ESTIGMATIZANTE

Existe sin dudas una mirada estigmatizante y culpabilizadora de la mujer que consume sustancias psicoactivas. Desde nuestra perspectiva, esa mirada social, diferenciada entre la gravedad del consumo de varones y mujeres es atribuible a una perspectiva de género, donde se generan diferencias entre lo que está habilitado para varones y para mujeres.

La visión de las drogas está en gran medida distorsionada por el modelo tradicional de los roles masculino y femenino, todavía vigente en nuestra sociedad, que percibe el consumo de drogas por parte de las mujeres como un comportamiento inapropiado. Consumir drogas se considera una conducta masculina, coherente con un estereotipo que durante años presentó el uso de drogas como “cosa de hombres” (Sánchez,2008:9).

Para lograr analizar por qué el consumo de sustancias se entiende como “cosa de hombres” es fundamental poder mirar esta realidad desde una perspectiva de género y familia que habilite a comprender el lugar establecido socialmente para cada uno de los miembros de la familia. La familia en la modernidad representa un

elemento de organización social. Dentro de esta organización social los “jefes de familia” deben responder al exterior sobre lo que sucede en el interior y por tanto se le exige que sea quien ordene y organice el interior de su hogar. Donzelot (2008) a lo largo de su libro “La policía de las familias” da cuenta de una percepción de la familia como un espacio de control, pero a su vez como primer espacio de bienestar. En palabras del autor:

La familia contemporánea está tan controlada como liberada, ni más ni menos. O, mejor dicho, es todo eso a la vez: un medio para el desarrollo de los individuos, un medio para introducir en su seno una exigencia normativa en materia de buen comportamiento educativo, conyugal y sexual (Donzelot; 2008: 10).

En concordancia con comprender a la familia como un mecanismo de control, de reproducción social, Donzelot plantea un devenir histórico de cómo ha sucedido esto en la modernidad y cómo el Estado intervino en las familias, las transformó y las hizo responsables de los individuos que formaban parte de ella a partir de la figura del hombre como principal responsable de sus miembros. En una primera instancia analiza el hecho de que:

Los filántropos proponen cambiar todo eso incitando el ahorro, punta de lanza del nuevo dispositivo de la asistencia, fortaleciendo por ese medio a la familia contra las tentaciones socialistas y estatistas, apoyándose en ella contra las antiguas formas de solidaridad y dependencia (...) (Donzelot; 2008:68).

Avanzando en la historia, el Estado promovió el control de las familias a través de los niños, a través de las enseñanzas que se dieran en el aparato escolar, ahora obligatorio. Por tanto: “(...) *la misión social del maestro consistirá en utilizar al niño contra la autoridad patriarcal, no para arrancarlo del seno familiar y desorganizar un poco más la familia, sino para que a través suyo penetre la civilización en el hogar.*” (Donzelot; 2008:79). Es el maestro el que debe enseñar a los niños los elementos que permita reproducir la ideología dominante en todas las familias, entendiendo a estas como el núcleo mínimo en la sociedad y un espacio a su vez responsable por sus miembros. Más adelante esto continuó a través de elementos de la Asistencia Social y la justicia.

Los aportes de De Martino (2011) introducen distintos aspectos de la conceptualización de familia, por ejemplo el hecho de que dicha categoría se esté actualizando o siendo cuestionada. La autora a su vez introduce su opinión respecto a que no existe un “prototipo” de familia sino que éstas se construyen

desde cada singularidad, desde cada situación particular, y que esto va modificando la conceptualización general de lo que es familia.

(...) una concepción bien amplia sobre la familia-la que resulta de la práctica cotidiana-, la que no clasifica en cuanto a relaciones consanguíneas, ni espacios comunes de convivencia, tomando como miembros a otros vínculos que pudieran considerarse como meras relaciones sociales. No aparecen modelos preestablecidos de familia, sino configuraciones familiares particulares (De Martino, 2011:127).

A partir de entender a la familia como reproductora de una ideología dominante, promotora de una normalización y homogenización de la sociedad, podemos así mismo comprender el hecho de que la familia debe garantizar al Estado que sus miembros cumplan con los requisitos que éste impone y logren acercarse a lo que se entiende como “normalidad”.

Se espera de la mujer que logre satisfacerse como tal en el interior de una familia y de su hogar ya que el consumo de drogas no es una actitud esperada de la mujer. Se cuestiona socialmente y en mayor medida el por qué de ese consumo, qué situaciones la han llevado a un consumo problemático: *“Ha habido por ejemplo muchachas re jovencitas y lindas y todos se preguntan por qué habrá consumido. Y como que a todo le buscan mucha más explicación cuando es una mujer.”*(AG, Centro Izcalí)

Es en este sentido que la familia en la modernidad ha sido la responsable principal de los cuidados de los miembros de su familia. Esto es analizado por De Martino (2011) cuando plantea que *“Del análisis de la relación entre Estado y familia, surge cómo ha sido concebida la cuestión de responsabilidad del cuidado y mantenimiento de los miembros familiares, sobre todo de aquellos, no autosuficientes.”* (De Martino;2011:41).

Y esto no quiere decir únicamente que desarrollen mecanismos de división de tareas dentro de la familia para el cuidado de todos, sino que además éstos sean realizados “bien”, “dentro de lo esperado”. Es necesario aclarar en relación a las tareas y poderes que *“Es a partir de la familia que la pertenencia sexual es colocada en una jerarquía de tareas, responsabilidades, valores, poderes.”* (De Martino;2011:35). Dónde, cómo plantearemos a continuación los cuidados son cometido principalmente del género femenino. Es a las mujeres a quienes se les exige.

Este análisis de la familia en general y de la familia en la modernidad, nos permite comprender el rol social asignado a la mujer y al varón. El varón es quien debe ejercer un control sobre el interior de la familia y desarrollarse en lo público para el sustento de la misma. Mientras que la mujer debe permanecer en y para el hogar, habilitando el desarrollo familiar y limitándose en los parámetros de lo esperado. Dentro de las atribuciones y responsabilidades de cada uno de los miembros de la familia, se puede plantear que en la familia moderna:

El hombre es para la mujer lo que la mujer es para el niño; o el poder es para el ministro lo que el ministro es para el individuo», dice Bonald. Así, pues, el marido gobierna, la mujer administra y los hijos obedecen. (...). «Las mujeres pertenecen a la familia y no a la sociedad política, y la Naturaleza las ha hecho para los cuidados domésticos y no para las funciones públicas (De Beauvoir,1949: 50).

Estas diferencias, atribuciones y expectativas respecto a cada uno de los miembros está fundada en el sexo de cada uno de los individuos.

Es el lugar social y simbólico donde las diferencias de generación y de sexo se asumen como fundantes y, a la vez, construidas. La sexualidad no implica únicamente la necesidad fisiológica de la reproducción o la necesidad de legitimación de la propia sexualidad. El reconocimiento de la existencia de dos sexos se convierte en principio social organizativo, en estructura simbólica que ordena las relaciones sociales. *Es a partir de la familia que la pertenencia sexual es colocada en una jerarquía de tareas, responsabilidades, valores, poderes.*” (De Martino;2011: 35)

El anterior análisis nos permite analizar la circunstancia de que no se espere por parte de las mujeres el consumo problemático de sustancias, que la misma dependa emocional y físicamente de una sustancia y no únicamente de su pareja y/o padre. A su vez muchas de las consecuencias del uso problemático de sustancias se asocian con los riesgos del exterior, riesgos a los que no se espera que una mujer se exponga.

El consumo de drogas ilegales entre las mujeres lleva consigo una carga emocional de disgusto y miedo a lo público, quizás por su rol todavía predominante en nuestras sociedades como esposa dependiente y cuidadora. 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» (Romo,2005:45).

En las entrevistas realizadas fue frecuente la percepción de las entrevistadas respecto a la decepción que genera el consumo de la mujer en sus familias y cómo de una manera u otra no era esperado que ellas, siendo mujeres pudieran tener

dificultades con el consumo de sustancias. Algunas de las expresiones en las que se puede visualizar estas miradas son las siguientes:

“Pero ya que sea la única mujer, porque mis hermanos son los tres varones, y que haya consumido y haya creado tantos conflictos. Eso me ponía bastante mal.” (AP, Centro de Salud Maroñas)

“Capaz que a nosotras nos resulta más difícil por la vergüenza, porque nos exponemos más, hay cosas que hacen en la etapa de consumo que a mi hasta el día de hoy me dan vergüenza.” (LM, Grupo T Hospital Enrique Claveaux, Ex Filtro)

“Y el padre de esa nena está preso por ejemplo y mi amiga no te dice viste que es la hija de fulano que está preso, sino es la hija de fulanita que está destruida y se droga, porque le sale eso a la gente.” (AG, Centro Izcalí)

Por otra parte: *“Hemos tenido situaciones que han podido solas levantarse y hacer un proceso y después han terminado ellas haciendo de apoyo familiar (Esto claramente limita el sostener en el tiempo y el poder ponerse en un primer lugar a ellas), agrupando la familia.”* (Trabajadora Social, Hospital Dr. Enrique Claveaux, Ex Filtro). La realidad del perfil de mujeres que asiste a tratamiento nos permite visualizar el rol femenino de mantener el equilibrio en las familias, de organizar y de mediar en los conflictos de los distintos participantes de la familia. Este puede ser entendido también como uno de los motivos de que las mujeres no logren sostener en el tiempo los procesos de tratamiento, ya que encuentran en sus familias un espacio que deben apoyar y desde el que se les exige participación activa, por lo que en los momentos en los que comienzan a sentirse mejor se ven presionadas a sostener a su familia y los otros miembros de la misma. En palabras de la Trabajadora Social del Portal Amarillo: *“En las mujeres se ven otras cosas, se empiezan a sentir mejor y ya tienen que volver a cuidar, en el rol de mi casa, de madre y ya no tiene tiempo de venir, entienden que ya perdieron bastante tiempo, en el sentido de que no lo usaron para otras cosas”*. (Trabajadora Social, del Portal Amarillo)

Por otro lado, como decíamos anteriormente, las mujeres tenemos el mandato social de mantener el equilibrio emocional de la familia, y también el de ser portadoras de las emociones. De las mujeres, más que de los hombres se espera que sean capaces de expresar los sentimientos y manejar adecuadamente las emociones. Desde el momento en que las mujeres son vistas como “expertas” a nivel emocional, el abuso de sustancias entendido como cierta dificultad afectiva para hacer frente a las distintas circunstancias de la vida es visto como un fracaso más grave en ellas (Fernández, 2011: 11)

La cita nos reafirma la idea de que las mujeres *visualizan* como un fracaso el no poder estar acompañando los procesos familiares, por lo que en los momentos que comienzan a fortalecerse, deciden abandonar sus procesos individuales, encontrándose necesarias y necesitadas dentro del ámbito familiar. Esta situación también se da en otro perfil de mujeres que asisten a tratamiento:” ...*otras gurisas que viven solas o con hijos y que han venido un tiempo nomás para aprender a manejarse y achicar, intentando una vida medianamente adaptada.*” (Trabajadora Social, Hospital Dr. Enrique Claveaux, Ex Filtro). Quienes también entienden al dispositivo de tratamiento como un lugar para poder trabajar sobre lo más emergente de la situación de consumo y sus consecuencias más visibles de manera de retornar rápidamente a sus tareas en el hogar y a sus obligaciones familiares.

En la menor eficacia de los tratamientos de las adicciones entre las mujeres influye el hecho de que muchos de los servicios asistenciales no están adaptados a las necesidades particulares de las mujeres, así como la presión que el propio entorno familiar ejerce para que el tratamiento termine lo antes posible y así las mujeres puedan asumir de nuevo sus responsabilidades en el hogar (que con frecuencia priorizan el cuidado de los hijos y el hogar frente a su propia rehabilitación (Sánchez, 2008: 21).

Esto lleva sin dudas a que las mujeres no logren sostener procesos de tratamiento, más allá de que accedan a los mimos. Las diferencias de necesidades y responsabilidades entre varones y mujeres conllevan generalmente la necesidad de realizar procesos más rápidos por parte de las mujeres, con menores requerimientos y que permitan a la misma continuar con sus responsabilidades y lograr asumir las esperadas. Es por tanto que también se requiere de estrategias específicas para el desarrollo de intervenciones de tratamiento con mujeres.

Otro elemento fundamental en el análisis desde la categoría de análisis familia en esta temática es el rol de la pareja de la mujer que tiene una situación de consumo problemático de sustancias, quien muchas veces potencia los procesos, pero quien también puede ser un elemento disuador de la participación en los dispositivos de tratamiento por diversos motivos:

Las mujeres pueden no acceder a los tratamientos porque temen perder la relación con su pareja, porque ellos no comparten la decisión de abandonar el consumo, o porque imaginan que los/las profesionales les pueden aconsejar la ruptura con su compañero (Castaños et *all*, 2007: 54)

Por otro lado, es también importante considerar como plantea Pascale et al (2012:54) que muchas de las mujeres que están en tratamiento presentan o presentaban parejas que tenían dificultades con el consumo de drogas. Así como que mayormente presentan situaciones de maltrato o violencia por parte de sus parejas. Se puede analizar por tanto que en algunas oportunidades la pareja puede ser uno de los condicionantes que llevan a la mujer a no consultar en dispositivos de tratamiento, por tanto es importante que los mismos puedan abordar de manera consciente esta área de la vida de cada una de las mujeres que asiste y consulta, de manera que no sea un impedimento para su continuidad. Así como evaluar la pertinencia del abordaje y trabajo con los mismos ya que muchas veces es considerado por los Centros de tratamiento como una de las dificultades el acercamiento a las familias y el trabajo con las mismas: *“No trabajamos tanto con la entrevista individual con la familia, no es todo más a nivel grupal. Hay un debe ahí, un debe bastante grande con las familias”*.(Trabajadora Social, del Portal Amarillo).

2.5 LA MIRADA SOCIAL DE LAS MUJERES EN TRATAMIENTO POR CONSUMO DE PROBLEMÁTICO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

La mirada hacia la mujer que consume drogas de manera problemática no es sólo cuestionada desde el rol como madre, hermana o hija, sino que también se pone en cuestión el no cumplimiento de los mandatos sociales del ser mujer, se espera del género femenino una “femineidad” que no está en concordancia con el consumo problemático de sustancias.

Una mujer que abusa de las drogas viola muchos, si no todos los ideales acariciados de lo que significa ser una mujer en la sociedad de hoy. Decoro en sociedad, modales, condescendencia, sumisión, pureza y porte elegante son condiciones requeridas para que las mujeres sean consideradas virtuosas y “mujeres de verdad”. Estos mandatos sociales han sido preservados a lo largo de los tiempos porque los hombres, más que las mujeres han tenido el poder de legislar patrones sociales y a su vez de definir lo que es aceptable para ellas (Fernández:2001:9)

Esa presión social de adaptarse a los estándares de lo femenino es por tanto otro de los elementos centrales de diferenciación en la mirada social de la mujer que tiene un consumo problemático de sustancias psicoactivas.

“La mirada del juzgar, primero que son juzgadas porque socialmente es peor mirada una mujer que consume, es mucho más estigmatizante, no sólo porque consume sino porque vaya a un tratamiento,” (Trabajadora Social, del Portal Amarillo)

“No, obvio que no. Las mujeres que consumimos estamos muy mal miradas, no sé cómo explicarte pero lo veo así. A mí me decían o me dicen cómo llegaste a consumir siendo mujer o muchas cosas que a las hombres no se las dicen, les dicen “bueno ta.” porque un hombre puede andar en la calle o hacer mil cosas. Pero la mujer siempre está mal mirada, en general. Hasta el día de hoy me preguntan cómo me pude meter en eso, andar en la calle, cómo pudiste dejar tirada a tu familia”.(AP, Centro de Salud Maroñas)

Dentro de lo esperado de la mujer, se encuentra también el que la misma “sea para el otro”. Desde la mirada social del género femenino se entiende que la mujer es un “ser de amor”, que debe disponerse a los otros tanto desde el cuidado, desde el afecto y la protección. Sin que sean fundamentales en tanto los sentimientos de la misma y como ella pueda sentirse en dicha situación. *“El ciclo de vida de las mujeres es el ciclo de transfiguración de las mujeres como seres del amor. Las mujeres vivimos el amor como un mandato. En la teoría de género eso significa que lo hacemos, no por voluntad, sino como un deber.”* (Lagarde,2001:12). Este dar por el otro, priorizar las situaciones de quienes me rodean ante que las propias, se pudo identificar también en algunas de las entrevistas entre compañeros de tratamiento, como las mujeres muchas veces dentro del tratamiento se interiorizan en las situaciones de los demás, intentan apoyar, ayudar, dar:

“Si, me pasa siempre. Es que en realidad si mis compañeros no vienen y me cuentan a mí yo no les voy a ir a preguntar, pero si ellos me cuentan sus problemas y todo yo trato de ayudarlos y solucionárselo y al ver que no pueden, soy yo la que quedo mal.”(AP, Centro de Salud Maroñas)

Se puede analizar desde esta mirada, por tanto, las dificultades que tienen las mujeres en sostener tratamientos en el tiempo, en dedicar tiempo al trabajo sobre ellas mismas, priorizándose frente a los demás. Esta no es la misma situación que sucede con los varones, lo que puede visualizarse en lo transmitido por una de las entrevistas, profesional del Portal Amarillo:

“A las mujeres se espera que pueda con el tratamiento, con la familia, con todo a la vez. Los discursos nuestros a veces es el hombre: quédate tranquilo vos ahora no podes trabajar, quédate tranquilo que tenés que hacer el tratamiento. En la mujer no, es: Tenés que hacer el tratamiento, tenés que cuidar bien a tus hijos, tenés que hacer eso y lo otro, carga y más carga. A ninguna se le dice hacéte cargo sólo del tratamiento, sólo ocupate de esto”. (Trabajadora Social, del Portal Amarillo)

Resulta evidente por tanto esta mirada, cuando también la misma es reproducida por los técnicos especializados en el área, que generan demandas diferentes de responsabilidades a asumir, a personas que se encuentran en procesos de tratamiento.

Para las mujeres, amar es colocar al otro en el lugar de ser lo más importante del mundo, más importante que una misma (...) Es lo que algunas autoras han llamado la colonización de las mujeres a través del amor. Te coloniza otra persona, te habita. No solamente habita entre tus cuatro paredes, sino que habita tu cuerpo, tu subjetividad, tus anhelos, tus pensamientos. En una colonización amorosa una persona ejerce poderes de dominación sobre la otra. (Lagarde,2001: 31)

El priorizar a los otros, el asumir responsabilidades frente a los “seres amados” más que frente a uno mismo lleva a una situación de “dominación”, de violencia y se exterioriza en derechos incumplidos, en necesidades básicas sin atender, así como en la imposibilidad tanto por accesibilidad como interior de sostener procesos de tratamiento personales, individuales y motivados por ellas mismas, por el poder desarrollarse plenamente en su vida cotidiana. Este análisis puede reflejarse en el aporte de Lagarde (2001,30):

Mi maestra, Franca Basaglia, definió a las mujeres como seres para los otros. La sociedad y la cultura hacen de las mujeres seres que aman a los otros. Lo perverso es que en esa imposición está la negativa al amor propio. A las mujeres les ha sido prohibido el amor propio.

2.6 LOS TÉCNICOS QUE TRABAJAN EN TRATAMIENTO POR CONSUMO DE PROBLEMÁTICO DE DROGAS Y LA CATEGORÍA DE GÉNERO

Para poder pensar en una mayor continuidad de las mujeres en procesos de tratamiento, es fundamental la formación de los técnicos que trabajan en estos dispositivos, en “género”. Formación que los habilite a poder desarrollar una mirada crítica sobre esta categoría de análisis que pueda entender la situación general de las mujeres en tratamiento, así como también comprender y analizar las singularidades de cada una de las personas que concurren a tratamiento desde una perspectiva de género y de construcción de derechos.

Las dificultades que aún existen, entre quienes trabajan en la temática en el abordaje con una perspectiva de género, logran generar mayor exclusión, violencia, desprotección y culpabilización de la mujer. En las siguientes manifestaciones de

técnicos y usuarias de dispositivos de tratamiento se puede visualizar cómo es imprescindible una formación en género para el abordaje de esta problemática tanto con varones como con mujeres: *“Porque yo creo que es más que nada la sociedad o los técnicos, pero no el grupo que me tocó.”* (AG, Centro Izcalí) Las usuarias perciben por parte de los técnicos diferencias en el trato, así como dificultades de los mismos en abordar las mismas situaciones con mujeres. *“Yo sentía que algunas de las personas que estaban ahí se les dificultaban mucho más trabajar con las mujeres que con los varones o no saben.”* (AG, Centro Izcalí), Por otra parte, existe también una mayor mirada a la presencia de la mujer, a como esta se presenta y por tanto a su historia y mecanismos para obtener dinero para consumir, *“A mí me tocó el comité con él y yo había ido con una pescadora, y como no me había podido afeitarse las piernas me había puesto una media de red abajo y está bien, él me dijo que no me podía vestir así si quería cambiar, que yo creo que tiene razón, pero ta.”*(VS, Grupo de Género Portal Amarillo)

En el mismo sentido, existen mandatos y lineamientos institucionales que reproducen esta mirada social y de los técnicos que trabajan en los dispositivos de tratamiento como podemos ver a continuación: *“Si, la mayor resistencia está en la institución, en los criterios, en los que definen, en el encare de los técnicos, en la falta de formación en género de la mayoría,”*(Trabajadora Social, del Portal Amarillo). Asimismo las reglamentaciones y normas están diferenciadas por sexo, lo que muchas veces no tiene un motivo o explicación brindada a las usuarias *“Por tener sexo te echaban, pero si vos te das un beso con un muchacho y se sabía cuándo yo entré a la mujer se la retiraba tres meses del tratamiento por eso y al varón se lo suspendía dos semanas.”*(AG, Centro Izcalí).

Por otra parte, también se ha avanzado mucho en algunos dispositivos en la contención a las mujeres que se acercan a realizar tratamientos. Este extremo es evidenciado en algunos fragmentos de las entrevistas realizadas: *“En el caso mío podía entrar cualquiera, entonces ellos como que le daban prioridad a las mujeres, porque más o menos los hombres eran todo lo mismo y la mujer puede ser que sea una madre, que tenga hijos, o tener muchas cosas diferentes.”*(AP, Centro de Salud Maroñas). Esta valoración de que la mujer haya logrado acercarse a un tratamiento y participar en ocasiones genera una mayor contención tanto por parte de algunos equipos técnicos como de los usuarios de los tratamientos. *“En este último tiempo*

me sentí muy protegida, más cuidada. Inclusive los compañeros también me cuidaban mucho".(LM, Grupo T Hospital Enrique Claveaux, Ex Filtro).

El lograr que estas participantes se sientan contenidas, protegidas y cuidadas, requiere indiscutiblemente de espacios donde se desarrollen la confianza, "*(...)las mujeres necesitan un contexto de intervención en el que se sientan seguras física y emocionalmente, estableciendo relaciones con los y las profesionales que favorezcan la toma de decisiones*". (Castaños et all, 2007:25). La contención de los técnicos en los dispositivos de tratamiento, también está dado en el apoyo a la toma de decisiones, así como en la construcción de metas y objetivos alcanzables que fortalezcan el autoestima y las estrategias de toma de decisiones personales.

La contención anteriormente mencionada, puede ser dispuesta y brindada cuando la mujer siente que en el dispositivo al que concurre los técnicos poseen estrategias claras y definidas para el abordaje de su situación, que conocen y no desarrollan prejuicios sobre sus trayectorias y situación actual.

La modalidad de tratamiento, residencial o ambulatorio, no ha mostrado que uno u otro tengan resultados más satisfactorios para las mujeres, sin embargo lo que sí influye es que el tipo de tratamiento incluya el enfoque de género, sea sensible a las necesidades y a las situaciones más desfavorable de las mujeres con drogodependencia. (Castaños et all, 2007: 24)

Estos elementos desarrollan una mayor importancia que las modalidades, tiempos y profesiones. El que la persona en tratamiento pueda sentirse contenida y cuidada refiere en gran medida a que se sienta comprendida y no prejuzgada por la situación en la que se encuentra o por su trayectoria vital.

Este segundo capítulo se realizó un análisis a partir de la información recopilada en las entrevistas realizadas y revisión bibliográfica de los tratamientos ofrecidos para mujeres, sus características y como la categoría género atraviesa esta realidad. Resultó indispensable analizar el rol familiar y social de la mujer, lo esperado en estos espacios de ellas y como esto determina su accionar, la manera en la que son percibidas, su autoestima y toma de decisiones.

CAPITULO 3. EL CUIDADO COMO CATEGORÍA FUNDAMENTAL PARA LA COMPRENSION DE LA SITUACIÓN DE LAS MUJERES QUE CONSUMEN SUSTANCIAS PSICOACTIVAS DE MANERA DEPENDIENTE.

“Cuidar es en el momento actual, el verbo más necesario frente al neoliberalismo patriarcal y la globalización inequitativa. Y, sin embargo, las sociedades actuales, como muchas del pasado, fragmentan el cuidado y lo asignan como condición natural a partir de las organizaciones sociales: la de género, la de clase, la étnica, la nacional y la regional-local. “

Marcela Lagarde

3.1. ¿ DE QUÉ HABLAMOS CUANDO HABLAMOS DE “CUIDADOS”?

Para poder analizar la situación de las mujeres que consumen drogas a la luz de la categoría “cuidado”, se entiende cómo fundamental poder definir la categoría, así como mencionar la relevancia de la misma en la agenda social actual y las construcciones teóricas y de Políticas Sociales que se vienen desarrollando en esta área.

El cuidar, es un verbo polisémico, etimológicamente, la palabra cuidar deriva del latín «cogitare» que significa pensar, término que se transformó luego en «prestar atención», para asociarse más adelante con el concepto de «asistir» o «poner solicitud en algo o alguien» (...) El ejercicio del cuidar, como tal, es una acción compleja que requiere la articulación de distintos elementos fundamentales. Los elementos constitutivos del cuidar son: compasión, competencia, confidencia, confianza y conciencia (Dornell, Sande y Aguirre; 2014:162).

En el capítulo anterior se plantea, cómo el cuidado es una de las tareas que históricamente se atribuye a la familia y dentro de ésta, a las mujeres. Por tanto, son las mujeres las responsables del cuidado de los individuos dentro de su familia, especialmente de quienes no son autosuficientes. En la modernidad, con la salida de la mujer al mercado laboral y la extensión de sus responsabilidades al ámbito público, se ha desarrollado un ámbito de trabajo, también asociado a la mujer, donde las familias pueden exteriorizar la tarea de los cuidados de los miembros de su familia a través del mercado. Sin dudas, la tarea continúa entendiéndose como una actividad feminizada. *“(...) se trata de una tarea esencialmente realizada por mujeres, ya sea que se mantenga dentro de la familia o que se exteriorice por la forma de prestación de servicios personales”* (Batthyány et all, 2011: 179)

Otro elemento a considerar, respecto a quienes ejercen la tarea de cuidados, es que el “(...) *cuidado como una actividad femenina en general no remunerada, sin reconocimiento ni valoración social*” (Batthyány, 2011: 54). Por tanto las cuidadoras ya sean familiares o extra-familiares reciben una valoración social muy inferior a lo que pueden ser mujeres que desarrollan cualquier otro tipo de tareas. El cuidado no está reconocido a pesar de que trabaja al interior de las familias, con sus miembros más cercanos y generalmente dentro de los hogares.

Comienza a surgir así, una necesidad social de problematizar esta temática, y a nivel Estatal, de poder brindar garantías a quienes son cuidados y a quienes se desempeñan como cuidadores. El Estado comienza a reconocer y tomar como propia la temática del cuidado y de los cuidadores desde un rol de corresponsabilidad social, esto surge como consecuencia natural de las transformaciones en las familias, la sociedad y el propio Estado. Se transforma así la relación entre estado y familia, especialmente en el cumplimiento de los derechos de los miembros dentro de la familia, especialmente aquellos que no son autosuficientes.

El derecho al cuidado, en el sentido de un derecho universal de toda la ciudadanía, es entendido desde la doble circunstancia de personas que requieren y que brindan, es decir, desde el derecho a dar y a recibir cuidados. Esto implica una nueva concepción de la relación entre individuo, familia y Estado basada en la responsabilidad social del cuidado de las personas. Esta consideración quizás incipiente en nuestra región tiene ya un largo recorrido en los Estados de bienestar europeos (Batthyány et al, 2011: 9).

Surge entonces, también la discusión respecto a quienes están “habilitados” socialmente para poder desarrollar estas tareas de cuidado y que esto se define en función al sexo y la edad. Las mujeres en edad activa son muchas veces quienes desempeñan en mayor medida estas acciones y responsabilidades.

Del análisis de la relación entre estado y familia, surge cómo ha sido concebida la cuestión de responsabilidad del cuidado y mantenimiento de los miembros familiares, sobre todo de aquellos, no autosuficientes.” Emerge la discusión sobre qué actores institucionales-familia, estado, parentela, tercer sector- y quienes al interior de la familia-en base a sexo y edad- son responsables por las tareas de reproducción social (De Martino;2011:41).

¿Es el cuidado un tema relevante en la actualidad Uruguay? Sin dudas que sí. “Desde el 2008 el elenco político uruguayo discute en torno al tema de los cuidados como problema público y lo ha incluido por tanto en la agenda pública.” (Cafaro, 2014: 30). Esta temática, se ha vuelto uno de los pilares fundamentales del nuevo

gobierno uruguayo, en cuanto a la necesidad de construir derechos tanto para quienes cuidan como para quienes son cuidados, En ese sentido está en la agenda, la necesidad de profesionalización de esta tarea, con la intención de garantizar los derechos de quienes son cuidados, de forma de lograr un cambio en la percepción social respecto de quienes desarrollan la actividad de cuidadores. Surge por otra parte este tema, dentro de las problemáticas actuales mediante el denominado “déficit de cuidados”, donde las familias tienen por sí mismas serias dificultades en proveer del cuidado necesario a sus miembros y especialmente a aquellos que no son autosuficientes.

El déficit de los cuidados en la sociedad uruguaya están estrechamente ligados - entre otros- a los cambios de los arreglos tradicionales de las familias, al envejecimiento de la población, a la baja tasa de fecundidad, a la incorporación masiva de las mujeres al empleo con la ausencia de políticas de conciliación y a la falta de corresponsabilidad entre estado, mercado y familia (Cafaro, 2014: 29).

La cita nos introduce también a otro aspecto del cuidado, que es el rol del mercado, en la satisfacción de las necesidades del cuidado y cómo éste muchas veces, genera propuestas y estrategias inaccesibles para la mayoría de las familias de nuestro país.

En el Uruguay se desarrolla un Sistema Nacional Integrado de Cuidados que cobra vigencia en el año 2011 y que continúa en la actualidad desarrollándose en su implementación. Este sistema pretende dar respuesta a la situación actual de los cuidados en el Uruguay.

Así nace el Sistema Nacional Integrado de Cuidados; con el objetivo de generar un modelo corresponsable de cuidados, entre familias, Estado, comunidad y mercado. Aún más, corresponsable especialmente entre varones y mujeres, para que uruguayas y uruguayos podamos compartir equitativamente nuestras responsabilidades de cuidados, apuntando así a superar la injusta división sexual del trabajo que históricamente y aún hoy caracteriza a nuestra sociedad. (SNC, 2015:6)

Esto también es planteado por Cafaro y Espasandín, (2015:126) que:

El Sistema de Cuidados estaría tomando el reclamo que desde una perspectiva de género se reconozcan los cuidados como un problema social y colectivo con el Estado garante de este derecho a la vez de que las funciones de cuidado que hasta ahora son cumplidas por las familias sean desfamiliarizadas.

Otro de los objetivos de este modelo de cuidado es poder romper con las condicionantes de género, donde la mujer es la única habilitada y preparada para

desarrollarse en el cuidado y la asistencia. Desde este modelo, quién determina dicha habilitación en una formación en la temática que permita a su vez la profesionalidad de la actividad y su reconocimiento social. A su vez la profesionalización de esta actividad de cuidado provoca además un quiebre a nivel intra-familiar respecto a quien es el encargado de proveer económicamente al hogar y quiénes son los encargados de su organización hacia el interior.

En este modelo el Estado benefactor debe asegurar que hombres y mujeres hagan lo mismo generando condiciones para eso y desmantelando la oposición entre proveedor y cuidador: “Integraría actividades que están separadas, eliminaría la codificación según el género y animaría a los hombres a desempeñarlas también” (Cafaro y Espasandín apud :2015,121)

3.2 EL EJERCICIO DE LAS TAREAS DE CUIDADO EN LAS MUJERES QUE ASISTEN A TRATAMIENTO O POSEEN CONSUMOS PROBLEMATICOS DE SUSTANCIAS.

Suele visualizarse a la mujer en su rol de cuidadora, especialmente en el cuidado de sus hijos, pero éste no es exclusivo y no es la única razón por la que las mujeres se responsabilizan de otros a su alrededor. Esta situación es dada también y de manera relevante, con parejas, padres, hermanos y hermanas, así como otros familiares, vecinos o amigos. El cuidado no refiere únicamente a la asistencia, sino que tiene múltiples facetas, como ya fuera planteado, como lo son el “prestar atención” y ponerse “a disposición” del otro.

Este “dar” sin límites estaría sustentado en la necesidad de ser aceptadas y valoradas por los otros, de ocupar un lugar privilegiado en la relación con los demás, de ser importantes e imprescindibles para alguien. Presupondría además la postergación de las propias necesidades y deseos en pro de la asistencia (a hijos, esposos, padres, etc), lo cual conllevaría a la frustración personal al no ser retribuidas de la misma forma (Fernández:2001,9).

Este rol de cuidado entonces, refiere a un espacio en el que las mujeres al “darse”, entregarse y ser reconocidas como “mujeres “decentes”, cumplen con sus obligaciones y atribuciones y complacen las expectativas que los demás poseen o vuelcan sobre ellas. En la situación de mujeres que están en situación de consumo o requieren de la realización de un tratamiento, resulta imposible cumplir con estas expectativas, lo que muchas veces genera frustración en las mujeres que acceden a Centros de Tratamiento y por tanto abocan su proyecto y deseo a poder sostener desde los cuidados a su familia. La siguiente cita nos permite visualizar lo anterior, desde una perspectiva de la mujer

madre y la frustración que conlleva no poder cumplir con las responsabilidades atribuidas.

El rol social asignado a las mujeres como protectoras y cuidadoras, madres antes que todo, vuelve muy difícil encontrar caminos de salida para estas mujeres, que también tienen introyectado esto y que sienten que al fallar como madres, sus vidas pasan a carecer de sentido (Olivera, 2012: 81).

Para las mujeres representa una enorme frustración no poder cumplir con sus roles establecidos y con la necesidad familiar de cuidado. Se les torna más difícil aún solicitar cuidado, mostrarse necesitadas de espacios en los que sean ellas las que requieren de alguien que las apoye y proteja en ese proceso. Por su parte, las familias están menos dispuestas o visualizan en menor medida las necesidades de estas mujeres que necesitan realizar un tratamiento por uso de drogas.

“A las mujeres se las deja más solas, a los varones se los acompaña más. Es ella la que apoya y cuida, entonces no hay quien las pueda cuidar. Aparte la mayoría tiene un hermano preso o con otras dificultades y va a ese la ayuda, se visualiza con mayor necesidad de apoyo a éstos. Y también mientras ellas necesitan ser cuidadas están cuidando y no pueden centrarse en su proceso de tratamiento.”(Trabajadora Social, Hospital Dr. Enrique Claveaux, Ex Filtro)

Esta realidad de un menor apoyo o contención familiar, se puede ver en elementos concretos de las situaciones que se desarrollan en los Centros de tratamiento: *“Si en las mujeres no hay eso de la madre o hermana pendiente y llamando, yo pocas veces vi una madre o padre golpear el mostrador por la mujer, por los hombres todos los días hay alguien, todos los días, sistemáticamente”*. (Trabajadora Social, del Portal Amarillo)

El reconocimiento por parte de las mujeres de esta situación es también un elemento a considerar, en muchas oportunidades se visualiza que la mujer no se posiciona desde un lugar de necesitar apoyo o contención, en alguna medida esto puede estar dado por la frustración que conlleva estar en la situación y dejar de lado las expectativas y necesidades familiares sobre ellas. Se construyen por parte de estas mujeres una serie de temores e inseguridades que dificultan el reconocimiento de su problema y repercuten en la falta de impulso personal para acudir a un dispositivo de tratamiento. Esto puede visualizarse también en el siguiente fragmento de una de las entrevistas realizadas a las usuarias de dispositivos de tratamiento:

“De todas las mujeres que consumen son pocas las que se dan cuenta que no pueden solas o de que necesitan una ayuda o algo, reconocer, porque lo primero es reconocer que te lleva a hacer cosas malas o que no quieres y son muy pocas esas mujeres.” (VS, Grupo de Género Portal Amarillo)

En este sentido también resulta relevante el siguiente aporte:

(...) uno de los temores frecuentes en las mujeres es el miedo a no ser reconocidas y valoradas. Este miedo, estructurado en el dar y cuidar sin límites coloca a las mujeres en una situación de vulnerabilidad y dependencia del juicio de los otros. Quedarían así pendientes de la imagen y el reconocimiento que los otros le devuelven, siendo los “otros” quienes definen su valoración (Fernandez, 2001:9)

Siguiendo esta línea de pensamiento, si su reconocimiento y valoración es dado a partir de sus acciones de cuidado y contención y desde los otros, se dificulta en mayor medida la posibilidad de reconocimiento de una situación de dependencia de una sustancia y la necesidad de poder destinar su tiempo y energía a la realización de un tratamiento por consumo problemático de drogas. Algunos de los análisis actuales sobre la temática del cuidado nos permiten comprender y acercarnos al sentido que le es dado a esta atribución social de la mujer y al por qué la misma es comprendida como la única capaz de cuidar y de organizar su familia. Está sustentado en el mito de que la mujer por su capacidad de ser madre es la indicada para los cuidados dentro del hogar.

Menciona la feminización de los cuidados y del mito del amor maternal que han reafirmado el lugar insustituible de la mujer-mamá, lo cual ha tenido como consecuencia la “(...) exclusión de los derechos ciudadanos, instalándose mayoritariamente una desigualdad de reparto a nivel del cuidado en el hogar” (Cafaro y Espasandín :2015,126)

3.3 EL CUIDADO, LA PAREJA Y LA MATERNIDAD

Resulta relevante poder analizar y problematizar el vínculo de las mujeres que asisten a tratamientos por consumo problemático de sustancias con sus parejas, quienes en muchas oportunidades ofician de sostén, protección y apoyo en el proceso: “(...) *la mayoría se apoya mucho más en sus parejas que en las familias de origen*” (Trabajadora Social, Hospital Dr. Enrique Claveaux, Ex Filtro). Estas parejas tienen distintos sentidos para cada una de estas mujeres, pero en muchas oportunidades ofician de contención y apoyo en el momento de iniciar un tratamiento, *“Tuve parejas, una que consumía y la otra que no que me insistió para que me recuperara, me pagó un curso y todo y no logré confiar en él.”*(VS, Grupo de Género Portal Amarillo), Estas parejas ofician en

oportunidades también de motivación. *“Y mi pareja de ahora que consumió pero no conmigo, y él fue el que me ayudó a salir.”*(AP, Centro de Salud Maroñas)

En muchas otras situaciones esta situación no se da; incluso cuando la mujer está en situación de consumo es ella quien debe apoyar a su pareja y cuidarla para poder dejar situaciones de riesgo o minimizarlos.

Cuando la mujer mantiene una relación de pareja con un hombre consumidor de drogas a menudo permanece junto a él acompañándolo incluso en la rehabilitación, en cambio en la situación inversa en general la mujer es abandonada por su pareja y sus hijos pasan al cuidado de terceros (Olivera, 2012:19)

Para la mujer, es mucho más natural el poder apoyar a una pareja en situación de consumo que recibir su apoyo:

“Yo lo amaba, pero más allá de eso me sentía su gran protección, y cuando está consumiendo mucho más, yo lo salvaba, lo cuidaba y era tipo, como no consumía, me puse en el rol de protegerlo, por eso creo que él no me hace sentir culpable por mi consumo”.(AG, Centro Izcalí).

Las mismas a pesar de su situación continúan intentando desarrollar el cuidado de sus hijos y si no lo logran, no son generalmente sus parejas quienes se hacen cargo de esta situación y muchas veces generan inseguridad las estrategias de cuidado de los hijos mientras ellas se encuentran en tratamiento:

“Yo si tengo que decir por qué las mujeres se internan menos, es por los hijos. Yo tuve compañeras, que cuando vos no tenés afuera quien te esté cuidando los nenes, estás preocupada por si comen, van a la escuela es muy difícil internarte en un tratamiento.”(AG, Centro Izcalí)

Otro elemento que resulta fundamental analizar en las relaciones de pareja de las mujeres que están en situaciones de consumo o tratamiento es la relación con la violencia y el control, cómo las mujeres en etapas de cuidado requieren de atención, control y protección y en muchas oportunidades esto se transforma en elementos de violencia de difícil detección y abordaje, ya que muchas veces (dado que en gran cantidad de casos) es su pareja es el único vínculo afectivo que estas mujeres poseen.

“A mí me pasó con el papá de mi hijo menor, que al principio creía que lo único que me iba a poder ayudar era él y después te das cuenta que, al contrario, que te complica más. Yo creía que era una salida porque él no consumía, pero cuando

dejé el consumo me di cuenta de un montón de cosas, de que me refugiaba en él, dependía de él y cosas que permití. cosas que recién después me di cuenta”.(LM, Grupo T Hospital Enrique Claveaux, Ex Filtro).

“Antes para salir dependía de él, para ir a lo de mi madre él me tenía que estar controlando y yo lo dejaba porque me ayudaba a no mandarme cagadas. Y ahora que estoy independizándome y hago las mías y eso no le gusta.”.(AP, Centro de Salud Maroñas)

Desde la mirada de los técnicos también es visible el apoyo en las parejas que muchas veces es un elemento favorable para el proceso, pero a su vez genera dificultades en trabajar sobre dicho vínculo, que muchas veces invisibiliza elementos de violencia y dependencia.

“Y quienes están viviendo con sus parejas, encuentran mayor apoyo en ellas. Algunas porque otras viven situaciones de violencia con sus parejas, entonces está todo mal con sus familias de origen, pero también está todo mal con sus parejas porque hay situaciones de violencia atravesadas que nunca sabes si es la causa o la consecuencia, aunque yo creo que muchas veces es la causa”.(Trabajadora Social, Hospital Dr. Enrique Claveaux, Ex Filtro)

Resulta imprescindible entonces continuar el análisis desarrollando cómo se desempeña en este marco el rol de maternidad de las mujeres que están en situaciones de consumo y que requieren realizar procesos de tratamiento. En este sentido se destaca que: *“Algunos de los aspectos que hemos visto con mayor impacto en la continuidad y adherencia al tratamiento son: la inclusión de los niños o la oferta de lugares seguros para su cuidado (...)”* (Olivera;2012,65).

Como mencionamos anteriormente es muy difícil gestionar el cuidado de un niño o niña mientras sus madres realizan procesos de tratamiento. Es importante señalar en este momento que es bastante diferente la situación cuando se indica un tratamiento residencial (que incluye una internación y separación de su hogar) a un tratamiento ambulatorio (en días y horarios determinados).

En las situaciones de internación las madres deben gestionar quienes cuiden de sus hijos de manera permanente y por períodos más prolongados, puede ser desde 40 días, hasta un año. Se desarrollan por tanto nuevas estrategias para el cuidado de los hijos: Una de ellas es solucionar el cuidado del niño, niña o adolescente a través de algún miembro de la familia que pueda y desee hacerse cargo de ese o esos hijos: *“Hay muchas situaciones que el niño/a cuando ellas se internan se*

queda a cargo de un familiar, sea la pareja o en general la mamá de la que se interna, en general de mujer a mujer.”(Trabajadora Social, del Portal Amarillo).

Otra de las opciones que se visualizan es el de acudir a un Centro de Tratamiento por fuera de lo público y asociado al modelo de comunidad terapéutica, que permiten la internación en conjunto con los niños. Esta es una salida a la situación de que no existan Centros Públicos a los que se pueda acudir con hijos o hijas.

“Entonces antes de que me saquen a mi hijo yo pregunté si había algún centro que lo pudiera llevar y me dijeron que no. Entonces yo dije que me iba para Beraca, que yo ya lo conocía porque había estado internada antes y me voy con el niño. Elegí eso porque la otra opción era que mientras yo hacía mi tratamiento el chico se fuera a un centro de Inau. Y eso no me dejaba tranquila, eso no. No hay Centros Públicos que puedas ir con tus hijos a hacer la rehabilitación. En ese momento el grande estaba con mi hermana y ella no quería quedarse también con el chico y se tenía que ir a un hogar transitorio”..(LM, Grupo T Hospital Enrique Claveaux, Ex Filtro).

En la anterior situación se da una estrategia mixta, donde uno de los hijos se encuentra a cargo de una de las hermanas de la participante y el otro ingresa con ella a un Hogar Privado, una comunidad terapéutica. Resulta relevante destacar que el hijo mayor estaba a cargo de su hermana por una disposición judicial que dictaba que ella no podía hacerse cargo del niño hasta no realizar un proceso de tratamiento y por tanto que no podía continuar estando a su cargo.

Otra de las estrategias a considerar es que esos hijos puedan permanecer de manera transitoria en Hogares de Amparo de INAU, por el período en el que la madre realice la internación. Esto requiere coordinaciones inter-institucionales para que en conjunto existan cupos en los Hogares de INAU y en el dispositivo de tratamiento; Se requiere en paralelo que se gestione la medida judicial correspondiente en el juzgado y coordinación con el espacio previo de vivienda que la usuaria sostenía.

“O pasan situaciones cuando se internan de que los hijos por ese período van a INAU en los casos que viven en refugios y eso se gestiona y planifica antes del ingreso, en general en esas situaciones siempre hay algún otro equipo de referencia. Sea el equipo del refugio, del MIDES, siempre hay un equipo atrás. Entonces se hace primero la gestión para que el niño vaya a INAU, siempre son medidas judiciales, con juez de por medio. Cuando salen vuelven con ellas, son casos específicos. Y la tranquilidad de que van a volver con sus hijos, porque sino no se internan.”(Trabajadora Social, del Portal Amarillo).

Como destaca la referente de tratamiento, éstas son medidas que se dictan y resuelven a nivel judicial y que por lo tanto están a disposición de la justicia. Esto también nos favorece el poder visualizar que

“La mayoría que tienen hijos tienen situaciones judiciales, porque la tiene la abuela, la tía, fulano o mengano. La mayoría tiene situaciones judiciales por distintos motivos, que no es tanto en los hombres. Pero las mujeres que hacen tratamiento si bien son menos la mayoría tiene situaciones judiciales de temas de tenencia, los varones tienen medidas por rapiña, hurto o con medidas sustitutivas.” (Trabajadora Social, del Portal Amarillo).

De lo anterior se desprende que las situaciones judiciales pueden ser un determinante en la construcción de motivación para la continuidad del tratamiento en cualquiera de sus modalidades: *“¿Es una motivación la medida judicial? Y en muchas si es una motivación, en muchas es la posibilidad de estar con sus hijos el tratamiento.”*(Trabajadora Social, del Portal Amarillo). Pero en otras varias ocasiones el temor a que se judicialice su situación y que por tanto sean separadas de sus hijos limita, retrasa o entorpece el acceso al tratamiento.

Otro motivo es el miedo a que les retiren la custodia de sus hijos e hijas, aunque la descendencia y la posesión de una pareja estable se indica por parte de las y los profesionales como unas de las variables por las que las mujeres suelen afianzarse en sus tratamientos (Castaño,2011:53).

Existen también otras limitantes de la maternidad, más allá de cómo se resuelva el cuidado de los hijos que dificulta el acceso a los tratamientos tanto residenciales como ambulatorios en quienes están a cargo de hijos. La mayoría de estos está centrado en las necesidades y expectativas que las mujeres colocan en estos procesos de tratamiento. En la siguiente cita se plantea la existencia de espacios para los niños o niñas en los horarios que las mismas concurren a tratamiento, así como orientaciones respecto a su cuidado y crianza.

Las mujeres perciben que los programas no ofrecen servicios que respondan a sus necesidades sociales y personales. Destacan la falta de servicios de atención a sus hijos e hijas (guarderías) mientras ellas están en tratamiento, así como la orientación y formación sobre la crianza y educación en la infancia. (Castaños et al, 2007: 53)

La necesidad de apoyo en el cuidado y crianza de los hijos, refiere en gran medida a las dificultades que tienen las mujeres al volver a encontrarse con este rol tras lo que ellas entienden como haber fallado, o ser sustituidas en su etapa de consumo

y/o inicios del tratamiento. El enfrentar nuevamente este rol, desde otro lugar, lleva muchas veces a acciones asociadas a la culpa por la ausencia y por no haber estado presente en momentos significativos de la vida de sus hijos o no haber sido quienes los y las orienten en su desarrollo y aprendizajes. Lo anterior puede visualizarse en los siguientes fragmentos de entrevista:

“Si claro, desaparecer un tiempo y después volver a marcar límites es muy difícil. Y aparte el sentimiento de culpa, hace que me sea más difícil decir que no. Últimamente me resulta más fácil, ellos pobres no me lo cuestionan, no me dicen vos que no estabas. Soy yo la que más dramatiza”. (AG, Centro Izcalí)

“También el poder cuidarlo que hasta hoy me da mucho miedo, porque siempre me había refugiado en alguien, en un hombre, en el hogar, nunca dependí de mi misma, más allá de que siempre tuve y tengo mucha ayuda. Muchas veces me siento desbordada.”(LM, Grupo T Hospital Enrique Claveaux, Ex Filtro)

En este sentido resulta pertinente destacar como el rol femenino frente al cuidado de los hijos se diferencia en gran medida al rol masculino tanto en sus responsabilidades como en la mirada social que recibe frente a su forma de ejercer la paternidad. Por tanto, como sociedad esperamos comportamientos y responsabilidades diferentes en la situación de los padres y las madres.

Cuando se pregunta acerca del rol de madres y padres en el cuidado de sus hijos/as, sigue predominando el deber ser de la mujer como principal cuidadora, mientras que el deber ser de los padres es el de garantizar el mismo. Esto va de la mano con la autonomía económica de las mujeres que se ve condicionada en cuanto a sus trayectorias laborales ya que siguen siendo las que están más dispuestas a abandonar su empleo o flexibilizar su horario de trabajo para hacerse cargo de los cuidados (Cafaro y Espasandín:2015,124).

A pesar de que las mujeres en la sociedad moderna hayan avanzado en la obtención de empleos y nuevos espacios de sociabilización siguen siendo las principales responsables del cuidado y mantención del hogar, mientras lo que se espera de los padres es que puedan proveer elementos materiales para el sustento del hogar. Esto representa una fuerte contradicción en la sociedad en general, que puede percibirse reflejada en la situación de mujeres en tratamiento ya que se les comienza a exigir que se desarrollen laboralmente y asimismo que se puedan flexibilizar de modo de que puedan continuar desempeñando el cuidado de sus hijos y su crianza, lo que muchas veces genera que deban resignar sus espacios personales, como puede representar por ejemplo el tratamiento.

Como parte de un proyecto democrático de mundo, de sociedad, de vida cotidiana, es preciso que responsabilicemos a los hombres de sus paternidades (...) este cambio también depende de nosotras. Porque mientras nosotras seamos madres que asumimos todas las responsabilidades estamos contribuyendo a que haya padres que no asuman ninguna (Lagarde, 2001:105).

La autora por tanto plantea también que el hecho de que esto suceda es en parte responsabilidad de las mujeres, quienes cubren los distintos roles y en algún punto no exigen de los hombres nuevas responsabilidades. Una diferencia clara entre lo que es esperado por parte de una mujer y de un varón en el ejercicio de su maternidad/paternidad puede identificarse a continuación:

“La familia del padre de mi hija por ejemplo siempre supo que él consumía, pero cuando se enteraron que yo consumía me dejaron de lado, y también a su nieta. Y porque yo era la madre y no tenía por qué consumir. Siempre fue así, el padre no pasaba nada, pero yo no podía consumir. A lo que se ve que el padre no la tiene en el vientre, es como que no tiene tanto perjuicio” (AP, Centro de Salud Maroñas)

Esta cita nos permite repensar también la exclusión que sufre ese niño o niña frente a la situación de consumo de su madre que no lo vive de igual manera si la situación de consumo refiere a su padre. Lo mismo sucede frente a la mirada social que recibe una madre que se encuentra en una situación de dependencia de una sustancia psicoactiva, que la misma se encuentra procesos de exclusión social mucho más severos.

Una de las limitaciones que debemos tener en cuenta es que históricamente las investigaciones se han centrado sobre aquel pequeño grupo de mujeres cuyo uso de drogas se con dificultades para cuidar a sus hijos. Esto ha contribuido a construir una imagen social negativa de la mujer consumidora, la cual es considerada más “desviada” que sus pares hombres. El consumo de drogas en estas mujeres ha sido definido como problemático sobre todo cuando ellas han abandonado o de alguna manera puesto en peligro el correcto cumplimiento de los “roles tradicionales de género” (Fernández, 2001: 6).

La madre que consume, por ende es calificada como “abandónica”, como una madre que no cumple con sus roles asignados y con sus “instintos más profundos”, ya que socialmente la maternidad es vista como un instinto que no puede ser obviado.

Los nuevos discursos hacia la maternidad crearon la obligación para la mujer de ser ante todo madre, naciendo el mito del “instinto maternal” al que antes hacíamos referencia y la exaltación del amor maternal como valor favorable a la especie y a la sociedad. (Magnone y Viera;2015: 136)

Esta concepción de que la maternidad genera un “instinto maternal” y por tanto ignorarlo refiere a una desviación “profunda” que rompe con sus características más profundas puede percibirse con las siguientes manifestaciones: *“Hasta el día de hoy me preguntan cómo me pude meter en eso, andar en la calle, cómo pudiste dejar tirada a tu familia.”* (AP, Centro de Salud Maroñas)

“Cuando estás en el consumo hasta las propias personas que consumen dicen, esta que tiene al hijo en cualquier lado, más allá de que ellos también se están arruinando la vida, en ese ámbito también está mal visto que la madre deje a sus hijos por consumir y yo lo veo un poco así también, es muy fuerte.” (LM, Grupo T Hospital Enrique Claveaux, Ex Filtro)

Resulta de las expresiones anteriores mucho más impactante a nivel social el visualizar a una mujer madre en una situación de consumo, en la calle, separada de sus hijos que a un padre, y esta mirada social muchas veces reproduce el sentir de estas mujeres, ese sentir que en una primera instancia las llevó a la situación de consumo. Esta exclusión muchas veces perpetúa la situación de consumo, disminuye la auto percepción y la autoestima y lleva a estas mujeres a situaciones de mayor vulnerabilidad y exclusión tanto a nivel social como familiar.

Dentro de la maternidad, otro elemento a tener en cuenta es la realidad de las mujeres que están en situación de consumo en el desarrollo de un embarazo, sus condiciones y posibilidades de tratamiento, así como las limitantes de acceso y continuidad en este proceso. El embarazo y el consumo de drogas ha sido uno de los temas estudiados en el área de las mujeres y el consumo de drogas: *“La mayoría de ellas (...) estaban dirigidas a investigar los efectos del consumo en mujeres embarazadas y los posibles daños al feto que pudieran derivarse del mismo”* (Fernández, 2001:7)

En este marco las investigaciones se desarrollan principalmente en los daños que el consumo de esta mujer puede generar en su hijo y no otros temas también relevantes para esta situación como pueden ser la percepción de la madre respecto a su hijo, las estrategias de intervención en estas situaciones, los elementos que dificultan el acceso, entre otros relevantes.

Pascale et *all* enmarcan las principales dificultades que enfrentan las mujeres embarazadas para acceder a los dispositivos de tratamiento y de poder gestionar

estrategias para abandonar el consumo en este período, así como el cuidado de ellas mismas y de su futuro hijo:

Hay otras barreras que no permiten que las mujeres embarazadas que abusan de sustancias accedan con facilidad al tratamiento y son diferentes a los obstáculos observados en los hombres: el estigma que rodea a las mujeres embarazadas que abusan de sustancias es muy negativo ya que son vistas como mujeres promiscuas, negligentes e irresponsables. A causa de este estigma, la sociedad (y a menudo también el sistema de salud) tiene actitudes punitivas contra ellas. Esto provoca vergüenza y culpa que incluso contribuye a incentivar el problema de consumo (2012: 65)

En el desarrollo de las entrevistas con las referentes de tratamiento se consulta respecto a las estrategias a nivel público de abordaje de la situación de mujeres embarazadas en situación de consumo y que se acercan a consultar por tratamiento, o cuando el mismo es detectado en consultas médicas.

En el Hospital Pereira Rossell existe un grupo de tratamiento que es el indicado preferentemente a las mujeres en esta situación, ya que está especializado en mujeres embarazadas o que recientemente han tenido a sus hijos. Este grupo también oficia como control judicial de las situaciones que se generan en estas circunstancias y de la posibilidad de esta mujer de permanecer junto a su hijo. De todas maneras, no es la única alternativa, ni la mejor para todas las situaciones de consumo de mujeres embarazadas.

Desde otros dispositivos ambulatorios, se desarrolla como estrategia de intervención: *“el acompañamiento, porque generalmente no tienen los controles de embarazo indicados”* (Trabajadora Social, del Portal Amarillo), se generan también coordinaciones y derivaciones pertinentes para la atención de ese embarazo, de la situación de otros hijos que pueda tener a cargo, como también de otros equipos como puede ser Uruguay Crece Contigo.

Por otra parte: *“Las situaciones que conocí salen del Portal a tener a su hijo, han pasado meses y algunas casi todo el embarazo internadas. Esa es como la gran estrategia de cuidado con las embarazadas”* (Trabajadora Social, del Portal Amarillo). Más allá de que desde el Portal Amarillo las internaciones son con objetivos concretos, que se desarrollan en un promedio de cuarenta días, en la situación de las embarazadas, la estrategia de intervención con mayor aval y cuando es posible es la internación, la que habilita a que la mujer abandone el consumo cuando así lo desea y se asegura el adecuado control del embarazo, la adecuada alimentación y cuidado del cuerpo. Asimismo, se trabaja sobre el

fortalecimiento de esa mujer de manera de que después del parto logre sostenerse de manera independiente y si lo desea responsabilizarse de ese hijo. Por supuesto que al igual que las internaciones de las mujeres estas situaciones son judicializadas y avaladas para el favorecimiento de la protección de ese niño que nace.

En este capítulo se analiza a partir de la categoría cuidados y los roles atribuidos a las mujeres en este sentido, la necesidad de responder socialmente a los requerimientos de cuidado de quienes las mujeres en situación de dependencia por consumo de sustancias son responsables, de manera de que las mismas puedan realizar los procesos de tratamiento indicados. En este sentido se identifican cuales son los elementos que limitan la inserción de las mujeres en dispositivos de tratamiento de manera de poder pensar estrategias para que los mismos no representen impedimentos tanto prácticos como de la manera de sentir de dichas mujeres respecto a sus roles atribuidos.

CONSIDERACIONES FINALES

El presente documento pretende realizar un análisis de la realidad de algunas de las mujeres que concurren a tratamientos por uso de drogas desde una perspectiva de género y cuidado, identificando elementos que puedan permitir que los tratamientos sean más accesibles para ellas y que las mismas puedan sostener en el tiempo, las cuales serán planteadas a continuación. Asimismo, se identifican a lo largo de la elaboración del documento nuevos elementos a investigar o a profundizar.

Para lograr esto fue fundamental conocer algunos procesos de tratamiento de mujeres que han realizado procesos por uso problemático de sustancias psicoactivas, así como de referentes técnicas de sus tratamientos. En las entrevistas se plantea indagar sobre cómo es el proceso de acceso de las mujeres a tratamiento y que elementos le han generado dificultades en su continuidad, asimismo se describe y analiza sobre cómo se sienten ellas en función a como son vistas por su entorno y en función a su ser mujer y a los distintos roles sociales y familiares que poseen y desarrollan. Las referentes técnicas de los Centros de tratamiento también fortalecen el análisis brindando datos, información y percepciones respecto a cómo favorecer la integración de mujeres a estos espacios conjugando sus necesidades específicas y demandas.

El documento, las entrevistas y el proceso de construcción del trabajo permite identificar varias transformaciones que se pueden realizar en los procesos de tratamiento y en la forma en la que los mismos son pensados, de manera de que sean más accesibles para las mujeres, representen y aborden sus necesidades y puedan los mismos ser sostenidos en el tiempo.

Una transformación que se considera indispensable para favorecer el acceso a las mujeres, es la extensión de grupos diferenciales para mujer, para aquellas que se evalúa que lo necesiten. Por tanto, en los espacios de recepción y diagnóstico se pueda trabajar en conjunto con la participante si requiere de un espacio mixto, o no. En este sentido es fundamental que se difunda la existencia, horarios y lugares donde se desarrollan estos grupos o dispositivos que reciben mujeres y tienen propuestas específicas y diferenciadas para ellas si lo desean. Una de las posibilidades es generar folletería, que logre naturalizar la realización de tratamientos por mujeres y que difunda sus horarios y mecanismos, esta folletería

se podría distribuir en dispositivos barriales y especialmente en escuelas, Clubes de niños, Caif, Centros Juveniles, Centros de primer nivel de atención en salud, pediatras en general, entre otros actores relevantes.

Resulta también fundamental, la inclusión de hijos e hijas en los procesos de tratamiento de sus madres de una manera planificada y organizada. Para los tratamientos residenciales se piensa en que los niños o niñas puedan permanecer en el mismo Centro que sus madres o padres (el tiempo que lleve la internación o por algunos períodos) y que los mismos tengan espacios diferenciados pero que puedan compartir, verse y tener la certeza de que tanto los hijos o hijas y sus madres están bien y recibiendo la atención adecuada, así como la atención y abordaje de la situación en la que se encuentran con los niños, niñas y adolescente. Respecto a los dispositivos ambulatorios se piensa en que se pueda disponer recursos para que en los Centros de tratamiento en los horarios que hay grupos a los que asisten mujeres estén presentes educadores y haya un espacio físico donde los niños se puedan quedar y realizar actividades; lo ideal de todas maneras sería que hubiera personal calificado y disponible para el cuidado de los niños en todo el horario que funcione el dispositivo de tratamiento. En este mismo sentido, una estrategia que resulta necesaria para las mujeres que asisten a tratamiento y que permite que las mismas se fortalezcan en su rol de madre es el de realizar dentro de los Centros de tratamiento talleres de crianza, límites, nutrición, lactancia, entre otros temas que puedan surgir.

Se visualiza también la necesidad de dispositivos diurnos, donde las personas puedan estar varias horas al día y realizar actividades, tanto para mujeres como también mixtos. Actualmente a nivel público hay dos Centros que poseen este dispositivo en la zona oeste de Montevideo. Se plantea que en estos espacios las personas que están realizando tratamiento puedan ir con sus hijos, compartir con ellos, ir asumiendo nuevas responsabilidades, aprender nuevas cosas y realizar procesos terapéuticos. Se identifica también por parte de una de las entrevistadas la necesidad de tener la posibilidad en los tratamientos de actividades deportivas o que involucren mayormente el cuerpo, de manera de encontrar adrenalina, excitación y desafíos en nuevas actividades.

Podría apoyar y aumentar las posibilidades de que las mujeres sostengan los procesos de tratamiento por más tiempo el que desde los Centros se convoque a

las familias, se trabaje con sus referentes y parejas de manera de generar estrategias conjuntas, de mediar respecto a las responsabilidades que la mujer en ese momento puede asumir y asimismo trabajar sobre la situación en la que se encuentra la persona, poder identificar los motivos y conocer cómo será el proceso por parte de su familia.

Otro elemento importante es favorecer el trabajo en conjunto con los dispositivos que abordan temáticas y problemas sociales muy vinculados al consumo de sustancias psicoactivas por parte de mujeres, como pudo ser visualizado en las entrevistas realizadas: Red de Violencia Doméstica, Explotación Sexual y Comercial, Prostitución, entre otros.

También resulta fundamental para la mayor accesibilidad de mujeres a los dispositivos de tratamiento que desde la Red Nacional de Drogas se generen instancias de formación en género para los técnicos de todas las áreas que trabajan y se desempeñan en dispositivos de tratamiento, Una formación que permita hacer de los espacios de tratamiento más receptivos y naturales para las mujeres.

Las estrategias anteriormente mencionadas plantean la relevancia de que existan soportes sociales que permitan visualizar la situación de las mujeres que enfrentan esta problemática y de esta manera generar estrategias que promuevan la realización de tratamientos por consumo de sustancias psicoactivas y procesos de inserción social que permitan el abordaje de la situación en las mujeres. Por tanto estos soportes sociales pueden referir a soportes familiares, pero también y especialmente a apoyos de equipos técnicos que puedan generar procesos de cambio y autonomía en estas personas que se encuentran en situación de dependencia de sustancias psicoactivas.

En este trabajo se plantea la necesidad de que esta problemática no sea tratada como un problema individual que afrontan algunas mujeres por sus condiciones, elecciones y decisiones, sino que posee un fuerte condicionamiento social y una responsabilización social compartida, como fue analizado en el documento. Existe actualmente una individualización de los problemas sociales que puede visualizarse a continuación:

Asumir que los riesgos no tienen un carácter social implica un tratamiento de los problemas sociales como problemas individuales. La individualización de lo social exige que el individuo pague por los costos de los riesgos que él mismo ha asumido. Los riesgos ya no aparecen asociados a pérdida de los soportes colectivos sino que

por el contrario devienen de las malas prácticas individuales o familiares, de las malas decisiones que tomaron los sujetos siguiendo “estilos de vida” inapropiados. (Gutiérrez, 2015:113).

La individualización de los problemas sociales, genera que las instituciones y la sociedad no sientan la responsabilidad de repensar su accionar, pensar nuevas estrategias de abordaje o analizar su mirada de manera de poder trabajar de manera más asertiva en los problemas sociales, ya que se responsabiliza al individuo de la situación en la que está.

Esto aparta la culpa de las instituciones y la coloca en la inadecuación del yo: ya no hay salvación por la sociedad, el individuo es abandonado a una lucha solitaria. No parece casual, entonces, el apelo a la responsabilidad individual en un contexto de pérdida de soportes colectivos. (Ortega y Vecinday, 2009:16).

En esta problemática esto representaría que las mujeres son responsables por estar en situaciones de dependencia de sustancias psicoactivas y por tanto son ellas las que deben realizar transformaciones individuales.

La temática tiene mucho aún por ser pensado y elaborado, el presente documento constituye un análisis inicial, que puede ser profundizado, tanto desde los ejes temáticos de género y cuidado, pero también incorporando dimensiones de riesgo, individualización, maternidad, entre otras.

Para la estudiante, la inquietud sobre esta temática surge de su desempeño laboral, de visualizar que a pesar de que existieran mujeres que requieren de realizar tratamientos no acceden o sostienen en menor medida, de esta manera a lo largo de la investigación surge como otro elemento importante y que inquieta a la estudiante el poder apoyar en la construcción del rol del Trabajo Social en los dispositivos de tratamiento. En las entrevistas se visualiza que el rol no está totalmente definido, que existen confusiones respecto a las áreas de trabajo de los técnicos y que muchas veces no se generan espacios para el abordaje individual desde el Trabajo Social y esto representa un interesante campo de análisis que la estudiante se plantea para poder desarrollar e investiga.

A lo largo de la investigación a la estudiante le resulta interesante poder continuar investigando, -ya que fue un tema trabajado en este documento en forma incipiente-, es el rol de madre para las mujeres en tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas, el proceso de recuperación de sus hijos cuando no están con ellas y como los tratamientos abordan esta temática.

BIBLIOGRAFÍA

Bardazzano, G et all (2012) “Se presume culpable” Artículo de “Aporte Universitario al Debate Nacional sobre Drogas”.Universidad de la República. Edición NariAharonianParaskevaidis. Montevideo, Uruguay

Battyany, K (2011). “Género, cuidados familiares y el uso del tiempo”. INAMU, INE, Udelar. Montevideo, Uruguay

Bayce, Ret et all. (2012). “Aporte Universitario al Debate Nacional sobre Drogas”. Universidad de la República. NariAharonianParaskevaidis. Montevideo, Uruguay

Bentura, C (2009). “La sutil y aparente ingenuidad del concepto de riesgo en el campo de la salud”. Revista Fronteras N°5. Universidad de la República, Montevideo, Uruguay

Cafaro, A y Espasandín, C (2015) “El Sistema Nacional de Cuidados en el Uruguay: género y cuidados en el foco de debate”. Revista Fronteras N°8. Universidad de la República, Montevideo, Uruguay

Cafaro, A. (2014). “Los cuidados en debate”. Revista regional de Trabajo Social Vol,28-2 N°61. Edición EPPAL.

Cantos,R (2015). “Incorporación de la perspectiva de género en la planificación sobre drogodependencias”. Fundación Atenea. Madrid, España.

Cardoso, F, Zedillo, E, Gaviria, C (2012). “ Drogas: Está abierto el Debate” Global Comissionon Drug Policy. Disponible en http://www.globalcommissionondrugs.org/wp-content/themes/gcdp_v1/pdf/drogas_esta_abierto_el_debate.pdf

Casacubierta,C (2012) “Aportes del análisis económico al estudio de las drogas” Artículo de “Aporte Universitario al Debate Nacional sobre Drogas”.Universidad de la República. Edición NariAharonianParaskevaidis. Montevideo, Uruguay

Castaños,C et all (2007) “Intervenciones en drogodependencia con enfoque de género”. Instituto de la Mujer Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales Condesa de Venadito. Madrid, España.

Castel, R (2010) “ El ascenso de las incertidumbres: Trabajo, protecciones, estatuto del individuo”. Fondo de la Cultura Económica Argentina. Buenos Aires, Argentina.

Dell'Acqua, C et al (2012). "La gestión de riesgos: Un camino hacia el abordaje de la problemática de drogas. Junta Nacional de Drogas. Montevideo, Uruguay.

De Beauvoir, S (1949). "El segundo sexo" Editorial De Bolsillo. Buenos Aires, Argentina.

De la Cruz, C (1998). "Guía metodológica para integrar la perspectiva de género en proyectos y programas de desarrollo". Instituto Vasco de la Mujer, Emakunde, Países Vascos.

De Martino, M (2011). "Prácticas Profesionales en el Campo Socio-Jurídico. Notas sobre una institución burocratizada." CSIC. Montevideo, Uruguay.

Donzelot, J (2008). "La policía de las familias: familia, sociedad y poder" Nueva Visión. Buenos Aires, Argentina.

Dornell, T, Sandre, S y Aguirre, M. "El Cuidado Humano como Autonomía en la Vejez y el Envejecimiento" En: Carmen Inés Lera (compiladora) Debates y proposiciones de Trabajo Social en el marco del Bicentenario. Universidad Nacional de Entre Ríos. UNER. Facultad de Trabajo Social 1ª ed. Paraná, Argentina.

Fernández, S (2011). "Hacia la Sanación Profunda de las Adicciones" Aportes de la moderna investigación sobre la Conciencia a la construcción de un Modelo Integral para su comprensión y abordaje". El Abrojo. Montevideo, Uruguay.

Fernández, S y Lapetina, A (2008): "CONTACTO: Guía para el trabajo con usuarios de drogas en el Primer Nivel de Atención en Salud y otros contextos clínicos y comunitarios." Frontera. Montevideo, Uruguay

Gutierrez, M (2015). " El papel del riesgo en las políticas sociales de la última década en Uruguay. Revista Fronteras N°8. Universidad de la República, Montevideo, Uruguay

Hopenhayn, M et al (1997). "La grieta de las drogas: Desintegración social y políticas públicas en América Latina". CEPAL. Santiago de Chile, Chile

Labrousse, A (2012). "Geopolítica de las Drogas". LOM Ediciones, Santiago de Chile, Chile.

Lagarde, M (2001). "Claves feministas para la negociación en el amor". Mangua, Puntos de Encuentro. Managua, Nicaragua.

Lagarde, M. (1993) "Identidad Genérica y Feminismo". Ponencia presentada en el XIII Congreso Internacional de Ciencias Antropológicas y Etnológicas. C. De México, 4 de agosto de 1993.

Magnone, N y Viera, M (2015). "Aportes desde una ética feminista para el abordaje social: reproducción y autonomía en foco". Revista Fronteras N°8. Universidad de la República, Montevideo, Uruguay

Olivera, G et al(2012) "Desvelando Velos, sobre género y drogas". Presidencia, Junta Nacional de Drogas. Montevideo, Uruguay.

Ortega, E y Vecinday, L (2009). "De las estrategias preventivas a la gestión de riesgo: notas sobre los procesos de individualización social" Revista Fronteras N°5. Universidad de la República, Montevideo, Uruguay

Pascale, A et all (2012) "Desvelando velos sobre género y drogas. Aspectos teórico-metodológicos y buenas prácticas del Abordaje del Uso problemático de Drogas desde distintas perspectivas de género". Presidencia. Montevideo, Uruguay.

Romani, M (2012). "Los de atrás vienen conmigo. El problema de las drogas en América Latina. Derecho al desarrollo y regulación de mercados. Montevideo, Uruguay

Romo,N (2005). "Género y uso de drogas: La invisibilidad de las mujeres". Fundación Medicina y Humanidades Médicas. Barcelona, España.

Sanchez, L (2008). "Género y drogas. Guía informativa, plan de atención integral a la salud de la mujer de Galicia." Editorial Junta de Galicia.

Valles, M (1999). "Técnicas cualitativas de investigación social: reflexión, metodología y práctica profesional." Síntesis, Madrid.

RECURSOS WEB/DOCUMENTOS

CICAD-OEA/JND (2015). "La oferta de Atención y Tratamiento para personas con uso problemático de drogas en Uruguay" en "Alcance, características y guía de Recursos, Proyecto sobre Cocaínas Fumables en Argentina Brasil, Chile, Paraguay y Uruguay". Disponible en [http://www.infodrogas.gub.uy/images/stories/pdf/Oferta tratamiento Uruguay OU D_2015.pdf](http://www.infodrogas.gub.uy/images/stories/pdf/Oferta_tratamiento_Uruguay_OU_D_2015.pdf). Revisado 27/10/2016

Junta Nacional de Drogas (2016);“Estrategia Nacional para el abordaje del problema de drogas. Período 2016-2020”. Disponible en: <http://www.infodrogas.gub.uy/images/stories/pdf/JND%20espa%C3%B1ol-ingles%20WEB.pdf> Revisado 27/10/2016

Ley N°17.016 (1998). “Estupefacientes”. Disponible en: <https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/leytemp2465947.htm> Revisado 27/10/2016

Organización Mundial de la Salud (2004): Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas. Disponible en: [.http://bit.ly/1pZW8Mp](http://bit.ly/1pZW8Mp) Revisado 27/10/2016