

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CUYO
FACULTAD DE CIENCIAS POLITICAS Y SOCIALES
SEGUNDAS JORNADAS DE SOCIOLOGIA

Mesa de trabajo 30: Usos problemáticos de drogas: políticas, prácticas y saberes

Midiendo la integralidad y equidad de género en la atención de usuarios/as de sustancias. Un estudio de caso en la Provincia de Buenos Aires.

Autora: Mag. Jimena Parga

Institución de pertenencia: Cátedra de Antropología Cultural y Social, Departamento de Sociología, Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación, Universidad Nacional de La Plata.

Correo electrónico: jjparga@hotmail.com

Resumen:

El presente trabajo se enmarca en la tesis de doctorado sobre la evaluación desde una perspectiva de género y de derechos de las políticas públicas en materia de drogas. En este caso centraré mi exposición en la propuesta de criterios necesarios para medir la integralidad y equidad de género en la atención de usuarios/as de sustancias en un Hospital Público especializado en el abordaje de los consumos problemáticos de sustancias, de la Provincia de Buenos Aires. Para este análisis se tienen en cuenta la presencia en las prácticas y representaciones de los/as profesionales de la salud de criterios de integralidad, promoción de ciudadanía, autonomía y equidad género en la atención.

De acuerdo a la investigación se identificaron distintas barreras de accesibilidad y permanencia en los tratamientos que pueden ser clasificadas en tres grupos (Rossi et al., 2009; Parga, 2012): aquellas vinculadas a factores relativos a elementos organizacionales/institucionales; las asociadas con componentes existentes en la relación equipo de salud-paciente y aquellos relacionados con factores relativos a los/as mismos/as usuarios/as. Asimismo, pudimos observar que el hecho de que el servicio no tuviera una lectura del proceso de salud/enfermedad/atención con perspectiva de género, se tradujo en inequidades en salud.

1. Introducción

El presente trabajo se enmarca en la tesis de doctorado sobre la evaluación desde una perspectiva de género y de derechos de las políticas públicas en materia de drogas. En este caso centraré mi exposición en la propuesta de criterios necesarios para medir la integralidad y equidad de género en la atención de usuarios/as de sustancias en un Hospital Público especializado en el abordaje de los consumos problemáticos de sustancias, de la Provincia de Buenos Aires. Para este análisis se tienen en cuenta la presencia en las prácticas y representaciones de los/as profesionales de la salud de criterios de integralidad, promoción de ciudadanía, autonomía y equidad género en la atención.

2. Métodos y técnicas

Se trata de un estudio de caso, de corte etnográfico que se llevó a cabo en un Hospital público de la Provincia de Buenos Aires, especializado en la atención de personas que consumen drogas y/o alcohol. La observación participante se realizó durante 9 meses, desde el 15 de mayo de 2011 al 15 de febrero de 2012. En un primer momento se desarrolló exclusivamente en la sede central del Hospital, donde se despliega una modalidad de tratamiento ambulatorio. Luego se resolvió ampliar el campo de estudio al segundo tipo de dispositivo, que brinda un servicio de carácter ambulatorio pero semiresidencial u Hospital de Día, al cual los/as usuarios/as concurren al establecimiento de lunes a viernes de 8 a 16 hs., cabe destacar que al momento de realizar el trabajo de campo eran exclusivamente varones.

El trabajo de campo, incluyó instancias de observación participante en grupos terapéuticos, entrevistas de ingreso, reuniones de equipo y sala de espera. Además se realizaron entrevistas individuales semiestructuradas de aproximadamente 1 hora a 1,30 hs. de duración a un grupo compuesto por los/as integrantes del equipo terapéutico, en total 12 entrevistados/as (2) trabajadoras sociales, (1) terapeuta ocupacional, (1) médica psiquiatra, (1) médico clínico, (7) psicólogos/as, y otro grupo de entrevistados/as compuesto por 29 usuarios/as de sustancias, (10) mujeres y (19) varones que se encontraban en tratamiento. Además de las entrevistas, se mantuvieron conversaciones informales con los/as distintos/as agentes de salud y personal administrativo que permitieron caracterizar los

dispositivos terapéuticos y discutir las representaciones en torno a criterios de integralidad, ciudadanía, autonomía y equidad de género en la accesibilidad ampliada al tratamiento.

El registro se realizó mediante notas de campo, fichas de observación y las entrevistas en casi todos los casos fueron grabadas, previa autorización de los/as actores entrevistados/as. En aquellos casos (2) que pidieron expresamente que no se grabara la misma, se procedió a registrar el intercambio en la libreta de campo.

El universo o población objetivo, estuvo integrado por las y los usuarias/os de drogas que se encontraban en tratamiento y las/os trabajadoras/es del Hospital. Los criterios de inclusión y de exclusión fueron:

- Mujeres usuarias de drogas en tratamiento. Se excluyeron a aquellas usuarias que se encontraban en la fase de admisión y menores de 18 años sin autorización.
- Varones usuarios de drogas en tratamiento. Se excluyeron varones en fase de admisión y menores de 18 años sin autorización.
- Trabajadores/as del sistema de salud del Hospital, con experiencia en el abordaje de la temática de al menos 2 años.

El protocolo de investigación fue sometido a referato y contó con la aprobación del Presidente del Comité de Ética en Investigación del Hospital San Roque de Gonnet y del Jefe del Servicio de Docencia e Investigación del Hospital San Roque, ciudad de La Plata, Provincia de Buenos Aires.

Se confeccionó un Documento de Consentimiento Informado y se solicitó a cada participante que avalara su colaboración en el estudio en forma fehaciente. Previamente a la firma del mismo, los/as participantes fueron informados/as mediante la lectura de los objetivos y etapas del estudio, la intención de publicación de los resultados, la no interferencia en el desempeño de sus funciones dentro del Hospital, para el caso del personal sanitario, y el no entorpecimiento en el buen desarrollo del tratamiento, para el caso de las personas asistidas en el nosocomio.

En aquellos casos en que los/as individuos eran menores de edad, se solicitó que dicho consentimiento sea autorizado fehacientemente por el padre, madre, tutor/a o responsable legal, mediando previamente el consentimiento por parte de la persona menor de edad.

3. Características de las prestaciones brindadas por el Hospital

El Hospital cuenta con dos modalidades de abordaje ambulatorias, uno en consultorios externos y otro de tipo semiresidencial en Hospital de día.

En el primer caso, cada usuario/a tiene asignado un profesional generalmente psicólogo/a que será quien irá tomando las decisiones (en la mayoría de los casos habiéndolas acordado previamente con la persona en tratamiento), sobre los distintos espacios a los que se incorporará el/la paciente. La concurrencia es semanal, y la misma se incrementa de acuerdo a los dispositivos a los que se vaya incorporando.

La oferta asistencial está pautada de la siguiente manera: luego de la entrevista de ingreso efectuada por duplas de profesionales, donde diagnostican la modalidad que mejor se adecua al caso (ambulatoria, casa de día o derivación a un centro de internación), se otorga al/la consultante un turno con el médico clínico, quien evalúa su estado de salud e indica la realización de placas y prácticas de laboratorio. Cuando consideran necesario, indican además, un turno con un/a médico/a psiquiatra y otro con un/a trabajador/a social. Asimismo se asigna, de acuerdo a las características del caso y la disponibilidad de terapeutas, un/a psicólogo/a¹ que será quien guíe el tratamiento. Este/a profesional, puede ofrecer al/la paciente durante el transcurso del tratamiento, concurrir a grupos de autoayuda que se reúne dos veces por semana, talleres de expresión, computación, sexualidad, y otros. Además cuentan con una Terapeuta Ocupacional con la cual trabajan el uso del tiempo y la ocupación.

En algunas oportunidades intentaron conformar grupos de “familias” pero existen dificultades en sostener estos espacios y no todos los/as especialistas trabajan con las familias, ni se hayan preparados/as técnico-epistemológicamente para abordajes grupales.

Centralmente los tratamientos se encausan en los ámbitos de terapia psicológica y psiquiátrica, siendo el resto de los dispositivos complementarios a estos dos.

La **modalidad de media internación en Casa y/u Hospital de Día** ofrece una mayor contención, ya que concurren de lunes a viernes de 8 a 16 hs. Permanentemente el grupo está a cargo de psicólogos/as, operadores/as terapéuticos/as. Mientras se llevó adelante el trabajo de campo, la atención se ofrecía exclusivamente a varones.

¹ En su mayoría, los/as profesionales psicólogos/as adscriben a una corriente psicoanalítica lacaniana, aunque los/as que llevan más años de trabajo en el servicio son más eclécticos/as técnico-epistemológicamente en las intervenciones.

Este dispositivo, tiene una rutina semanal establecida en los distintos espacios en que se distribuye el tratamiento: grupos de apertura y cierre, grupos de reflexión, grupos de convivencia, talleres, actividad física y otras que están a cargo de psicólogos/as, trabajadores/as sociales, profesores/as, talleristas y terapeuta ocupacional. Asimismo, cuentan con un espacio individual de tratamiento con psicólogo/a y psiquiatra. A cargo de las personas en tratamiento, en grupos rotativos, se halla el mantenimiento del orden del establecimiento, la limpieza y, organización del desayuno, almuerzo y merienda, y coordinación de otras tareas operativas de la rutina diaria.

4. Una propuesta de medición de la integralidad y equidad en la atención por uso de drogas

Para evaluar los grados de integralidad y equidad de género, teniendo en cuenta las modalidades específicas del proceso de salud-enfermedad-atención por uso de drogas, se realizó una adaptación de los instrumentos de indagación de la “Escala de medición de grados de integralidad y equidad de género (EquiGEN)” que la Dra. Débora Tajer y equipo, crea en el marco de la investigación “Ruta Crítica de la salud de las mujeres: Integralidad y equidad de género en las prácticas de salud” Programación UBACyT 06/09.

La misma tiene como antecedentes los principios expresados en la Plataforma de Beijín de 1995, a la cual adhiere nuestro país y donde se incluyen los principios de participación, humanización, integralidad, prevención, confidencialidad y privacidad, entre otros (Tajer et al., 2012a).

Uno de los primeros ejemplos en América Latina de implementación de un Plan Integral de Salud para la Mujer fue desarrollado en Brasil en 1983, donde el Ministerio de Salud de ese país crea el Programa de Asistencia Integral de Salud de la Mujer (PASIM). Veinte años después de su implementación, la Dra. Ana María Costa, elabora un instrumento de medición (2004) para evidenciar si el PASIM había impactado positivamente en términos de integralidad y equidad de género. Este mismo instrumento fue tomado de base para que el equipo de Débora Tajer construyera la escala que sería utilizada en la evaluación de las prácticas de salud hacia las mujeres en la Ciudad de Buenos Aires (Tajer et al., 2012a, 2012c).

En nuestro trabajo se utilizó la misma escala, mediando una adaptación pertinente a la evaluación del proceso de salud-enfermedad-atención por uso problemático de sustancias. Se tuvieron en cuenta cuatro ejes de indagación: integralidad, ciudadanía, autonomía y equidad.

La **integralidad**, el grado de inclusión en el modelo de atención, de la relación entre calidad de vida y la situación de salud de los/as usuarios/as, considerando la identificación de la relación entre ciclo de vida y necesidad de salud, incluyendo un enfoque preventivo de las necesidades requeridas para las etapas posteriores del ciclo vital. Se examinó si esta forma de abordaje está considerada en la formulación de los programas de atención implementados. Otro aspecto considerado es si el servicio incorpora una mirada multidimensional de la situación de salud de los/as usuarios/as, más allá del problema de salud por la cual consultan (Tajer, op. cit).

La noción de **ciudadanía**, constituye una categoría analítica que permite interrogar sobre los modos en que los colectivos, y actores sociales, participan, de una determinada política pública, en ese acto de intervención se construye ciudadanía. En tal sentido, esta categoría implica una “práctica conflictiva vinculada al poder, que refleja las luchas acerca de quiénes podrán decir qué en el proceso de definir cuáles son los problemas sociales comunes y cómo serán abordados” (Van Gunsteren, 1978, citado por Jelín, 1997: 3).

Se midió teniendo en cuenta el grado de inclusión, tanto en las concepciones, como en las prácticas, de la consideración de la atención de la salud desde una perspectiva de derechos ciudadanos, tal como lo establece el marco legal. Para evaluarlo, se exploraron varios aspectos, entre ellos: la razón de la atención sin mediar pago directo de bolsillo, las responsabilidades y derechos de los/as profesionales que trabajan en el Hospital, las responsabilidades y derechos de los/as usuarios/as y en qué medida están al tanto de las distintas leyes (salud, salud mental, derechos humanos) que rigen su práctica (Tajer, op.cit.).

Para la **autonomía** se tuvo en cuenta, el grado de promoción en las prácticas de salud; que los/as usuarios/as puedan tener a su alcance la información necesaria sobre sus problemas en salud y sus opciones preventivas y de tratamiento. Se indagó si en las prácticas se incluye una concepción de autovaloramiento como uno de los ejes a incluir en cualquier toma de decisión con respecto a los tratamientos. Asimismo, se exploró el nivel de promoción de

la participación en las actividades del servicio y si estos generan impacto en la promoción de otras iniciativas propias en los proyectos de vida de los/as usuarios/as (Tajer, op.cit).

Por último, en nuestro caso de estudio la **equidad** en salud se evaluó haciendo foco en la equidad de género en el acceso, permanencia y seguimiento/cierre del tratamiento, visualizando los obstáculos que generan un acceso desigual e injusto, entre varones y mujeres, a los servicios ofrecidos. Por ello se exploraron no solo aspectos cuantitativos de accesibilidad de mujeres y varones, sino también las razones de esa participación o ausencia, tratando que se explicita el tipo de población para la cual se pensó el programa. Además, se tuvieron en cuenta aspectos como horarios de funcionamiento, modalidades de ingreso, y si se considera que estas cuestiones pueden influir en que concurran más varones que mujeres (Tajer, op.cit).

Cada uno de estos criterios fue ajustado en distintos grados, definiendo cuatro valores: integral, semiintegral, transicional y asistencial.

Integral: modelo que incluye en su concepción un abordaje holístico y articulado del proceso salud-enfermedad-atención, que se traduce en las prácticas. Estas incorporan un enfoque de promoción, prevención y rehabilitación en salud que incluye la perspectiva de género, la noción de autonomía, equidad, ciudadanía y las necesidades en salud según el ciclo de vida.

Semiintegral: presenta, en general, los principios del integral, logrando solo en algunos aspectos realizar prácticas que los incluyan.

Transicional: a nivel de las representaciones incluye los principios de integralidad y equidad de género, pero las prácticas se ubican más cerca de un modelo asistencial centrado en lo biomédico.

Asistencial: refiere a un modelo cuyas concepciones y prácticas se corresponden con un modelo biomédico y paternalista, tomando a las mujeres y varones en su rol tradicional en la sociedad. Está basado fundamentalmente en la atención de la enfermedad y su abordaje preventivo se centra en la identificación precoz de los factores de riesgo y/o su tratamiento farmacológico.

5. Integralidad y ciudadanía

Dentro del equipo de trabajo, encontramos aquellos/as profesionales con apertura hacia el campo de las ciencias sociales en salud, que conciben el proceso de salud-enfermedad-atención por uso de drogas desde una mirada de integralidad, aunque sus prácticas quedan más ligadas a un entramado transicional, ya que, si bien, tienen en cuenta las condiciones de vida, tomando en consideración la dimensión colectiva (grupala, familiar, social) de la problemática, el modelo de intervención es mayormente individual. Para éstos/as profesionales, si bien conceptualmente, la salud es entendida como un proceso que necesita articular los diferentes niveles de atención y las estrategias de promoción, prevención y asistencia, en la práctica hay poca o nula articulación entre niveles de atención. Asimismo, no se han logrado establecer redes intersectoriales consolidadas, salvo con el Servicio Local de la Secretaría de Niñez y Adolescencia de la Provincia de Bs. As., o con el Patronato de Liberados, organismos con los que existe un dispositivo de referencia y contrarreferencia para la atención de niños/as y adolescentes y personas en libertad condicional, respectivamente. Generalmente las articulaciones con estas instituciones consisten en derivación de pacientes y requieren del Hospital informes de seguimiento.

Por otro lado, los/as profesionales del área social, tienen una concepción integral respecto del concepto de ciudadanía, fomentando el ejercicio de derechos y obligaciones por parte de profesionales y pacientes, que se manifiesta en la promoción de la salud como derecho, y en otros aspectos como por ejemplo, conceder la posibilidad de cambio de terapeuta en aquellos casos en que el/la usuario/a lo solicitase y/o brindar herramientas de empoderamiento para situaciones de violencia familiar.

Otros/as profesionales provenientes de las disciplinas biomédicas, en relación a la integralidad están posicionados/as desde un lugar más asistencial, no consideran las condiciones de vida como determinantes de la salud, predominando enfoques biologicistas en sus intervenciones. No tienen en cuenta la diversidad de los determinantes de clase, género, opción sexual, cambios culturales, salvo la cuestión etaria, dado que los/as adolescentes y jóvenes se les presentan como más problemáticos/as para atender, adquiriendo posiciones paternalistas respecto a ellos/as.

Asimismo, son escasas las intervenciones donde se tenga en cuenta el ciclo de vida, focalizándose de manera fragmentada en la etapa por la que atraviesa el/la sujeto al momento de la consulta.

La evaluación de la ciudadanía y la equidad, podemos analizarla mediante una nota de campo donde se observa, cómo para algunos/as integrantes del equipo, de algún modo, se pone en entredicho la gratuidad del servicio. Esto se constata en que algunos/as profesionales identifican que no atienden de igual modo a los/as pacientes del hospital que a los/as del consultorio privado. La hipótesis que esgrimen para comprender estas diferencias, está ligada a que en el hospital público no existe un pago para la atención, factor que reconocen como causal de la desigual atención entre el ámbito público y el privado.

“-yo igual creo que no atiendo igual a los pacientes de acá que a los del consultorio privado, no tiene que ver con lo económico, eso me doy cuenta que no atiendo igual, no sé con qué tendrá que ver (psiquiatra);

-Yo si atiendo igual, salvo con algunos de esos pacientes que “nada, ni nada”, pero después si atiendo igual a todos (psicóloga);

-Para mí el tema del pago hace que no sea igual, yo creo que en los hospitales públicos, el que no haya un pago tiene mucho que ver (psicólogo);

-Sí, puede ser que para Uds. desde el psicoanálisis tenga algo que ver” (psiquiatra). (Nota de campo en el SUM donde se reúne el equipo – octubre 2011).

A partir de ésta nota de campo, en dialogo personal con la Dra. Débora Tajer, surgen varios temas:

Por un lado, la cuestión del pago no es sólo lo que pagan los/as pacientes, sino también la renta de los/as profesionales. Por lo general en el ámbito público, los/as psicólogos/as trabajan ad honorem o con bajos salarios y los/as médicos/as reciben renta, o se registran sueldos diferentes según la disciplina, con lo cual los/as psicólogos/as “viven” principalmente del consultorio privado y terminan haciendo "buenas acciones" en el sector público. En consecuencia, históricamente, parte de alguna práctica compensatoria ha sido en algunos casos, "privatizar pacientes" como criterio de “progreso” en los tratamientos, prácticas que se constituyen en perversidades y corrupciones cotidianas del sistema (Tajer, comunicación personal).

Por otra parte, están los temas de la diferencia de clase en la clientela en uno y otro ámbito, así como otras cuestiones vinculadas a un tipo de categorización que circula como sentido común en los servicios asistenciales sobre los/as pacientes, aquellos/as “pacientes que son un caño” o aquellos/as calificados/as como “pacientes divinos/as”.

Por último, Freud tematizó el tema del dinero en la línea de la circulación del don, en el sentido que fue tratado por Marcel Mauss, pero en el campo de lo psíquico. Ahora bien, no

es que sea el dinero en sí, es la circulación y la retribución. Lo cual también se puede dar por la concientización de los/as profesionales sobre la noción de "salario social" (impuestos) de Estados sociales mediante los efectores públicos de salud (Tajer, comunicación personal).

En otro orden de cosas, un factor que atenta hacia el ejercicio de una ciudadanía plena por parte de los/as usuarios/as del servicio, es la falta de acuerdo entre los/as profesionales sobre los objetivos de hacia dónde apunta el tratamiento, hecho que habilitaría a los/as consultantes a realizar sus elecciones de acuerdo a sus necesidades de salud. Según lo expresado por los/as profesionales, no existe normativa explícita, criterios de cumplimiento de objetivos mínimos que puedan ser esclarecidos a los/as pacientes. La respuesta fue que cada profesional maneja sus propios criterios respecto a los objetivos de tratamiento, de seguimiento e inclusive de los requisitos para egresar del mismo.

Respecto al egreso del dispositivo terapéutico, plantean que:

“el alta no está pensada, no está acordada” (Psicóloga)

“en términos de salud mental no hay cura, es una patología crónica” (Psicóloga).

En este tipo de concepción estática de salud-enfermedad respecto al uso de drogas, aunque sea de manera implícita, convergen moralidades, perspectivas teóricas e ideológicas, prácticas terapéuticas que dejan fijos al/la usuario/a, es decir, que sujetan, le quitan toda capacidad de agencia. Y que tienden a la normalización y producción de nuevos tipos de sujetos/as. En tal sentido, una cuestión que se constata permanentemente en las entrevistas y en las observaciones, es la noción de “cambio de la posición subjetiva” esgrimida por el equipo,

“yo busco que el paciente tenga otra posición, la cuestión sería que cambie la posición del sujeto, decimos nosotros” (psicóloga)

A partir de esta noción, se sustenta la lógica de sujeción, modificar la adicción, sería entonces modificar al sujeto/a. Desde una economía política moral que busca normalizar lo desviado, se instalan distintas técnicas para la conformación de nuevas subjetividades. En términos de Foucault (2011) “toda acción moral implica una relación con la realidad en la que ella se lleva a cabo, y una relación con el código al que se refiere, pero también implica una determinada relación con uno mismo; ésta no es simplemente “conciencia de sí”, sino “constitución de sí” como “sujeto moral”, en la que el individuo circunscribe la parte de sí

mismo que constituye objeto de esta práctica moral, define su posición, se fija un determinado modo de ser que valdrá como cumplimiento moral de sí mismo, y para ello debe actuar sobre sí mismo, conocerse, controlarse, probarse, perfeccionarse, transformarse”.

Para que ello ocurra debe ejercerse un poder disciplinario, que fabrique cuerpos sujetos. Para Michael Foucault (2012), “el poder disciplinario fija con toda exactitud la función sujeto al cuerpo; es individualizante [en el sentido de que] el individuo no [es] otra cosa que el cuerpo sujeto. En tal sentido, el poder disciplinario es individualizante porque ajusta la función sujeto a la singularidad somática por intermedio de un sistema de vigilancia y escritura (...) y establece la norma como principio de partición y la normalización como prescripción universal para todos esos individuos así constituidos”.

Hay que avanzar en el debate sobre cuestiones tales como ¿de qué modo operan las moralidades en la construcción de subjetividades en el marco del proceso de s/e/a?, ¿cómo desafiar el fenómeno creciente de patologización y medicalización de la vida cotidiana?, ¿de qué modo se puede otorgar capacidad de agencia a quienes consultan en un servicio específico de atención por uso problemático de sustancias?

Si se parte de la hipótesis de que el tratamiento tiene como fin el promover la salud de los/as usuarios/as, cabe preguntarse ¿qué idea de salud tienen los equipos que atienden a usuarios/as de sustancias?, ¿desde qué parámetros se piensa el “bienestar” en salud para ellos/as?

De lo indagado hasta el momento, parecería que estuviera implícito, como objetivo último de tratamiento, un tipo ideal de persona, signada por ciertas cualidades asociadas al autocontrol, a determinados estilos de vida normatizados, y a un “proyecto de vida” vinculado con la idea de realización personal. Ese horizonte sería hacia donde se encausaría al/la sujeto/a tratante, y es aquí donde la noción de “cambio en la posición subjetiva” tiene como correlato un modelo particular de persona, aquella que el equipo concibe como la que podría “desenvolverse en la sociedad” sin tomar en cuenta en qué contexto concreto e histórico está inserto/a ese sujeto/a.

Ahora bien, una vez que se fija ese modelo, el progreso o no dentro del tratamiento va a ser leído en términos de la distancia que se establezca entre la vida “real”, concreta, de la persona en tratamiento, y el ideal buscado. Es decir que el poder disciplinario se ejerce no

sólo para que el/la “paciente” cree una “conciencia de sí” sino que también promueve una nueva “constitución de sí”.

Con todo, se constata que éste parámetro tanto de persona como de salud -siendo que el ideal de salud se alcanzaría mediante la constitución de este tipo particular de sujeto/a-, se presentan como valores ideales que en la práctica concreta no alcanzan a realizarse.

En consecuencia, para el caso que he analizado, ésta persona ideal como objetivo del tratamiento presenta su límite en la escasa cantidad de altas institucionales otorgadas.

El hecho de que el equipo no pueda establecer criterios de tratamiento consensuados, que sirvan de orientadores de las prácticas, y no como un ideal a alcanzar, trae como consecuencia la frustración de los/as profesionales y la confirmación una y otra vez de la casi inevitabilidad de lo incurable de “la problemática”, como afirmaba una de las psicólogas:

“en términos de salud mental no hay cura, es una patología crónica”

Y esto de algún modo se extiende hasta los/as mismos/as usuarios/as que, si por algún motivo tienen que interrumpir el tratamiento, experimentan esta situación como un fracaso.

6. ¿Promoción de la autonomía?

Respecto a la autonomía coexisten diversas perspectivas en el equipo. En algunos casos los/as profesionales presentan una tendencia a conceptualizarla de manera semiintegral, por ejemplo, promoviendo que los/as usuarios/as construyan iniciativas propias para desarrollar en otros contextos, potenciando y ampliando su campo de acción; pero en otros casos tienen ciertos resquemores a que la autonomía pueda tener efectos adversos en el tratamiento.

De todos modos, en la mayoría de los casos, las prácticas profesionales se ajustan más a mecanismos transicionales pero fundamentalmente asistenciales respecto de la autonomía. Esto pudo notarse con mayor claridad en el dispositivo de media internación, donde una de las “normas de la casa” es que los pacientes no puedan tener encuentros por fuera del tratamiento, es decir, que se prescribe la prohibición de construir redes de forma espontánea entre los/as usuarios/as. Otra cuestión es que los/as pacientes de este dispositivo, deben ser acompañados/as diariamente, tanto al ingreso como al egreso, por un referente de su

entorno generalmente familiar. Asimismo, se prescribe que el uso del dinero sea controlado por un/a referente de su entorno cercano, otorgándosele, paulatinamente, pequeños permisos para su uso.

Son también fiscalizadas las actividades que realizan cuando están fuera del Centro, tanto en lo relativo a actividades laborales como de ocio. Es decir, que una persona que está en tratamiento en el Centro de Día no trabajará hasta que, junto con su terapeuta, consideren que puede reincorporarse al trabajo, al igual que a otras actividades como ir al gimnasio, jugar al fútbol u otro deporte, participar en alguna “fiesta” (cumpleaños, salidas, encuentros con amistades), etc.

Todas estas prescripciones van en la misma dirección de la “constitución de sí” que analizáramos en el apartado anterior. Y que de algún modo se enmarcan en una concepción de tratamiento que debe escindir al individuo de su entorno, de ese entorno que “lo lleva a consumir”, por lo tanto no solo tendrá que des-subjetivarse, sino que la persona deberá cambiar el entorno donde se desenvuelve, cuestión que no siempre es posible o está a su alcance lograrlo, y por lo tanto ese “fracaso” lo descalifica ante sí y ante el equipo terapéutico.

Como afirman Castel y Coppel (2004) que la experiencia toxicománíaca, desborda ampliamente lo que pueden dominar los **heterocontroles**, y ello porque la toxicomanía es una práctica social multidimensional, y no sólo una práctica que concierne a la delincuencia o a la patología, es decir, a las intervenciones jurídico-policiales o médico-psicológicas. El/la toxicómano/a sigue siendo una persona social que tiene vínculos sociales. La pertenencia del/la usuario/a intensivo/a de drogas a lo que constituye la vida ordinaria de un/a individuo ordinario, no está completamente quebrada, sino en los casos límites, aun cuando se vuelva problemática, conflictiva, amenazada.

Por ello, el/la usuario/a intensivo/a, como cualquier otro/a, debe conducirse, en el sentido de tener un comportamiento de respuesta a esas situaciones sociales. Debe administrar su práctica de consumo en función de sus relaciones. Es decir, que hay una dimensión de autocontrol en la conducta del/la consumidor/a de drogas en general y del/la toxicómano/a en particular. Sigue siendo un/a individuo social, que continúa por un lado apoyándose en los códigos ordinarios de la vida común, y sobre quien no dejan de pesar las coerciones más prosaicas.

Pero además, el/la consumidor/a inscripto/a en redes de sociabilidad, recibe a cambio mensajes de sus diferentes interlocutores/as. Es controlado/a por su entorno. Esto es lo que Castel y Coppel (2004) denominan **controles societarios**. Es decir, aquellas regulaciones “informales”, no especializadas, no profesionalizadas, no acreditadas, a diferencia de los heterocontroles. Pero no por estar menos formalizados, los controles de este tipo son menos importantes, tanto que a diferencia de la mayor parte de los heterocontroles, que consisten en intervenciones puntuales, los controles societarios se ejercen de manera permanente.

Los **autocontroles** son la interiorización de los controles sociales y legales de las drogas ilícitas, y cada usuario/a privilegia, según sus medios y sus aspiraciones, un aspecto y otro de los heterocontroles (Castel y Coppel, 2004).

Cabe preguntarse ¿Cómo una política de drogas puede economizar estos recursos no institucionalizados y no tecnificados que son el pan de cada día de la experiencia de los/as usuarios/as intensivos/as?, ¿cómo operan estas regulaciones no profesionalizadas?, ¿cómo podrían inscribirse en una política de conjunto respecto del consumo intensivo?

Pero si la mirada sigue puesta en el/la individuo como responsable de la situación en la que se encuentra... ¿Acaso la droga, el alcohol y los psicofármacos, no serán encontrados en todos los espacios en donde una persona se desenvuelva? ¿Será posible generar un entorno libre de drogas? Ya todos conocemos la respuesta. Entonces, ¿por qué no habilitar a los/as sujetos a que puedan enfrentar las situaciones, y no crear entornos ilusorios, artificiales que esquiven (como si se pudiera) la presencia de la droga?

En la siguiente afirmación que realizara una de las psicólogas, se vislumbran claramente las nociones de sentido común que circulan en los servicios sobre cómo se concibe al típico “paciente” que concurre a tratamiento:

“no puedo ser tan ingenua de creer que el adicto en sí no tiene sus características, o sea, a ver, no sé si son de la persona en sí, pero el adicto en general es manipulador, tiende a mentir, si esta sin consumo se pone intolerante, irritable, y nada le viene bien, o sea tiene..., es inestable, no tiene un proyecto vital, esta desorganizado en su tiempo, en su espacio, con lo cual yo no puedo desconocer estas características” (Entrevista a psicóloga- 7 años en el Servicio).

Frente a esta concepción del/la usuario/a “típico” de sustancias, se despliega todo un halo de dudas en relación al progreso dentro del tratamiento, esto puede ejemplificarse con la siguiente nota de campo:

Le pregunto a la psicóloga: “¿cómo está la chica que se le quemó la casa?, ¿está viniendo? [Se trataba de una paciente que le habían quemado la casa vecinos del barrio, porque la denunciaron/señalaron que vendía droga].

-Sí, sí, está viniendo, está bien, sigue viniendo. Dice que no consume.

-¿Y ya está con los hijos? –le pregunto. ¿Se los pudieron dar?

-No, todavía no.

-Ah, porque ella estaba muy angustiada con eso –dice la trabajadora social.

-Sí, pero todavía no, porque tienen una mitad de abrigo –aclaro la psicóloga, y continúa diciendo- si, en algún momento habría que hacerle un toxicológico.

-Ah... ¿por qué, lo exigen de niñez?-le pregunto.

-No, porque viene diciendo que no consume, en algún momento habría que hacerle un toxicológico”. (Nota de campo en el SUM donde se reúne el equipo – julio/2011)

Tal como ejemplifica Foucault (1989) para el caso del castigo en el S XIX, el poder-saber se ejerce sobre el cuerpo, pero en un sentido diferente al que se aplicaba mediante el suplicio. La relación castigo-cuerpo se encuentra ahora en situación de instrumento intermediario; si se interviene sobre él encerrándolo, o haciéndolo trabajar, es para privar al individuo de una libertad considerada a la vez como un derecho y un bien. El cuerpo, según ésta nueva penalidad, queda prendido en un sistema de coacción y de privación, de obligaciones y de prohibiciones. El castigo ha pasado de un arte de las sensaciones insoportables a una *economía de los derechos suspendidos* (Foucault, 1989).

A la cual asiste todo un “ejército entero de técnicos que han venido a relevar al verdugo, anatomista inmediato del sufrimiento: los vigilantes, los médicos, los capellanes, los psiquiatras, los psicólogos, los educadores” (Foucault, 1989).

El castigo, la suspensión de derechos, la desconfianza sobre lo que los/as pacientes dicen que hacen, operan como prácticas cotidianas, naturalizadas por el equipo terapéutico “*por el bien del paciente*”. Esto pudo constatarse, cuando meses después de la primera referencia a utilizar el examen toxicológico, como una especie de control, al mismo tiempo que se develaba si el/la usuario/a decía o no la verdad sobre su consumo, observo la siguiente situación:

Se trataba del primer día que iba a conocer el centro de día. Luego que la Jefa del Servicio me presentara y comentara al equipo sobre la investigación, comienzan a comentar entre los/as psicólogos/as y trabajadora social: “ésta vez se les puede hacer un examen toxicológico a todos los pacientes -que habían concurrido ese día-, ya que hay reactivos para hacerle a todos”.

Le consulté a los/as profesionales, si alguno de los pacientes podía negarse a someterse al test, y me explicaron que sí, pero que tenía que hacerse explícito ante el resto de los compañeros, durante el grupo de convivencia. Asimismo, me dieron a entender que el hecho de negarse, de algún modo se asumía que el paciente había consumido. De hecho hubo un paciente que pidió que no se le haga el test y automáticamente se consideró la presencia de consumo.

Al realizar las entrevistas, esta situación, fue tema recurrente traído por los propios usuarios del Hospital de día, en algunos casos poniendo en duda la efectividad del tratamiento, ya que según ellos, tanto los dos usuarios a quienes les había dado positivo, como el que se había negado a realizar el estudio, eran de los “pacientes” que más tiempo hacía que estaban en la institución. (Nota de campo en Centro de día octubre/2011)

En este tipo de situaciones el equipo refuerza, una y otra vez, la idea que anteriormente trajimos a colación, donde se considera a los/as usuarios/as como “manipuladores/as y mentirosos/as”.

El examen combina las técnicas de la jerarquía que vigila y las de la sanción que normaliza. Es una mirada normalizadora, una vigilancia que permite calificar, clasificar y castigar. Establece sobre los/as individuos una visibilidad a través de la cual se los/as diferencia y se los/as sanciona. A esto se debe que, en todos los dispositivos de disciplina, el examen se halle altamente ritualizado. En él vienen a unirse la ceremonia del poder y la forma de la experiencia, el despliegue de la fuerza y el establecimiento de la verdad. La superposición de las relaciones de poder y de las relaciones de saber adquiere en el examen toda su notoriedad visible (Foucault, 1989).

Como sostiene Foucault (1989), “el arte de castigar, en el régimen de poder disciplinario, no tiene ni a la expiación ni aun exactamente a la represión. Utiliza cinco operaciones bien distintas: referir los actos, los hechos extraordinarios, las conductas similares a un conjunto que es a la vez campo de comparación, espacio de diferenciación y principio de una regla que seguir. Diferenciar a los individuos unos respecto de otros y en función de esta regla de conjunto –ya se la haga funcionar como umbral mínimo, como término medio que respetar o como grado óptimo al que hay que acercarse-. Medir en términos cuantitativos y jerarquizar en términos de valor las capacidades, el nivel, la “naturaleza de los individuos”. Hacer que juegue, a través de esta medida “valorizante”, la coacción de una conformidad que realizar. En fin, trazar el límite que habrá de definir la diferencia respecto de todas las diferencias, la frontera exterior de lo anormal. La penalidad perfecta que atraviesa todos los

puntos, y controla todos los instantes de las instituciones disciplinarias, compara, diferencia, jerarquiza, homogeiniza, excluye. En una palabra, normaliza”.

7. Equidad de género en la atención

Para finalizar abordamos la cuestión de la equidad en la atención considerando tanto los factores que favorecen como aquellos que atentan en la promoción de espacios terapéutico género sensibles.

Percepción de los y las usuarios/as sobre la atención

De la observación participante y las entrevistas realizadas, se desprende una valoración positiva de la oferta asistencial brindada. Los/as concurrentes se llevan una buena impresión de las instalaciones, la rápida y cordial atención del personal recepcionista, y el buen trato recibido desde los/as profesionales. Los/as informantes entrevistados/as manifiestan sentirse contenidos/as, escuchados/as, acompañados/as, que se preocupan por ellos/as. Un ejemplo identificado por varios/as de ellos/as es que, luego de algunos turnos a los que no concurrían, han sido consultados/as sobre los motivos de sus ausencias, y en algunos casos han sido llamados/as telefónicamente para indagar sobre posibles dificultades para concurrir a los turnos programados. Estas acciones por parte del personal, lejos de ser registradas como un acto de control, se perciben como una actitud de interés y buena atención, ya que se acompañan de una reprogramación de los turnos.

En algunas situaciones los/as pacientes han solicitado cambiar de terapeuta ya que no se sentían cómodos/as con la prestación dispensada por el/la profesional asignado/a, estos cambios oportunos, les permitieron sentirse escuchados/as, respetados/as, atendidos/as en el marco de una perspectiva de derechos y coadyuvaron en favor de la accesibilidad ampliada.

Algunas particularidades en la gestión de tratamiento de las mujeres

Una situación recurrente que se presenta en las mujeres usuarias es la dificultad de poder afrontar su tratamiento al mismo tiempo que sostienen una doble carga de trabajo (en el ámbito público, en el doméstico y en algunos casos al hacerse cargo de los/as hijos/as o de familiares enfermos/as). Como consecuencia dejan para última instancia su propia salud.

24° F-34: A la mujer se le complica más, eh... me parece a mí eso. Y después también, otra amiga (...) y yo sé que ella fumaba también. Y ahora ella está, con el novio internado, rehabilitándose. Ella lo internó para ayudarlo. Tiene a su hija, que también tendrá once años [la hija]. Y se tiene que ocupar de la hija, de su casa, de sus papás, de su laburo, de rescatar al novio, de rescatarse ella.

No es casual que en el relato de “Sofía”² sobre su amiga, haya ubicado en último lugar el “rescatarse a sí misma”, en la práctica cotidiana de las mujeres, socializadas desde el sistema patriarcal, y acordes con un “modelo de subjetivación tradicional e incluso transicional” (Tajer, 2009), la consulta para abordar el uso problemático de sustancias es dilatada en el tiempo. Generalmente primero se ocupan de resolver los problemas del resto de la familia y luego de sí mismas.

Si bien las mujeres son las que realizan la mayoría de las consultas en el sistema de salud puesto que está habilitado socio-subjetivamente para el género femenino el expresar y consultar por su malestar en salud (Tajer, 2004), la mayor estigmatización por ser “mujer adicta” y su consecuente desvalorización en su rol materno, temor a perder la tenencia de los/as hijos/as, sentimientos de culpabilidad y baja autoestima, entre otra serie de discriminaciones que recaen sobre ellas, ubican en última instancia la consulta por el propio uso de sustancias. En los casos donde se efectúa la consulta sobre sí mismas, la búsqueda de atención se asocia a otros problemas de salud, entre los que la salud sexual y reproductiva se encuentra en primer lugar. Veamos el siguiente caso:

¿Y por qué faltabas?

26° F-33: Y porque... el trabajo, el estudio, me operé las varices, me puse el DIU también este año, estaba con turnos, con médicos, por el frío, la lluvia. Son muchas cosas...

¿Y vos eso se lo explicabas [a su psiquiatra]?

26° F-33: Si, pero igual, es como que... “Es media hora, una vez cada quince días. ¿No te podés organizar?” ¿entendés? Y... y nada, se me complicaba, por ahí, se me complicaba. Con la Doctora P. [su psicóloga] fue menos, porque es el horario y el día que yo tengo que cursar. Me viene bárbaro ¿viste? Y eso ayuda mucho también.

² Para resguardar la identidad de los/as entrevistados/as se utilizó un código de identificación, sin embargo, en algunos casos se utilizaron seudónimos para hacer más amena la lectura.

Otro factor vinculado a las particularidades de género en los dispositivos terapéuticos, refiere a las estrategias que las mujeres utilizan para soslayar las identificaciones sociales negativas como “adictas”.

25° F-30: la mujer es muy, viste, por miedo “al qué dirán”, [...] está bueno que estemos juntos mujeres y varones en el hospital para que no se note.

“Elena” halla ventajoso que la asistencia sea mixta. La referencia a que de tal manera “no se note”, se asocia a que la mayoría de las mujeres que se observan diariamente en el hospital son las mujeres que acompañan a los usuarios varones (madres, hermanas, parejas, amigas, etc.). Este hecho, permite a aquellas mujeres usuarias de sustancias que concurren para abordar su problemática de consumo, ocultarse entre las que vienen como acompañantes. Es decir, al ingresar al centro, en la sala de espera observamos muchas mujeres, un/a observador/a indiferente no podrá distinguir si se trata de una pariente o una usuaria en tratamiento. Inclusive algunas entrevistadas cuentan que han preparado excusas para dar en caso de encontrarse con alguien conocido/a, planteando que “vienen para ayudar a algún familiar”.

Otro aspecto que se halló y que concuerda con otros estudios (Reed, 1985; Robert y Nashimoto, 1996; Nelson y col., 1996; Gordon, 2002; Hedrich, 2000) es que las mujeres no se sienten cómodas con dispositivos terapéuticos grupales donde participan varones, especialmente en momentos en que se abordan temas relativos a sus relaciones o sexualidad, los riesgos asociados al consumo, y otros problemas derivados. En el caso de “Natalia”, ella evalúa negativamente su participación en un grupo donde eran mayoritariamente hombres, sin embargo, no descarta la utilidad del recurso grupal, siempre y cuando esté más equilibrada la relación hombre/mujer, o en grupos exclusivos de mujeres donde puedan trabajarse problemas relativos a su condición de género, con lo cual hay aspectos o temáticas que pueden ser abordados en grupos mixtos y otros no.

¿Y cómo te sentiste cuando te dieron quince días para el turno? ¿Esperaste esos quince días?

26° F-33: Si. Si, vine. No me acuerdo si consumí o no. Me parece que no. Se me hizo eterno. Y me sentía... nada, me sentía mal, la verdad, me sentía muy mal. Nada, y cuando vine acá, que vine a la, a una reunión de grupo, esa fue la primera vez que vine. [...] Y era un día que hacía calor, así, y entré ahí que eran todos hombres. Y eran todos, todos, ¡ah!!, me decía “¡yo qué hago acá, yo qué hago acá. Mirá dónde me vine a atender!” Y eran alcohólicos, drogadictos. Y bueno ahí no sé. Y cuando me tocó hablar a mí, me puse a llorar y no, no podía hablar. Y de ahí me derivaron a la psicóloga, a la Doctora P, para

que no vaya más ahí con el grupo, porque no me sentía bien yo con el grupo. Va, no quería ir tampoco ir. (...)

Y si hubiera sido un grupo en el que hubiesen mujeres...?

26° F-33: Y si, capaz que sí. Porque yo he ido a ALCO³ y... y es verdad que te sentís identificado con lo que dicen los demás, intercambias opiniones y todo. Pero acá yo era la única mujer y eran todos hombres y te sentís, así, cohibida, no sé, incómoda. Capaz que si hubiera sido un grupo de chicas, sí, hubiera sido distinto. Y pienso que estaría bueno ¿no?

Concluimos que, dado que se trataba de la primera etapa de tratamiento, no fue oportuna su inclusión dentro de un grupo mixto donde la relación hombre/mujer era de 9:1, sino que hubiera sido interesante incorporarla a un grupo más paritario o preferiblemente exclusivo de mujeres, hecho que no descarta que, avanzado el tratamiento, pueda ser incorporada a otros espacios grupales mixtos, donde se aborden temáticas más generales.

Este hallazgo coincide con los planteos de Stephanie Cavington (1997) quien sostiene que, no es recomendable en las primeras etapas del tratamiento la presencia e interacción con varones, aunque en una etapa posterior sí pueda ser incluida.

En suma, es imperiosa la incorporación en la etapa diagnóstica la evaluación de necesidades diferenciales de género desde una perspectiva que conciba a la “salud integral”⁴ incluyendo principios de ciudadanía, autonomía, integralidad y equidad, a fin de dispensar una atención acorde con las mismas y de ese modo disminuir las inequidades en la calidad de la atención.

Obstáculos sociales: ¿apoyo familiar y social durante el tratamiento?

La violencia moral

Una cuestión que se registró es la escasa convocatoria que el servicio realiza al entorno más cercano de los/as usuarios/as, especialmente en el dispositivo de consultorios externos. Sumado a esto, en general, las mujeres reciben mayores presiones de su red familiar y social para concluir el tratamiento y retomar “sus responsabilidades familiares”. Estas presiones no se traducen en aliviar a las mujeres de las tareas domésticas mientras dura el tratamiento, sino por el contrario, se espera que recuperen “su rol tradicional de género”,

³ ALCO: Anonimos Luchadores Contra la Obesidad, se trata de una Fundación formada por grupos de ayuda mutua de tratamiento de la Obesidad con sede en Argentina y varios países de Latinoamérica fundada por el Dr. Cormillot.

⁴ En 1995 la Plataforma de Beijing, a la cual adhiere nuestro país, se incluyen los principios de participación, humanización, integralidad, prevención, confidencialidad y privacidad, entre otros (Tajer, 2012).

que mientras consumían “habían abandonado”. Este es el caso de una de las usuarias que se le exigía antes de salir del hogar, en este caso para concurrir al turno que tenían pautado en el Hospital, que dejara todas las tareas domésticas concluidas, la comida preparada, la casa ordenada y los/as chicos/as listos/as.

2° F-56: siempre descalificándote, es decir, llega un momento que una se acostumbra viste o haces oídos sordos, ya no lo escuchas más. Yo antes lloraba cuando me decía "¡eh, no servís para nada, no haces las cosas!", y me mataba limpiando y él me decía "¡eh pero no hiciste!!", yo decía "¿pero éste está loco?". Me daba, me daba. Entonces yo era como... "bueno está bien, vos decí eso", él se iba y yo... tomaba. O sea que no lograba hacer nada, en vez de levantarme era como que te pisaba.

Es importante detenerse un momento sobre el tipo de violencia que comenta la informante, una violencia que opera subrepticamente, de manera imperceptible para el afuera, y sin embargo actúa en la vida de muchas personas cotidianamente, especialmente en niños/as y mujeres, se repite diariamente haciendo estragos en el alma, por la resistencia que ofrece a ser representada discursivamente, por las dificultades que comportaría intentar quejarse o denunciarla, por el grado de sufrimiento que produce, y por la marca indeleble de amargura e inseguridad que inscribe en la memoria de la persona que la sufre (Segato, 2003), se trata de la violencia psicológica o moral que se ejerce cotidianamente, y que generalmente es mencionada superficialmente, o introducida como un complemento de la violencia física. Coincidimos con Rita Segato (2003) que el fenómeno parece asemejarse más a una situación de *violencia estructural*, que se reproduce con cierto automatismo, invisibilidad e inercia durante un largo período, tanto en la escala temporal ontogenética de la historia personal, como en la escala filogenética (Segato, 2003).

Para esta autora, la violencia moral⁵ es el más eficiente de los mecanismos de control social y de reproducción de las desigualdades. La coacción de orden psicológico se constituye en el horizonte constante de las escenas cotidianas de sociabilidad y es la principal forma de

⁵ La violencia moral o psicológica es todo aquello que envuelve agresión emocional, aunque no sea ni consciente ni deliberada. Entran aquí la ridiculización, la coacción moral, la sospecha, la intimidación, la condenación de la sexualidad, la desvalorización cotidiana de la mujer como persona, de su personalidad y sus trazos psicológicos, de su cuerpo, de sus capacidades intelectuales, de su trabajo, de su valor moral. Y es importante enfatizar que este tipo de violencia puede muchas veces ocurrir sin ninguna agresión verbal, manifestándose exclusivamente con gestos, actitudes, miradas. La conducta opresiva es perpetrada en general por maridos, padres, hermanos, médicos, profesores, jefes o colegas de trabajo (Segato, 2003).

control y de opresión social en todos los casos de dominación. Por su sutileza, su carácter difuso y su omnipresencia, su eficacia es máxima en el control de las categorías sociales subordinadas. En el universo de las relaciones de género, la violencia psicológica es la forma de violencia más maquinal, rutinaria e irreflexiva y, sin embargo, constituye el método más eficiente de subordinación e intimidación (op. cit.).

Como fundamenta Segato (2003) la eficiencia de la violencia psicológica en la reproducción de la desigualdad de género resulta de tres aspectos que la caracterizan: 1) su diseminación masiva en la sociedad, que garantiza su "naturalización" como parte de comportamientos considerados "normales" y banales; 2) su arraigo en valores morales religiosos y familiares, lo que permite su justificación y 3) la falta de nombres u otras formas de designación e identificación de la conducta, que resulta en la casi imposibilidad de señalarla y denunciarla e impide así a sus víctimas defenderse y buscar ayuda.

A pesar de su amplia extensión en la sociedad, prácticamente no existen campañas dirigidas a la población general que alerten, "que brinden una terminología o un conjunto de representaciones para facilitar su percepción y su reconocimiento específicos, que generen comportamientos críticos y de resistencia a esas conductas, que inoculen, tanto en hombres como en mujeres, una sensibilidad de baja tolerancia a esas formas muy sutiles de intimidación y de coacción" (Segato, 2003).

En relación a los tratamientos por uso de sustancias, ésta forma de violencia debe ser uno de los factores a diagnosticar y abordar desde el inicio de la terapia. Es prioritario que el abordaje se realice no sólo en términos de empoderamiento de las sujetas víctimas de violencia moral, sino que requiere que el abordaje se efectúe de manera directa en todo el sistema que reproduce esta forma de violencia estructural, buscando estrategias de intervención familiar que desarticulen este tipo de control, dominación, descalificación, desubjetivación que se ejerce sobre la(s) mujer(es) y niños/as, es decir, que la intervención no será exclusivamente en la víctima de violencia, sino que necesitará estrategias de intervención que operen en los distintos integrantes del sistema vincular.

Sin embargo, al interpelar al equipo tratante sobre las posibles formas de operar en el caso particular de ésta usuaria, con alternativas de empoderamiento, que desde la institución se trabaje para posicionarla sociosubjetivamente en otro lugar, fomentando su autonomía y ubicándose en un lugar de poder que pueda asumir paritariamente su rol parental, etc., la

respuesta del equipo fue la de negación, invisibilización, no existiendo un abordaje intensivo que opere desarmando, desarticulando esta estructura en las relaciones vinculares y, lejos de tener una baja tolerancia a estas formas sutiles de coerción, se invisibilizaron y se actuó culpabilizando a la persona de lo que le toca vivir. Ello se desprende de la siguiente nota de campo:

Siempre viene con el mismo discurso de la “cenicienta de la casa”. Está muy instalada en su rol, más allá de no consumir, no ha cambiado otras cosas (Psicóloga) [nota de campo].

Este tipo de interpretación por parte de la terapeuta a cargo del caso, no solo invisibiliza el hecho que desde el servicio no se abordó la relación vincular para poder desarmar la violencia moral ejercida en esta familia, sino que ubica a la persona en tratamiento como responsable de su “no cambio”. Se trata de un posicionamiento que se asienta en una perspectiva liberal, meritocrática, que emerge en el siglo XIX con la consolidación del capitalismo y la sociedad de clases, con una tendencia a “naturalizar” a los/as sujetos/as sociales, anclada en una “ética de igualdad de oportunidades para todas las personas iguales y libres por nacimiento y por lo tanto responsables de sus actos” (Stolcke, 1999). Tal como afirma Verena Stolcke (1999) “ésta ilusión, que permite pensar que con el suficiente esfuerzo cualquier persona puede superarse, oculta en cierta medida el carácter estructural de las desigualdades sociales”. Pero además se consolida lo que Stolcke define como “racismo científico”, desde donde se sostiene que ya que “ese individuo libre, aparenta ser incapaz de aprovechar las oportunidades de superación social que la sociedad parece ofrecerle, ello ha de ser debido a una deficiencia personal innata, esencial y por ello también hereditaria. Es decir, el/la culpable es el propio individuo o colectivo, o mejor dicho aún, su dotación biológica, su falta intrínseca de “talento” más que el orden existente” (Stolcke, 1999) que reproduce las relaciones de desigualdad, ocultándolas, invisibilizándolas, “naturalizándolas”.

Ahora bien, la descalificación y estigmatización por parte del entorno familiar del/la consumidor/a durante la etapa de ingesta intensiva, es muy frecuente, y no opera de manera exclusiva en las mujeres, sino que se da tanto en el caso de las mujeres como de los varones. Se desprestigia, se menosprecia a los/as usuarios/as de sustancias, no sólo desde su

entorno íntimo, sino que en muchos casos los servicios asistenciales responsabilizan a los/as consultantes por no asumir su “rol de enfermo/a”, por no cambiar su “posición subjetiva”.

Otra cuestión que atenta contra la permanencia en el dispositivo asistencial de las mujeres, es el escaso apoyo de la red social cercana y la existencia de cierta desconfianza que sobre ellas se tiene, considerándolas incapaces de superar su adicción. Para lo cual se les exige más y en consecuencia, ellas se autoexigen más para ocuparse, en soledad, de su vida y su salud. Como relata “Carmen” esto no siempre puede lograrse.

¿Alguna vez en este tratamiento a vos se te ocurrió dejar de venir?

27° F-49: si, si, quise dejarlo, eh..., lo dejé creo, creo que no le vine por tres meses.

¿Por qué fue?

27° F-49: porque... estaba como cansada, como que digo... "ya está... me entrego", vio cuando uno dice "me entrego, listo, ya me cansé", me cansé como diciendo... no... "C. no luches más, ya está, ya está C. no vale la pena seguir luchando", como cuando uno dice... "¿para qué tanta cosa?, tanto sacrificio, tanta pelea... parece con su mismo cuerpo, ¿no?, pelea". Si a todos lados voy sola, yo voy a estudios [de salud] voy sola.

Las usuarias perciben una excesiva exigencia también por parte de los/as profesionales del Hospital en relación a la posibilidad de otorgarles un alta terapéutica. Sienten que son miradas como responsables de la vulnerabilidad que padecen. En este sentido, a las personas en tratamiento no les queda claro, ni explícito los objetivos que deben cumplir para alcanzar la meta. Frecuentemente la meta no se alcanza sólo con cesar el consumo, existe toda una serie “elementos” que no son explicitados a los/as usuarios/as, y que se sustentan en una ideología normativa de saberes expertos sobre la base de un modelo del “deber ser”. Algunos autores (Maffia, D, 2011) plantean que, la existencia en los/as profesionales de una influencia de estereotipos hacia las mujeres con drogodependencia, conlleva a una serie de actitudes más exigentes hacia ellas que hacia el resto de los usuarios de género masculino.

Sin embargo, a pesar de haberse observado en las entrevistas la aparición de esta queja planteada por las mujeres, es posible que este requerimiento no se restrinja sólo a ellas. Sería interesante en un próximo estudio profundizar la indagación sobre la existencia de

este tipo de “exigencias” por parte de los equipos terapéuticos, que encerrarían posturas paternalistas en el mejor de los casos, o autoritarias en otros, pero que en todos denotan la falta de reconocimiento de derechos y ciudadanía a los/las “pacientes”.

¿Qué significaría para vos el alta?

30° F 23: Y libertad, sentirme que, primero sentir la satisfacción de que yo, me dan el alta porque me ven bien y porque yo, sepan todo lo que cuento, o sea todo lo que diga, me ven que... bueno... ya...

Igual acá para que te den el alta me parece que son re... son como que tenés que ser una.... para que den el alta, me parece que son re, para que te den un alta, y te digan ya no tenés que venir acá, pueden pasar 10 años, parece.

La percepción de “Silvia” no se aleja mucho de la realidad, según las observaciones realizadas durante el trabajo de campo, algunos tratamientos que se prolongan hasta 7, 8, 10 años, algunos continúan con una frecuencia quincenal o mensual. En tal sentido estos tratamientos funcionan como “prótesis para vivir”. Allí no se ha trabajado institucionalmente la concepción de “alta terapéutica”, estos/as usuarios/as tienen miedo de dejar el tratamiento, por miedo a volver a consumir. En consecuencia entendemos que desde el equipo no se han abordado los riesgos que conlleva tener una dependencia a la institución o al/la terapeuta, convirtiendo al “uso problemático de sustancias” en una “enfermedad crónica”.

En este sentido se alinean los mensajes brindados desde criterios biomédicos y jurídicos, así lo cuenta una usuaria: “como me enseñaron... el adicto no se cura, se recupera”. Esta frase nos muestra la concepción dominante que desde el ámbito sanitario se tiene sobre la “problemática”. Consecuentemente, enfocar la atención por uso de sustancias de esta manera, quita toda posibilidad de agencia a las personas que por diversas circunstancias han abusado de las drogas o alcohol. Aquí debemos dejar constancia que se trata de un tema en debate dentro de las diversas corrientes de pensamiento, en relación a la intervención profesional en adicciones. Touzé (2006) plantea que el discurso construido a lo largo del siglo XX tiene su clave en la noción de prohibición. Sobre este concepto se construye socialmente el problema de las drogas -en tanto sustancias prohibidas-, y de su uso, en tanto desvío. La prohibición se constituye en una encrucijada en la que se reencuentran dos lógicas: la sanitaria, de cura, y la punitiva, de control. Por lo tanto, el asunto de las drogas, como problema regulatorio, es el problema de la intersección de múltiples prácticas que se originan en estas lógicas. El discurso prohibicionista adopta diversas versiones, según sea

quien hable. De Munck (1996 citado por Touzé, 2006) reconoce una versión médica -que refiere a las categorías “normal” y “patológico”-, una versión jurídica -que alude a “delincuencia”, “tráfico”, “orden público”-, una versión psicoanalítica -que menciona “objeto”, “síntoma”, “falta”. Cada versión tiene sus sentidos y referencias propias que convergen en una matriz regulatoria común.

Por último, se considera que los modos de transitar el tratamiento, en las narrativas de mujeres y varones, son descriptos dentro de un gradiente que va desde un cumplimiento ininterrumpido, pasando por períodos de concurrencia intermitente, hasta aquellos/as que sucesivamente han abandonado el mismo. En las narrativas de las y los consultantes se pudieron hallar factores que atentan de modo diferente en las mujeres y los varones para continuar su tratamiento. Por lo cual se pueden recomendar a partir de estos hallazgos, estrategias que favorezcan la promoción de mayores grados de equidad de género como base para una mejor atención de la problemática.

8. Consideraciones finales

Según algunos/as autores/as, la perspectiva de género aplicada al consumo de drogas legales e ilegales tiene apenas una década (Romo Avilés, 2005).

En relación a las mujeres, generalmente la proporción de usuarias ha sido significativamente menor que la de hombres. Algunos rasgos de la identidad de género juegan un papel importante en su protección (toxicomanías menos arriesgadas); aunque en las últimas décadas los ratios hombre-mujer prácticamente se han igualado en los/as más jóvenes, cuando a sustancias legales nos referimos (Parga, 2009).

En cuanto a las sustancias que eligen, se observan dos formas de consumo que prevalecen, por un lado el de las mujeres adultas (psicofármacos y alcohol), donde el consumo se hace en el ámbito de lo privado, mientras que en las más jóvenes se incorpora el consumo de sustancias ilegales (marihuana, drogas de síntesis y cocaína) en el ámbito público, territorio que anteriormente estaba más reservado a los varones (Parga, 2009).

En esta investigación se hallaron diferencias de género importantes en cuanto a las causas y motivaciones en el inicio del consumo, siendo para el caso de los varones la integración grupal y para mujeres la violencia de género.

Además se pudieron identificar barreras de accesibilidad vinculadas a las instituciones, a la relación trabajador/a de salud-paciente y las relativas a los/as “pacientes”. Por otra parte, en la mayoría de las referencias pudo observarse cómo son eludidas las cuestiones inherentes al género de los/as usuarios/as de sustancias, posicionamiento que se fundamenta en una *ilusión de simetría* (Fernández, 1993).

En relación a las *barreras de accesibilidad institucional/organizacional* los/as profesionales identificaron principalmente las listas de espera y las restricciones horarias, en un solo caso se aludió a la escasez de servicios de internación y media internación que reciben mujeres, alcanzando un 5 % en Argentina y un 10 % en la provincia de Buenos Aires.

Desde los/as pacientes, algunas mujeres plantearon la escasez de dispositivos pensados y dirigidos exclusivamente a ellas, salvo los espacios de terapia individual que como vimos, tampoco son diseñados atendiendo a las características diferenciales de género. Esto generaba perplejidad, vergüenza y rechazo, en momentos donde necesitaban mayor contención como son las primeras etapas del tratamiento. Tampoco para el caso de los varones se interviene con una perspectiva de género que desnaturalice los *modos de subjetivación tradicional masculina* (Tajer, 2009) que atenta contra su salud.

Debemos señalar que las mujeres no son admitidas en el dispositivo de media internación (Hospital de medio día), lo cual constituye un modo de exclusión e inequidad en el acceso a la salud y la atención, que sin embargo no es visualizado como tal por el equipo.

Las referencias a las *barreras de accesibilidad en la relación trabajador/a de salud-paciente*, aluden a desajustes que los/as “pacientes” realizan al pretender instituir pautas diferentes a las instituidas por los/as especialistas. Otras barreras citadas son las relativas a lo que los/as psicólogos/as llaman la “transferencia”, o las modalidades de abordaje, más o menos flexibles de la postura psicoanalítica ortodoxa, e inclusive la cuestión de la experticia de los/as profesionales con menor o mayor trayectoria.

También se pusieron en evidencia los desfasajes entre lo esperado por el equipo terapéutico y los/as “pacientes”. Como el árbol que tapa el bosque, al estar preocupados en el “caso por caso”, se disipa la lectura que permitiría diseñar dispositivos acordes con las características de las mujeres y los varones que concurren a tratamiento. Esto puede deberse a que es prácticamente nula la formación académica de grado y/o posgrado sobre la perspectiva de

género y en salud colectiva (o salud pública) de manera que permita reconocer las inequidades dispensadas desde los servicios de salud, aunque los tratados y organismos internacionales así lo recomienden.

El trabajo en soledad, donde no solo cada disciplina se ocupa de un aspecto de las problemáticas de los/as sujetos, sino que al interior de las especialidades cada profesional imparte una modalidad terapéutica propia, impide consensuar criterios sobre cuáles son los objetivos del tratamiento, qué metas a corto, mediano y largo plazo se ponderan, qué criterios de alta terapéutica o de derivación a otras instancias de abordaje psicosocial se tendrán en cuenta.

Estas cuestiones en algún sentido, atentan contra la percepción que las/os pacientes tienen sobre lo que se espera de ellos/as, presentándoseles como invisibles las metas a alcanzar y en consecuencia sienten vulnerado el derecho que tienen como consultantes de conocer las implicancias de las prácticas terapéuticas.

De algún modo, muchos/as perciben que son elevados los cambios que se esperan de ellos/as, en la modificación de las conductas. Esto puede producir una mayor autoexigencia en aquellos/as consumidores/as donde la norma social tiene más pregnancia, viviendo el tratamiento como un desafío que tienen que transitar y por ello, podemos registrar casos donde el tratamiento se extendió a 6, 7, 10 años. Sin embargo, en aquellos/as donde la adecuación a las instituciones de salud no es parte de la cotidianidad, y la “desviación” frecuente de las normas sociales es más marcada, no genera en ellos/as “adherencia” un tratamiento que mucho les exige. Los/as usuarios/as forjan expectativas de “curación”, de “rescate” que, lamentablemente, en función de las concepciones de los saberes expertos, no va a darse nunca, ya que, como nos manifestaba una de las psicólogas, se trata de una “*patología crónica*”.

Esta discrepancia entre las expectativas de los/as profesionales y los/as “pacientes”, genera una barrera de tipo ideológico/cultural en la permanencia en el tratamiento que es necesario revisar ya que plantear metas a corto y mediano plazo que sean claras para los/as usuarios/as entendemos, beneficiaría el abordaje terapéutico, inscribiéndose en la perspectiva de derechos.

Con respecto a las *barreras de accesibilidad ampliada relativa a los/as “pacientes”*, se señaló la divergencia en las concepciones de salud/enfermedad que tienen consumidores/as

de sustancias y profesionales, no coincidiendo su percepción con los sentimientos de malestar, enfermedad, padecimiento, por lo cual no consideran necesario continuar el tratamiento. Esto se asocia también con las formas de acercamiento a la institución, en muchos casos involuntarias, ya sea por presiones familiares o por disposición judicial. También se reconocen factores económicos, culturales, sociales relativos a los/as usuarios/as.

Aunque las situaciones de estigmatización, el “cartel de faloper/a” y exclusión en los/as usuarios/as son generalizadas cuando la ingesta deviene en problemática o cuando se aparta de la “normalidad”, es importante destacar que los costos sociales que tiene el consumo para unos y otras son diametralmente opuestos. En este sentido, las experiencias traumáticas que viven las mujeres de relaciones violentas y abusivas son frecuentes. Cerca del 90% de las usuarias entrevistadas ha tenido historias de abusos y violencia doméstica ya sea física o psíquica y estas se perpetúan aun cuando han abandonado el consumo.

La dependencia económica y afectiva que las mujeres tienen con otros usuarios de drogas, que muchas veces son quienes le proveen las sustancias, atenta contra las posibilidades de “rescatarse” del consumo, por miedo a ser abandonadas e incluso violentadas para que no estén “caretas”.

Por otro lado, aquellas mujeres socializadas en el modo tradicional del patriarcado cuyo rol se vincula con el ámbito doméstico, relegaron su vida al cuidado de la familia, la casa, y concedieron lugar al hombre para que domine el ámbito público y sea el proveedor familiar. Sin embargo, al alejarse ellas de las expectativas de género como mujer=madre, protectora, sumisa, que vive por y para los demás, e incursionar en la ingesta excesiva de tóxicos, son rechazadas por la “abdicación” de sus roles de género. Mientras que, aquellas mujeres que además consumen sustancias ilegales, son doblemente rechazadas por su acercamiento a la ilegalidad.

En relación al grado de acompañamiento de su red social cercana durante el proceso terapéutico, éste se muestra limitado. Las mujeres reciben mayores presiones que los varones para finalizar rápidamente los tratamientos, escasamente son acompañadas por sus allegados y se les exige que recuperen lo antes posible “sus roles” en el ámbito doméstico. Esto conduce a que ellas atiendan en última instancia sus problemas de salud.

9. Bibliografía

- Castel, Robert y Anne Coppel (2004) “Los controles de la toxicomanía”. En: Ehrenberg, A. *Individuos bajo influencia. Drogas, alcoholes, medicamentos psicotrópicos*. Buenos Aires: Nueva visión. pp. 221-238.
- Fernández, Ana María (1993). *La Mujer de la Ilusión. Pactos y contratos entre hombres y mujeres*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Foucault, Michel (1989) *Vigilar y castigar. Nacimiento de la prisión*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Argentina Editores S.A. pp.: 320.
- Foucault, Michel (2011) *Historia de la sexualidad 2: el uso de los placeres*. 2° ed. 2° reimp. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores.
- Foucault, Michel (2012); *El poder psiquiátrico*. 1° ed. 3° reimp. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Jelín, Elizabeth (1997): Igualdad y Diferencia: Dilemas de la Ciudadanía de las Mujeres en América Latina, en Revista *Ágora*. Año 3, N°7.
- Maffia, Diana; Colace, P. y Lerena, S. (2011) *El ocultamiento de las mujeres en el consumo de sustancias psicoactivas*. CABA: Legislatura CABA.
- Parga, Jimena (2009); *Mujeres y drogas. La transversalidad de género en las políticas públicas de drogas*. Seminario Análisis comparado de legislación, políticas públicas e instituciones orientadas hacia el logro de la equidad de género. PRIGEPP-FLACSO
- Parga, Jimena (2012). Uso problemático de drogas: ¿“adherencia” a tratamiento o Derecho a la Salud? El proceso de salud/enfermedad/atención en un Hospital Público de la Provincia de Buenos Aires. Un abordaje etnográfico desde la perspectiva de género. Informe técnico. Becas Carrillo-Oñativa, Comisión Nacional Salud Investiga.
- Romo Avilés (2005) *Repensar la diferencia. Género en la prevención y uso de drogas*. Observatorio de drogodependencias de Castilla-La Mancha. N° 1, 2005. Castilla-La Mancha: FISCAM. Fundación para la Investigación Sanitaria en Castilla-La Mancha, España.
- Rossi, Diana; Pawlowicz, María Pía y D.Z. Singh (2007); *Accesibilidad de los usuarios de drogas a los servicios públicos de salud en las ciudades de Buenos Aires y Rosario. La perspectiva de los trabajadores de la salud*. Intercambios Asociación Civil. 86 p.

- Segato, Rita; (2003); *Las estructuras elementales de la violencia*. Bernal: Prometeo-Universidad Nacional de Quilmes. 264 p.
- Stolcke, Verena; (1999). "¿Es el sexo para el género como la raza para la etnicidad?" En: *Cuadernos para el Debate*, N° 6. Buenos Aires: IDES.
- Tajer, Débora (2012 b). Notas para una práctica psicoanalítica pospatriarcal y posheteronormativa. En: Cesar Hazaki (comp). *El Fin del Patriarcado*. Buenos Aires: Topía Editorial.
- Tajer, Débora (comp.) (2012a). *Género y Salud. Las políticas en acción*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Tajer, Débora y equipo (2012c). Escala de medición de grados de integralidad y equidad de género (EquiGEN). Creada en el marco de la investigación "Ruta Crítica de la salud".
- Tajer, Débora. (2004). "Construyendo una agenda de género en las políticas públicas en salud". En: *Políticas Públicas, Mujer y Salud*. Popayán, Colombia: Edic. Universidad Nacional del Cauca y RSMLAC, pp. 27-39.
- Tajer, Débora. (2009). *Heridos Corazones. Vulnerabilidad coronaria en varones y mujeres*. Buenos Aires: Paidós. Tramas sociales.
- Touzé, Graciela. (2006). *Saberes y prácticas sobre drogas: el caso de la pasta base de cocaína*. Buenos Aires: Intercambios Asociación Civil; Federación Internacional de Universidades Católicas.