

INVESTIGACIÓN CUALITATIVA

ENTREVISTAS EN PROFUNDIDAD

PERCEPCIONES Y EXPERIENCIAS DE MUJERES EN TRATAMIENTO POR CONSUMO PROBLEMÁTICO



OBSERVATORIO
HUMANITARIO



Centro de Referencia de la Federación Internacional
de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja



El **Observatorio Humanitario de Cruz Roja Argentina** hace saber que se encuentra autorizada la obtención de copias de todo o parte de este informe, sujeto a las siguientes condiciones:

- 1** Que el uso al que se destine el informe no sea comercial ni político partidario.
- 2** Que al citar cualquier fragmento del informe se haga referencia a la fuente conforme al siguiente texto: ““Percepciones y experiencias de mujeres en tratamiento por consumo problemático”. Buenos Aires: Observatorio Humanitario de Cruz Roja Argentina, 2024”.

Para información adicional dirigirse a:

**Observatorio Humanitario de Cruz Roja Argentina,
Centro de Referencia e Investigación de IFRC.**

 Juan de Garay, 80.

Buenos Aires, CP 1063

Argentina

 +54 11-6065-0450

 observatorio@cruzroja.org.ar

 <https://cruzroja.org.ar/observatorio-humanitario/>



Agradecimientos

Agradecemos de manera particular por el acompañamiento y el asesoramiento del Hogar de Cristo y sus profesionales: Pablo Vidal, Coordinador de Desarrollo Humano de Cáritas y referente de los Hogares de Cristo, Maria Elena Acosta, Responsable del Área de Desarrollo Humano Integral de Cáritas Argentina, Loreana Scorticati, encargada de los Centros Barriales del Hogar de Cristo en la región Buenos Aires, Ana Campoli, Vice-directora de Cáritas Córdoba y encargada de los Centro Barriales de la región Centro, Pamela Catan, miembro de la Comisión directiva de Hogar de Cristo y encargada de los Centros Barriales de la región NOA (Noroeste argentino), Katty Sanchez Castañeda, encargada de los Centros Barriales de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Agradecemos especialmente a Rodrigo Cuba, Subsecretario de Desarrollo Humano de Cruz Roja Argentina, Martín Etchevers, Secretario de Investigaciones del Observatorio de Psicología Social Aplicada de la Universidad de Buenos Aires y Diego Tachella Prado, Investigador y Profesor Titular de la Cátedra de Psicología de las Conductas Adictivas de la Universidad Siglo 21, quienes acompañaron el proceso de diseño del cuestionario para la investigación, colaboraron con comentarios y revisiones finales, definieron las herramientas metodológicas y realizaron el análisis de los datos.

El análisis de los datos obtenidos a partir de este trabajo de investigación fueron consolidados por el equipo del Observatorio Humanitario, Mailén Sol Villani, Abril Garcia Mur (Coordinadoras de Gestión de la Información), Ignacio Benjamín Vilte (Analista de Información Estratégica) y Lucas Klobovs (Asesor metodológico).

1. Resumen ejecutivo	5
2. Antecedentes	8
3. Objetivos	9
4. Estrategia metodológica	10
5. Estrategia analítica	12
6. Principales hallazgos	14
Percepciones asociadas al consumo problemático y el entorno vincular de las mujeres	14
Percepciones en torno a la familia: la predominancia de la culpa y la soledad	16
Percepciones en torno a los/as hijos/as: la dualidad de la motivación y la presión	19
Percepciones en torno a la noción de <i>drogadicción</i>	21
Acceso y sostenimiento del tratamiento en la experiencia de mujeres con consumo problemático	24
Limitantes en el inicio y sostenimiento del tratamiento	24
Facilitadores en el inicio y sostenimiento del tratamiento	27
7. Conclusiones preliminares	32

Resumen ejecutivo

Contexto

El consumo problemático de sustancias es una realidad que afecta a personas de todas las edades, géneros y estratos socioeconómicos. Sin embargo, adquiere matices particulares cuando se analiza desde una perspectiva de género. Las mujeres que se encuentran en consumo problemático están atravesadas por una alta interseccionalidad que influye en su experiencia y acceso a los servicios de apoyo y rehabilitación. Esto implica que enfrentan barreras adicionales en su búsqueda de ayuda debido a estigmas sociales arraigados, roles de género tradicionales y normas culturales que desalientan la expresión de vulnerabilidad y la búsqueda de apoyo. A menudo, se cargan con representaciones sociales que dificultan su acceso a los recursos disponibles.

Metodología

La investigación se estructuró a partir de dos objetivos centrales:

- Identificar y describir las percepciones y emociones de mujeres en tratamiento por consumo problemático, con foco en sus experiencias y entornos vinculares.
- Relevar los limitantes y los facilitadores que median en el acceso y sostenimiento del tratamiento de mujeres con consumo problemático.

El estudio se implementó a partir de un diseño metodológico cualitativo. A los fines de los objetivos presentados, el diseño cualitativo resulta el enfoque más pertinente para captar de manera cabal las percepciones, motivaciones, experiencias y vivencias de mujeres en tratamiento por consumo problemático. A su vez, permite captar de manera sensible los limitantes y facilitadores que intervienen en el proceso de búsqueda de apoyo, acompañamiento, asistencia y tratamiento. La investigación es de corte transversal ya que está delimitada en tiempo y espacio. A su vez, prioriza reflejar un registro retrospectivo para analizar las experiencias que surgen de las observaciones.

El diseño cualitativo se basó en 15 entrevistas en profundidad semiestructuradas. Dentro de esta muestra se incluyeron 9 mujeres en tratamiento por consumo problemático y 6 *acompañantes par* (personas que estuvieron en tratamiento y hoy asisten en los centros). Todas las entrevistas fueron realizadas a personas que viven, concurren y/o asisten a las instituciones de la Fundación “Hogar de Cristo” localizados en: Santiago del Estero, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, San Miguel de Tucumán, La Plata, Córdoba y Comodoro Rivadavia.

Principales hallazgos

Percepciones y emociones asociadas en mujeres en tratamiento por consumo problemático

- La interacción entre la culpa y la soledad tiene consecuencias devastadoras para las mujeres en situación de consumo problemático. La culpa constante afecta la autoestima generando que las mujeres duden de su capacidad para superar su adicción. La soledad, por su parte, elimina los sistemas de apoyo cruciales para la recuperación. Sin una red de apoyo, es más difícil para las mujeres acceder a los recursos necesarios y mantener la motivación para el cambio.
- La familia aparece, durante la situación de consumo, como agente de culpa. Luego del inicio del tratamiento se convierte en soporte emocional y financiero.
- Los/as hijos/as son un factor de remordimiento, en la medida que operan valores morales y sociales de alta estima. Sin embargo, en el inicio y sostenimiento del tratamiento son el principal factor motivador.
- El estigma sobre la “mujer adicta”, es una construcción que trasciende a la familia y se extiende hacia las miradas del entorno social e incluso profesionales de la salud, empujándolas a la soledad y en consecuencia al abandono.
- Los sentimientos de culpa y remordimiento pueden perpetuar el ciclo de adicción, ya que las sustancias aparecen como recurso para mitigar estos sentimientos negativos.
- Las entrevistadas describen su adicción como una “relación” debido a la dependencia emocional y física que desarrollan con las sustancias. Esta relación proporciona una forma de escape, alivio y compañía en momentos de soledad o angustia, creando un vínculo complejo y profundo.
- Una gran parte de las entrevistadas relata situaciones de violencia física y sexual por parte de familiares y ex-parejas. El contexto del consumo problemático y la complejidad de buscar ayuda está incidido también por el ciclo de violencias por razones de género.

Limitantes y facilitadores en el acceso y sostenimiento del tratamiento

- El acceso a la salud de las mujeres en situación de consumo problemático se encuentra atravesada por limitantes sociales, económicos y culturales los cuales es preciso comprender para avanzar en esquemas de acompañamiento integral.
- Las tareas de cuidado imposibilitan a las mujeres a acceder a los servicios de salud, por el estigma, por la falta de adaptación de los servicios y porque hay una tendencia a priorizar el cuidado de otros/as, antes que el autocuidado.
- Los servicios públicos de salud presentan grandes deficiencias por disponibilidad de personal, asignación de turnos, acompañamiento en los profesionales y la alta medicalización (dada la falta de espacios terapéuticos). Al mismo tiempo, los servicios de salud privados son restrictivos para mujeres en condiciones de vulnerabilidad.
- Las expectativas de género tradicionales y la discriminación afecta en la posibilidad de que las mujeres busquen ayuda de calidad
- La falta de capital tanto económico como social altera el acceso y el sostenimiento de los tratamientos. La falta de ingresos estables al mismo tiempo que la ruptura de vínculos afectivos - o el apoyo en vínculos que promueven el consumo - aparecen como determinantes en las posibilidades de las mujeres de buscar ayuda.
- La construcción de espacios y vínculos seguros promueve el sostenimiento del tratamiento en las mujeres entrevistadas. Esto se complementa con iniciativas y espacios para acompañar su maternidad, así como también en el apoyo integral contemplando las experiencias singulares de las mujeres, por ejemplo las asociadas a la violencia basada en género.

El análisis presentado en este informe remarca la relevancia y la urgencia por avanzar en sistemas de apoyo y tratamiento integral con perspectivas específicas hacia las mujeres en situación de consumo problemático en contextos de vulnerabilidad.

Antecedentes

El consumo problemático de sustancias es una realidad que afecta a personas de todas las edades, géneros y estratos socioeconómicos. Sin embargo, adquiere matices particulares cuando se analiza desde una perspectiva de género.

Las mujeres que se encuentran en consumo problemático están atravesadas por una alta interseccionalidad que influye en su experiencia y acceso a los servicios de apoyo y rehabilitación. Esto implica que enfrentan barreras adicionales en su búsqueda de ayuda debido a estigmas sociales arraigados, roles de género tradicionales y normas culturales que desalientan la expresión de vulnerabilidad y la búsqueda de apoyo. A menudo, se cargan con representaciones sociales que dificultan su acceso a los recursos disponibles.

Según la **Encuesta Nacional sobre Consumos y Prácticas de Cuidado (EnCoPrac)**, conducida por el INDEC en 2022¹, las sustancias más consumidas, al menos una vez en la vida, fueron el alcohol (84,7%), el tabaco (49,2%), la marihuana (26,3%) y los tranquilizantes u opiáceos (14,1%). Si bien, en términos generales, la diferencia entre la tasa de consumo entre hombres y mujeres es escasa, se puede comprobar un aumento progresivo en el consumo problemático de las mujeres en relación a los años anteriores.

Teniendo en cuenta el **Estudio Nacional en Población de 12 a 65 años sobre consumos de sustancias psicoactivas**², realizado en 2017 por la Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina (SeDroNAr), se percibe un aumento del consumo anual de marihuana en mujeres del 5,2% en 2017 al 10,8% relevado en 2022. Y, en particular, un aumento en el consumo de tranquilizantes y opiáceos en mujeres, que en 2017 representaba el 0,9% del consumo anual, y que para el 2022 dicha cifra aumentó al 8,8%.

En Argentina, si bien se han realizado avances significativos en la comprensión y el abordaje de las adicciones, persisten desafíos importantes en cuanto a la equidad de género en la atención y el tratamiento. La falta de investigación específica sobre las experiencias de las mujeres en situación de consumo problemático ha contribuido a esta brecha y limitado la efectividad de las intervenciones existentes. El presente informe se sitúa en la vacancia señalada. Es en este marco que se propone aportar, desde una mirada aguda y en profundidad, un análisis de las realidades específicas de mujeres con consumo problemático en tratamiento.

1. INDEC (2023). *Encuesta Nacional sobre Consumos y Prácticas de Cuidado 2022 (ENCoPrac)*. Recuperada de: https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/sociedad/encoprac_2022.pdf

2. Sedronar (2017). *Estudio Nacional en Población de 12 a 65 años sobre consumos de sustancias psicoactivas*. Recuperado de: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2020/10/oad_2017_estudio_nacional_en_poblacion_sobre_consumo_de_sustancias_psicoactivas_resultados_sobre_la_poblacion_femenina.pdf

Objetivos

La investigación se estructuró a partir de dos objetivos centrales:

- 1 Identificar y describir las percepciones y emociones de mujeres en tratamiento por consumo problemático, con foco en sus experiencias y entornos vinculares.
- 2 Relevar los limitantes y los facilitadores que median en el acceso y sostenimiento del tratamiento de mujeres con consumo problemático.

Estrategia metodológica

El estudio se implementó a partir de un diseño metodológico cualitativo. A los fines de los objetivos presentados, el diseño cualitativo resulta el enfoque más pertinente para captar de manera cabal las percepciones, motivaciones, experiencias y vivencias de mujeres en tratamiento por consumo problemático en tratamiento. A su vez, permite captar de manera sensible los limitantes y facilitadores que intervienen en el proceso de búsqueda de apoyo, acompañamiento, asistencia y tratamiento. La investigación es de corte transversal ya que está delimitada en tiempo y espacio. A su vez, priorizó realizar un registro retrospectivo para analizar las experiencias que surgen de las observaciones.

Cabe aclarar que debido a la metodología implementada, es preciso evitar generalizaciones extrapolables a la población en general, o al universo en particular, debido a que la muestra no pretende ser probabilística ni representativa.

El diseño cualitativo se basó en entrevistas en profundidad semiestructuradas. A partir de un muestreo intencional por conveniencia, de máxima variación y no probabilístico, se realizaron **15 entrevistas**. Dentro de esta muestra se incluyeron *9 mujeres en tratamiento por consumo problemático y 6 acompañantes par*. Cabe resaltar que estas últimas son personas que estuvieron en situación de consumo y tras recibir asistencia hoy operan como acompañantes. Todas las entrevistas fueron realizadas a personas que viven, concurren y/o asisten a las instituciones de la Federación Familia Grande “Hogar de Cristo”. La selección de las entrevistadas fue realizada por bola de nieve a través del contacto con la Fundación mencionada. El número de entrevistas se debe a una saturación en la información cualitativa priorizada a partir de los testimonios recolectados.

Las entrevistas se realizaron en los centros ubicados en: la ciudad de Santiago del Estero, el barrio de Saavedra en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, San Miguel de Tucumán.

mán, La Plata, Córdoba Capital, y Comodoro Rivadavia. Se presenta la geolocalización de la totalidad de los centros barriales con lo que se tuvo contacto.

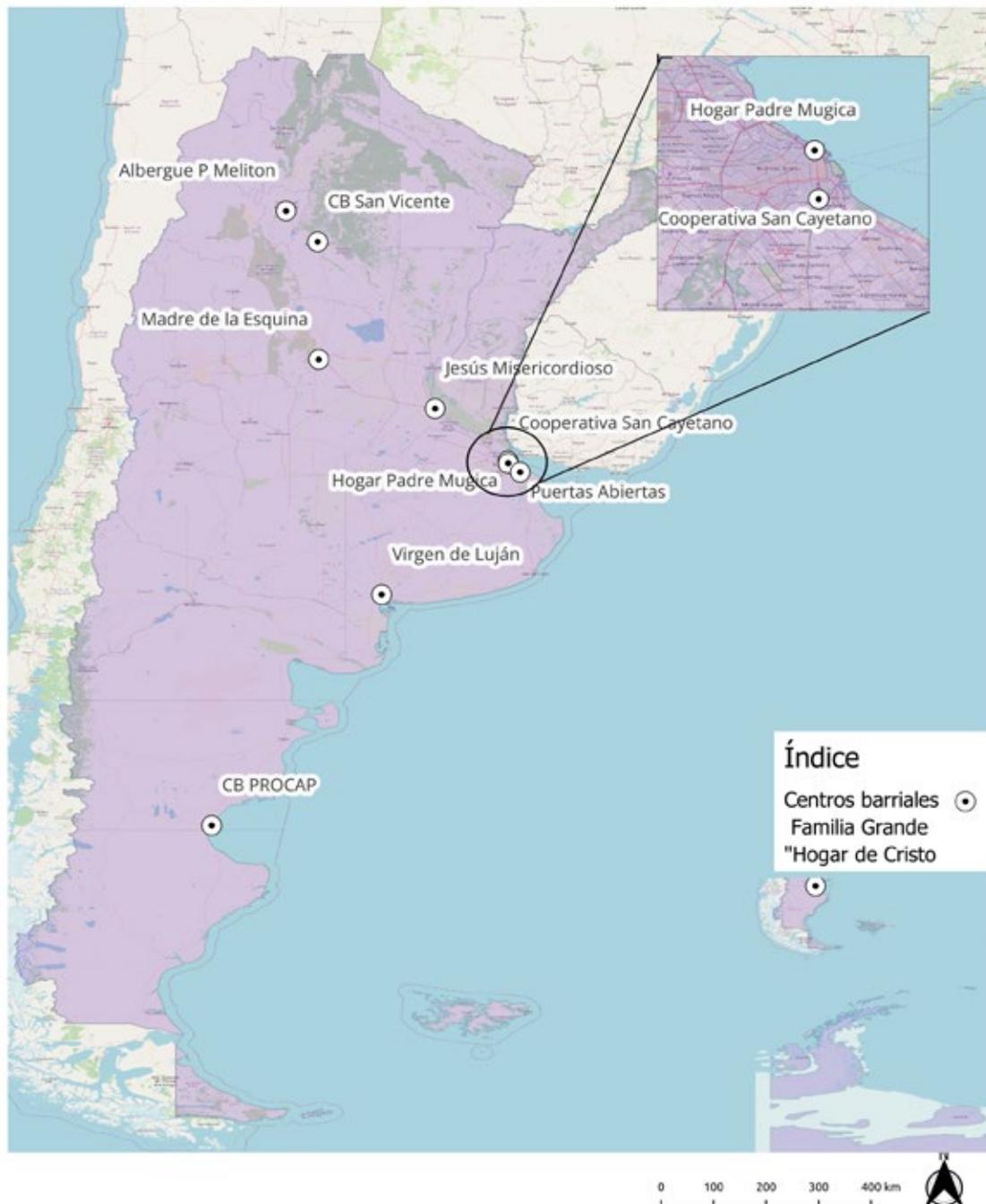


IMAGEN 1

Identificación en el territorio argentino de los Centros barriales Familia Grande "Hogar de Cristo". Elaboración propia.

Estrategia analítica

Todas las entrevistas fueron desgrabadas *verba tim*. Se realizó una primera codificación inductiva con categorías que surgen de los ejes temáticos priorizados en las entrevistas y de una primera escucha de las mismas. A partir de ello, se elaboró una matriz de categorías y agrupamiento de los destacados de las entrevistas a fin de organizar las experiencias, percepciones y testimonios para su posterior análisis y reporte. A partir de la matriz, se identificaron la co-ocurrencia y saturación de las categorías para encontrar extremos de alta y baja coincidencia.

Para el procesamiento de las entrevistas, su codificación y categorización se utilizó el *software Atlas Ti*. Se grafica el proceso de análisis incluyendo las etapas previas de diseño e implementación del instrumento:

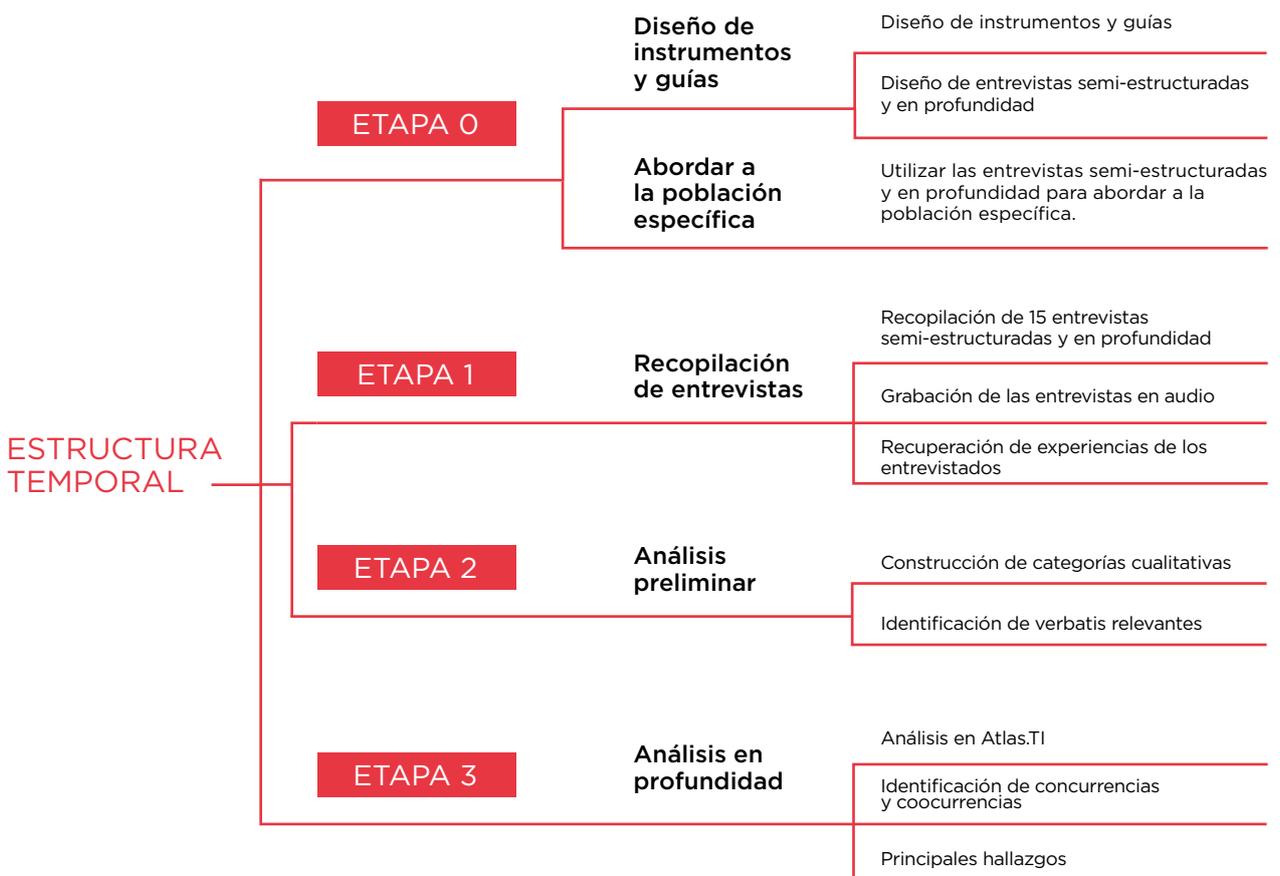


IMAGEN 2

Etapas de diseño, implementación y análisis de la investigación.
Elaboración propia.

Principales hallazgos

Este apartado se organiza en función de los **dos objetivos** planteados para la investigación. En primer lugar, se analizan las percepciones y emociones asociadas de mujeres en tratamiento por consumo problemático. Allí, se pone foco en las relaciones interpersonales que intervienen en el proceso de consumo y búsqueda de asistencia, y las experiencias asociadas a los tratamientos y apoyos integrales. En segundo lugar, se sistematizan las barreras y los facilitadores que median en el acceso y permanencia en el tratamiento de las mujeres con consumo problemático. Finalmente, se ofrece una síntesis a modo de conclusiones preliminares.

PERCEPCIONES ASOCIADAS AL CONSUMO PROBLEMÁTICO Y EL ENTORNO VINCULAR DE LAS MUJERES

Surgen del análisis sistemático de las entrevistas, la identificación de las principales emociones³ que aparecen en los relatos en torno a las experiencias de consumo problemático de las mujeres consultadas. A su vez, es posible distinguir cómo se asocian esas emociones expresadas con el entorno vincular de las entrevistadas. Las emociones más recurrentes en el relato de las entrevistadas son la culpa y los sentimientos de culpa, la soledad y en menor medida la satisfacción, el remordimiento, la presión y la motivación.

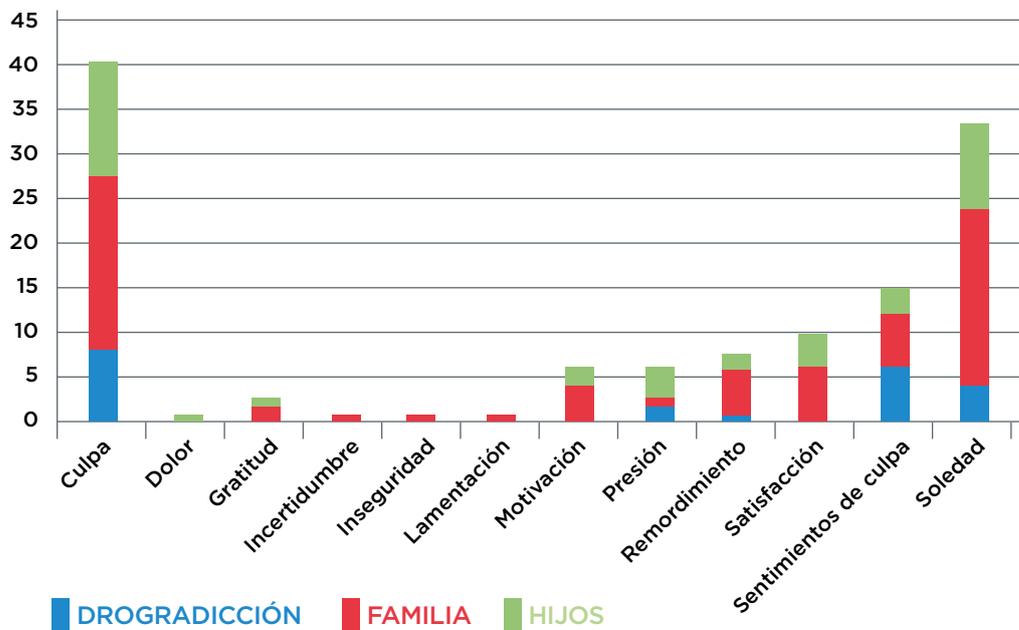


GRÁFICO 1

Emociones más frecuentes en la narración de las entrevistadas alrededor de sus experiencias de consumo. Elaboración propia a partir del análisis en Atlas Ti.

A su vez, el gráfico permite analizar cómo se relaciona cada emoción con el entorno vincular de las entrevistadas. Se distinguen los vínculos afectivos con los/as hijos/as, los vínculos afectivos con la familia, y el vínculo o relación con la 'drogadicción'. Sobre este término: cabe aclarar que durante el proceso de entrevistas así como de análisis se prioriza la utilización del término *consumo problemático*. A pesar de ello, se incluye la idea de *drogadicción* ya que así fue expresado por las propias entrevistadas. Además, se la categoriza como una relación ya que es así como las entrevistadas identifican que opera el consumo problemático.

Como se visualiza, es a partir del vínculo con la familia y los/as hijos/as que las entrevistadas identifican la culpa y la soledad como emociones predominantes en el contexto del consumo problemático. A su vez, la *drogadicción* también aparece asociada a estas mismas emociones y en menor medida a la idea de presión y remordimiento. Por otro lado, la motivación aparece en las entrevistadas al narrar sus incentivos para dejar de consumir, y esto a su vez se relaciona con la búsqueda de recuperar, afianzar o reconstruir sus lazos familiares y la crianza de sus hijos/as.

Las mujeres entrevistadas reconocen que el consumo problemático no solo las ha afectado a ellas sino también a su entorno familiar. Esto implica, para la mayoría de ellas, haberse alejado de las familias en el momento de consumo para no exponerlas o no exponerse. A su vez, en los casos en que el seno familiar fue el espacio donde comenzaron a consumir, alejarse de sus familias es identificado como una manera de distanciarse también del consumo. Es por ello que la soledad, como también la culpa, aparece recurrentemente asociada a la familia y, en menor medida a los/as hijos/as. La interacción entre estos sentimientos puede tener un impacto significativo en la salud

3. En el campo de la psicología y las ciencias del comportamiento, es común encontrar una diferenciación entre los términos "sentimientos" y "emociones". A pesar de que a menudo se utilizan de manera intercambiable en el lenguaje cotidiano, existen diferencias sutiles pero importantes entre ambos conceptos. Las emociones son reacciones psicofisiológicas complejas que ocurren en respuesta a estímulos internos o externos; son generalmente breves y pueden incluir estados como el miedo, la alegría, la tristeza y la ira. Los sentimientos, por otro lado, son la experiencia subjetiva de las emociones. Representan la interpretación consciente y personal de las emociones que una persona está experimentando, son más duraderos que las emociones y pueden ser influenciados por pensamientos, creencias y experiencias pasadas. A pesar de las diferencias mencionadas, en el contexto de este estudio se utilizarán los términos "sentimientos" y "emociones" de manera indistinta para simplificar la terminología y enfocarse en el impacto general de las reacciones emocionales y sentimentales en el comportamiento y la percepción de los individuos. Se reconoce que, aunque la distinción es importante en un análisis detallado, para los fines de esta investigación, la simplificación terminológica permite una comprensión más accesible y aplicable de los conceptos.

mental y emocional de las mujeres en situación de consumo problemático, dificultando su proceso de recuperación. Así también puede ubicarse como el primer componente que limita al pedido y búsqueda de ayuda.

En resumen, **la familia, los/as hijos/as y la relación expresada como “drogadicción” son los vínculos que más aparecen problematizados entre las entrevistadas.** Es por ello que los siguientes apartados ponen foco en cada uno de estos vínculos y en su relación directa con las emociones que aparecen con mayor frecuencia en los testimonios. Para ello, se presentan diagramas sankey o de flujo que visualizan la relación entre las principales emociones identificadas y la familia, los/as hijos/as y la drogadicción.

Percepciones en torno a la familia: la predominancia de la culpa y la soledad

El siguiente diagrama grafica las co-ocurrencias entre los códigos más frecuentes (emociones/percepciones) en relación a la familia.

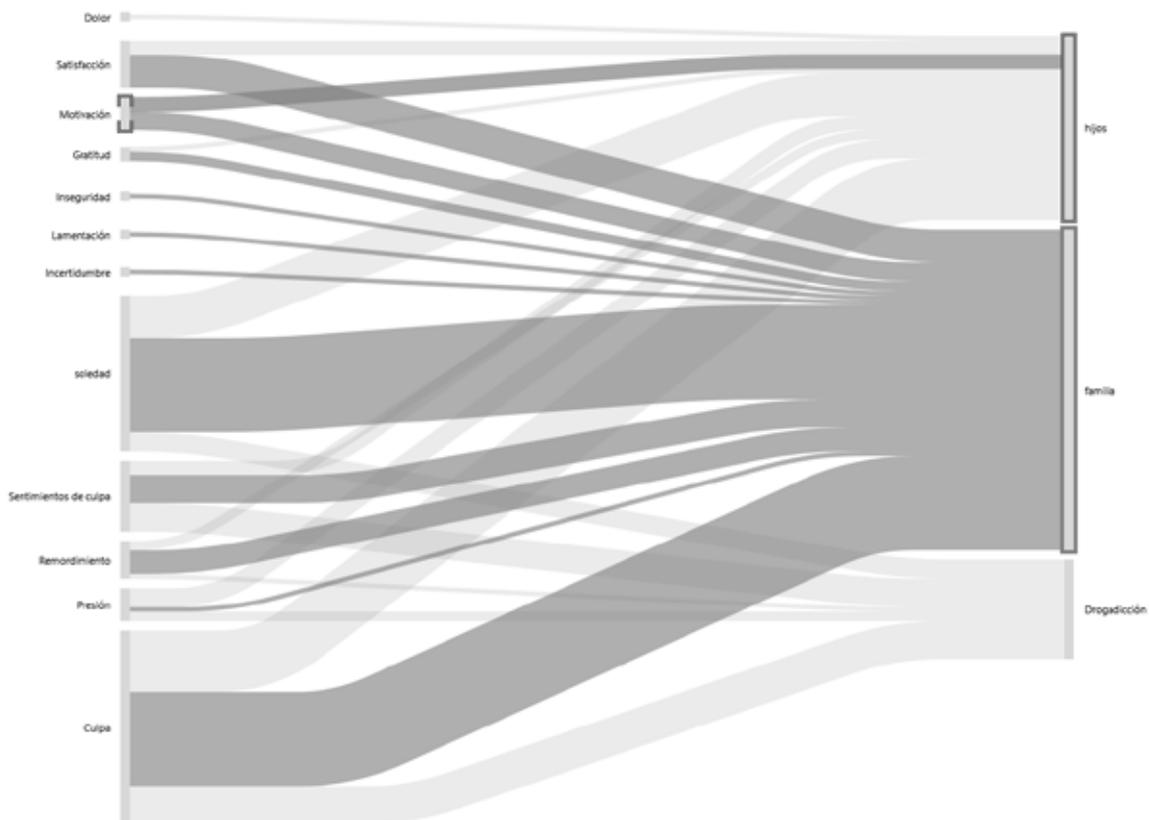


GRÁFICO 2

Diagrama Sankey: relación entre las emociones más frecuentes y la familia.

Elaboración propia en Atlas Ti.

Como se expresaba anteriormente, el vínculo familiar es asociado con mayor intensidad a las emociones de culpa y soledad. Por tal motivo en la mayoría de las experiencias relevadas, aparecen frases como:

“Nadie, en ninguna familia, espera que yo, la princesa de la casa, consuma. Con ese cuento, me empujaron al secreto. Por la noche consumía en silencio, durante el día me carcomía la culpa y la vergüenza. Me quedé sola” (Entrevistada 2).

En la mayoría de las entrevistas, **las familias aparecen, consciente o inconscientemente, como inductoras de sentimientos de culpa en las mujeres por su situación.** Esto se expresa en comentarios críticos, reproches y actitudes de desaprobación que generan, según los testimonios, que las mujeres sientan que han fallado a sus seres queridos y que son responsables del sufrimiento familiar producto del consumo problemático. Este sentimiento de culpa aparece con mayor intensidad en mujeres que cumplen roles de cuidadoras dentro del hogar. Según ellas, el consumo problemático fue deteriorando su capacidad de cumplir con las responsabilidades de cuidados lo que agravó sus vínculos familiares en general.

El sentimiento de culpa, cuando es exacerbado por el entorno familiar, fue identificado por las entrevistadas como uno de los factores que las empujó a aislarse social y emocionalmente. La soledad surge entonces como una respuesta al rechazo, efectivo o percibido, por parte de la familia, así como también de la sociedad en general. Es por ello que la tendencia a la soledad es la segunda emoción con mayor preponderancia en el diagrama presentado:

“Me vi sola con ella y mi familia me había dado la espalda toda. También el papá de mi hija que se cansó de mi consumo. Somos una familia. Vengo de familia grande, de ocho hermanos y todos me dejaron de lado por el tema del consumo. Así que decidí venir, internarme y si Dios quiere recuperar mi familia, al papá de mi hija (...)”. (Entrevistada 7).

Como agravante, las **mujeres entrevistadas identifican que el temor a ser juzgadas fue uno de los determinantes para evitar la búsqueda de ayuda y tratamiento.** Esto les implicó atravesar el consumo sin una red de apoyo emocional fundamental. El aislamiento

opera sobre la soledad al incrementarla, y, a su vez, perpetúa el ciclo de consumo. En algunos casos, se expresa que el consumo fue uno de los recursos para enfrentar el malestar emocional.

Es de relevancia mencionar que en buena parte de las entrevistas se registran testimonios que asocian a las **familias con casos de violencia de género, específicamente acoso y abuso sexual**. Las entrevistadas que mencionan haber sido víctimas de violencia de género identifican situaciones de abuso intrafamiliar perpetrados por integrantes familiares de extrema cercanía como padres, tíos, hermanos y abuelos. Estos hechos de violencia aparecen, en las entrevistadas que así lo testimonian, como desencadenantes del consumo problemático. En palabras de las acompañantes par:

“La mujer, mayormente la que comienza en el consumo que ella nos cuenta, muchas veces fue violada, abandonada. Y muchas veces en ese espacio de ese abandono o de esa violación, en ese espacio que ha quedado, ahí es donde comienzan el consumo.” (Entrevistada 11 - acompañante par).

“La mayoría son todas mujeres con hijos, que algunas son madres solteras, otras que tienen problemas de violencia de género y bueno, se les ayuda y se las contiene a todas por igual (...) la mayoría de las chicas que tienen violencia, porque también me ha pasado a mí, es por el tema del alcohol en el marido que se toma y le pega” (Entrevistada 4 - acompañante par).

Además, se identifican en las entrevistas relatos de mujeres que fueron víctimas de **violencia física y sexual por parte de sus ex-parejas**. Dentro de estas entrevistas, se encuentra que en varios casos el inicio y/o sostenimiento del consumo problemático fue a partir del vínculo con esas parejas:

“Quería dejar el consumo, quería dejar de consumir y él me golpeaba más, porque estas personas piensan que una, si no consume, va a seguir al lado de ellos. Y la verdad que no fue así porque yo quería consumir menos y él me decía cosas adrede. Me dejaba el consumo arriba de la mesa, el consumo al lado de la heladera y yo queriendo dejar el consumo era algo imposible. Y después con los golpes, peor porque me encerraba más, no podía salir afuera(...)” (Entrevistada 9).

Estos relatos cristalizan la presencia y relevancia de la violencia por razones de género en el ciclo del consumo problemático en mujeres. Especialmente al analizar los contextos y entornos familiares y afectivos de las mujeres.

Con menor frecuencia, aunque vale la pena mencionarlo, aparecen algunas percepciones positivas asociadas a la familia como la satisfacción y gratitud. Esto es así en las entrevistas que mencionan que el inicio del tratamiento fue gracias al apoyo y el acompañamiento de sus familias. En otros casos, estas emociones también se identifican en aquellas mujeres que indican que sus familias operaron como fuente de presión social lo que - según ellas - fue parte de los principales pilares de rescate y sostenibilidad al iniciar y sostener el tratamiento.

“Mi mamá y mi hermana no me dejaron en ningún momento sola. Después de que me sacaron de ahí (...) y ellas me acompañaron y no me dejaron sola en ningún momento”. (Entrevistada 9).

Percepciones en torno a los/as hijos/as: la dualidad de la motivación y la presión

Con foco en las percepciones asociadas a los/as hijos/as, se presenta un diagrama de Sankey que refleja las vinculaciones:

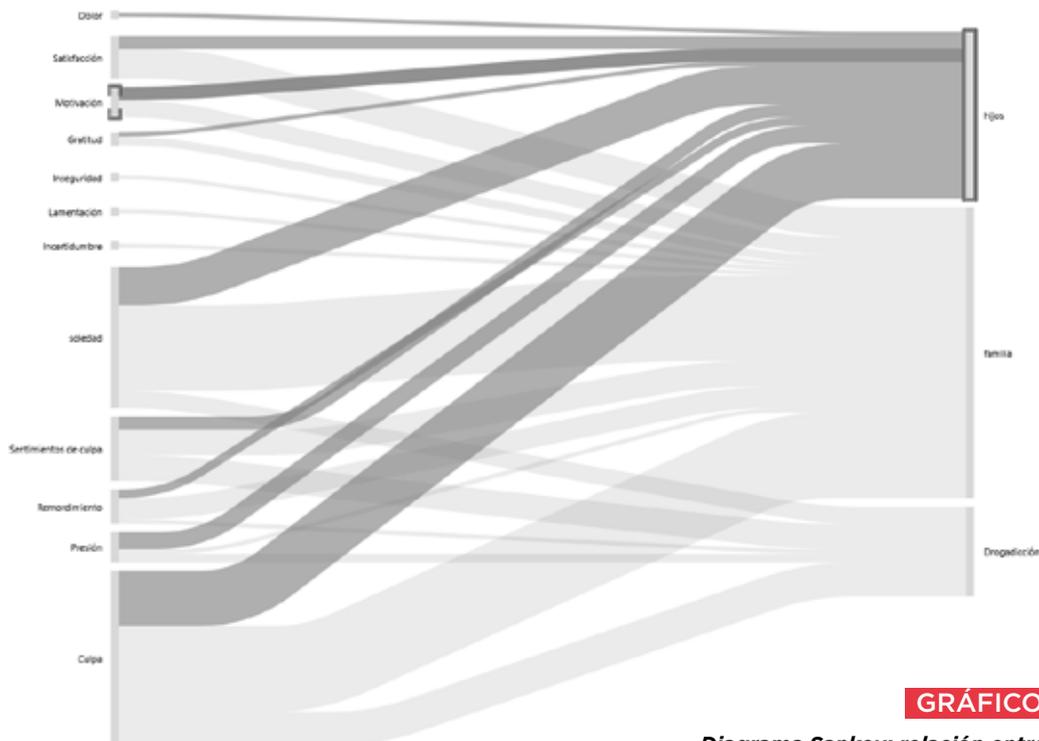


GRÁFICO 3

Diagrama Sankey: relación entre las emociones más frecuentes y los/as hijos/as.

Elaboración propia en Atlas Ti.

Las entrevistadas que son madres identifican a su **maternidad como el principal mandato social a cumplir**. Si bien la culpa aparece con frecuencia en los relatos asociados a este punto, cabe resaltar que las percepciones y emociones se desplazan hacia la posición más positiva. Es así que **los/as hijos/as se identifican como pilares proyectivos para tomar la iniciativa de cambio en relación al consumo problemático, es decir se los/as asocia a la *motivación***.

Para las mujeres entrevistadas, sus hijos/as fueron una fuente significativa de motivación y satisfacción. El deseo de ser una “buena madre” y proporcionar un entorno estable y saludable para sus hijos/as a menudo las impulsó a buscar ayuda para superar su situación de consumo problemático. La responsabilidad de cuidar y educar a sus hijos/as les dio un propósito claro y una razón poderosa para cambiar sus hábitos y comportamientos de consumo. En la mayoría de los casos, coinciden que el bienestar y la felicidad de sus hijos/as les proporcionaron una profunda satisfacción y una sensación de logro. Además, algunas de ellas también identifican que, al no poder estar presentes en su totalidad, sus hijos/as se enfrentan a mayor desprotección:

“Quiero estar ahí, abrazarla y decirle que le creo y disculparme por no estar. Ahora estoy y me estoy poniendo fuerte para ellos, porque la primera vez que lo quise hacer por mí, fallé. Ahora que tengo un propósito, lo estoy pudiendo lograr, pero porque me lo puse en la cabeza. Porque yo quiero tener a mis hijos conmigo sólo por eso”. (Entrevistada 1).

Sin embargo, **esta misma responsabilidad puede ser una fuente considerable de presión**. Se observa que las expectativas sociales y familiares sobre el rol de madre operan sobre algunas entrevistadas de manera negativa exacerbando la sensación de culpa por su situación de consumo. El temor a perder la custodia de sus hijos/as o a ser juzgadas como “*malas madres*” puede aumentar el estrés y la ansiedad, dificultando su capacidad para enfrentar y tratar su consumo problemático de manera efectiva.

“ Si sos madre y entraste al círculo de la cocaína, olvidate de dejarla hasta que tu pibe se vaya de la casa. No puedes ir al tratamiento cuando tu pibe se va a la escuela, primero porque te mata la conciencia (...) y segundo, porque cuando se enteren del cole, te lo sacan al otro día. La sociedad no está preparada para ayudar a las mujeres que se drogan y menos para entender a los hijos de madres drogadictas”. (Entrevistada 2).

Además, la necesidad de equilibrar el tratamiento con las responsabilidades diarias de cuidado puede hacer que el proceso de recuperación sea aún más desafiante. Sobre todo en aquellas mujeres que maternan solas, ya que en la mayoría de los casos no se registran paternidades.

“El proceso ahora va a cambiar un poco, porque mi maternidad va a ser compartida porque no, no la puedo continuar. O sea, no puedo sobrellevarla sola, porque me canso. No me puedo concentrar en el tratamiento. Es muy demandante para una mujer que está sola. Ya ve, mi hija me demanda mucho tiempo. Los chicos en sí ya demandan tiempo (...)”. (Entrevistada 12).

Esta dualidad de motivación y presión subraya la necesidad de enfoques de tratamiento que consideren las circunstancias únicas de las mujeres que son madres, proporcionando apoyo tanto para su recuperación como para su rol como cuidadoras.

Percepciones en torno a la noción de *drogadicción*

Tanto para este informe, como para investigaciones asociadas llevadas adelante por el **Observatorio Humanitario de Cruz Roja Argentina**, se prioriza la utilización del término *consumo problemático*. A pesar de ello, y con el objetivo de representar las vivencias y experiencias presentes en los testimonios de las entrevistadas, cabe analizar la recurrencia de la noción de drogadicción y su interpretación como una relación. Se identifican frases como: *“mi relación con la droga”, “la relación que establecí con las sustancias”, “la forma de relacionarme con la droga”* Este término aparece entonces en el siguiente diagrama Sankey.

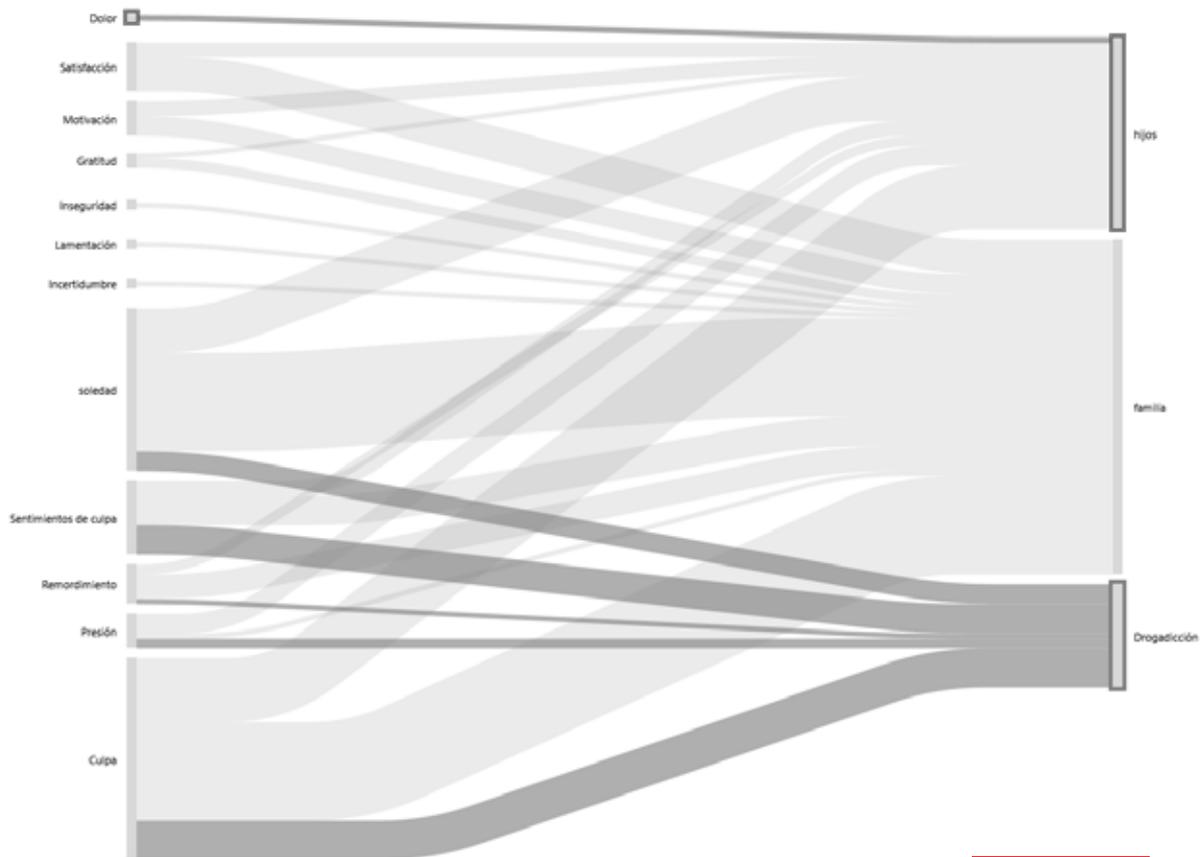


GRÁFICO 4

Diagrama Sankey: relación entre las emociones más frecuentes y los/as hijos/as.

Elaboración propia en Atlas Ti.

Sintéticamente, para las entrevistadas, la *drogadicción* es expresada como una relación dado que proporciona una **forma de escape, alivio y compañía en momentos de soledad o angustia**, desarrollando un vínculo que puede parecer insustituible. Las mujeres consultadas describen que esta relación con las drogas se caracteriza por un **ciclo de dependencia emocional y física**, donde las sustancias se convierten en una parte central de su vida. Sin embargo, esta relación conlleva sentimientos profundos de culpa y remordimiento.

“Me sentía muy mal conmigo misma y a la persona que estaba conmigo le pedí por favor, que fuéramos a hacer una consulta porque no quería estar más así. Me sentía mal y cada vez que no tenía droga, me dormía y soñaba que me estaba drogando. Y eso me hacía peor, porque me despertaba con ganas de consumir y me hacía mal eso.” (Entrevistada 1).

Anteriormente se identificó a la culpa como factor tangencial, en este caso aparece el **remordimiento como eje moral central** en los testimonios de las entrevistadas. Esta percepción surge al relatar decisiones tomadas bajo la influencia de las sustancias. A su vez, los testimonios vinculan el remordimiento con la dependencia que genera el consumo y cómo ello afecta a los valores y el tipo de relaciones que se construyen. Este ciclo de culpa y remordimiento puede perpetuar el consumo, ya que nuevamente se describe que las sustancias aparecen como recurso para mitigar estos sentimientos negativos. Como dato de relevancia, no hay relación entre la *drogadicción* y emociones o percepciones positivas.

A partir del análisis en profundidad de las entrevistas se identifica cómo las percepciones y emociones de las entrevistadas fluctúan entre el inicio del consumo problemático y el inicio del tratamiento.

Inicio de consumo vs inicio del tratamiento

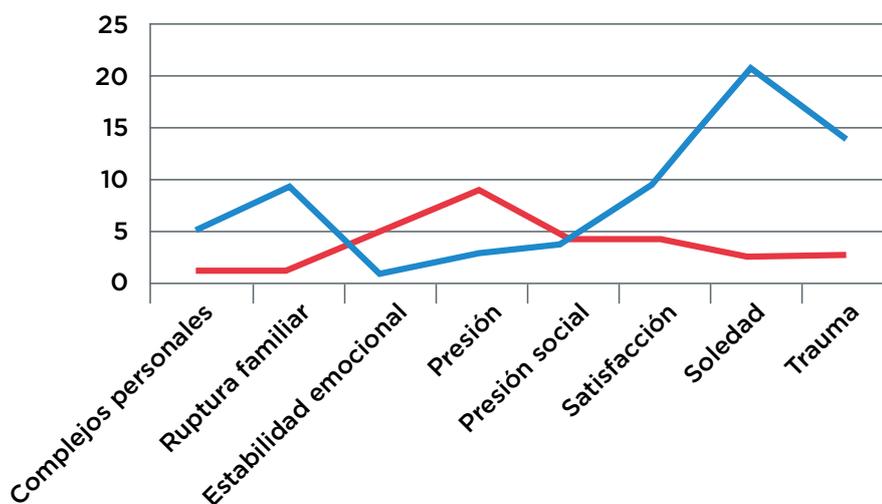


GRÁFICO 5

Fluctuación de las frecuencias de las emociones y percepciones entre el inicio del consumo problemático y el inicio del tratamiento. Elaboración propia en Atlas Ti.

INICIO DEL CONSUMO

INICIO DEL TRATAMIENTO

Se visualiza en el gráfico que la **ruptura con los vínculos familiares puede oficial como factor desencadenante de consumo en las mujeres y a su vez fortalecerse cuando inician el tratamiento**. Así también la estabilidad emocional oficia de manera inversa: el inicio del consumo la afecta negativamente, mientras que el inicio del tratamiento la fortalece. Se identifica que, en los relatos en los que las mujeres detectaron el consumo

como problemático, la presión social opera como factor en el inicio del tratamiento. Por último, nuevamente **la soledad ocupa un lugar crucial como factor que da inicio a situaciones de consumo**. Esto profundiza el análisis anterior al señalar que la soledad no sólo es una consecuencia del consumo problemático sino también una emoción que antecede al mismo.

ACCESO Y SOSTENIMIENTO DEL TRATAMIENTO EN LA EXPERIENCIA DE MUJERES CON CONSUMO PROBLEMÁTICO

La mayoría de las mujeres entrevistadas se encuentran actualmente en tratamiento por consumo problemático, los casos restantes son personas (en su mayoría mujeres) que estuvieron en tratamiento por consumo y hoy participan de los centros barriales como *acompañantes par*. Las/os *acompañantes par* son personas que estuvieron en tratamiento por consumo en los centros y hoy acompañan a quienes ingresan. De los primeros testimonios es posible relevar las percepciones asociadas a la búsqueda de tratamiento en servicios públicos y en los centros barriales del Hogar de Cristo. A su vez, el relato de las entrevistadas junto con las experiencias de las *acompañantes par* permiten sistematizar los limitantes y desafíos en torno al acceso al acompañamiento y tratamiento del consumo. Es a partir de estos dos componentes que se sintetizan los limitantes y los facilitadores que intervienen en el momento de buscar ayuda e iniciar el tratamiento.

Limitantes en el inicio y sostenimiento del tratamiento

■ Estigma y discriminación

Uno de los mayores obstáculos identificados es el estigma asociado tanto al género como al uso de sustancias. Las mujeres a menudo experimentan una **doble carga de discriminación, donde el estigma del consumo se ve exacerbado por expectativas de género tradicionales**. Esto no solo reduce la probabilidad de que busquen ayuda, sino que también puede afectar la calidad de la atención que reciben. Algunas entrevistadas aluden a un primer acercamiento a servicios de salud públicos en donde no fueron escuchadas o se encontraron con intervenciones prejuiciosas por parte de las instituciones y profesionales. Esto movilizó para ellas sensaciones de incompreensión lo que las llevó al abandono del tratamiento:

“Una vez un médico me dijo: - a vos te parece, una señora grande, de la casa, que sus hijos esperan que les pueda hacer una rica comida; y usted en estas condiciones-. No les puedo explicar lo mal que me sentí, no volví nunca más, me daba mucha vergüenza de que él me viera”. (Entrevistada 14).

■ Roles de género y responsabilidades de cuidados

En asociación al punto anterior, pero con foco en los roles de cuidados, se identifican que **las responsabilidades familiares asociadas a los roles de género interfieren en las posibilidades de buscar y recibir tratamiento**. El tiempo y la energía dedicados al cuidado de los/as hijos/as y otros miembros de la familia puede dejar pocas oportunidades para que ellas prioricen su propia salud. Esto se ve agravado en hogares monomarentales, que son la mayoría de los casos entrevistados. Además, la falta de apoyo familiar y social aumenta la dificultad de acceso a los servicios de salud. Por otro lado, **la amenaza con perder a sus hijos/as también es un factor condicionante** para buscar ayuda:

“Al toque piensan, seguro lo hizo cuando se embarazó (en referencia al momento en que consume), si no quiere a sus hijos no quiere a nadie, que le saquen los chicos. Tengo terrible miedo de llegar un día a casa y que no estén mis nenes. El sistema entero te condena, pero tampoco te da una mano, las minas estamos solas en esta” (Entrevistada 8).

■ Insuficiencia en los recursos financieros y los recursos sanitarios

Se ha identificado entre las entrevistas una mala experiencia sobre todo en los servicios públicos de salud. Esto se expresa en la falta de acceso a turnos, o la disparidad en la asignación de espacios, por ejemplo en grupos terapéuticos. Según los relatos, se preconiza que las mujeres están más acompañadas (problematizado en el análisis recorrido) y que los varones padecen el consumo con mayor intensidad. **Por lo tanto, las entrevistadas manifiestan que hay un cierto orden de prioridad para asignar servicios: primero, los casos judicializados; segundo, varones en estado crítico; y tercero,**

si queda espacio disponible, se incluye a las mujeres. Esta situación lleva a que los servicios elegidos en un inicio sean principalmente del ámbito privado. Esta intención se contrapone a la falta de recursos económicos lo que conlleva a desistir el intento de tratamiento. Es esta vacancia la que suplen espacios religiosos y de la sociedad civil.

Por otro lado, manifiestan las entrevistadas que la cantidad de terapeutas no es suficiente en relación a la cantidad de consultas que se reciben. Es por ello que suele acudir rápidamente a la medicalización, y, en la mayoría de los casos, esos **tratamientos “auto-administrados”** constituyen una nueva fuente de consumo:

“Es como un ciclo, el psiquiatra me daba pastillas, pero mi vieja ya no me bancaba más entonces me daba las pastillas para que las tome yo sola; cuando me cansaba me las tomaba por la nariz” (Entrevistada 12).

■ Falta de servicios de salud adaptados a la realidad de las mujeres

Muchos servicios de salud no están diseñados para abordar las necesidades específicas de las mujeres con consumo problemático. **La falta de programas de tratamiento que consideren las diferencias de género en la experiencia y recuperación del consumo de sustancias resulta en una atención inadecuada o ineficaz.** En algunas entrevistadas esta vacancia se señala tanto en los espacios públicos como privados y de la sociedad civil. Uno de los puntos salientes sobre este limitante es la falta, en algunos casos, de espacios para las infancias. Esto se identifica en aquellos centros barriales en donde estos espacios no están presentes (cabe señalar que en otros centros hay iniciativas como guarderías o espacios educativos). **La falta de espacios específicos para las infancias impacta sobre las mujeres** ya que para iniciar el tratamiento deben dejar a sus hijos/as con familiares, o en instituciones para menores. Esto no solo tiene efectos emocionales durante el tratamiento sino que también podría operar como un claro limitante en la decisión de buscar ayuda:

“Lo que nos hace falta es tener más espacio, porque ahora es chico lugar y van a venir más mamás con niños. Se necesita como una cuidadora para los niños, para que las mamás puedan realizar su proceso tranquilas, y se pueda dedicar más a ella misma. Y lamentablemente, las mamás somos las que siempre cuidamos a los hijos. Entonces yo creo que desde ese lugar lo que faltaría es eso” (Entrevistada 9).

■ **Violencia física y sexual por razones de género**

Como se mencionó previamente, **la mayoría de las entrevistadas relatan haber sido víctimas de violencia física y sexual por razones de género principalmente en hechos protagonizados por miembros de su familia o por sus ex-parejas.** Esa violencia se hace presente en la iniciación y sostenimiento del consumo, como también en la complejización del acceso y efectividad del tratamiento. Algunas *acompañantes par* identifican que para los centros barriales el desafío de acompañar mujeres con consumo problemático que, a su vez, fueron víctimas de violencia se acrecenta.

Esto evidencia la relevancia de contar con acompañamientos y tratamientos que atiendan la realidad específica de las mujeres que fueron víctimas de violencia física y sexual por razones de género. Además de tener en cuenta estos hechos para contextualizar la situación singular de cada mujer, resulta de relevancia brindar apoyo psicológico, información y acompañamiento específico para estos casos.

Facilitadores en el inicio y sostenimiento del tratamiento

Los relatos de las mujeres entrevistadas, tanto las que están actualmente en tratamiento como aquellas que operan como acompañantes par, permiten sistematizar los facilitadores que hacen a la experiencia de buscar ayuda y sostener el tratamiento:

■ **Acompañamiento integral**

La mayoría de las entrevistadas destaca la **relevancia de una perspectiva integral en el acompañamiento.** Esto implica que cada experiencia de vida sea respetada en su singularidad. Es decir, **conocer en profundidad el entorno y las condiciones** que las llevaron a estar en situación de consumo problemático. En algunos casos se enfatiza la necesidad de profundizar la organización de comunidades de mujeres:

“Sabés lo que faltaría más comunidades de mujeres con más referentes, con más gente que tenga ganas de ayudar, particularmente, mujeres. Gente que tenga ánimos así de trabajar, de ayudar a las mujeres a salir adelante, y que después del proceso de la comunidad, que nosotras tengamos un lugar donde ir, porque hay muchas mujeres que no tenemos ingresos para salir a buscar un trabajo” (Entrevistada 12).

“En el caso del acompañamiento de mujeres y población trans, es muy importante el vínculo personal sostenido en el tiempo (...) si es el caso de una mujer que tiene hijas e hijos a cargo, necesita también tener esa certeza de que estas personas van a estar resguardadas, si no es como que es difícil que accedan a un tratamiento (...) Además, se necesitan protocolos específicos diseñados para esta población, o sea, para mujeres en situación de violencia. (Entrevistada 14 - acompañante par).

Hay un reconocimiento particular a las dinámicas de los centros pertenecientes al Hogar de Cristo. Por un lado, la relevancia de ser recibidas por acompañantes par, es decir por personas que transitaban consumos problemáticos, que accedieron y sostuvieron el tratamiento, y que hoy se dedican a acompañar a mujeres en el mismo proceso. Esto genera la construcción de vínculos de confianza y de empatía entre quienes están transitando la problemática en la actualidad y quienes ya la han atravesado. Por otra parte, en conversaciones ad hoc, miembros de dichos espacios reflexionan sobre la relevancia de ‘tomar la vida como viene’. Esta concepción es la que hace a la noción de acompañamiento integral en los centros: contemplar que lo que se está acompañando no es solo una situación de consumo en particular sino una trayectoria de vida con contextos y entornos singulares.

■ Territorialidad y relevancia de la cercanía

Hay un reconocimiento, sobre todo en las acompañantes par, de la relevancia que tiene contar con espacios para el acompañamiento integral de sus tratamientos en los barrios en donde viven. La cercanía de los espacios promueve el acceso y el sostenimiento del tratamiento. Según las acompañantes, el primer paso para pedir ayuda es el más difícil por lo que tener espacios cercanos es un facilitador ante esa barrera:

“Hay dificultad para dar el primer paso de pedir ayuda, de poder conocer en qué lugares acercarse, si esos lugares no están próximos al lugar donde viven, hay dificultad de llegar hasta esos espacios y poder sostenerlos”. (Acompañante par).

■ Espacios de cuidados para las infancias

Aquellas que maternan, y que asisten a centros con espacios específicos para infancias, destacan que tener a sus hijos/as cerca es de gran ayuda para sostener el tratamiento. Algunas de las entrevistadas viven en los hogares de los centros y en algunos casos pueden hacerlo con algunos/as de sus hijos/as. En otros casos se destacan espacios de guardería, recreativos o de asistencia general en la crianza que permiten que sus hijos/as las visiten o acompañen en el tratamiento. Esto hace también a la integralidad del acompañamiento

“Nosotros también tenemos una guardería, donde las mamás, mientras hacen el tratamiento acá, nosotros los cuidamos a los nenes en la guardería porque no queremos que los nenes estén con la gente grande, visite?. Entonces tenemos salones de guardería desde hace mucho tiempo. Casi siete años y, ahí en la guardería están los nenes de las mamás. Aparte de las que están en su zona de casa y también las que están viviendo en casita”. (Entrevistada 3 - acompañante par)

“Siempre me dieron una mano, me acompañaron con mi maternidad. En su momento no tenía para comprarle los pañales y le compraban ellos los pañales, me ayudaban, me ayudan, me enseñan no? Cómo poder crear una mejor alimentación para mi hija, qué le puedo dar para que esté bien de peso (...) Ahora, está mejor de peso. Está controlada por un pediatra.” (Entrevistada 12)

■ Promoción de estudios, oficios y emprendimientos

La mayoría de las entrevistadas destaca la relevancia de contar con **espacios de estudio para finalizar algunas de las instancias educativas adeudadas, o para aprender oficios**. Algunas de las mujeres también señalan la importancia de contar con **emprendimientos promovidos por los centros para afianzar el sostenimiento del tratamiento así como para contar con una salida económica concreta que aporte a su autonomía**.

“Al principio empecé carpintería acá en el hogar (...) después dije no, para qué? Voy a estudiar algo que no lo voy a seguir implementando en mi vida cotidiana ni voy a trabajar de esto. Me dije, voy a terminar mis estudios porque eso sí necesito. Quiero un buen trabajo para poder mantener a mi hijo y para salir también de los vicios y todas las cosas, y eso me ayudó muchísimo (...) Aprendemos un montón de cosas y es como que te va abriendo la mente (...) eso va ayudando a que te desplazas mejor con la sociedad, porque hay veces cuando al ser así que tenés tus problemas de vicio, qué sé yo como que hasta la misma policía te maltrata o la misma gente igual te maltrata, como que te excluye y ya uno ya teniendo conocimiento ya, sabiendo un poco más. Ya no te vas a dejar que que nadie te ningunee ni te maltrate” (Entrevistada 4)

■ Construcción de vínculos y entornos seguros

La mayoría de las entrevistadas ponen foco constantemente en la importancia de **los vínculos y el entorno seguro** que generan al interior de los centros. El acompañamiento por pares, por un lado, y la **promoción de vínculos afectivos entre las mujeres en tratamiento y quienes asisten en los centros** es destacado por las entrevistadas como un fuerte motivador para sostener el tratamiento. El relato que hacen alrededor del inicio en el consumo es acompañado de una identificación de aquellos vínculos que promovieron o impidieron poder salir del círculo de consumo. Por ello cobra relevancia la **reconstrucción del entorno vincular con personas que acompañen y apoyen el tratamiento de las mujeres.**

“Decí que en las casitas cuando yo ingresé estaba ella, que es una de las chicas que vienen acá, que estaba ahí con sus hijas, me encariñé un montón con ella y con sus hijas. Y un día, sin darme cuenta a dos semanas de que había ingresado. Me vi yéndome (...) Me habían dado ropa y la estaba por ir a vender para ir a comprarme paco. Y me puse a llorar en el camino y volví (...) Y estaba entrando secándome las lágrimas y veo a su hija, que me dice “¡itía, viniste!” esa nena en uno de mis peores días me sacó una sonrisa, pero una sonrisa de corazón y dije: No, yo no me voy más. No me voy más. Yo me quedo acá (...) y desde ese momento no me alejé de ellas.” (Entrevistada 1)

“Las mujeres necesitan un espacio que tiene que ver con algo que no es tan tangible. Es un espacio, yo podría decir de hermandad o de vínculo femenino que haga que le dé mucha calidad al modo de acompañar y mucha calidad al espacio que las recibe. No me refiero a calidad en lo material, sino calidad de acompañamiento” (Entrevistada 14 - acompañante par)

CONCLUSIONES

La presente investigación se basó en un análisis cualitativo a partir de entrevistas en profundidad a mujeres en tratamiento por consumo problemático y mujeres acompañantes de Centros barriales pertenecientes a la **Federación Familia Grande del 'Hogar de Cristo'**. El trabajo se propuso analizar, por un lado, las percepciones y emociones asociadas de mujeres en tratamiento por consumo poniendo foco en sus relaciones; por otro lado, procuró sistematizar los limitantes y los facilitadores para acceder y sostener el tratamiento.

A partir de las 15 entrevistas en profundidad se presentó un análisis sistematizado según los dos objetivos centrales. Se priorizó la metodología cualitativa por su potencia para analizar experiencias de vida, vivencias y percepciones en este caso en mujeres en condición de vulnerabilidad que se encuentran en tratamiento por consumo problemático. Cabe aclarar que debido a la metodología implementada, es preciso evitar generalizaciones extrapolables a la población en general, o al universo en particular, debido a que la muestra no pretende ser probabilística ni representativa.

Para finalizar, se sistematizan las conclusiones siguiendo los objetivos centrales de la investigación.

Percepciones y emociones asociadas en mujeres en tratamiento por consumo problemático

- La interacción entre la culpa y la soledad tiene consecuencias devastadoras para las mujeres en situación de consumo problemático. La culpa constante afecta la autoestima generando que las mujeres duden de su capacidad para superar su adicción. La soledad, por su parte, elimina los sistemas de apoyo cruciales para la recuperación. Sin una red de apoyo, es más difícil para las mujeres acceder a los recursos necesarios y mantener la motivación para el cambio.
- La familia aparece, durante la situación de consumo, como agente de culpa. Luego del inicio del tratamiento se convierte en soporte emocional y financiero.
- Los/as hijos/as son un factor de remordimiento, en la medida que operan valores morales y sociales de alta estima. Sin embargo, en el inicio y sostenimiento del tratamiento son el principal factor motivador.

- El estigma sobre la “*mujer adicta*”, es una construcción que trasciende a la familia y se extiende hacia las miradas del entorno social e incluso profesionales de la salud, empujándolas a la soledad y en consecuencia al abandono.
- Los sentimientos de culpa y remordimiento pueden perpetuar el ciclo de adicción, ya que las sustancias aparecen como recurso para mitigar estos sentimientos negativos.
- Las entrevistadas describen su adicción como una “relación” debido a la dependencia emocional y física que desarrollan con las sustancias. Esta relación proporciona una forma de escape, alivio y compañía en momentos de soledad o angustia, creando un vínculo complejo y profundo.
- Una gran parte de las entrevistadas relata situaciones de violencia física y sexual por parte de familiares y ex-parejas. El contexto del consumo problemático y la complejidad de buscar ayuda está incidido también por el ciclo de violencias por razones de género.

Limitantes y facilitadores en el acceso y sostenimiento del tratamiento

- El acceso a la salud de las mujeres en situación de consumo problemático se encuentra atravesada por limitantes sociales, económicos y culturales los cuales es preciso comprender para avanzar en esquemas de acompañamiento integral.
- Las tareas de cuidado imposibilitan a las mujeres a acceder a los servicios de salud, por el estigma, por la falta de adaptación de los servicios y porque hay una tendencia a priorizar el cuidado de otros/as, antes que el autocuidado.
- Los servicios públicos de salud presentan grandes deficiencias por disponibilidad de personal, asignación de turnos, acompañamiento en los profesionales y la alta medicalización (dada la falta de espacios terapéuticos). Al mismo tiempo, los servicios de salud privados son restrictivos para mujeres en condiciones de vulnerabilidad.
- Las expectativas de género tradicionales y la discriminación afecta en la posibilidad de que las mujeres busquen ayuda de calidad.

- La falta de capital tanto económico como social altera el acceso y el sostenimiento de los tratamientos. La falta de ingresos estables al mismo tiempo que la ruptura de vínculos afectivos - o el apoyo en vínculos que promueven el consumo - aparecen como determinantes en las posibilidades de las mujeres de buscar ayuda.
- La construcción de espacios y vínculos seguros promueve el sostenimiento del tratamiento en las mujeres entrevistadas. Esto se complementa con iniciativas y espacios para acompañar su maternidad, así como también en el apoyo integral contemplando las experiencias singulares de las mujeres, por ejemplo las asociadas a la violencia basada en género.

El análisis presentado en este informe remarca la relevancia y la urgencia por avanzar en sistemas de apoyo y tratamiento integral con perspectivas específicas hacia las mujeres en situación de consumo problemático en contextos de vulnerabilidad. Trabajar desde enfoques que no reproduzcan la estigmatización y los prejuicios resulta clave para mejorar, desde una perspectiva humanitaria, las intervenciones sobre mujeres en situación de consumo. Por un lado, contemplar la reconstrucción de lazos familiares sin reforzar los sentimientos de culpa y exclusión. Por otro lado, apoyar las responsabilidades de cuidado desde los sistemas de tratamiento públicos, privados o de la sociedad civil. Además, diseñar estrategias de apoyo que contemplen las singularidades de las experiencias de las mujeres atravesadas por contextos de violencia física y sexual o de marginación dentro de sus comunidades. Romper con el ciclo de consumo implica, también, fortalecer los recursos sanitarios y de la sociedad civil para atender esta problemática, así como crear espacios y entornos vinculares seguros que afiancen las redes de apoyo de las mujeres.

Los principios fundamentales del Movimiento Internacional de la Cruz Roja y la Media Luna Roja

Humanidad

El Movimiento de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, al que ha dado nacimiento la preocupación de prestar auxilio, sin discriminación, a todos los heridos en los campos de batalla, se esfuerza, bajo su aspecto internacional y nacional, en prevenir y aliviar el sufrimiento de los hombres en todas las circunstancias.

Imparcialidad

No hace ninguna distinción de nacionalidad, raza, religión, condición social ni credo político. Se dedica únicamente a socorrer a los individuos en proporción con los sufrimientos, remediando sus necesidades y dando prioridad a las más urgentes.

Neutralidad

Con el fin de conservar la confianza de todos, el movimiento se abstiene de tomar parte en las hostilidades y, en todo tiempo, en las controversias de orden político, racial, religioso o ideológico.

Independencia

Auxiliares de los poderes públicos en sus actividades humanitarias y sometidas a las leyes que rigen los países respectivos, las Sociedades Nacionales deben, sin embargo, conservar una autonomía que les permita actuar siempre de acuerdo con los principios del Movimiento.

Voluntariado

Es un movimiento de socorro voluntario y de carácter desinteresado.

Unidad

En cada país sólo puede existir una Sociedad de la Cruz Roja o de la Media Luna Roja, que debe ser accesible a todos y extender su acción humanitaria a la totalidad del territorio.

Universalidad

El Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, en cuyo seno todas las Sociedades tienen los mismos derechos y el deber de ayudarse mutuamente, es universal.

ACERCA DEL OBSERVATORIO HUMANITARIO

El Observatorio Humanitario de Cruz Roja Argentina, es un Centro de Referencia de la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja (IFRC) e integra el Consorcio de Investigación de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja (RC3). Es un espacio de investigación para la acción. A través del conocimiento y la sensibilización, busca favorecer la comprensión y el abordaje de las distintas situaciones que emergen en la sociedad desde una perspectiva humanitaria.

 <https://cruzroja.org.ar/observatorio-humanitario/>



OBSERVATORIO HUMANITARIO



Centro de Referencia de la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja

