

Original

Mujeres consumidoras de drogas, vulnerabilidades múltiples y cuidados: un análisis con perspectiva de género

ANA CLARA CAMAROTTI, DANIEL JONES

ANA CLARA CAMAROTTI.
CONICET;
Universidad de Buenos Aires,
Facultad de Ciencias Sociales, Instituto
de Investigaciones Gino Germani,
Ciudad de Buenos Aires, R. Argentina;
anaclaracamarotti@gmail.com

DANIEL JONES.
CONICET;
Universidad de Buenos Aires,
Facultad de Ciencias Sociales, Instituto
de Investigaciones Gino Germani,
Ciudad de Buenos Aires, R. Argentina;
danielprotestantes@gmail.com

Se exploró la trayectoria de consumo de drogas y los itinerarios terapéuticos de mujeres usuarias problemáticas de sustancias desde una perspectiva de género. La literatura especializada reciente registra la existencia de violencias, estigmas, responsabilidades diferenciales de cuidados y prácticas institucionales discriminatorias frecuentes hacia estas mujeres, entre otros fenómenos que influyen en su relación con las drogas. Se formuló la pregunta acerca de qué situaciones de vulnerabilidad y dinámicas de cuidado específicas en tanto mujeres inciden en sus consumos y tratamientos. Se partió de entrevistas realizadas a diez mujeres que asistían a dispositivos de orientación religiosa o espiritual en el Área Metropolitana de Buenos Aires (Argentina) para concentrarse en tres historias, sistematizando acontecimientos significativos que funcionan como puntos de inflexión en sus vidas. El análisis identificó en sus trayectorias violencias sexuales y de género ejercidas por familiares y parejas, así como embarazos, abortos, maternidades, responsabilidades exclusivas de cuidado y amenazas de perder la guarda de sus hijos/as por el consumo, que configuran vulnerabilidades específicas vinculadas a su condición de género y que resultan fundamentales para comprender tanto su relación con las drogas como los modos en que acceden o no a los tratamientos.

Palabras clave: Uso de drogas – Itinerarios terapéuticos – Maternidades – Violencias – Aborto.

Women Drug Users, Multiple Vulnerabilities, and Care: An Analysis from a Gender Perspective

This article explores the trajectory of drug use and therapeutic pathways of women who are problematic substance users from a gender perspective. Recent specialized literature reports the existence of violence, stigma, differential caregiving responsibilities, and frequent discriminatory institutional practices toward these women, among other phenomena that influence their relationship with drugs. In this regard, the article asks what situations of vulnerability and specific caregiving dynamics as women affect their consumption and treatment. It is based on interviews with ten women who attended religious or spiritual guidance programs in the Buenos Aires Metropolitan Area (Argentina) and focuses on three stories, systematizing significant events that serve as turning points in their lives. The analysis identifies sexual and gender-based violence perpetrated by family members and partners, as well as pregnancies, abortions, motherhood, exclusive caregiving responsibilities, and threats of losing custody of their children due to drug use. These factors constitute specific vulnerabilities linked to their gender and are fundamental to understanding both their relationship with drugs and the ways in which they access or do not access treatment.

Keywords: Drug use – Treatment pathways – Motherhood– Violence – Abortion.

Correspondencia:
Ana Clara Camarotti;
anaclaracamarotti@gmail.com

Introducción

La importancia de incorporar una perspectiva de género en la investigación y la atención de los consumos problemáticos de drogas viene siendo destacada por organismos de salud nacionales e internacionales desde hace varias décadas.

Según el *Informe Mundial sobre las Drogas 2024* de la UNODC (la Oficina de las Naciones Unidas contra la droga y el delito), en 2022 de un total de 292 millones que consumieron drogas ilegales en el mundo, alrededor de 64 millones presentaron trastornos por consumo, pero solo uno de cada 11 accedió a tratamiento [25]. De acuerdo al primer *Estudio epidemiológico de salud mental en población general de la República Argentina* [34], el 10,4 % de las personas encuestadas mayores de 18 años presentó, en algún momento de su vida, un trastorno por consumo de sustancias.¹ Además, entre quienes habían tenido este trastorno en los últimos 12 meses, más de un tercio (35,8 %) fue de gravedad severa. Los trastornos por uso de sustancias fueron los que presentaron menores probabilidades de acceso a tratamiento a lo largo de la vida, hay una amplia brecha de necesidades no cubiertas y el tratamiento temprano es algo infrecuente [34].

Por otra parte, los datos de la línea telefónica 141 de atención y contención por consumos problemáticos de drogas en Argentina muestran que, durante 2020 (en la pandemia de COVID 19), la mayoría de las consultas fueron realizadas por mujeres (65,5 %). Sin embargo, solo el 8 % de ellas llamó por su propio consumo, mientras que el 92 % lo hizo por el consumo de otra persona [33]. Estos porcentajes reflejan barreras particulares para que las mujeres demanden atención para sí mismas, por la estigmatización sobre su consumo.

1. Los trastornos por sustancias constituyeron el tercer grupo con mayor prevalencia de vida, después de los trastornos de ansiedad (16,4 %) y los trastornos del estado de ánimo (12,3 %).

Las investigaciones sobre mujeres consumidoras de drogas y tratamientos en Argentina de 2010 a 2025 pueden ordenarse en dos grandes grupos: el primero versa sobre mujeres, consumos de drogas y respuestas de atención y el segundo sobre consumos de drogas específicamente durante la gestación, el puerperio y la lactancia.

El primer grupo destaca cómo las mujeres enfrentan barreras sociales, culturales, institucionales y personales para ingresar y permanecer en tratamientos por drogas. Entre estos obstáculos a la accesibilidad, se encuentran la falta de dispositivos específicos para mujeres, las dificultades derivadas de las responsabilidades de cuidado y las prácticas discriminatorias de parte de profesionales de la salud y otras instituciones (por ejemplo, tratando a las consumidoras de «malas madres») [27,28,16,30,15]. Esta bibliografía plantea la necesidad de reconocer que las mujeres con consumos problemáticos constituyen un subgrupo con características diferenciadas de las de los varones, significativas a la hora de procurar alcanzarlas con políticas públicas: experiencias de abuso sexual y violencia de género [26,30], embarazos y maternidades [32,23,5,24], parejas y cuidados a cargo [11,27,4]. Si bien estos estudios mencionan un conjunto amplio de problemáticas asociadas a la condición femenina, pocas veces analizan cómo éstas atraviesan sus trayectorias de consumo o cómo los dispositivos terapéuticos intentan abordar estas problemáticas.

El segundo grupo concentra trabajos, principalmente de las ciencias médicas, que se focalizan en los daños que las sustancias ocasionan en el feto y el recién nacido. Según miradas críticas, estos estudios han reducido la preocupación por el consumo femenino a su impacto en la capacidad reproductiva de las mujeres y los potenciales efectos sobre sus hijos/as, perdiendo de vista la salud integral de

ellas y las complejidades que reviste su consumo [Campbell & Ettore, 2011; Ettore, 2002; Measham, 2002; Stone, 2015, citados en 31].

Trabajos recientes de las ciencias sociales plantean cómo las vulnerabilidades específicas que atraviesan a las mujeres consumidoras de drogas influyen en la gestación y el cuidado de sus hijos (un interés suscitado, por ejemplo, por la emergencia de casos de recién nacidos con síndrome de abstinencia) [5,31,10]. Dada la construcción de un imaginario social que distingue «buenas madres» de «malas madres», tanto en la producción de conocimiento como en el diseño de intervenciones, las usuarias de drogas embarazadas o púerperas tienden a ocultar sus consumos por miedo a ser juzgadas, discriminadas y expuesta a la amenaza de perder la tenencia o la guarda de sus hijas/os, bajo el supuesto de que cualquier consumo imposibilita la función de cuidado [29].²

En este artículo analizamos desde una perspectiva de género la trayectoria de consumo de drogas y los itinerarios terapéuticos³ de tres mujeres jóvenes, recuperando para su comprensión situaciones de vulnerabilidad y prácticas

2. La *tenencia* se refiere a la convivencia física de los/as hijos/as con uno o ambos padres, mientras que la *guarda* o custodia implica el conjunto de deberes y facultades para el cuidado diario, la protección y la asistencia de los menores. Ambas se derivan de la patria potestad, que es el conjunto de derechos y deberes generales de los/as padres/madres sobre sus hijos/as.

3. Eduardo Menéndez [22] plantea que analizar el acceso a la salud debe incluir no solo al sistema formal de atención, sino también a las prácticas de autoatención que las personas y comunidades implementan para el cuidado de su salud. En este sentido, utilizamos la noción de itinerario terapéutico, entendiéndolo como el conjunto de actividades desarrolladas por una persona en la búsqueda de tratamiento por un padecimiento, dolencia o aflicción [2]. Estas acciones no se restringen a los cuidados biomédicos u hospitalarios, sino que involucran las prácticas que integran el campo de posibilidades disponibles en el universo de los actores [3,1].

de cuidado que las atraviesan en tanto mujeres. Partimos de entrevistas realizadas dentro de una investigación colectiva en el Área Metropolitana de Buenos Aires.

Sobre el presente trabajo

Se trata de un estudio sobre el que, al poco tiempo de finalizarlo, publicamos varios artículos, capítulos y dos libros [6,17], sin embargo, en los años posteriores nuestra formación en feminismo nos condujo a un nuevo análisis del material empírico desde una perspectiva de género.

Este artículo completa una trilogía sobre drogas y género producida a partir de esta investigación, mediante una estrategia analítica renovada. El primer trabajo indagó las conexiones entre consumos problemáticos de drogas y modelos de género entre varones de clases populares en tratamiento, identificando la presencia de un *guión de masculinidad barbera* caracterizado por el orgullo, la agresividad y la insensibilidad [7]. El segundo artículo analizó una entrevista a una mujer consumidora de drogas para desarrollar un ejercicio de reflexividad metodológica, evidenciando los sesgos y fallas por no incorporar una perspectiva de género, extrayendo aprendizajes para futuras investigaciones [18]. Concluimos que nuestra *ceguera de género* [12] se expresó, por ejemplo, en el diseño de un guión de entrevista que, bajo la pretensión de neutralidad (pensado de manera idéntica para varones y mujeres), dejaba sin explorar experiencias que suelen atravesar la trayectoria de las mujeres con consumos problemáticos de drogas, según las investigaciones citadas.

Varias de estas experiencias emergieron en las entrevistas a mujeres, sin ser profundizadas en los análisis iniciales. Por ello, en este artículo nos preguntamos: ¿qué marcas de género pueden identificarse en sus historias? ¿Cuáles son las situaciones de vulnerabilidad y las prácticas de cuidado específicas

de estas usuarias de drogas en tanto mujeres, y cómo inciden en sus consumos e itinerarios terapéuticos? Para responderlas, comenzamos por analizar las entrevistas a diez mujeres que asistían a dispositivos de orientación religiosa o espiritual.⁴ En las sucesivas lecturas de ese corpus encontramos que su estudio desde una perspectiva de género podía revelar fenómenos significativos tanto respecto de las particularidades de sus trayectorias de consumo como de las diferencias entre los itinerarios terapéuticos de mujeres y de varones.

Materiales y método

La investigación colectiva que enmarca estas entrevistas apuntó a analizar las respuestas terapéuticas de matriz religiosa o espiritual hacia los consumos problemáticos de drogas. Como primer paso identificamos 25 dispositivos en el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA)⁵ y entrevistamos a un directivo, profesional de la salud u operador terapéutico por cada uno. Del total, escogimos ocho para cubrir las diferentes modalidades de abordaje, así como las distintas orientaciones religiosas y espirituales, en el marco de los cuales hicimos 10 entrevistas semiestructuradas individuales a mujeres de 18 a 34 años de edad.

Las entrevistas fueron realizadas por los miembros del equipo de investigación en las instituciones terapéuticas siguiendo el procedimiento de consentimiento informado (regido por los principios de voluntariedad, confidencialidad y anonimato de la participación de las personas entrevistadas [21]).

4. Proyecto «Iniciativas religiosas en prevención y asistencia en jóvenes con consumos problemáticos de drogas en el Área Metropolitana de Buenos Aires», financiado por el Fondo para la Investigación Científica y Tecnológica (PICT 2012-2150). También entrevistamos a 21 varones en tratamiento.

5. El AMBA está compuesto por la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y los 40 municipios de la provincia de Buenos Aires que la rodean.

Las entrevistas fueron codificadas con el apoyo del programa informático ATLAS.ti. La transcripción de tres de estas entrevistas constituye el material del artículo. El criterio de selección se basó en su riqueza para ilustrar situaciones de vulnerabilidad y dinámicas de cuidado asociadas habitualmente a mujeres.

El artículo busca recuperar analíticamente emergentes específicos de las experiencias en tanto mujeres (embarazos, abortos, violencia sexual, trata de personas), que resultan fundamentales para comprender sus consumos y sus procesos de tratamiento. Para ello, presentamos a continuación tres historias: las de Soledad, Victoria y Amparo. Comenzamos con un breve resumen biográfico y luego analizamos tres *acontecimientos* en sus trayectorias, que se vuelven biográficamente significativos, en tanto — como plantea Leclerc-Olive [19]— marcan un antes y un después, momentos de inflexión que reorientan la trayectoria vital en relación con su pasado y en los destinos de vida futura [14].

Resultados y discusión

*Soledad*⁶

Resumen biográfico

Nació en 1995 en San Nicolás, a 250 km de la Ciudad de Buenos Aires, y al momento de la entrevista tiene 20 años. Ha tenido tres hijos. Al primero lo dio en adopción porque lo tuvo a los 12 años de edad y no tiene vínculo ni sabe nada de él. Los otros dos, de diferentes padres, viven con ella en un hogar, donde se aloja por ser víctima de violencia de género. Al momento de entrevistarla, hacía un año y medio que realizaba tratamiento por drogas en El Olmo, un hospital de día con orientación espiritual que utiliza como metodología de

6. Esta es la única de las historias que fue publicada previamente [18], pero allí el análisis se centró en los errores metodológicos del entrevistador.

trabajo el programa de los doce pasos.⁷ Ubicado en la Ciudad de Buenos Aires, este dispositivo atiende tanto a varones como mujeres, y cuenta con profesionales (psicólogos, trabajadora social, psiquiatra y operadores terapéuticos).

En distintos escenarios, desde los cinco años de edad hasta los 18 años, Soledad sufrió abusos sexuales reiterados. A los cinco años su padrastro la secuestró para una red de trata de personas en San Nicolás y estuvo en esta situación de esclavitud sexual hasta los 12 años, cuando quedó embarazada, y logró escapar y denunciar a su padrastro, a quien posteriormente encarcelaron. Su primer hijo, producto de este abuso, fue entregado en adopción. Desde ese momento comenzó a consumir «poxirán» (por el nombre comercial de un adhesivo), marihuana, cocaína y pastillas, junto con bebidas alcohólicas. A los 14 años realizó su primer tratamiento por drogas, una internación en una comunidad terapéutica. Luego de escaparse de esta internación, tuvo otro hijo en una relación eventual y entonces se fue de San Nicolás, lugar al que no quiere volver más. Se marchó a la Ciudad de Buenos Aires, donde conoció a su pareja con quien se fue a vivir. Él era consumidor de drogas, violento y abusaba sexualmente de ella y de su segundo hijo. Al momento de la entrevista él estaba preso. Con esta pareja, que es la única que Soledad reconoce como tal, tuvo su tercer hijo. Durante su momento de mayor consumo de drogas, buscó algún lugar que la ayudara con su adicción.

Soledad vive con sus dos hijos más pequeños, de 5 y 2 años, en el Hogar Julieta Lanteri (para mujeres víctimas de violencia de género) y hace un tratamiento por

7. Los doce pasos constituyen una adaptación del programa de recuperación de Alcohólicos Anónimos, que consiste en reuniones coordinadas por un moderador que está o estuvo en tratamiento como sus pares, y en los encuentros se comparte los problemas que ocasiona el consumo [13].

drogas en El Olmo. Dice «tolerar» estas dos instituciones que le están brindando ayuda porque se quiere recuperar, pero no se siente a gusto en ellas. Sus hijos, declara, son la fuerza que encontró para ponerse bien y salir adelante para poder criarlos y cuidarlos. No tiene relación con su familia de origen ni ningún apoyo ni de los padres del segundo y el tercer hijo, ni de sus familias. No tiene empleo y lo está buscando.

Acontecimientos significativos

De la historia de Soledad vamos a explorar tres acontecimientos que marcan su trayectoria de consumo de drogas y su acceso a tratamientos en tanto mujer: el abandono y daño de parte de su familia, las violencias sexuales experimentadas y su maternidad.

El primer vínculo que menciona en la entrevista es con su madre, atravesado por el abandono y el daño. Su madre era adicta al alcohol y a los cinco años de edad la entregó a su padrastro, quien la introdujo en una red de trata para explotación sexual en San Nicolás. Soledad presenta de manera indistinta que su madre la entregó y su padrastro la secuestró. En esta situación ella queda embarazada, logra escapar y denuncia a su padrastro.

Tuve un hijo que hoy no lo tengo conmigo, porque está con otra familia. Está dado en adopción porque yo era muy chiquita... tenía 12 cuando me escapé. Estaba embarazada. Lo tuve al nene, hice la denuncia a mi padrastro... porque mi mamá me entregó a mi padrastro, para trata... ¿viste? Mi padrastro me secuestró a los 5 años. Después, tuve a mi hijo, hice la denuncia... lo metieron preso a él. Y el año pasado salió...

En su relato no aparece si alguien reclamó por su ausencia durante esos años en los

que estuvo en situación de trata, ni si sabía a quién pedir ayuda. El entrevistador no profundiza sobre estos puntos. Ella tampoco vuelve a mencionar la relación con su madre. Sí señala que su padrastro la abusaba sexualmente además de someterla a trata.

(...) después estuve en trata: me secuestró un padrastro, me secuestró. Estuve en trata, trata de personas, me hicieron prostituir, muchas cosas... después a los 12 años... me escapé.

Luego de que se escapa de la situación de trata, continúa viviendo en San Nicolás, inicia una nueva pareja y comienza a consumir drogas. Si bien existen estudios que articulan trata de personas y consumos, éstos se centran casi exclusivamente en los delitos vinculados al transporte de sustancias cometidos por mujeres en situaciones de extrema vulnerabilidad, orientados a su subsistencia y la de sus familias [35]. Sin embargo, no encontramos investigaciones que aborden las experiencias de mujeres que, tras haber sido víctimas de trata, deban atravesar procesos terapéuticos para enfrentar una dependencia a las drogas y promover su inclusión social.

Soledad estuvo muy mal durante un par de años, tiempo del que casi no recuerda qué hizo, pero sí un fuerte malestar psíquico y físico. En el relato se detiene en sus 14 años, cuando estuvo un año internada en un tratamiento por adicción.

Estuve internada, porque tuve muchas..., estuve... esos años drogándome mucho. Caí en el hospital un montón de veces, y se ve que del Hospital hicieron una denuncia, no sé qué pasó ahí... por qué se jugaron... no sé...

Ella contrasta el abandono y el daño producido por su familia con dos ayudas

puntuales en su paso por el hospital: cuando va a parir, el contacto con la institución le permite escaparse de la trata y denunciar a su padrastro; y cuando, luego de varios ingresos a la guardia por su adicción, le facilitan iniciar un tratamiento. El fragmento incluido refleja su sorpresa porque alguien haya realizado una denuncia por su situación crítica de salud y que se «hayan jugado» al brindarle una ayuda. Las investigaciones en Argentina sobre atención de mujeres por consumos problemáticos muestran prejuicios y discriminación por parte de profesionales de la salud como la principal y más frecuente barrera de accesibilidad a los tratamientos [16,28,23,15], lo que posiblemente explica el asombro de la entrevistada por la ayuda recibida del personal de salud. Como apunta una investigación sobre consumidores de drogas en el conurbano bonaerense (Argentina): «La característica general que impregna y atraviesa el proceso de atención de salud es el miedo y la amenaza ante la posible “denuncia” por parte de los profesionales, derivada del posible reconocimiento de los “pacientes” como consumidores de drogas» [11]. Otro estudio sobre mujeres consumidoras de drogas en varias ciudades de Argentina registra el extendido temor a ser denunciadas, a no recibir atención y a ser discriminadas en los servicios de salud [10].

La primera situación de *violencia sexual* que menciona es haber sido víctima de trata, de los cinco a los doce años, como ya consignamos. La siguiente situación de violencia refiere a la que ejerció una de sus parejas sobre ella. Se trata de la primera pareja con la que convive, cuando llega a la ciudad de Buenos Aires desde San Nicolás con su segundo hijo. Este varón está acusado por ella de violencia de género y abuso sexual hacia ella y su hijo.

(...) consumía de todo. Él me pegaba mucho. Me pegaba, me pegaba... se drogaba un

montón. Me pegaba y me hacía muchas cosas. Mi hijo fue maltratado, violado, muchas cosas... ¿viste?, porque es el padrastro, no es el padre de él (...). Ahora está preso por esta situación y por muchas cosas más.

El consumo de drogas y la necesidad de acceder a tratamientos aparecen en el relato de Soledad como consecuencias de otras problemáticas: el abandono y el daño producido por su familia, y las violencias físicas y sexuales sufridas: «Tuve una historia muy, muy complicada, muy terrible... por eso, empecé a drogarme y todo eso... para no recordar la historia que tenía antes». Varias investigaciones en Argentina registran la conexión entre experiencias traumáticas y consumo de drogas en mujeres. Un estudio realizado con consumidoras de pasta base en el sur de la Ciudad de Buenos Aires identifica a la violencia de género como una constante en todas las entrevistadas [30]. Según otra investigación en el Gran La Plata, el conurbano bonaerense y Rosario [28], mientras que entre los varones el consumo de drogas aparece asociado a la integración al grupo de pares, entre las mujeres el consumo se vincula con estrategias para sobrellevar experiencias traumáticas, a partir de episodios puntuales de violencia o de cotidianidades atravesadas por dinámicas violentas. En su investigación sobre el consumo de pasta base en barrios de emergencia de la Ciudad de Buenos Aires, Azparren registra cómo el consumo de drogas es conceptualizado por las mujeres como una forma de «tapar» situaciones traumáticas, como los abusos sexuales en la infancia [4].

La experiencia de la maternidad atraviesa todo su relato. Ha tenido tres hijos, el mayor a sus 12 años de edad, a quien dio en adopción y perdió el contacto. Luego tuvo a su segundo hijo a los 15 años, y finalmente al último a los 18; con estos dos convive. Sobre el primero en ningún

momento menciona quién es el padre (recordemos que estaba en una red de trata). El segundo hijo lo tuvo en una relación eventual, y el padre nunca estuvo presente; ella llegó a la Ciudad de Buenos Aires sola, cursando un embarazo, y de esta pareja sólo comenta que es un ex adicto que conoció en su período de recuperación. Posteriormente, conoció al padre de su tercer hijo, con quien convivieron unos años ella y su segundo hijo. Como comentamos, esta pareja consumía drogas y ejercía violencia y abusos sexuales sobre ella y su hijo. Al momento de la entrevista, Soledad se encuentra viviendo con sus dos hijos menores en un hogar para mujeres que han sufrido violencia por motivo de género. A la par que realiza el tratamiento ambulatorio por drogas, sus hijos van al colegio a jornada completa; ella se ocupa de llevarlos y retirarlos (van de 8 a 16 h) y entre las 9 y las 13:30 h asiste a El Olmo. Cuando le preguntamos sobre el cuidado, responde que se ocupa sola y a tiempo completo:

(...) con el papá (...) ni cuento porque ni siquiera existe, nada, ni se preocupa por los chicos, así que... yo sola me tengo que arreglar con los nenes. Es un poquito difícil. (...) Me cayó una ficha y dije yo: “¿qué estoy haciendo drogándome? Si tengo dos vidas que cuidar”.

Ese reconocimiento opera como una motivación para comenzar y sostener su tratamiento. Otros trabajos de investigación en Argentina presentan resultados en esta línea. Entre las motivaciones de la «estrategia reflexiva y auto-referente de rescatar(-se)» de las drogas, Epele identifica tener un hijo como el momento en que «aparece lo que se conoce como el “click” o “cambiar la cabeza”, es decir, la operación por la cual, combinando experiencias, emociones y pensamiento, se toma la decisión de dejar de consumir» [11]. También lo registra un estudio más reciente sobre mujeres madres que residen en Casas Comunitarias Convivenciales (CCC):

Todas las personas señalaron que el objetivo de recuperación y el esfuerzo por sostener el tratamiento en una CCC se vincula con su rol de madres y con el deseo de bienestar de sus hijxs, así como con la importancia de «estar bien» para poder compartir el día a día con ellxs [24].

Soledad está enfrentando simultáneamente dos problemáticas que la atravesaron gran parte de su vida, la violencia de género y el consumo de drogas, sin poder compartir la responsabilidad del cuidado de sus hijos con alguien más. A falta de una red familiar de cuidados, haber llegado al hogar donde fue recibida por ser víctima de violencia de género le significó acceder al acompañamiento de un equipo interdisciplinario:

Tienen psicóloga, tienen trabajadora social, operadoras, ahí, que te van...te dan ejemplos y si vos lo tomás, bueno, te va a hacer bien (...) se puede hablar con ellas (...) me ha servido un montón, ellas me han aguantado una banda (mucho).

Y es a partir del diálogo con su psicóloga que decide buscar una respuesta terapéutica por su adicción: va por su cuenta al Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, donde la derivan al centro de día en el que se atiende al momento de la entrevista.

En síntesis, las vulnerabilidades padecidas y las dinámicas de cuidados identificadas (la ausencia de cuidados hacia ella de parte de su familia, la sobrecarga de tareas frente a sus hijos por no contar con los padres de ellos ni una red familiar, los distintos apoyos institucionales que se ha procurado) atraviesan las formas que adoptan los consumos de drogas de esta mujer joven y las posibilidades de su itinerario terapéutico (qué

tratamientos ha transitado, incluyendo las respuestas institucionales para la violencia de género).

Victoria

Resumen biográfico

Victoria nació en 1990 en Aristóbulo del Valle, un pueblo de 20 mil habitantes de la provincia de Misiones, a más de 1000 kilómetros de la Ciudad de Buenos Aires y el conurbano bonaerense. Al contarnos su historia tiene 25 años y hace más de 3 que está internada en Promesa de Esperanza, una comunidad terapéutica evangélica fuertemente regida por su orientación religiosa, ubicada en el sur del conurbano bonaerense. Tiene una modalidad de atención de tipo internación, no cuenta con profesionales, ni recibe financiamiento ni control del Estado, dado que no se ha adecuado a ley de salud mental de 2010.⁸

A los 12 años se escapó de la casa familiar, donde vivía con su madre alcohólica, quien se había separado del padre de Victoria hacía 10 años y había conformado otra familia. Victoria se fue a Posadas, la capital provincial, en donde trabajó dos años como empleada doméstica, cama adentro y sin paga (desde ese momento ya no volvió a la escuela). Abandonó esa casa a los 14 años, cuando conoció a un muchacho mayor que ella, con quien se fue a convivir hasta los 16, en sus palabras, momento en que comenzó su «adolescencia», su «rebeldía» y el consumo de alcohol y tabaco. A los 17 años quedó embarazada de un joven consumidor de drogas (no con quien había vivido), y como no quería tener un hijo intentó suicidarse; no lo logró y finalmente nació Michael, su único hijo. En los siguientes tres años, Victoria tuvo dos embarazos más que no

8. La ley 26657, art. 18, establece que la persona internada bajo su consentimiento podrá en cualquier momento decidir por sí misma el abandono de la internación y que en caso de prolongarse más de 60 días debe comunicarse a un órgano de revisión. Recordemos que Victoria lleva más de tres años internada.

llegarán a término, todo indica, por haber abortado con Misoprostol.

Al nacer su hijo, se fue a convivir con el padre de Michael, quien empezó a consumir más drogas y a robar, ausentándose de la casa compartida. Al tiempo que la relación empeoraba, Victoria tuvo que hacerse cargo del recién nacido, dado que el padre de Michael se internó por sus adicciones en una comunidad lejos de Misiones. Tener que criar a su hijo pequeño sin su pareja la hacía sentir una profunda soledad, pese a contar con su suegra, quien cuidaba a Michael por varios días, mientras Victoria trabajaba de noche en restaurantes y consumía alcohol cada vez con más frecuencia. Esta etapa de su vida estuvo atravesada por una depresión y el progresivo abandono del cuidado de su hijo, quien finalmente quedó bajo la responsabilidad de los abuelos paternos. En paralelo, el padre de Michael, que continuaba internado, le insistía para que ella ingrese en un hogar para mujeres madres consumidoras, de la misma fundación evangélica en la que él estaba. Desde el nacimiento de su hijo hasta la decisión de internarse, la vida de Victoria giró alrededor de su consumo de alcohol y de los tratamientos del padre de su hijo. Mientras que él estaba internado, Victoria conoció a una nueva pareja (también consumidor) de quien quedó embarazada. En simultáneo, Victoria fue desalojada de donde vivía, perdió el empleo y decidió tomar pastillas para interrumpir su embarazo. Un par de días después de estos eventos, aprovechó una convención evangélica en Posadas que reunía a personas interesadas en hacer un tratamiento por drogas: un domingo por la noche armó un bolso, buscó a su hijo de la casa de su suegra, se despidió de su pareja de ese momento y, pese al llanto de él, se tomó un «remis» (auto de alquiler) a la fundación evangélica que al día siguiente la trasladaría al sur del conurbano bonaerense. Allí la entrevistamos, a los tres años y medio de haber ingresado.

Acontecimientos significativos

De la historia de Victoria vamos a explorar tres acontecimientos en tanto mujer que atraviesan su trayectoria de consumo de drogas e itinerario terapéutico: el aborto, la maternidad y el empoderamiento ante su pareja por el paso por un tratamiento.

Al contarnos su historia menciona haber experimentado dos abortos: uno «cuando era más chica» y un segundo posible aborto durante el proceso de ingreso al tratamiento en el que aún se encuentra. Hablamos de posible aborto porque en su relato plantea dudas sobre si efectivamente estuvo embarazada o no. La escena comienza con la propuesta del padre de su hijo de que ella se interne en otro hogar de la misma fundación evangélica en la que él se encontraba; en ese momento Victoria decidió no hacerlo porque creía estar embarazada de otra pareja.

Él [el padre de su hijo] se fue a Córdoba [donde estaba internado] y yo me quedé, y a los dos días no quise saber nada de internarme. No quise saber más nada, quería, pero no quería... lo que pasa es que yo estaba de novia y en esos días me empecé a sentir mal, con síntomas como de embarazo y me fui hacer un estudio médico y saltó que estaba embarazada. (...) Al viajar para Posadas de nuevo yo me acordé que cuando era más chica a mí me habían dado unas pastillas para practicar un aborto y fui y me las compré a las pastillas y me las tomé, pero no pasaba nada.

Con este embarazo en curso, ella decidió empezar el tratamiento por drogas, por lo que viajó de Posadas al conurbano bonaerense para internarse:

No me venía [la menstruación], no me venía nada, y hasta que al mes el papá de mi hijo

me manda una carta para acá que iba a venir en octubre él. Y ahí me asusté y dije «no, yo encima que estoy embarazada tengo que hablarlo antes porque, sino, él viene y yo ya voy a tener [al bebé]». Y lo hablé con una de las chicas, y me compraron un «evatest» [test de embarazo], me lo hice y salió negativo.

Ella ingresó a la comunidad terapéutica creyendo estar embarazada, no menstruó por cuatro meses, pero ese supuesto embarazo no continuó. En su mirada retrospectiva, Victoria tiene dudas sobre qué pasó:

Lo que nunca entendí es por qué me había salido positivo [el primer test] el análisis de embarazo, pero... o sea, yo sé que tomé esa pastilla [para abortar], pero el día que esté allá con Cristo, recién voy a saber si tuve un aborto o no lo tuve.

Una opción es que nunca haya estado embarazada y que el estudio médico haya dado un «falso positivo». Otra es que las pastillas que tomó hayan producido el aborto. Una última es que el consumo de alcohol o alguna otra circunstancia le hayan hecho perder el embarazo.

El haber experimentado esta situación y la incertidumbre sobre lo sucedido no parecen generarle angustia a Victoria. Recordemos que se trataba de una adolescente, sin familia en Posadas, enfrentando un aborto clandestino, por su penalización en la Argentina al momento de esa experiencia.⁹ Sobre su segundo (posible) aborto sí ofrece más información, como ya

9. Estos embarazos sucedieron cuando el aborto era ilegal en Argentina (su legalización fue legalizado en 2020). Según las estimaciones más confiables, en base a los egresos hospitalarios por complicaciones alrededor de maniobras abortivas, para aquellos años los abortos clandestinos rondaban entre los 485.000 y 522.000 anuales [20].

reconstruimos. En Argentina no hay trabajos sobre consumos de drogas y aborto. Sí hay estudios sobre usos de sustancias psicotrópicas durante el embarazo y la lactancia, pero ponen el foco en la salud del feto o el

recién nacido, sin explorar la complejidad de los consumos de las mujeres gestantes o puérperas. El trabajo de Sánchez Antelo y Saavedra [31] sobre consumidoras de drogas embarazadas es una excepción, al intentar comprender las «oportunidades perdidas» del sistema de salud.

En su narración, Victoria no presenta ninguna de estas vivencias de embarazos y abortos revestidas de una gravedad equivalente al impacto de su consumo de alcohol sobre el descuido de su hijo pequeño. Esta ausencia de una condena moral retroactiva de su parte nos resulta llamativa al estar internada en un centro de rehabilitación evangélico de fuerte matriz religiosa, a la que Victoria actualmente adhiere, que tiene una postura enfática contra el aborto. Ella experimentó una conversión a la fe evangélica y está consustanciada con el ideario y el proyecto que le propone esta institución, pero sus abortos no son objeto de una revisión crítica, como sí sucede con su maternidad. Como las otras dos entrevistadas, ubica en el centro del relato de su experiencia los cuidados y específicamente su responsabilidad como mujer-madre una vez que trae un/a hijo/a al mundo.

Victoria tiene un hijo de 8 años, con el que pudo ingresar a la comunidad terapéutica porque contempla la internación para madres que tienen a cargo a sus hijos/as. Esta oportunidad era excepcional en 2012 (cuando ella ingresó), considerando que los tratamientos orientados para mujeres eran y son escasos, en comparación con la oferta para varones [8], que la falta de espacios destinados al cuidado de niños/as en centros terapéuticos muchas veces imposibilita tratarse a mujeres que tienen hijos/as a cargo [4] y que

«la invisibilización y desvalorización a nivel social de los trabajos de cuidados de otras personas o del hogar incide en la posibilidad de las mujeres y diversidades de iniciar y sostener los tratamientos» [24]. Pese a este panorama, hasta tal punto está naturalizado el rol de cuidadoras asignado a las mujeres, que en Argentina no existen espacios para que varones consumidores puedan internarse con ellos/as. De querer hacerlo, como el padre del hijo de Victoria, deben dejar al niño/a a cargo de otra persona (casi siempre, la madre o la abuela).

Sobre la relación entre las tareas de cuidado y el acceso a un tratamiento, varias cuestiones se desprenden de su relato. La primera es que Victoria apoyó la internación del padre de su hijo, acompañándolo en el proceso de admisión, al costo de quedar fuertemente deprimida y desentenderse del cuidado de su hijo apenas él se interna:

Y entonces él va a la última entrevista y le dicen para internarse él en Córdoba y bueno yo lo apoyé hasta el último día. Él se fue, se internó y me acuerdo que ahí yo empecé a estar peor. Ahí me volqué yo a estar mal y a recurrir al alcohol, me acuerdo que salía, lo dejaba a mi hijo solo, eh... llegaba a la casa y me sentía sola y colgaba fotos de él por toda la casa, lo único que hacía era ir comprar algo para tomar y encerrarme a escuchar música, y mi hijo estaba en la casa de su abuela que quedaba en el mismo terreno, pero como que ni estaba conmigo casi.

Frente a esa situación, ella cuenta con la ayuda de los abuelos paternos de Michael para su crianza, el apoyo de su propio padre (quien le aconseja que se interne) y la alternativa de internarse en Posadas. Finalmente, Victoria opta por internarse con su hijo en un lugar muy alejado de donde

vive. Por su parte, los varones que deciden hacer tratamiento tienen el camino más allanado, por el acompañamiento que reciben de sus madres y de sus parejas, y por la falta de condena social con la que tienen que lidiar al comenzar un tratamiento y dejar a sus hijos/as al cuidado de otros/as (en la mayoría de los casos, mujeres).

Si bien la internación con un/a hijo/a es una posibilidad diferencial para las mujeres madres que quieren acceder a un tratamiento, supone ciertas complejidades y responsabilidades adicionales: a la dificultad de lidiar con su proceso terapéutico y los efectos de la abstinencia a las drogas, se suma tener que cuidar a un/a hijo/a en un hogar convivencial de tiempo completo, como son las comunidades terapéuticas. Victoria debe hacerse responsable de la mala conducta de su hijo durante la internación:

Me acuerdo que a los seis meses estando acá internada estaba desesperada porque mi hijo estaba empezando a tener muchos inconvenientes en casa de niños.¹⁰ Era un niño que mostraba rebeldía y también expresaba muchas situaciones así de ir a tocarle las partes privadas a las nenas, a los varones, de querer darle un beso, era todo lo que por ahí él veía afuera que su mamá hacía. De que le daba un beso en la boca y eso él todo lo observaba, y entonces eso empezó a salir a la luz acá y él lo quería hacer también, y entonces empecé a vivir un tiempo muy difícil.

Su testimonio ilustra cómo el tratamiento promueve cierta reflexividad sobre el modo de ser mujer y madre, no exenta

10. Un espacio de guardería en el cual los/as hijos/as pequeños/as de las mujeres residentes en la comunidad pasan tiempo mientras que no están en la escuela, a cargo del cuidado rotativo de las mismas madres.

de un juicio moral retroactivo: «rebeldía», «tocar las partes privadas [genitales] », «darle un beso», serían comportamientos sobre los que Victoria habría dado un mal ejemplo a su hijo de tres años.

Mi problema era el alcohol, que yo donde iba siempre quería estar tomando. (...) Me puse de novia con otro que consumía drogas también, y como que no funcionaba la relación. Y bueno, yo estaba trabajando, trabajaba siempre de noche en restaurantes, pero a la noche hasta tarde, y a Michael ya lo dejaba en la casa de su abuela. Ya ni estaba conmigo, y eran semanas y semanas que yo no lo veía a mi hijo.

Al revisar su experiencia de maternidad, Victoria no se detiene en la responsabilidad del padre de Michael por irse a hacer un tratamiento y dejarla a ella y su hijo en común en un contexto de vulnerabilidad económica y fragilidad emocional. Una interpretación posible del énfasis de su relato en su propio comportamiento es que la reflexividad promovida por la comunidad terapéutica no cuestiona la naturalización del rol materno en la crianza, lo que deja incuestionada la ausencia de sus parejas varones. Esta posición de Victoria está enmarcada en una dinámica que Epele llama «privatización de los cuidados» [11], donde las intervenciones terapéuticas suelen reforzar la responsabilidad individual de realidades complejas. En este sentido, la privatización del cuidado resulta del movimiento inverso de la «politización de lo personal», en tanto profundiza la posición tradicional y patriarcal de las mujeres, en este caso, frente a la responsabilidad en la crianza.

El vínculo con su hijo se vio transformado por una experiencia de conversión a la fe dentro de esta comunidad terapéutica religiosa.

Y fui en el pasto que está acá al costado y me arrodillé y dije solamente «Dios, si vos existís, cambiá mi vida, transformá mi corazón» en el momento tuve esa experiencia de sentir que algo se me desprendía, que salía, y cuando abrí mis ojos nunca más fue igual. (...) Y cuando entré a la casa de niños lo miré a mi hijo que estaba sanando y lo amé, lo amé... fue la primera vez en mi vida que había sentido amor realmente. (...) Después de esa experiencia que yo tuve con Cristo, él empezó a cambiar también, ya no era más ese niño que se portaba re mal, que hacía cosas que no tenía que hacer, sino que empezó con un comportamiento totalmente diferente también.

Esta conversión promovió en ella un novedoso amor por su hijo y, a su vez, transformó el comportamiento del niño, quien habría mejorado su conducta por el amor de Cristo y de su madre. La conversión sanadora de la madre sanó al hijo. Los dispositivos terapéuticos que permiten a las mujeres consumidoras internarse con sus hijos/as durante períodos muy prolongados (Victoria lo está hace más de 3 años), no sólo posibilitan un ejercicio cotidiano de los cuidados, sino que también contemplan una suerte de reeducación como madres. El estudio de Bordoni *et al.* [5] muestra la importancia de las estrategias de intervención que empoderen a las mujeres como madres en el marco de los tratamientos por sus consumos de drogas, lo que implica acompañarlas en el desempeño de actividades de cuidado que puedan brindarle una nueva identidad ocupacional: ser madres. En otros dispositivos religiosos en Argentina también prima un apoyo al ejercicio de la maternidad como nuevo principio ordenador de las vidas de las mujeres usuarias de drogas en tratamiento:

Los modelos de feminidad que se ofrecen en el Hogar de Cristo refuerzan estereotipos tra-

dicionales de género, ya que se espera que las mujeres desarrollen una vida sexual limitada y cumplan adecuadamente con el rol de mujer/madre/cuidadora. El ejercicio de la maternidad constituye un principio fundamental en esta «nueva» feminidad, en tanto se debe priorizar el bienestar de las/os hijas/os [4].

Haber sostenido este tratamiento le permitió a Victoria tomar distancia no sólo del consumo de alcohol, sino también de parejas con varones que trajeron embarazos no planificados, abortos, maternidades en soledad e intentos de suicidio. Proponemos pensar el carácter empoderante de este tipo de tratamientos en relación a los vínculos de pareja, no necesariamente como un objetivo buscado por el dispositivo terapéutico. Los mil kilómetros entre Posadas y el conurbano bonaerense significan mucho más que distancia geográfica. El aislamiento que implican las comunidades terapéuticas (y más aún cuando se ubican lejos del lugar de origen de la persona internada),¹¹ puede servir para alejarse de los ámbitos de consumo y salir de parejas conflictivas, con las que se comparte el uso de drogas o se experimentan situaciones de violencia.

El testimonio de Victoria refleja una dinámica de género de una pareja heterosexual de usuarios de drogas donde consumo y recuperación de una y otro tienen múltiples conexiones e ilustran desigualdades estructurales. El hecho de que su pareja también sea consumidor, como les sucede a las otras dos entrevistadas, es un patrón recurrente entre las mujeres heterosexuales con consumos problemáticos de drogas [15,4]. El inicio y la

intensidad en el uso de sustancias de Victoria, así como las continuidades y discontinuidades en el tratamiento, están marcadas por las decisiones de su pareja y padre de su hijo:

Después de 8 meses [de internación] tuve una recaída. (...) Porque me llaman por teléfono y nos dan la noticia de que el papá de mi hijo había abandonado su rehabilitación. Y cuando él abandonó su rehabilitación yo empecé a decaer, decaer, decaer, estar mal, no hacía otra cosa más que llorar. Me quería ir con él, pero yo sentía que no me tenía que ir, sentía que me tenía que quedar acá. Entonces pasó el tiempo y decidí no hablar más por teléfono con él los sábados, que él me llamaba. Porque cada vez que él llamaba yo me sentía re mal. Y el último sábado que habíamos hablado por teléfono él me dice «Vicky, venite, ya tengo la casa, ya tengo las cosas, yo me quiero casar con vos y hacer las cosas bien». Hacía cuatro meses que se había ido [de su tratamiento]. Y yo le dije que no, que no me iba a ir, y ahí decidí no hablar con él por un tiempo.

Nuestra interpretación es que el tratamiento de Victoria en la comunidad terapéutica promovió su mayor autonomía relacional mediante un proceso de empoderamiento frente a sus parejas. Por un lado, la propuesta de la comunidad endurece la regulación de la sexualidad y reduce la interacción con varones. Al internarse, hay un corte abrupto de estos vínculos, ya que por la dinámica del Hogar (gestionado por mujeres y casi sin salidas) prácticamente no tienen trato con varones. A su vez, hay un mensaje de fundamentación bíblica sobre «no fornicar» (no tener relaciones sexuales), que también rige para los varones en otros hogares de la misma institución.

11. Si bien esta modalidad suele ser fuertemente criticada por quienes sostienen otras modalidades de trabajo (sobre todo centros barriales) al considerar que genera una «burbuja» artificial durante el tratamiento y que luego dificulta la reinserción en el ámbito de origen.

Por otro lado, la mayor autonomía y empoderamiento puede verse en cómo Victoria le responde con firmeza al padre de su hijo, rechazando su propuesta de volver a vivir juntos. En esta decisión juega un rol muy significativo vivir dentro de la comunidad, ya que así logra resolver la cuestión habitacional y económica, y contar con una red de contención espiritual y afectiva para cuidar a su hijo.¹²

Este empoderamiento frente a sus parejas tiene como contraparte continuar con una responsabilidad exclusiva como cuidadora, ante un padre ausente al principio y luego excluido de la escena. El apoyo en el cuidado de su hijo es el que le brindan otras mujeres, compañeras de comunidad, que también crían a sus hijos/as en ese espacio. Pero Soledad, al menos, ya no tiene que hacerse cargo del cuidado de su ex pareja, como suele esperarse de las mujeres en relaciones con adictos [11], marcando un punto de quiebre frente a ese mandato de género.

Amparo

Resumen biográfico

Amparo nació a principios de los años ochenta en Francia, donde vivía su familia porque el padre era futbolista profesional y jugaba allí. Cuando ella tenía cuatro años, volvieron a Argentina y desde entonces vive en la Ciudad de Buenos Aires, con una infancia y adolescencia económicamente más acomodada que las otras dos entrevistadas (finalizó su secundario en una escuela privada y llegó a comenzar un profesorado de danzas). Al contar su historia tiene 33 años,

12. Como registra el informe sobre mujeres madres residentes en Casas Comunitarias Convivenciales en Argentina, «se repiten las experiencias de imposibilidad de sostener un alquiler, solas o en pareja. Como resultado de ello, algunas de las personas entrevistadas se vieron expuestas a la situación de calle, tanto con sus hijxs o solas» [24], lo que explica la centralidad para Victoria de haber conseguido un lugar donde vivir con su hijo.

consume drogas desde los 15 y hace ocho meses asiste a El Olmo, al igual que Soledad, un centro ambulatorio con orientación espiritual.

A los 15 años comenzó a usar cocaína, marihuana y pastillas con las amigas del barrio y desde los 18 estuvo en pareja con un varón que consumía drogas regularmente, en una relación de once años. Su primer tratamiento por cocaína fue a los 21 y al poco tiempo ingresó a una comunidad terapéutica (evangélica), de la que se escapó a los tres meses. Para ella, el punto de inflexión en su trayectoria de consumo fue a los 27 años cuando comenzó a usar pasta base y quedó embarazada de su pareja. Amparo consumió durante todo el embarazo, su hija nació y al mes se separó del padre de su hija. Al momento de la entrevista la niña tiene 5 años.

Durante un par de meses la guarda de la hija quedó a cargo del padre de Amparo y ella fue derivada desde la Sedronar¹³ a otra comunidad terapéutica (no religiosa), donde estuvo internada cinco meses. En este tiempo, el padre iba a visitarla y le llevaba a la hija. Amparo salió de la internación, pero no dejó de consumir, incluso mientras estuvo sola al cuidado de su hija. En esos años pasó por un hospital de día (8 horas diarias) y después por un centro de día (4 horas), donde estuvo un año y dos meses. Luego de este tratamiento, alcanzó un período de poco más de un año sin consumir drogas, hasta que tuvo una recaída que atribuye a una discusión con su padre. Dos días después de ese episodio empezó en el centro de día El Olmo, donde lleva ocho meses. Amparo vive con su hija en el mismo edificio que el padre. No tiene trabajo y tampoco menciona estar buscando uno (al tratamiento lo cubre la Sedronar con una beca, pero no explica ni le preguntamos cómo

13. La Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas, el organismo que coordina las políticas públicas en materia de adicciones, incluyendo las derivaciones a tratamientos.

se mantiene económicamente). Cuida a su hija, la lleva al colegio y evita asistir a lugares con personas que consumen o venden sustancias.

Acontecimientos significativos

De la historia de Amparo vamos a reconstruir tres acontecimientos en tanto mujer que atraviesan su trayectoria de consumo de drogas e itinerario terapéutico: el embarazo, la maternidad y la amenaza y la vivencia de perder la guarda de su hija.

El primer acontecimiento es el embarazo en un contexto de consumo de drogas. A partir de una pregunta sobre las sustancias usadas a lo largo de su vida, Amparo menciona espontáneamente al embarazo y el nacimiento de su hija como hitos demarcatorios: desde los 15 hasta los 27 años había consumido marihuana, cocaína y pastillas, pero el momento en que probó y comenzó a fumar pasta base (a los 28 años) coincide con su embarazo.

E: ¿Ella es tu única hija?

A: Sí.

E: ¿Cómo? ¿Estabas juntada?

A: Yo con el papá de ella estuve once años... yo lo compartí acá, que me puse a llorar... yo consumí todo el embarazo de ella... consumí pasta base. Eh... [suspira] es un dolor que todavía... lo estoy trabajando porque... es algo que... Irina ya me, bueno, con Irina tenemos la misma historia, que ella está recuperando a los hijos, que también consumió... ella tiene a sus dos chicos, consumió, tiene un marido que es muy adicto, que hoy por hoy... se separó...

E: Tu pareja, ¿consumía en ese momento?

A: Sí... el papá de ella... sí, sí, sí.

E: Y después, ¿qué? ¿En algún momento se separaron?

A: Sí, nos separamos... ella nació el 2 de enero, y me separé en febrero... justo cuando cumple seis años son seis años de separación.

La identificación de Amparo con una compañera de tratamiento es por compartir un mismo patrón de cruces entre drogas, parejas y maternidad: relaciones largas con «adictos», con quienes han tenido hijos/as, y han perdido temporalmente su guarda por el uso de drogas, frente a lo cual se esfuerzan en realizar un tratamiento y mantenerse sin consumir para recuperarla definitivamente. Amparo sólo menciona el consumo de su pareja (con quien estuvo once años) a partir de una pregunta al respecto; él no vuelve a aparecer en el relato, ni siquiera para subrayar su ausencia luego de la separación, al mes de nacida su hija en común. En cambio, haber consumido pasta base en el embarazo y los efectos que podría tener sobre la salud de su hija son cuestiones sobre las que sí vuelve varias veces en la entrevista, por ejemplo: «creo yo en San Expedito... que... le pedía yo, que le rezaba para que mi hija por favor no me salga enferma...». El dolor que Amparo menciona por su consumo durante el embarazo se puede explicar a la luz de los hallazgos de un estudio multicéntrico en hospitales generales de tres ciudades argentinas (Bariloche, Concordia y La Matanza), con una muestra de 62 consumidoras de drogas. Estas mujeres adhieren, en su mayoría, a representaciones que cargan juicios de valor negativos respecto a las mujeres que, siendo madres, consumen sustancias psicoactivas. Reconocen el peso del estigma que recae sobre el consumo durante el embarazo y la lactancia, así como las experiencias de discriminación vividas en los servicios de salud [10]. Por otra parte, la investigación de Parga [28] encuentra que las mujeres consumidoras de drogas son rechazadas y estigmatizadas, con mayor intensidad que los varones, por sus familias, parejas

e hijos/as, y que una dinámica particular que atraviesan es cuando su entorno utiliza de manera coercitiva la tenencia de sus hijos/as para presionarlas a iniciar un tratamiento, algo sobre lo que volveremos más adelante.

Las drogas no sólo atraviesan su embarazo, sino también el ejercicio de la maternidad. Amparo reflexiona cómo determinadas prácticas de consumo chocaban con las responsabilidades de cuidado que debía asumir por tener sola a cargo a su hija.

Seguía consumiendo dentro de mi casa, con ella... no me importaba nada a mí, eh, ya al adicto no le importa nada. También tuve una experiencia re fea: que ella una vez me vio metiéndome en la nariz y ella me dijo, con dos años «yo quiero»...y yo ahí me quedé diciendo «loco, mirá, me estoy drogando...», está mi hija en el cuarto y yo en el baño, y ella justo abrió la puerta... yo me quedé... eh... no te importa...no te importa. Al otro día me levante, fui al Sedronar... No la dibujé, dije «sí, tuve una recaída, necesito otro tratamiento».

El vínculo de responsabilidad y cuidado de la hija sólo remite a Amparo y, en aquellos momentos críticos de consumo, a su padre, cuando él ha decidido intervenir y cuidar a su nieta debido a la situación de consumo de su hija. Amparo no menciona nada de su ex pareja y padre de la niña, con quien no parece contar. En este punto resulta significativa una de las conclusiones de un estudio en Argentina sobre mujeres usuarias de drogas que son madres y se encuentran en recuperación en Casas Comunitarias Convivenciales:

Parte de las conceptualizaciones moralizantes acerca del rol social de la mujer madre como «cuidadora» natural atraviesa la subjetividad de las entrevistadas. (...) No ocurren cuestionamientos o referencias por parte de

ellas acerca de por qué son quienes más «deberían» ocupar el mayor tiempo por día en los cuidados de sus hijxs. Las referencias sobre la importancia de dividir tareas con el padre son imprecisas y cuando se mencionan no comportan una idea de que les corresponde. (...) También se pudo observar que esa sensación de haber estado «en falta» para con su rol durante algunos momentos de consumo es percibida como algo a «reparar» en la actualidad, en la medida de las posibilidades y vínculos sostenidos con sus hijxs [24].

La maternidad de Amparo está atravesada por un tercer acontecimiento, propio de las mujeres consumidoras: la amenaza y la vivencia de perder la guarda de su hija, lo que influye en su trayectoria de consumo e itinerario terapéutico. En varios momentos de la entrevista, ella vuelve sobre esta cuestión como un elemento que modela su relación con las drogas:

D: Ahí, en (la comunidad terapéutica de) Temperley, ¿cómo habías entrado? ¿Por tu propia voluntad?

A: Por Sedronar... me había llevado mi papá que no podía más... me llevaron al Sedronar, el Sedronar te recomienda que no te internes, pero yo ya había tocado mucho fondo... es más, yo perdí la guarda de la nena... (...) A mí el fondo que me hizo tocar, eh, yo cuando la perdí a ella... después la vuelvo a recuperar en dos meses, y vuelvo a recaer... porque era una obsesión que yo tenía de recuperar la guarda de mi hija. (...) Siempre me decía a mí: «¿Por qué ésta (en referencia a otra consumidora) se droga y tiene a sus hijos, y por qué yo me drogo y perdí a mi hija?» Siempre la comparación, viste, y eso es lo que no me dejaba crecer... (Se dice a sí misma) «¿No entendés, flaca? Te tocó a vos perder a tu hija...»

Desde el nacimiento de su hija (hace cinco años), Amparo estuvo internada al menos dos veces por derivación de la Sedronar (una por dos meses y otra por cinco) y la guarda quedó a cargo de su padre (es decir, el abuelo materno). En esas oportunidades, el padre llevaba de visita cada fin de semana a la niña a la comunidad terapéutica. Amparo explica que el trámite judicial continúa: «hay un juzgado en el medio, que me pide informes, bueno, a mí, (...) me piden reactivos... entonces, todo por reactivos, con eso se manejan», en alusión a los test de drogas que le realizan para ver que no haya vuelto a consumir, dado que el criterio para definir si corresponde o no que tenga la guarda es el abstencionismo absoluto. Al no haber un cierre definitivo del trámite, la amenaza de volver a perder la guarda en caso de una recaída sigue latente. De vuelta, nos llama la atención la falta de referencias al padre de la niña como una potencial alternativa de cuidado: ni siquiera es mencionado para explicar o cuestionar su ausencia. La responsabilidad por la niña recae en la madre (y eventualmente en su familia), de ahí que la amenaza o la vivencia de perder la tenencia de las/os hijas/os es algo que influye en las trayectorias de consumo de las mujeres [28], mientras que no surge como un problema mencionado por los varones usuarios que son padres.

Volviendo al ejercicio de la maternidad, a partir del tratamiento en curso y en estos ocho meses sin consumir drogas, Amparo reconoce haber adquirido otro tipo de responsabilidad de cuidado sobre su hija: viven juntas solas, la lleva al jardín de infantes y evita lugares donde podría haber personas que consumen o venden sustancias, una forma de autocuidado que Amparo adopta como condición de posibilidad para poder cuidar a su hija.

El desafío que la maternidad le implica a Amparo en cuanto a hacerse cargo del

cuidado de la hija y, por ejemplo, garantizar cuestiones vinculadas a su escolaridad, le permite comparar la escena actual con otra hipotética:

A veces yo me siento tan devastada... tengo la responsabilidad, como pasó (con) las inscripciones, que, por un lado, estoy agradecida de llegar a esta etapa, hoy por hoy, que siga consumiendo (si siguiera consumiendo)...ella todavía seguiría con mi papá, yo ni idea de las inscripciones...eh, eso me devasta...y eso lo voy a compartir en el grupo. Hoy no fue al colegio... porque se está haciendo pis, eh, algún síntoma tiene ella, que, quizás yo, sin querer... le grito... ¿entendés? Estoy muy devastada... porque... quizás no le pude conseguir el colegio.

Este fragmento refleja sentimientos de desborde que aparecen por asumir esas tareas de cuidado en soledad, una sobrecarga de responsabilidades en el marco de su esfuerzo por continuar un tratamiento que la mantenga sin consumir drogas para no perder la guarda. El cansancio por la sobrecarga debido a la falta de corresponsabilidad [24], el impacto de esto en términos de tiempo y energía para el autocuidado [10] y la amenaza judicial son circunstancias que atraviesan la maternidad de las mujeres usuarias de drogas, según estudios recientes en Argentina:

Mujeres (usuarias) usuarias y profesionales identifican el doble efecto del rol materno: por un lado, los hijos y el cuidado de los mismos surgen como la motivación principal para la búsqueda y sostenimiento de tratamiento, en particular cuando el caso ha sido judicializado. Por otro lado, la falta de red de apoyo familiar, institucional y comunitaria, comienzan a demandarles tiempo de cuidado y atención a esos hijos, lo que

las impulsa a la deserción de los tratamientos para «hacerse cargo». En un contexto de carencia de red social, la naturalización del rol como única cuidadora de hijos es sostenida tanto por las mujeres y, con algunas excepciones, tiende a ser alimentado por los modelos de atención sostenidos por los profesionales [15].

¿Con quién cuenta Amparo para cuidar a su hija? En principio, con su propio padre, quien acudió a la Sedronar para buscar respuestas asistenciales, la acompañó a su primer tratamiento y mantuvo la guarda de la hija, a quien llevó cada fin de semana en el marco de las visitas autorizadas cuando estuvo internada. Y ahora, ya estabilizada en el tratamiento, con la comprensión del equipo de la escuela a la que la envía:

El colegio sabe que yo tuve un problema con las adicciones, porque la anotaron en sala de 3... y a mitad de año fue un vuelco, y siempre se laburó con respeto... las maestras saben, nunca me discriminaron ni nada... las madres no saben, pero porque a veces, viste, algunas madres no entienden, y se ponen a cargar, viste... con la criatura. (...) A veces hay que mentir, no sabés con qué te podés encontrar... y, aparte, no te podés poner el cartel de «soy exadicta», porque no queda lindo.

En contraposición al apoyo recibido del equipo docente, sitúa sus temores respecto de los prejuicios que podrían tener otras madres de la escuela si se enteraran de sus problemas con el consumo de drogas. Razón por la cual, Amparo ha decidido mantener oculta para ellas, la información sobre su consumo y el tratamiento.

Conclusiones

El análisis de las tres entrevistas desde una perspectiva de género permitió identificar una serie de acontecimientos que ocupan un lugar central en las trayectorias de consumo e itinerarios terapéuticos de estas mujeres. Se trata de situaciones que configuran vulnerabilidades específicas vinculadas a su condición de género y que resultan fundamentales para comprender su relación con las drogas y los modos en que acceden o no a los tratamientos. Sus consumos de sustancias se encuentran atravesados por violencias sexuales y de género ejercidas por familiares y parejas, así como por embarazos, abortos, maternidades y responsabilidades de cuidado que recaen casi exclusivamente sobre ellas. La carga que supone el cuidado (de sus hijos/as pero también de sus parejas usuarias de drogas) transitando situaciones de vulnerabilidad, sostenidas con redes de apoyo acotadas y frágiles, se entrelaza con la amenaza latente de perder la guarda de sus hijos/as debido al consumo de drogas, condicionando sus recorridos terapéuticos.

Las historias de Soledad y Victoria presentan varios puntos en común. Ambas son hijas de madres alcohólicas, con padres ausentes durante su niñez, y atravesaron situaciones de abandono o escaparon muy jóvenes de sus casas (5 y 12 años, respectivamente). Las dos tuvieron embarazos tempranos no intencionales (Soledad a los 12 años, Victoria a los 17). Ambas nacieron en ciudades pequeñas del interior del país y migraron al Área Metropolitana de Buenos Aires, donde al momento de la entrevista sostienen un tratamiento por drogas y crían a sus hijos, lejos de sus familias. El hecho de migrar al AMBA amplió sus posibilidades de acceso a dispositivos terapéuticos y les brindó mayor anonimato que en sus localidades de origen. Sus primeras parejas y padres de sus hijos fueron varones consumidores de drogas, algo que comparten con

Amparo, la tercera entrevistada. En sus relatos emergen abusos y explotación sexual (Soledad) y abortos clandestinos (Victoria), así como abandonos y violencias recurrentes, que permiten dimensionar el complejo entramado de vulnerabilidades que enmarca sus consumos de drogas. Aun así, las tres mujeres sostienen el cuidado cotidiano de sus hijos/as, sin detenerse a cuestionar la ausencia paterna ni el impacto que esto supone a la hora de compatibilizar tratamiento y crianza.

Si bien ninguna de las tres cuenta con redes familiares extendidas y sólidas, cada una dispone de algún soporte institucional para la crianza de sus hijo/as: un hogar convivencial para mujeres que han experimentado violencia de género, una comunidad terapéutica religiosa que contempla la internación con un/a hijo/a, una escuela comprensiva con el consumo problemático de una madre. Estos espacios permiten tanto la continuidad de sus tratamientos como las tareas de cuidado en contextos marcados por la vulnerabilidad y la ausencia de acompañamiento familiar.

El análisis también nos permitió identificar prácticas de autocuidado que incorporan estas mujeres: Amparo no va a lugares en que otras personas consumen o venden drogas para evitar recaídas, Soledad pudo denunciar a su padrastro por abuso siendo menor de edad y víctima de trata, Victoria migró a Buenos Aires saliendo de relaciones de pareja muy conflictivas, y,

como experiencia repetida, las tres buscaron ayuda para sus consumos problemáticos de drogas estando en situaciones de uso intensivo y relativa soledad. Lejos de convertirse en víctimas pasivas de estas circunstancias, estas acciones muestran cómo las mujeres consumidoras intensivas de drogas, pueden y suelen desplegar recursos para intentar estar mejor. Es lo que Alejandro Capriati [9] conceptualiza como proyectos «titánicos»: actos de resistencia subjetiva frente a un presente restrictivo. En las trayectorias analizadas, los gestos de autocuidado y las decisiones orientadas a la búsqueda de tratamiento operan de manera similar, constituyéndose en puntos de inflexión que permiten reorientar recorridos vitales fuertemente condicionados por la desigualdad, la vulnerabilidad y la violencia.

Incorporar una perspectiva de género en el análisis de las trayectorias de consumo y los itinerarios terapéuticos permite identificar acontecimientos significativos que suelen estructurar las experiencias de las mujeres usuarias problemáticas de drogas, al tiempo que revela la multiplicidad de situaciones que las atraviesan. Estas dimensiones resultan fundamentales a la hora de diseñar intervenciones comunitarias y políticas públicas, no sólo porque permiten adecuarlas a las necesidades específicas de este grupo, sino porque visibilizan los mecanismos de desigualdad que inciden en sus posibilidades de acceso, continuidad y eficacia de los tratamientos.

Referencias

1. Alli A, Minond J, Embil Y, Kiss Rouan M. Modos discontinuos y erráticos de transitar un hospital especializado en salud mental y adicciones de la Ciudad de Buenos Aires: la mirada de profesionales de la salud. *Salud Colect.* 2020;16:e2521. PMID: 33147396 <https://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/article/view/2521>
2. Alves PC. A experiência da enfermidade: considerações teóricas. *Cad Saúde Pública.* 1993;9(3):263-71. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1993000300014>

3. Alves PC. Itinerário Terapêutico e os nexos de significados da doença. *Polít Trab*. 2015;42(1):29-43. <https://periodicos.ufpb.br/index.php/politicaetrabalho/article/view/23308/14152>
4. Azparren Almeida AL. Del consumo al cuidado. Trayectorias de personas usuarias de pasta base/paco en villas de la Ciudad de Buenos Aires (2014-2018). Análisis desde una perspectiva interseccional [tesis de doctorado]. Buenos Aires: Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires; 2021.
5. Bordoni MB, Cafferata A, Casas MB, Goldestein B, López M. Maternidad y adicciones. La supervisión como instancia de formación profesional. *Rev Argent Ter Ocup*. 2016;2(1):21-6. Disponible en: https://revista.terapia-ocupacional.org.ar/index.php/rato_2022/article/view/16/14
6. Camarotti AC, Jones DE, Di Leo, directores. Entre dos mundos: abordajes religiosos y espirituales a los consumos de drogas. Buenos Aires: Teseo; 2017.
7. Camarotti AC, Jones DE, Dulbecco P. El impacto de los tratamientos en los modelos de masculinidad de varones con consumos problemáticos de drogas en el Área Metropolitana de Buenos Aires. *Rev Esp Drogodep*. 2020;45(2):47-63. Disponible en: https://red.aesed.com/upload/files/v45n2_4_camarotti_et al.pdf
8. Camarotti AC, Romo Áviles N, Jiménez Bautista F. Vulnerabilidad y prácticas de cuidado en mujeres consumidoras de pasta base del Área Metropolitana de Buenos Aires. *Acta Psiquiatr Psicol Am Lat*. 2016;62(2):96-107.
9. Capriati A. Cómo salir del barrio sin morir en el intento: trayectorias juveniles y proyectos de vida. En: Di Leo PF, Camarotti AC, eds. Quiero escribir mi historia. Vidas de jóvenes en barrios populares. Buenos Aires: Biblos; 2013, pp. 155-72.
10. Diez M, Pawlowicz MP, Vissicchio F, Amendolaro R, Barla JC, Muñiz A, Arrúa L. Entre la invisibilidad y el estigma: consumo de sustancias psicoactivas en mujeres embarazadas y puérperas de tres hospitales generales de Argentina. *Salud Colect*. 2020;16:e2509. PMID: 33147390 <https://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/article/view/2509>
11. Epele M. Sujetar por la herida: Una etnografía sobre drogas, pobreza y salud. Buenos Aires: Paidós; 2010.
12. Ferrer-Pérez VA, Bosch-Fiol E. El género en el análisis de la violencia contra las mujeres en la pareja: de la "ceguera" de género a la investigación específica del mismo. *Anu Psicol Juríd*. 2019;29:69-76. DOI: <https://doi.org/10.5093/apj2019a3>
13. Grippaldi E. Narrativas del yo y religiosidad en contexto de tratamiento por consumo problemático de drogas. *Cult Psi*. 2015;4:53-86.
14. Güelman M. El método biográfico en las ciencias sociales: Acerca del carácter social y el estatuto de verdad de las experiencias de vida. *Empiria Rev Metodol Cienc Soc*. 2024;60(1):95-116. Disponible en: <https://revistas.uned.es/index.php/empiria/article/view/39283>
15. Jeifetz V, Sánchez Antelo V. Mujeres y usos problemáticos de sustancias psicoactivas. Reflexiones desde una perspectiva de género y derechos. En: Herrera M, Fernández SE, de la Torre N, directoras. Tratado de géneros, derechos y justicia. Políticas públicas y multidisciplinaria. Santa Fe: Rubinzal Culzoni; 2021. pp. 629-35.
16. Jeifetz V, Tajer D. Equidad de género en la adherencia al tratamiento de adicciones. Representaciones y prácticas de profesionales y pacientes en un servicio de internación de un hospital público. En actas del V Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología; 27 a 30 de noviembre, Ciudad de Buenos Aires, R. Argentina. Buenos Aires: Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires; 2013. Disponible en: <https://www.academica.org/000-054/293>
17. Jones D, dir. Sexo, drogas & religión. Debates y políticas públicas sobre drogas y sexualidad en la Argentina democrática. Buenos Aires: Teseo; 2018.
18. Jones D, Camarotti AC. Errores, reflexividad y lecciones metodológicas: la importancia de adoptar una perspectiva de género

- en una investigación sobre mujeres consumidoras de drogas. *Rev Latinoam Metodol Cienc Soc.* 2025;15(2):e158. <https://doi.org/10.24215/18537863e158>
19. Leclerc-Olive M. Temporalidades de la experiencia: las biografías y sus acontecimientos. *Iberofórum.* 2009;4(8):1-39. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=211014822001>
 20. Mario S, Pantelides EA. Estimación de la magnitud del aborto inducido en la Argentina. *Notas Poblac.* 2009; 35(87):95-123. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/12842-estimacion-la-magnitud-aborto-inducido-la-argentina>
 21. Marradi A, Archenti N, Piovani JI. *Manual de Metodología de las Ciencias Sociales.* Buenos Aires: Siglo XXI; 2018.
 22. Menéndez EL. De sujetos saberes y estructuras. Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2009.
 23. Navarro D. La cuestión de las mujeres que usan drogas: mujeres en cuestión. Un análisis de las políticas de atención en salud en consumos problemáticos de drogas, Mendoza (2017-2019) [tesis de doctorado]. Mendoza: Universidad Nacional de Cuyo; 2020.
 24. Observatorio Argentino de Drogas. Casas de Atención y Acompañamiento Comunitario (CAAC) Crecimiento de la red asistencial, respuestas implementadas y personas atendidas durante 2022 [internet]. Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina (SEDRONAR); 2023. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/oad_2023_casas_de_atencion_y_acompanamiento_comunitario_crecimiento_de_la_red_asistencial_respuestas_implementadas_y_personas_atendidas_durante_2022.pdf
 25. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. Informe Mundial sobre las Drogas 2024 [internet]. Viena: Naciones Unidas, UNODC; 2024. Disponible en: https://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/WDR_2024/languages/2412493S.pdf
 26. Parga J. Incorporación de la equidad de género en las Políticas de drogas: Visibilizando la situación de las usuarias. *Actas del Congreso Internacional: "Las políticas de equidad de género en prospectiva: nuevos escenarios, actores y articulaciones"*; 9 a 12 de noviembre de 2010, Buenos Aires, R. Argentina. Buenos Aires: FLACSO-Cátedra UNESCO-PRIGEPP; 2010.
 27. Parga J. Etnografía sobre la equidad de género en la atención del uso problemático de sustancias. Un análisis sobre la "adherencia" al tratamiento [tesis de maestría]. La Plata: Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales; 2012. Disponible en: <https://www.prigepp.org/pdf/13052807464215.pdf>
 28. Parga J. "Salir del bardo". Etnografía de las políticas públicas de abordaje del consumo de sustancias en la provincia de Buenos Aires (1993-2011) [tesis de doctorado]. La Plata: Universidad Nacional de La Plata, Facultad de Ciencias Naturales y Museo; 2016. Disponible en: <https://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/57121>
 29. Pawlowicz MP. Lineamientos para incorporar la perspectiva de género en los sistemas de información de los Observatorios Nacionales de Drogas [Internet]. Programa de Cooperación entre América Latina, el Caribe y la Unión Europea en políticas sobre drogas (COPOLAD III); 2023. Disponible en: https://copolad.eu/wp-content/uploads/2023/09/COPOLAD_Publicaciones_Guia_lineamientos_genero_COPO-LAD_III.pdf
 30. Romo Avilés N, Camarotti AC. Haciendo género en un mundo de varones: el consumo de pasta base de cocaína entre las mujeres de la ciudad de Buenos Aires. *Aljaba.* 2015;19:229-35. Disponible en: https://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1669-57042015000100013
 31. Saavedra J, Sánchez Antelo V. M. Oportunidades perdidas de prevención con mujeres embarazadas y/o que son madres consumidoras de sustancias psicoactivas: la perspectiva de los profesionales. En *actas de las XIII Jornadas de Sociología*; 26 a 30 de agosto de 2019, Ciudad de Buenos Aires, R. Argentina. Buenos Aires: Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de

- Buenos Aires; 2019. Disponible en: <https://www.aacademica.org/000-023/513>
32. Sánchez Antelo VM, Saavedra JV. Oportunidades perdidas de detección y prevención del consumo de sustancias psicoactivas entre mujeres embarazadas o en periodo de lactancia. La perspectiva de los profesionales de atención primaria de la salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2019). *Cult Drog.* 2020;25(30):176-95. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8779193>
33. Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina SEDRONAR. Informe anual de la Línea 141 de atención y contención para consumos problemáticos [internet]. Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina; 2020.
34. Stagnaro JC, Cia A, Vázquez N, Vommaro H, Nemirovsky M., Serfaty E, et al. Estudio epidemiológico de salud mental en población general de la República Argentina. *Vertex Rev Arg Psiquiatr.* 2018;29(142):275-99. Disponible en: <https://revistavertex.com.ar/ojs/index.php/vertex/article/download/256/198/277>
35. Vissicchio F, Pawlowicz MP. Historias de vida de mujeres encarceladas. Delitos de drogas, criminalización y patriarcado. Teseo: Buenos Aires; 2022.