



**UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE FILOSOFÍA Y HUMANIDADES
ESCUELA DE POSTGRADO
CENTRO DE ESTUDIOS DE GÉNERO Y CULTURA EN AMÉRICA LATINA**

**ESTUDIO DE CASO ACERCA DE LA INCORPORACIÓN DE PERSPECTIVA DE
GÉNERO EN EL TRATAMIENTO PARA PERSONAS CON PROBLEMAS DERIVADOS
DEL CONSUMO DE ALCOHOL U OTRAS DROGAS EN UN CENTRO DE SALUD
MENTAL COMUNITARIA.**

**Tesis para optar al grado de Magíster en Estudios de Género y Cultura,
Mención Humanidades**

ÁLVARO LEMUS HERNÁNDEZ

**Profesora Guía:
MARGARITA IGLESIAS SALDAÑA**

Santiago de Chile, 2013

RESUMEN

El propósito de la presente investigación consistió en evaluar la incorporación de la perspectiva de género en el dispositivo de tratamiento destinado al control de la demanda por alcohol y otras drogas; financiado y supervisado por el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA), instalado en el Centro de Salud Mental Comunitaria (COSAM), de la comuna de Independencia.

Para alcanzar este objetivo, se diseñó un *estudio de caso* de tipo descriptivo-ilustrativo, que buscó conocer y caracterizar la forma en que se incorpora la perspectiva de género en el programa de tratamiento estudiado, en el marco de su contexto real. Para ello, se trabajó una metodología de investigación cualitativa, que se desarrolló sobre la base del análisis de contenido de un corpus textual de estudio constituido por documentos programáticos institucionales (documentos técnicos y fichas clínicas), y por entrevistas practicadas a los profesionales del centro de salud. De este modo fue posible caracterizar los conceptos acerca de perspectiva de género y su relación con el consumo de alcohol y otras drogas, identificables tanto en los documentos técnicos del programa ambulatorio de tratamiento, como en el discurso de los profesionales tratantes.

Como resultado, fue posible concluir que el programa de tratamiento, el caso estudiado, incorpora parcialmente perspectiva de género, resultando el discurso profesional la dimensión del programa de tratamiento más enriquecida por conceptos de diversa calidad y desarrollo. Además, se identificaron una serie de puntos críticos que obstaculizan la implementación de la perspectiva y se proponen algunos cursos de acción para abordarlos.

Palabras clave: drogas, tratamiento, androcentrismo, género, salud mental.

AGRADECIMIENTOS

A todos quienes han comprometido su apoyo con este proyecto y que han resultado, en mayor o menor medida, indispensables para su desarrollo, quisiera expresar mi profunda gratitud. Este proyecto ha sido posible gracias a la colaboración de generosa de múltiples actores: desde la confianza y el respaldo institucional ofrecido por la Ilustre Municipalidad de Independencia, a través de su Departamento de Salud y del Centro Comunitario de Salud Mental Comunitaria, cuyas directoras, las Sras. Ana María Moreno y Paulina Aranguiz, manifestaron su interés y compromiso irrestricto desde el momento de la postulación al programa de Magíster, pasando por el apoyo y respaldo formal del Servicio de Salud Metropolitano Norte, a través de la persona de la Sra. Angélica Daskalakis, hasta el indispensable financiamiento de CONYCIT, toda una serie de coordinaciones y esfuerzos institucionales han generado las condiciones de contexto necesarias para el desarrollo de los estudios de postgrado que finalmente se han traducido en esta investigación.

Mientras las coordinaciones institucionales facilitaron las condiciones de posibilidad básicas para iniciar el proceso, ha sido la Universidad de Chile, la Facultad de Filosofía y Humanidades, y específicamente el Centro de Estudio de Género y Cultura en América Latina, CEGECAL, quienes han puesto a mi disposición las condiciones académicas para el proceso de formación de postgrado y elaboración de este estudio. Expreso en este espacio mi gratitud para con la totalidad del cuerpo docente y administrativo del Centro, en especial a aquellas personas que dedicaron tiempo a la lectura de las entregas preliminares y que tuvieron la dedicación de ofrecerme sus comentarios y críticas; y muy especialmente a la Sra. Margarita Iglesias Saldaña, Profesora guía de esta investigación, a quién debo, académicamente hablando, la consecución de esta tarea.

Finalmente, durante estos tres años y medio, la familia, los amigos y los compañeros de labor han alentado y solidarizado de diversas maneras con este esfuerzo desde el afecto y el compromiso personal. A todos ellos expreso mi más profunda gratitud; sin esos estímulos y apoyos generosos esta tarea hubiese resultado imposible de enfrentar y culminar.

Especialmente, le debo más de lo que puedo expresar en estas líneas a Constanza, mi esposa y a mis hijos, Magdalena y Dante, que son la razón última de todo.

No puedo menos que mencionar y agradecer a mi madre Elizabeth, a quien debo la curiosidad por las relaciones entre mujeres y hombres, y el legado feminista.

Por último, quisiera dedicar esta tesis a mi abuelo, Héctor, y a mi abuela Bernarda. Gracias por estimularme y ofrecerme la posibilidad de formarme intelectualmente.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	03
1.1. Preguntas de Investigación.....	03
1.2. Objetivos de la Investigación.....	04
1.2.1. Objetivo General.....	04
1.2.2. Objetivos Específicos.....	04
1.3. Antecedentes.....	06
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.....	23
2.1. Panorámica sobre el consumo de alcohol y otras drogas.....	23
2.2. El género y su relación con el consumo de alcohol y otras drogas.....	30
2.2.1. Los sistemas de sexo/género.....	30
2.2.2. Género y Performatividad.....	36
2.2.3. Masculinidades.....	39
2.2.4. Género, alcohol y otras drogas.....	44
CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO.....	53
3.1. Antecedentes de contexto para la investigación.....	53
3.1.1. Políticas públicas en materia de control de la demanda por alcohol y otras drogas.....	53
3.1.2. Políticas locales para la implementación de dispositivos de control de la demanda por alcohol y otras drogas.....	57
3.2. Propuesta metodológica de investigación.....	61
3.2.1. El Estudio de caso.....	62

3.2.2. Categorías de análisis.....	64
3.2.3. Corpus y atributos muestrales.....	65
3.2.3.1. Documentos escritos.....	66
3.2.3.2. Entrevistas en profundidad.....	67
3.2.4. Unidades de registro y análisis.....	68
3.2.5. Validez y confiabilidad del estudio.....	68
CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	70
4.1. Síntesis de resultados según fuente analizada.....	70
4.1.1. Documentos técnicos del programa de tratamiento.....	70
4.1.2. Entrevistas a miembros del equipo tratante.....	82
4.1.3. Sistematización de fichas clínicas.....	96
4.2. Síntesis de resultados según categorías de análisis.....	100
4.2.1. Categoría: Perspectiva de género.....	100
4.2.2. Categoría: Perspectiva de género aplicada al consumo de alcohol u otras drogas.....	103
4.2.3. Categoría: Perspectiva de género y prácticas profesionales en relación al consumo de alcohol u otras drogas.....	107
CAPÍTULO V: DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	111
BIBLIOGRAFÍA.....	129
ANEXOS.....	137
▪ Anexo A: Pauta de Entrevistas.....	137
▪ Anexo B: Consentimiento informado – entrevistas.....	139
▪ Anexo C: Consentimiento informado – fichas clínicas.....	141

ÍNDICE DE CUADROS Y FIGURAS

Gráfico 1: Evolución de la prevalencia de consumo último año de cannabis, total, adolescentes y jóvenes, 1994-2010.....	26
Gráfico 2: Evolución de la prevalencia de consumo último año de cocaína, total, adolescentes y jóvenes, 1994-2010.....	27
Gráfico 3: Evolución de la prevalencia de consumo último año de pasta base de cocaína, total, adolescentes y jóvenes, 1994-2010.....	28
Gráfico 4: Evolución de la prevalencia de consumo último año de alcohol, total, adolescentes y jóvenes, 1994-2010.....	29
Tabla 1: Tabla de frecuencias – Conceptos en relación con el Género observados en documentos técnicos del programa de tratamiento.....	71
Tabla 2: Tabla de frecuencias – Conceptos en relación con el Género observados en Entrevistas a miembros del equipo tratante.....	83
Tabla 3: Tabla de frecuencias – Conceptos en relación con el Género observados en Sistematización de fichas clínicas.....	98
Tabla 4: Tabla de frecuencias – Conceptos identificados según categoría de análisis: Perspectiva de género.....	100
Tabla 5: Tabla de frecuencias – Conceptos identificados según categoría de análisis: Perspectiva de género aplicada al consumo de alcohol u otras drogas.....	103
Tabla 6: Tabla de frecuencias – Conceptos identificados según categoría de análisis: Perspectiva de género y prácticas profesionales en relación al consumo de alcohol u otras drogas.....	107

INTRODUCCIÓN

El presente estudio tiene por propósito evaluar el estado de la incorporación de la perspectiva de género en el diseño programático y las prácticas clínicas vinculadas al control de la demanda de alcohol y otras drogas en un dispositivo de tratamiento concreto financiado y supervisado por el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA), en el Centro de Salud Mental Comunitaria (COSAM), de la comuna de Independencia.

En la medida en que el género, en tanto perspectiva metodológica, y según la investigación contemporánea, resulta prioritario para el desarrollo de programas de prevención y tratamiento eficaces y equitativos que pretendan responder a las necesidades específicas de sus poblaciones objetivo; y en la medida también en que SENDA (ex-CONACE), reafirma en su Estrategia Nacional de Drogas y Alcohol 2011-2014, que la perspectiva de género es uno de sus principales lineamientos técnicos, resulta de interés conocer hasta qué punto y en qué forma esta perspectiva ha sido incorporada en un dispositivo de tratamiento que, por sus características, puede ser considerado un caso típico de implementación de la política pública en esta área.

A priori, y desde la propia posición del autor de esta investigación como profesional Psicólogo tratante del programa de tratamiento en cuestión, alumno además, del programa de Magíster en Estudios de Género y Cultura de la Universidad de Chile, y como hombre inspirado por las luchas feministas, pienso que dicha incorporación es, en el mejor de los casos, parcial, situación que probablemente se traduce en formas inadvertidas de discriminación e invisibilización ancladas en la trama institucional. Esta investigación, aspira por lo tanto, a generar evidencia que contribuya a la reflexión necesaria para tomar decisiones orientadas a promover y mejorar las condiciones de inclusión y equidad para las mujeres y los hombres

usuarios del COSAM de la comuna de Independencia que consultan por problemas derivados del consumo de alcohol u otras drogas.

La primera parte del documento está dedicada al planteamiento del problema, a la explicitación de las preguntas que guiaron la investigación, a la formulación de los objetivos de la misma, y a la contextualización de este estudio en el marco, tanto de las políticas públicas chilenas para el control de la oferta y la demanda por drogas, como del desarrollo del campo teórico y clínico en relación con la incorporación de la perspectiva de género en la comprensión y el tratamiento del consumo de sustancias psicoactivas.

La segunda parte, incluye el desarrollo de un marco teórico pertinente acerca de la situación internacional y local del consumo de alcohol y otras drogas, y acerca de la teoría de género y de su relación con el consumo de sustancias. A partir de este marco teórico es que se desarrollan las categorías para el análisis del corpus de la investigación, esto es, los documentos técnicos del programa de tratamiento, fichas clínicas y entrevistas en profundidad a los profesionales ejecutores del programa.

En tercer lugar, se expone un marco metodológico que da cuenta de antecedentes de contexto para la investigación en relación con las políticas públicas para el control de la demanda por drogas, y de las políticas locales para la implementación de programas de tratamiento. Se desarrollan además, los elementos propiamente metodológicos de la investigación y se establecen las categorías para el análisis de documentos y entrevistas.

A continuación, en cuarto y quinto lugar respectivamente, se exponen los resultados del análisis de contenido del corpus y la síntesis de estos, para finalmente dar paso a la discusión y a las conclusiones.

I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Preguntas de Investigación

Las preguntas que inspiraron el planteamiento de esta investigación fueron las siguientes:

- ¿Es posible observar relaciones entre el género y el consumo de alcohol y otras drogas?
- ¿Existe, y de haber, cuál es el estado del desarrollo teórico, técnico y de la investigación en torno al género y su relación con el consumo de alcohol y otras drogas?
- ¿Se incorporan nociones de perspectiva de género en las políticas y lineamientos técnicos contemporáneos del tratamiento para personas con problemas derivados del consumo de alcohol y otras drogas?
- ¿Qué ideas acerca de la relación entre género y consumo de alcohol y otras drogas se incorporan, sostienen y ponen en práctica en un programa público de tratamiento?
- ¿Coinciden o se distancian estas nociones e ideas respecto de los desarrollos teóricos y técnicos en esta área?

Estas preguntas han sido organizadas para traducirse en unos Objetivos de Investigación que se enuncian a continuación.

1.2. Objetivos de la Investigación

1.2.1. Objetivo general:

Evaluar la incorporación de perspectiva de género en un programa de tratamiento para personas con problemas derivados del consumo de alcohol u otras drogas en un Centro de Salud Mental Comunitaria (COSAM).

1.2.2. Objetivos específicos:

- Caracterizar los conceptos acerca de perspectiva de género identificables en los documentos técnicos del programa ambulatorio de tratamiento para personas con problemas derivados del consumo de alcohol u otras drogas del COSAM de la comuna de Independencia.
- Conocer las ideas, conceptos y representaciones sostenidas por los y las profesionales que conforman el equipo del programa acerca de la perspectiva de género y su relación con el consumo de alcohol y otras drogas.
- Describir coherencias y discrepancias entre lineamientos técnicos, discursos profesionales y registros clínicos en relación con la perspectiva de género y su nexos con el consumo de alcohol y otras drogas.

No obstante la evidencia producida durante los últimos veinte años en el campo de la incorporación de la perspectiva de género en el estudio y el tratamiento del consumo de alcohol y otras drogas, y a pesar de los esfuerzos que, desde las políticas sanitarias en materia de control de la oferta y la demanda, han desplegado primero CONACE y actualmente SENDA por instalar el género como principio rector para el diseño de dispositivos preventivos y terapéuticos, pensamos, a modo de hipótesis que, el género, pese a ser reconocido ampliamente como una dimensión que organiza los distintos

modos en que las personas, según su ubicación en los sistemas de sexo/género, van a vincularse tanto con las prácticas de consumo de drogas, como con los dispositivos de tratamiento; no se encuentra sistemáticamente incorporado en el programa de tratamiento escogido como caso a estudiar, sino que es probable encontrarlo reseñado en los documentos técnicos, e incorporado fragmentariamente en los discursos profesionales y prácticas clínicas, en un lugar secundario respecto de otros desarrollos teóricos y técnicos en el campo.

En la medida en que el *Estudio de Caso* es una metodología que se presta adecuadamente para la evaluación de distintas situaciones y entidades sociales¹, esperamos también que la presente investigación contribuya a la reflexión y a la revisión críticas, tanto del equipo COSAM, como del equipo de SENDA que diseña y supervisa la implementación del programa, en torno a los supuestos y las prácticas clínicas propias del dispositivo estudiado, con el objeto de reevaluar el lugar otorgado actualmente a la perspectiva de género en el diseño y la implementación del mismo.

¹ Para la utilización del Estudio de Caso Evaluativo como instrumento para la evaluación, sobre todo en contextos educativos, véase, Merriam, S., *Qualitative research and case study applications in education*. San Francisco: Jossey-Bass, 1998.

1.3. Antecedentes

Los antecedentes de las políticas contemporáneas de control de la demanda de sustancias psicoactivas en nuestro país, nos sitúan en los albores del Chile de comienzos del siglo pasado. La historia del tratamiento de los problemas asociados al consumo de sustancias psicoactivas en Chile nos remite, en tanto hitos, a la apertura, en 1897, del concurso de memorias convocado por el Ministerio de Hacienda de la época para la redacción de una ley de alcoholes, y a la posterior promulgación de la Ley de Alcoholes de 1902, la cual, además de regular las tasas impositivas para la producción y venta de bebidas alcohólicas, y asegurar de este modo la adquisición de una renta fiscal para el Estado, establece las primeras medidas oficiales de prevención y represión del consumo abusivo².

Se plasma de este modo en la forma de la ley el resultado de una discusión cuyos actores centrales fueron, en aquella época, el Estado, los productores de alcoholes, la ciencia médica, las organizaciones civiles promotoras de la abstinencia y algunos sectores del movimiento obrero. Como nunca antes, la ley establece las bases de las primeras políticas sanitarias que tienen como objeto el control del vicio y de la degeneración producida por el alcohol en los hombres de las clases populares, ampliando de este modo el margen de actuación estatal sobre los consumidores. La ley, corregida en 1916 y en 1925, intentaba, según señala Marcos Fernández, *“hacer conciliar intereses muy diversos, tanto como los objetivos que la misma ley buscaba alcanzar: el aumento en el costo de las bebidas alcohólicas, el fomento a la industria vitivinícola y a la producción de alcoholes de uso industrial, la lucha contra el alcoholismo y la transformación paulatina de la industria, todo ello mediado por la necesidad de obtención de una renta fiscal más abultada que la que hasta ese momento se percibía”*³.

² Véase, Fernández, M., *Los usos de la taberna: renta fiscal, combate al alcoholismo y cacicazgo político en Chile: 1870-1930*, HISTORIA 39:II, diciembre 2006, 369-429

³ *Ibíd.*, Pág.407

Algunas de las atribuciones de orden “terapéutico” que el estado estructuró a partir de entonces, y en forma ininterrumpida hasta nuestros días, incluyeron diversas estrategias de control, represión y reclusión de los ebrios. El higienismo de la época hizo del alcohol el responsable de la gran mayoría de los males y vicios de los pobres, y de los borrachos uno de los focos de sus políticas de saneamiento y administración de la población popular, *“sumidos hasta ese momento en la infesta atmósfera de sus conventillos y ranchos, arrojados a la más escandalosa miseria y pauperismo, con tasas de deserción laboral y mortalidad infantil que hacían palidecer de vergüenza a nuestros dignatarios en los foros y congresos internacionales”*⁴. En este contexto es el saber científico, y en especial la psiquiatría nacional, quien asume el desafío de tomar a los ebrios y devolver al Estado hombres en condiciones de aportar, mediante el trabajo, al desarrollo del país y al cuidado de sus familias. Además de la lucha contra el ocio, la insistente asociación entre el consumo de alcohol y la comisión de delitos entre los hombres populares, justificaron la acción decidida de las autoridades y de la medicina, en la forma de la instalación de lugares especiales de reclusión anexos a la Casa de Orates. Fernández señala que, además del encierro y del trabajo forzado, la nueva ley permitía al Estado articular su progresiva intervención y control de los ámbitos familiares más cercanos: *“El alcoholismo, al igual que desde siempre el delito y su castigo, permitió al Estado ingresar al núcleo de las familias populares, iniciando un proceso de intervención que tuvo como principales “beneficiarios” a mujeres y niños”*⁵. Godoy apunta que, precisamente, son los crímenes

⁴ Fernández, M., *Pobres, Borrachos, Violentos y Libres: Notas para la reconstrucción de identidades masculinas populares del siglo XIX*, en Olavarría, José; Parrini, Rodrigo, eds. “Masculinidad/es. Identidad, sexualidad y familia.” Primer Encuentro de Estudios de Masculinidad. Santiago, Chile: FLACSO-Chile/Universidad Academia de Humanismo Cristiano/Red de Masculinidad, 2000. Pág.54

⁵ *Ibíd.*, Pág.55. El autor cita el texto de la Ley, señalando ejemplarmente el tenor de esta en relación con el control y la higiene de los alcohólicos: *“el cónyuge o padre de familia que...se encuentre de ordinario bajo la influencia del alcohol, de tal modo que no le sea posible dirigir correctamente sus negocios o propender al mantenimiento de su cónyuge e hijos. Podrá ser secuestrado por tres a doce meses en un asilo para bebedores,*

asociados a la embriaguez, a la *locura alcohólica*⁶, el punto de entrada de la medicina psiquiátrica al campo del control social, fin político motivado por los intereses progresistas y liberales de las clases dominantes de la época, cuyo proyecto de orden social requería de la administración y el control de la salud del cuerpo y de la ciudad.⁷

Pese a los esfuerzos salubristas, y a la lucha contra la degeneración de las clases y, sobre todo, de los hombres populares, el proyecto de higiene social materializado a partir de los inicios del siglo XX en Chile no tiene los resultados esperados. La relación dual del Estado con el alcohol en tanto fuente de ingresos estables, y en tanto fuente de males sociales y sanitarios que deben ser combatidos, relación ya establecida en el acto de la promulgación de la Ley de alcoholes de 1902, y refrendada sin mayores modificaciones en sus sucesivas revisiones, pareciera haber contribuido a mantener y aumentar el ingreso fiscal, pero no se ha traducido en una modificación significativa en el ámbito de la disminución de la prevalencia del consumo o del gasto público asociado a los problemas derivados de este. Vargas señala al respecto que *“En este punto otra vez vemos la relación dicotómica de la legislación del Estado chileno en torno al problema: da grandes facilidades para la producción, importación, comercialización y consumo de alcohol, pero las leyes para*

a petición de cualquiera de los miembros de su familia, dirigida al juez de letras respectivo”.

⁶ Véase, Allende G., Salvador, *Higiene Mental y Delincuencia*, Tesis para optar al título de Médico Cirujano de la Universidad de Chile, 1933. Fundación Presidente Allende (España), Ediciones ChileAmérica-CESOC, Esmeralda 636, Santiago, Chile.

El autor, el año 1933, da cuenta de la mirada médica de la época respecto al bebedor excesivo, donde confluyen criterios sociales, científicos y criminalísticos orientados a la higiene social: *“Las profundas alteraciones que produce en el mecanismo psíquico hace que, muy justamente se considera la intoxicación alcohólica como una locura”, “Entre nosotros, el alcohol es tal vez el agente de mayor importancia en la génesis de los delitos. Una estadística en este sentido nos daría una proporción de un 75 a 80% más o menos de antecedentes alcohólicos o herencia alcohólica en los homicidas”, por último, “El alcoholismo es, pues, un problema social de capital importancia, y es en resguardo de esa misma sociedad, por cuyas garantías se debe velar, lo que nos obliga a considerar al alcohólico como un enfermo”.* Págs.25-27

⁷ Godoy, N., *Casa de Orates de Los Olivos: Degeneración, Racismo y Locura, Chile 1891-1930*. Tesis para optar al grado académico de Licenciado en Historia, Universidad Academia de Humanismo Cristiano, Licenciatura en Historia, Enero 2010, Stgo., Chile.

*controlar los problemas derivados de lo anterior, en el mayor de los casos y como ya lo mencionamos, han sido letra muerta*⁸. El autor expone en su trabajo algunos hitos que dan cuenta de que la situación en relación con el alcohol y la reducción de su demanda por parte de la población ha permanecido prácticamente inmóvil también durante la segunda mitad del siglo XX, pese a la creación de instancias gubernamentales orientadas a su gestión^{9 10}.

El discurso oficial contemporáneo sobre sustancias en Chile es el resultado tanto de la evidencia acerca de la diversificación y el aumento del tráfico de drogas ilícitas a través del territorio durante los años 80, como de la suscripción del Estado chileno a los tratados internacionales sobre control de drogas y cooperación entre países en la materia.¹¹

⁸ Vargas, W., *Alcohol y alcoholismo. Algunas consideraciones sobre la historia y magnitud del problema en Chile, y de las vías correctas para su solución*, Rev. Medicina y Humanidades. Vol. 1 N°3. (Sept.-Dic.) 2009.

⁹ Entre estas entidades precursoras de los modernos CONACE y SENDA, cabe mencionar la *Comisión Mixta de Salud Pública y Educación* en 1961; la *Comisión Interministerial de Alcohol y Alcoholismo*, en 1966; la *Comisión Nacional de control del Alcoholismo y Problemas del Alcohol*, en 1972; y la *Comisión Nacional de Alcoholismo*, en 1975. Vargas menciona que, en la práctica, ninguna de estas iniciativas logró sus objetivos puesto que pese a estar fundadas en la legislación, carecieron de financiamiento, representatividad y poder ejecutivo.

¹⁰ *Ibíd.*, Pág.153. El autor señala que: *“en casi 60 años de estudio, la tasa de alcoholismo en Chile se ha mantenido en un 5%, y la de bebedores excesivos (bebedores problema) bordeando el 15%”*

¹¹ Véase, SENDA, *Estrategia nacional de drogas y alcohol 2011-2014*, Ministerio del Interior y Seguridad Pública, Gobierno de Chile. Santiago, Chile, 2011.

El texto explícita: *“la droga y el consumo de riesgo de alcohol constituyen un problema social que debe ser evitado ya que genera consecuencias negativas a nivel personal, de la comunidad y del país”* asimismo; señala que, *“los problemas sanitarios derivados del consumo de drogas y alcohol son múltiples e impactan no solo en términos del número de personas atendidas en el sistema de salud, sino también en el perfil epidemiológico de los países y en el sistema económico de estos”*.

http://www.senda.gob.cl/wp-content/uploads/2011/05/estrategia_drogas_alcohol_2011_20141.pdf

Como respuesta al *problema de la droga*¹², el estado chileno adopta ya a principios de la década de 1990, y en el marco de la gestión los dos primeros gobiernos de la Concertación de Partidos por la Democracia, una serie de políticas públicas que incluyen, junto con la promulgación de leyes que sancionan la producción y el tráfico de drogas ilícitas, así como el lavado de dinero asociado a estas actividades, la creación del Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (CONACE), organismo gubernamental que viene a remplazar a la Comisión Nacional de Alcohol de 1982, y que tendrá el propósito de implementar iniciativas y políticas orientadas tanto a la prevención y el tratamiento, como a la reducción de la oferta de drogas, además de desarrollar estudios de seguimiento del problema.¹³

La creación del CONACE en 1990, cuya lógica explícita vertida en el Decreto 683 del Ministerio del Interior del mismo año es la de *“establecer un comité de carácter interministerial que asesore al Presidente de la República en estas materias, con el propósito de lograr una acción coordinada de todas las entidades encargadas de la prevención y el control del uso indebido y el tráfico ilícito de estupefacientes y demás delitos definidos en el artículo 3° de la citada Convención de Naciones Unidas de 1988, como igualmente en todo lo relacionado con el tratamiento, rehabilitación y reinserción social de los drogadictos o toxicómanos.”*¹⁴; responde, según Martín Hopenhayn, a la necesidad percibida por las autoridades de la época de generar una institucionalidad que dé respuesta a los diversos desafíos, nacionales e internacionales, planteados por el problema de la droga: *“entre ellos cabe destacar la suscripción del Estado chileno a*

¹² El problema mundial de las drogas consiste, según la definición clásica de las Naciones Unidas, en *“el cultivo, la producción, la fabricación, la venta, la demanda, el tráfico y la distribución ilícitos de estupefacientes y sustancias sicotrópicas, comprendidos los estimulantes de tipo anfetamínico, la desviación de precursores, y las actividades delictivas conexas”*.(UNGASS, 1998)

¹³ CONACE, *Estudio nacional sobre costos humanos, sociales y económicos de las drogas en Chile*, Olavarría et. al, Chile, 2006 <http://www.senda.gob.cl/wp-content/uploads/2011/07/estudio-costos-sociales-humanos-economicos-de-drogas-en-chile-conace2006.pdf>

¹⁴ Contraloría General de la República, *Recopilación de leyes y reglamentos. Con índices numérico, por ministerios, temático y de notas*, Tomo 97, Edición Oficial, División de Coordinación e Información Jurídica.

los tratados internacionales sobre control de drogas y cooperación entre países en la materia; el reconocimiento de que el consumo de drogas ilícitas en el país había alcanzado un nivel que implicaba daños para la salud y para la comunidad; las evidencias respecto del aumento y la diversificación del tráfico de drogas ilícitas en el territorio nacional; la aparición de crímenes conexos con el narcotráfico, sobre todo el blanqueo de dinero; y la vulnerabilidad del país por su larga frontera con países productores de cocaína y pasta base de cocaína.”¹⁵

El trabajo fundacional de CONACE redundaría tanto en la publicación, el año 1993, de la primera *Política y plan nacional de prevención y control de drogas*, como en la formulación y promulgación de un nuevo marco legal, esto es, la ley 19.366 de 1995.

En su contenido, la *Política y plan nacional de prevención y control de drogas* de 1993, resulta de particular interés en el marco de esta investigación en tanto señala la naturaleza inicial del sujeto de la moderna política pública chilena en relación con las drogas. El texto, hace explícita la prioridad del Estado en relación con dotar a todo el dispositivo de control en torno a las drogas de un criterio orientador de focalización y pertinencia tanto en materias de prevención como de tratamiento y rehabilitación, además de un criterio de selectividad en materias de control. De esta manera, la *Política y Plan Nacional* de 1993 es explícita al indicar la necesidad de que *“confluyan los esfuerzos, especialmente dirigidos a las poblaciones de más alto riesgo”*¹⁶. Según Hopenhayn, esas afirmaciones manifiestan la necesidad expresada en el texto de focalizar las acciones sobre poblaciones determinadas y optimizar el impacto con acciones específicas. Y, según el autor, debe entenderse por focalización, en tanto criterio, como el énfasis por *“concentrar esfuerzos en los problemas más graves y cuyo agravamiento se quiere impedir o revertir, y concentrar los esfuerzos en las poblaciones más vulnerables. Se entiende por poblaciones vulnerables aquellas en que por*

¹⁵ Hopenhayn, M. y otros, *Criterios básicos para una política de prevención y control de drogas en Chile*, CEPAL, Serie Políticas Sociales No.34, Chile, 1999.

¹⁶ Véase, CONACE, *Política y plan nacional de prevención y control de drogas*, Chile, 1993, Ministerio del Interior, Secretaría Ejecutiva. Pág.13

*condiciones culturales, productivas y sociodemográficas, tienen mayor riesgo de exposición al consumo indebido y abusivo de drogas.”*¹⁷

Se configura, de esta manera, un sujeto masculino de intervenciones, acotado, justificado racionalmente sobre el análisis estadístico de los indicadores epidemiológicos y sociodemográficos: *“Las estadísticas son concluyentes: la población joven, masculina, de escasos ingresos, y poco integrada a circuitos de promoción social o de reconocimiento institucional, concentra los mayores flancos de vulnerabilidad, en términos de daños y consecuencias negativas por efecto de consumo de drogas.”*^{18 19}

Aun cuando este sesgo se ha construido sobre la base de los datos estadísticos nacionales e internacionales que indican que los varones, en términos generales, consumen más sustancias legales e ilegales, y consultan más por problemas asociados al consumo de estas^{20 21 22}; durante las últimas dos décadas, se ha ido acumulando un

¹⁷ Hopenhayn, M. y otros, *Criterios básicos para una política de prevención y control de drogas en Chile*, CEPAL, Serie Políticas Sociales No.34, Chile, 1999. Pág.17

¹⁸ *Ibíd.*, Pág.18

¹⁹ Véase, González, M., Menichetti, C., Schmal, F., Suárez, C., *La construcción de sujeto en las políticas de prevención de drogas del estado chileno: un análisis de discurso posible*, en Catalán, M., Edición, *Un ángulo diferente: para pensar y actuar en el campo de las drogas ilícitas*, Universidad Diego Portales. Programa Cono Sur-Chile, Santiago: Dolmen, 1999.

Las autoras, cuyo estudio tiene como propósito dilucidar la construcción de la categoría de sujeto de prevención en el tema drogas, señalan que, el sujeto en cuestión es caracterizado, al menos, desde cuatro perspectivas: la del estado, que define al sujeto de las políticas de prevención como *“un sujeto marginal, determinado por su inmersión en una familia inestable y patológica en cuanto a modelos y formas de vida, que establece relaciones grupales caracterizadas por factores de riesgo y pautas de comportamiento anómico”*; la perspectiva de derecho, el que *“construye un sujeto reprehensible, de facto culpable de males respecto de los cuales debe demostrar inocencia”*; la de la medicina, que construye un sujeto *“inconsciente de los daños que se causa y causa al tercero”*; y la perspectiva de la sociedad, para la cual el sujeto de prevención es *“un sujeto perverso, constitutivamente débil o inclinado al mal ante su falta de valores y de adecuación a las normas de la convivencia”*.

²⁰ Véase, SENDA, *Noveno Estudio Nacional de Drogas en Población General de Chile*, Observatorio Chileno de Drogas, Ministerio del Interior y Seguridad Pública, Gobierno de Chile, Santiago, Chile, 2011.

cuerpo consistente de investigación que señala la urgencia de incorporar un enfoque que otorgue al *problema de la droga* una lectura crítica que permita la incorporación de las experiencias de otros sujetos desplazados por el peso de las lecturas estrictamente estadísticas del problema.

En la medida en que los problemas de abuso y dependencia a sustancias se han venido entendiendo como problemas fundamentalmente masculinos, el campo de la prevención, del tratamiento y la rehabilitación han adoptado y responden a una lógica androcéntrica²³. Este rasgo del abordaje y la intervención en este campo no corresponde a una cualidad exclusiva de las políticas de drogas elaboradas en el contexto local, por el contrario, ha sido bien documentado en el marco de la investigación a nivel internacional. De la Cruz y cols.,²⁴, describen la situación afirmando que, *“cuando una mujer adicta demanda ayuda tiene que superar bastantes situaciones de discriminación; debido a que los servicios asistenciales no están orientados genéricamente o más bien están orientados al género masculino.”* A su vez, Ochoa señala, *“aunque las diferencias de hombres y mujeres está bien documentada, la investigación de las adicciones pocas veces considera el género. En general, la investigación, prevención y tratamiento de las adicciones las contempla desde un punto*

²¹ Véase, OMS, *Estudio internacional sobre género, alcohol y cultura «Proyecto GENACIS»*, Sociedad Española de Toxicomanías, España, 2004. <http://www.documentacion.edex.es/docs/1104SANest.pdf>

²² Véase, OEA, *Informe del Uso de Drogas en Las Américas*, Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas, OIDA, Washington, D.C., 2011.

²³ Respecto al sesgo androcéntrico de las ciencias, Harding lo explica como el resultado del proceso de interrogación científica: *“La ciencia social tradicional... formula únicamente preguntas sobre la vida social que plantean problemas desde la perspectiva de las experiencias sociales de los hombres (por supuesto, de los blancos, occidentales y burgueses)”*. la exclusión sistemática de las epistemologías científicas de las mujeres como sujetos o agentes de conocimiento se traduce, por lo tanto, en que las voces, tanto de la historia como de la ciencia sean tradicionalmente masculinas. Véase, Harding, S., *“Is There a Feminist Method?”*. *Feminism and Methodology*. Ed. Sandra Harding. Indianápolis: Indiana University Press, 1988.

²⁴ De la Cruz Godoy, M. J., Herrera García, A., *Adicciones en mujeres*, Colegio Oficial de Psicólogos de Las Palmas, 2002, Las Palmas de Gran Canaria.

*de vista masculino.*²⁵ Para Barreda²⁶, la mayoritaria demanda masculina por tratamiento en el ámbito del abuso de sustancias, *“favoreció un diseño “único” de intervención basado en la problemática y dinámica del varón, mientras subyacía una dinámica diferenciada en la mujer adicta, de difícil escucha y visualización y con una sintomatología silenciosa.”* Castillo y cols.²⁷, Se refieren a este sesgo como *“efecto de masculinización del perfil del adicto”*, cuyo resultado sería *“la difusión de un perfil del adicto que se corresponde exclusivamente con el adicto de sexo masculino. A partir de ahí el diseño de programas de prevención y también de intervenciones terapéuticas no tiene en cuenta las características de la mujer drogodependiente con lo que la eficacia de estas intervenciones queda muy limitada al no contemplar los aspectos diferenciales del género”*. Según autores como Nuria Romo, este sesgo androcéntrico organiza las redes de atención social y sanitarias, promoviendo fenómenos tales como la invisibilización de las formas específicas del consumo de las mujeres (v.g., alcoholismos domésticos, abuso y dependencia de ansiolíticos benzodiazepínicos), el escaso acceso de las mismas a los programas de tratamiento y sus altas tasas de abandono de estos.²⁸

Incluir la perspectiva de género en los estudios sobre el uso y el consumo problemático de drogas y alcohol, supone, por lo tanto, examinar los datos estadísticos y los modelos epidemiológicos basados en las diferencias de consumo según sexo, a la luz de las subjetividades y de los contextos políticos, sociales, culturales e históricos que regulan el uso y consumo problemático de las mujeres, y de cómo este se

²⁵ Ochoa, E., *Aspectos Diferenciales En Trastornos Por Consumo De Sustancias Psicoactivas*, Servicio de Psiquiatría. Hospital Ramón y Cajal. Universidad de Alcalá. Madrid.

²⁶ Barreda, M et al. *Mujer y Adicción. Aspectos diferenciales y aproximación a un modelo de intervención*, Madrid Salud, 2005.

²⁷ Castillo y cols., *Identidad de Género y Abuso de Drogas. Estudio de las Características del uso de Drogas Ilegales entre las Mujeres en la Comunidad Valenciana*, Salud Y Drogas, año/vol. 3, nº002, Instituto de Investigación de Drogodependencias, Alicante, España.

²⁸ Véase, Romo Avilés, Nuria et al. *‘Género y Uso de Drogas. De la ilegalidad a la legalidad para enfrentar el malestar’*. Trastornos Adictivos, año 2006; 8(4) 243-50.

distingue del de los hombres. Junto con contribuir a desplazar la experiencia masculina de su lugar central en la producción científica, y cuestionar la subordinación generalizada de la experiencia de las mujeres en el orden social, la relevancia radical de este tipo de análisis aplicado al campo de la prevención, del tratamiento y la rehabilitación, radica en su capacidad tanto para sugerir problemas y preguntas de investigación en relación con las experiencias de las mujeres en este campo, como para proponer revisiones críticas a los modelos de intervención tradicionales sobre el uso y consumo perjudicial de drogas y alcohol.

En su conjunto, los estudios recientes en torno a la relación entre la perspectiva de género y el consumo de sustancias señalan la necesidad de ampliar la comprensión del vínculo entre las formas culturalmente sancionadas y reproducidas de lo masculino y lo femenino y el consumo de drogas ilícitas y alcohol, con el propósito de aportar a la producción de estrategias preventivas y terapéuticas ajustadas a las especificidades identitarias de sus poblaciones objetivo. En esta línea, Sánchez et ál., en relación con los cambios en los patrones de consumo de alcohol en España, y en particular respecto de la feminización del consumo, señalan que, *“el género se configura como un elemento clave para comprender el papel que los consumos de alcohol tienen actualmente en nuestra cultura”*²⁹. Taylor et ál., quienes declaran que *“el alcohol es también un tema de género. Existen diferencias conocidas entre hombres y mujeres en lo que se refiere a cuánto y cómo beben y al tipo y grado de consecuencias sociales y de salud resultantes”*³⁰, describen las distintas prevalencias en el consumo de alcohol según sexo en diez países de las Américas, observando una progresiva feminización del consumo, indicando, además, la casi nula producción de estudios cualitativos a nivel local de patrones de consumo según género: *“muchos países nunca han tenido encuestas nacionales o a gran escala sobre el consumo de alcohol, patrones*

²⁹ OMS, *Estudio internacional sobre género, alcohol y cultura «Proyecto GENACIS»*, Sociedad Española de Toxicomanías, España, 2004. Pág.30. <http://www.documentacion.edex.es/docs/1104SANest.pdf>

³⁰ Organización Panamericana de la Salud, *Alcohol, género, cultura y daños en las Américas: reporte final del estudio multicéntrico OPS*, Washington, 2007. Pág.9

de uso y consecuencias relacionadas, tampoco han llevado a cabo un análisis de estas variables por género".³¹ Para Góngora y Leyva, desde la perspectiva de género, las prácticas de consumo de alcohol tienen una valoración simbólica diferente para hombres y mujeres, en tanto formarían parte del repertorio público legitimado de los hombres y sancionado para ellas, de este modo concluyen que, *"en el consumo de alcohol se presentan diferencias culturales, que propician la formación de estilos de vida y estereotipos que sientan diferencias entre hombres y mujeres que podrían sugerir tratamientos específicos para unos y otros"*.³² De la Cruz y cols., en su estudio del año 2002 acerca del perfil de las mujeres adictas [sic] y las repercusiones del consumo en estas, señalan que *"observamos que la percepción social de las mujeres adictas trae consigo un estigma más marcado e incluso una visión más negativa para las propias afectadas. Factor éste que pueda explicar su menor inclusión en lista de tratamiento o adherencia a los mismos"*.³³ Urbano y Arostegui, en su revisión de la literatura y de la investigación en torno a las adicciones desde una perspectiva de género, y en el marco de su estudio sobre especificidad de género y factores asociados al consumo de sustancias en mujeres, afirman: *"la revisión de la literatura acerca del fenómeno de la adicción en la mujer y los factores que están a la base de esta conducta nos dice que éstos no sólo van a estar determinados por el aspecto biológico "sexo", sino que, de forma aún más determinante, van a estar definidos como tales debido a cuestiones más amplias como los roles, las expectativas y el papel asignado a las mujeres en nuestro contexto social. En definitiva, al género*.³⁴ Por su parte, Martínez, y en relación con el déficit en intervenciones específicas orientadas a mujeres en el ámbito de las drogodependencias, refiere que, *"se constata también que las redes de atención y los programas de intervención de drogodependencias no están adecuadamente preparados*

³¹ *Ibíd.*, Pág.9

³² Góngora, J., Leyva M., *El alcoholismo desde la perspectiva de género*, El Cotidiano n°132, México, 2005. Pág.91

³³ De la Cruz Godoy, M. J., Herrera García, A., *Adicciones en mujeres*, Colegio Oficial de Psicólogos de Las Palmas, 2002, Las Palmas de Gran Canaria. Pág.11

³⁴ Urbano, A., Arostegui, E. *La mujer drogodependiente. Especificidad de género y factores asociados*. Universidad de Deusto, España, 2004. Pág.41

para la atención integral de las mujeres que demandan tratamiento y llegan a los centros de atención".³⁵

El sesgo androcéntrico al cual hemos hecho alusión en las líneas anteriores no sólo invisibiliza y subordina la experiencia de las mujeres en relación con el sujeto masculino universal en torno al cual se han organizado tradicionalmente los dispositivos de control de la oferta y la demanda de sustancias; las experiencias singulares de los hombres en este ámbito también tienden a desaparecer en la medida en que el uso y el consumo problemático de sustancias es entendido como un asunto propio de hombres. La normalización del consumo en los varones descansa, por lo tanto, sobre la comprensión y aceptación de este como expresión de pertenencia al mundo masculino, como señal de masculinidad; en palabras de Daniel Welzer-Lang, como parte del proceso de incorporación y pertenencia a "*la casa de los hombres*", en referencia a aquellos espacios y prácticas homosociales donde los varones incorporamos y reproducimos los códigos y ritos cuya exhibición da cuenta del estatus de hombre³⁶. En tanto el consumo de sustancias de los hombres es visto, dentro y fuera de los contextos preventivos y terapéuticos, como comportamientos acordes al sexo, esperables y por lo tanto normales, es que en general no son objeto de cuestionamientos ni debate, salvo que el consumo adquiera visibilidad al tornarse problemático y costoso en términos sanitarios y sociales³⁷.

En tanto el análisis de género en la investigación en el ámbito del consumo de sustancias ha producido una breve pero contundente evidencia durante los últimos veinte años que avala, como hemos visto, su relevancia para el diseño de intervenciones críticas y comprometidas con las experiencias de las mujeres, el

³⁵ Martínez Redondo, P., *Investigación sobre las dificultades en el acceso al tratamiento y carencias en la intervención con mujeres drogodependientes en los Centros de UNAD*, UNAD, 2010. Pág.41

³⁶ Welzer-Lang, Daniel, "*Las crisis de las masculinidades: entre cuestionamientos y críticas contra el heterosexismo*", Actas del Congreso *Los hombres ante el nuevo orden social*: 51-76. Victoria-Gasteiz, EMAKUNDE-Instituto vasco de la mujer. 2002.

³⁷ Véase, Moral, B. (Farapi, s.l.) "Marco teórico" en *Cómo introducir la Perspectiva de Género en los proyectos de drogodependencias*. 1ª Jornada de la Comisión de Género del Gobierno Vasco, 2008.

panorama de los estudios sobre la masculinidad en este campo es aún incipiente; sin embargo, desarrollos teóricos en el ámbito específico denominado *“estudios de la salud del hombre”*³⁸, tales como el concepto de *“varón como factor de riesgo”*³⁹, desarrollado por de Beno de Kjeizer, con el propósito de comprender las consecuencias de la socialización masculina en su relación con la salud de las mujeres, niños y niñas, en su conexión con el riesgo y el daño en las relaciones entre hombres y como factor de riesgo para sí mismos, contribuyen a señalar las diversas formas en que la socialización de género orientada a la exhibición de claves identitarias masculinas hegemónicas⁴⁰ promueve en los hombres un estilo de relación con el cuerpo caracterizado por el abierto desafío al peligro y una generalizada ausencia de cuidado de la salud, que entre otras expresiones, favorece el uso y consumo problemático de sustancias, además de limitar el acceso de los varones a los dispositivos sanitarios. La perspectiva de género, por lo tanto, aplicada a la investigación y al diseño de intervenciones orientadas hacia los hombres, *“viene a poner de relieve la necesidad de analizar también el contenido de ‘lo masculino’ y en este caso, ponerlo en relación con la ‘drogodependencia’, ya que ésta es un problema considerado eminentemente ‘masculino’, pero casi ningún estudio o publicación centra su atención en por qué esto es así, o en qué elementos de la masculinidad (hegemónica o*

³⁸ Véase, Sabo, D., *Comprender la salud de los hombres. Un enfoque relacional y sensible al género*. Organización Panamericana de la Salud. 2000. Según el autor, el desafío y propósito de los estudios de la salud del hombre, *“consiste en conocer mejor la correlación entre determinados tipos de comportamientos y rasgos masculinos de una institución o cultura específica y las conductas de riesgo y la enfermedad”*.

³⁹ de Kjeizer, B., *El Varón como Factor de Riesgo. Masculinidad, Salud Mental y Salud Reproductiva*, en Tuñón, Esperanza (coord.), *Género y salud en el Sureste de México*, ECOSUR y UJAD, Villahermosa, 1997.

⁴⁰ Véase, Bonino, L., *Salud, Varones y Masculinidad*, Seminario sobre Mainstreaming de género en las políticas de salud en Europa, Instituto de la Mujer, Madrid, 2001. Según el autor, el ajuste de cada hombre en particular al *“modelo social de la masculinidad tradicional hegemónica”* (MMTH), constituye un factor de riesgo de primer orden para la salud y la vida de los hombres.

tradicionalmente entendida) guardan relación con las drogodependencias en los hombres.”⁴¹

La importancia crítica del análisis de género para el diseño de los dispositivos de tratamiento del consumo problemático de alcohol y otras drogas ha sido progresivamente visibilizada e instalada en las políticas y orientaciones técnicas producidas por SENDA (ex-CONACE)⁴². A partir de la revisión de la *Política y plan nacional de prevención y control de drogas* de 1993, y contando con los datos estadísticos proporcionados por los estudios nacionales de drogas en población general elaborados cada dos años a partir de 1994⁴³, CONACE desarrolla y edita en el año 2003 la *Estrategia Nacional de Drogas 2003-2008*⁴⁴, que a su vez estaría vinculada a la promulgación el año 2005 de la ley 20.000, que sanciona “*el tráfico ilícito de estupefacientes y sustancias psicotrópicas*”⁴⁵, y que en conjunto con la ley la ley N° 19.925 sobre Expendio y Consumo de Bebidas Alcohólicas, y la ley N° 20.105, que Regula Actividades Relacionadas con el Tabaco, conforman el marco legal vigente en Chile en materia de drogas. En su redacción, la *Estrategia Nacional de Drogas 2003-2008* ya incorpora, en su justificación, elementos alusivos al género: “*el desafío de*

⁴¹ ASECEDI, *Educación de las masculinidades en el siglo XXI: Masculinidad y adicciones*, Centro de Adicciones, España, 2009.

⁴² La promulgación de la ley 20.502 en Febrero de 2011 crea SENDA, (Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol) entidad que remplace a CONACE en la responsabilidad por elaborar las políticas de prevención del consumo de drogas y alcohol, así como de tratamiento, rehabilitación y reinserción social de las personas afectadas por estas sustancias.

⁴³ Véase, SENDA, *Población General*, sitio web SENDA, consultado el 11/10/2012, url: <http://www.senda.gob.cl/observatorio/estudios/poblacion-general/>

Los estudios informan acerca del uso de drogas en Chile en una muestra representativa a nivel nacional de personas entre 12 y 64 años, por sexo y diferencias socioeconómicas, e incluyen información comparativa sobre tendencias del uso de drogas y otros datos respecto del consumo de sustancias, tales como percepción del riesgo asociado, oferta y facilidad de acceso.

⁴⁴ CONACE, *Estrategia nacional sobre drogas 2003-2008*, Chile, 2003.

[http://www.cicad.oas.org/Fortalecimiento Institucional/esp/planes nacionales/CHILE%20ESTRATEGIAdefinitiva-pdf.pdf](http://www.cicad.oas.org/Fortalecimiento_Institucional/esp/planes_nacionales/CHILE%20ESTRATEGIAdefinitiva-pdf.pdf)

⁴⁵ Véase, SENDA, *Marco Legal*, sitio web SENDA, consultado el 11/10/2012, url: <http://www.senda.gob.cl/quienes-somos/marco-legal/ley-de-drogas/>

*lograr un Chile desarrollado, socialmente justo y culturalmente autónomo y pluralista exige alcanzar grandes objetivos... En lo social, garantizar la igualdad de oportunidades para todos los chilenos y chilenas, logrando mayores niveles de integración social, que permitan superar las desigualdades étnicas, geográficas, de género, de edad y de nivel socioeconómico.*⁴⁶ Además, en el marco de sus objetivos estratégicos se señala, en relación con la reducción de la demanda, la necesidad de *“crear y fortalecer sistemas de atención para los jóvenes y adecuar la oferta existente a las diferencias de género.”*⁴⁷ Por último, en el ámbito de sus criterios de gestión, propone que la estrategia *“procurará proveer o facilitar respuestas también diversas y adaptadas a la condición de género del individuo y a los entornos particulares del consumo y tráfico de drogas”*.⁴⁸

A partir del impulso otorgado por la *Estrategia Nacional de Drogas 2003-2008*, se genera un proceso de producción de orientaciones técnicas e implementación de dispositivos de tratamiento con perspectiva de género, orientados a la atención específica de mujeres, incorporando la variable de género: el año 2002 se crea el Programa Específico de Mujeres de CONACE⁴⁹, en 2004 se publican las primeras orientaciones técnicas de CONACE que incorporan la perspectiva de género en el tratamiento de mujeres⁵⁰, el año 2005 se otorgó financiamiento y asesoría para la implementación proyectos de tratamiento con perspectiva de género en once centros distribuidos entre las regiones primera, quinta, sexta, séptima, octava y metropolitana, experiencias que se recogen en la sistematización de buenas prácticas

⁴⁶ CONACE, óp. cit. Pág.8

⁴⁷ *Ibíd.*, Pág.29

⁴⁸ *Ibíd.*, Pág.61

⁴⁹ Véase, SENDA, *Mujeres y Tratamiento*, sitio web SENDA, consultado el 11/10/2012, url: <http://www.senda.gob.cl/observatorio/boletines/boletin09/#8ref>

⁵⁰ CONACE, *Mujeres y Tratamiento de Drogas. Orientaciones técnicas para la incorporación de la variable género en el tratamiento y rehabilitación de mujeres con problemas de drogas*, Ministerio del Interior, Gobierno de Chile. Santiago, Chile 2004.

técnicas publicada el año 2006⁵¹ y en las normas para el apoyo a la gestión técnica y la supervisión de estos programas editadas en 2007.⁵²

El año 2009 vería la edición y publicación de la *Estrategia Nacional Sobre Drogas 2009-2018*⁵³, documento que, en relación con el control de la oferta y la demanda por drogas, “constituye la prolongación y readecuación de los esfuerzos que durante más de una década han involucrado a organismos del estado y de la sociedad civil en el desarrollo de intervenciones y acciones en los más diversos ámbitos”⁵⁴, y que entre sus principios rectores declara que, “la presencia de la perspectiva de género y el reconocimiento a la multiculturalidad, constituyen un enfoque transversal que compromete a la totalidad de la Estrategia y sus objetivos”⁵⁵.

El texto, que recoge la experiencia acumulada a este punto, incorpora los desarrollos teóricos contemporáneos y las indicaciones técnicas para el diseño de intervenciones con perspectiva de género: “la manera en que cada contexto social o grupo específico entiende lo que corresponde a cada género y su expresión en los roles que asumirán hombres y mujeres, así como las diferencias, desigualdades e inequidades de género, deben ser conocidas y explicitadas, para el logro de una respuesta integral, tanto en sus aspectos preventivos y de rehabilitación como en los referidos al control del tráfico”⁵⁶. Además, señala la relevancia estratégica de esta opción: “tener en cuenta esta dimensión es crucial para lograr mayor efectividad e impacto de la política pública en drogas, en tanto implica tener en cuenta de manera sistemática las diferencias

⁵¹ CONACE, *Proyecto de tratamiento y rehabilitación con perspectiva de género para mujeres adultas con consumo problemático de drogas. Las buenas Prácticas*, Ministerio del Interior, Gobierno de Chile. Santiago, Chile 2006.

⁵² CONACE, *Mujeres y Tratamiento de Drogas. Guía de asesoría clínica para programas de tratamiento y rehabilitación en drogas en población específica de mujeres adulta*, Ministerio del Interior, Gobierno de Chile. Santiago, Chile 2007.

⁵³ CONACE, *Estrategia nacional sobre drogas 2009-2018*, Ministerio del Interior, Gobierno de Chile. Santiago, Chile, 2009.

http://www.cicad.oas.org/Fortalecimiento_Institucional/eng/National%20Plans/Chile%202009-2018.pdf

⁵⁴ *Ibíd.*, Pág.4

⁵⁵ *Ibíd.*, Pág.21

⁵⁶ *Ibíd.*, Pág.21

socioculturales relacionados con los contextos (territorios), grupos (étnicos, juveniles) y relaciones (de género) que eventualmente estén relacionados con la prevención y tratamiento del consumo de drogas”⁵⁷. De manera coherente con el posicionamiento antes ejemplificado, la Estrategia apunta al desarrollo de intervenciones destinadas al control de la demanda por sustancias psicoactivas que incluyan la perspectiva de género en prevención selectiva con adolescentes y jóvenes; en el acceso y la oportunidad del tratamiento para población infantil, adolescente y adulta; en población con conflictos con la justicia, y en grupos específicos y emergentes, con énfasis en el tratamiento para mujeres.

Finalmente, el año 2011 y en el marco del actual gobierno se publica la *Estrategia Nacional de Drogas y Alcohol 2011-2014*, cuya edición coincide con la creación del Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA). El texto recoge los desarrollos previos en materia de género y consumo de sustancias, explicitando en sus criterios orientadores que *“respetar y considerar las diferencias socioculturales relacionadas con el género, el territorio, los grupos étnicos y segmentos etarios son acciones que constituyen la base de la efectividad e impacto de los planes, programas y acciones que buscan reducir el consumo de drogas y alcohol”⁵⁸.*

⁵⁷ *Ibíd.*, Pág.21

⁵⁸ SENDA, *Estrategia nacional de drogas y alcohol 2011-2014*, Ministerio del Interior y Seguridad Pública, Gobierno de Chile. Santiago, Chile, 2011. Pag.21

http://www.senda.gob.cl/wp-content/uploads/2011/05/estrategia_drogas_alcohol_2011_20141.pdf

II MARCO TEÓRICO

2.1. Panorámica sobre el consumo de alcohol y otras drogas.

Naciones Unidas estima que unos 230 millones de personas, esto es, alrededor del 5% de la población adulta del mundo (personas entre 15 y 64 años), consumieron alguna droga ilícita en al menos una ocasión el año 2010⁵⁹. De esta cifra, se estima que entre el 10 y el 13%, esto es, unos 27 millones de personas, (o el 0,6% de la población adulta mundial), pueden ser considerados personas con consumo problemático de drogas⁶⁰.

Según la misma fuente, estos datos se han mantenido estables durante el periodo comprendido entre los años 2005 y 2010, y reflejan la tendencia mundial a la estabilización de los datos estadísticos en relación con el consumo de drogas (así como para la producción y el tráfico de estas).

A nivel mundial, las drogas más usadas son: el alcohol con un 42% de prevalencia anual, el tabaco con un 25% de prevalencia en la población mayor de quince años, el cannabis con una prevalencia anual mundial entre el 2,6% y el 5,0%, y luego los estimulantes de tipo anfetamínico, con entre un 0,3% y un 1,2%. La demanda

⁵⁹ ONUDD, Informe Mundial Sobre las Drogas. Resumen Ejecutivo. 2012.

http://www.senda.gob.cl/wp-content/uploads/2011/03/world_report2012.pdf

⁶⁰ Por **Consumo Problemático de Alcohol y otras Drogas**, debe entenderse, según la OMS, “un patrón de consumo que provoca problemas, ya sean individuales o colectivos, de salud o sociales”. Según SENDA, el Consumo Problemático es una categoría amplia que “se refiere al uso recurrente de drogas que produce algún efecto perjudicial, para la persona que consume o su entorno, esto es problemas de salud (incluidos los signos y síntomas de dependencia), problemas en las relaciones interpersonales, incumplimiento de obligaciones, entre otros...Incluye el abuso, el consumo perjudicial y la dependencia, de acuerdo a la clasificación DSM IV y CIE 10. Corresponde a un concepto sugerido por la ONUDD que da mayor funcionalidad para focalizar en la población el tratamiento, la rehabilitación y la reinserción”. Véase, SENDA, *Glosario de Términos*, sitio web SENDA, consultado el 11/10/2012, url:<http://www.senda.gob.cl/prevencion/informacion-sobre-drogas/glosario-de-terminos/>

por tratamiento por consumo de opioides predomina en Asia y Europa, y es también importante en África, América del Norte y Oceanía. El tratamiento por consumo de cocaína presenta mayor demanda en las Américas, en tanto que el tratamiento relacionado con cannabis tiene mayor demanda en África. El tratamiento relacionado con estimulantes anfetamínicos predomina en países de Asia.

En términos globales, el consumo de drogas ilícitas se caracterizaría por su concentración entre hombres jóvenes en contextos urbanos, y por una creciente disponibilidad de una gama cada vez mayor de sustancias psicoactivas. El Informe Mundial Sobre las Drogas del año 2012 es claro al señalar las diferencias en los datos estadísticos desglosados según sexo en relación con el consumo de drogas, indicando que, en todos los países donde se han cotejado datos confiables, la proporción de mujeres que presentan uso o consumo problemático es menor⁶¹. Exceptuando la visible tendencia al emparejamiento del consumo según sexo entre los jóvenes, *“la excesiva representación de los hombres en la población de consumidores de drogas, confirmada por las encuestas de hogares, las pruebas de drogas en los lugares de trabajo, los datos relativos al tratamiento, las estadísticas de detención y otros datos pertinentes, sigue siendo una característica saliente de las pautas de consumo de drogas”*⁶². El informe añade que, no obstante la tendencia antes graficada, la brecha pudiera estrecharse: *“es posible que la brecha de consumo entre hombres y mujeres comience a cerrarse a medida que aumente el consumo de drogas por mujeres en los países en desarrollo como consecuencia de la desaparición de las barreras socioculturales y de una mayor igualdad de género”*⁶³.

⁶¹ La excepción a esta regla está dada por del uso y consumo problemático de psicofármacos, ámbito de consumo de drogas donde los varones son claramente sobrepasados por las mujeres ahí donde existen datos (América del Sur, Centroamérica y Europa). Al respecto, véase Romo Avilés, Nuria et al. *‘Género y Uso de Drogas. De la ilegalidad a la legalidad para enfrentar el malestar’*. Trastornos Adictivos, año 2006; 8(4) 243-50.

⁶² ONUDD, óp. cit., Pág.5

⁶³ *Ibíd.*, Pág.6

Respecto al panorama del uso y consumo problemático de sustancias en las Américas, el Observatorio Interamericano de Drogas (OID), en su Informe del Uso de Drogas en Las Américas 2011⁶⁴, expone resultados coherentes con los datos a nivel mundial: teniendo en cuenta las significativas diferencias encontradas entre países, poblaciones y estratos sociodemográficos, las que hacen difícil deducir patrones claros respecto al consumo en la región, las drogas más utilizadas en las Américas por la población general, esto es, entre 12 y 64 años, son el alcohol (entre un 10% y un 67% de prevalencia en el uso en los últimos treinta días) y el cannabis (con una prevalencia anual de entre 0,35% y 13%), seguidos en menor escala por los solventes volátiles inhalables, la cocaína (con aproximadamente un 1,4% de prevalencia anual) y la pasta base de cocaína (entre el 0,08% y el 0,70% anual).

Respecto de las diferencias en las estadísticas según sexo, el Informe señala diferencias significativas en el uso y consumo problemático de alcohol u otras drogas entre hombres y mujeres: la prevalencia, en la mayoría de los países donde se cuenta con datos, es mayor entre los hombres para el consumo de alcohol respecto de las mujeres entre un 30% y un 70%; respecto del cannabis, *“las tasas de uso reciente son más altas entre los varones con relación a las mujeres en la población general de la mayoría de los países. Estas diferencias oscilan en un rango de alrededor de 1,5 veces mayor entre los hombres en Canadá a casi 38 veces mayor entre los hombres en El Salvador”*⁶⁵. La prevalencia del consumo de solventes inhalables según sexo muestra un patrón menos estable, donde en algunos países los hombres superan la prevalencia de las mujeres, otros donde se observa equiparada, e incluso casos, como entre las estudiantes de la región del Caribe, donde las mujeres superan a los hombres. La prevalencia del consumo de cocaína según sexo es mayor en la mayoría de los países de la Américas y el Caribe; finalmente, y respecto a pasta base de cocaína, en los países donde se registra consumo de esta droga, la prevalencia para el último año entre hombres es del doble o más que en mujeres.

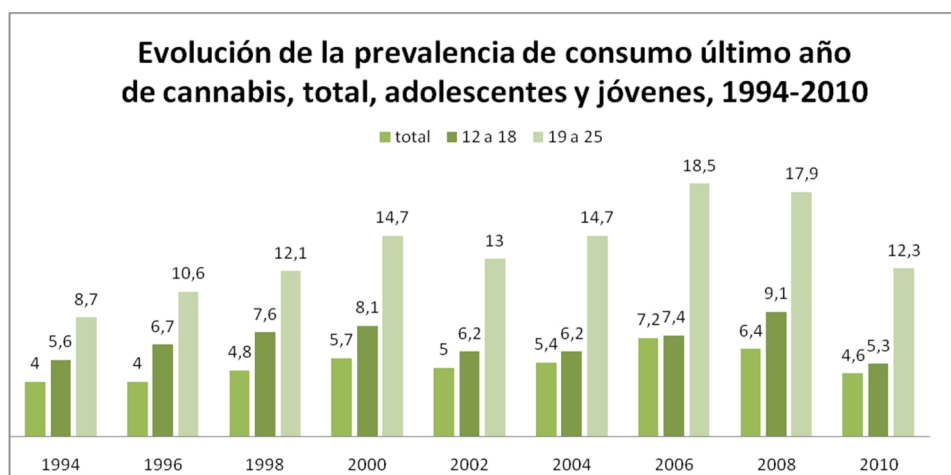
⁶⁴ OEA, *Informe del Uso de Drogas en Las Américas*, Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas, OID, Washington, D.C., 2011.

⁶⁵ *Ibíd.*, Pág.27

A nivel local y desde 1994, el Estado cuenta para el desarrollo de las políticas públicas en este tema, con la serie bienal de Estudios Nacionales de Drogas en Población General. El último de estos estudios, el Noveno Estudio Nacional de Drogas en Población General de Chile 2010⁶⁶, nos ofrece los siguientes datos:

- **Cannabis:** la prevalencia de consumo del último año de esta sustancia⁶⁷ se evaluó en un 4,6% para el año 2010, cifra que sitúa al cannabis como la droga ilícita más utilizada en el país. Los datos reflejan, además, una clara diferencia en la prevalencia de consumo según sexo: los hombres presentan un 7,1% versus a un 2,1% de prevalencia en las mujeres.

Gráfico 1



Fuente: Estudio Nacional de Drogas en Población General de Chile SENDA 2010

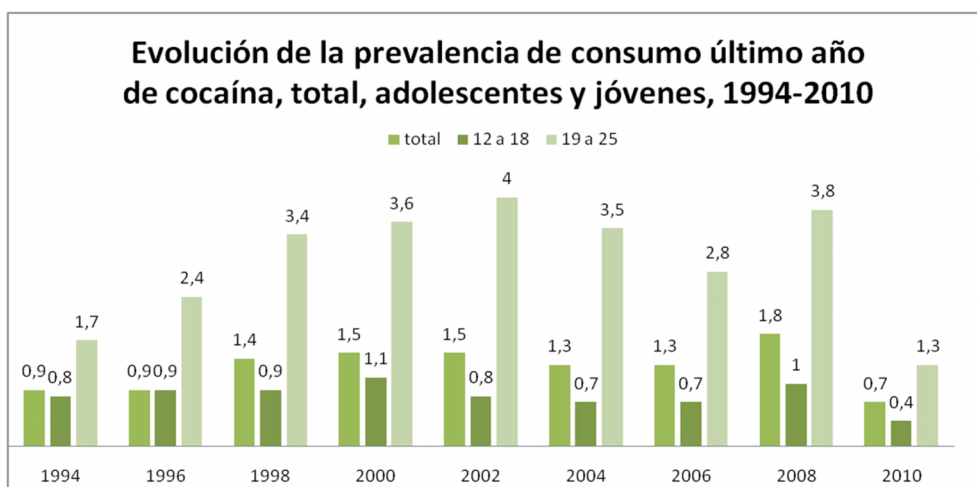
⁶⁶ SENDA, *Noveno Estudio Nacional de Drogas en Población General de Chile*, Observatorio Chileno de Drogas, Ministerio del Interior y Seguridad Pública, Gobierno de Chile, Santiago, Chile, 2011.

⁶⁷ La medida de referencia del estudio para describir la magnitud del uso de alcohol u otras drogas es la prevalencia de consumo del último año, es decir, considera a aquellas personas que declaran haber consumido la sustancia en cuestión al menos una vez durante los últimos doce meses.

- Cocaína y pasta base de cocaína: la prevalencia del consumo de cocaína en el país, para el año 2010, se evaluó en un 0,7%. Por su parte, la prevalencia del consumo del último año de pasta base de cocaína fue de 0,4%.

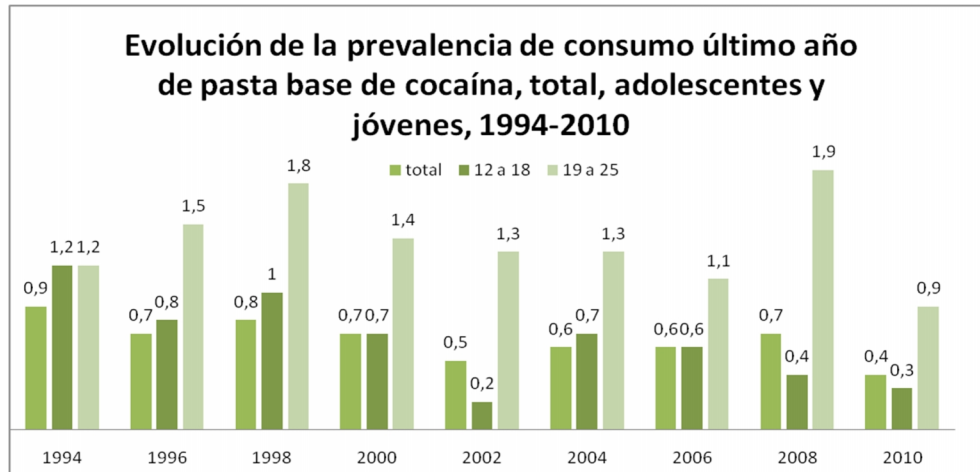
Respecto a los datos estadísticos según sexo, la prevalencia del consumo de cocaína es significativamente más alta en hombres, alcanzando un 1,2% respecto al 0,1% en mujeres. De igual modo, la prevalencia de consumo de pasta base es significativamente más alta en la población masculina, con un 0,7% versus un 0,1% en mujeres.

Gráfico 2



Fuente: Estudio Nacional de Drogas en Población General de Chile SENDA 2010

Gráfico 3



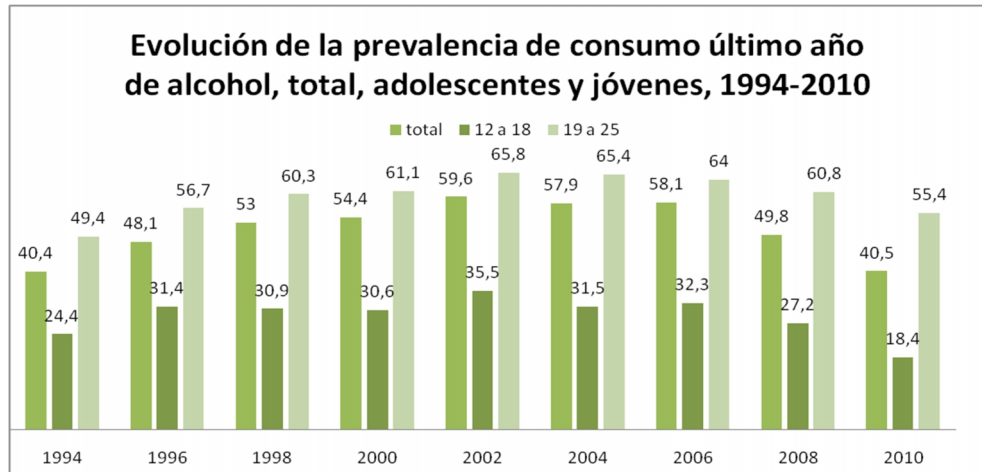
Fuente: Estudio Nacional de Drogas en Población General de Chile SENDA 2010

- Alcohol: con una prevalencia anual del 57,5%, el alcohol se mantiene como la principal droga de uso en la población chilena. Las diferencias en el consumo de alcohol según sexo oscilan desde un 63,7% de prevalencia anual para los hombres a un 51,4% para las mujeres. Respecto al consumo de riesgo⁶⁸ de alcohol, las diferencias según sexo se acentúan significativamente: de la población que ha reportado consumo de alcohol, un 13,9% de los hombres versus un 2,3% de las mujeres presentan indicadores de consumo de riesgo.

⁶⁸ SENDA, *Estrategia nacional de drogas y alcohol 2011-2014*, Ministerio del Interior y Seguridad Pública, Gobierno de Chile. Santiago, Chile, 2011. Pág.24.

Sendra define el Consumo de Riesgo de Alcohol señalando que: “*para el caso del alcohol se utilizará el concepto de consumo de riesgo de alcohol, que incluye además de la dependencia y el abuso, el consumo que si bien aún no han causado algún tipo de daño en el individuo o en terceros, aumenta significativamente la probabilidad de ocurrencia de estos daños*”.

Gráfico 4



Fuente: Estudio Nacional de Drogas en Población General de Chile SENDA 2010

En términos generales, los datos estadísticos a nivel mundial, en las Américas y el Caribe, y a nivel local coinciden en señalar que:

- a. El alcohol es la droga de mayor prevalencia de consumo.
- b. La droga ilícita de mayor prevalencia de consumo es el cannabis.
- c. Las mayores tasas de uso y consumo problemático de alcohol u otras drogas se encuentra en la población adulta-joven entre 18 y 34 años.
- d. Los patrones de uso y consumo problemático tienden a presentar diferencias significativas entre hombres y mujeres, observándose mayor prevalencia en el consumo entre los hombres para casi todas las sustancias evaluadas (con las notables excepciones de los solventes inhalables en la región del Caribe y los psicofármacos ahí donde se dispone de datos).
- e. Los patrones de uso y consumo problemático tienden a presentar menor diferencia según sexo en población adolescente.

Además, a nivel local, y en relación con el segmento con mayores tasas de consumo, esto es, hombres entre 19 y 25 años en comparación con las mujeres del mismo segmento:

- a. Manifiestan menor percepción de riesgo asociado al consumo.
- b. Refieren mayor exposición a oferta de drogas.
- c. Expresan mayor facilidad de acceso a drogas.

2.2. El género y su relación con el consumo de alcohol y otras drogas

Las estadísticas que ofrecen una mirada diferenciada según sexo respecto del consumo de alcohol u otras drogas suelen ser interpretadas desde una óptica biologicista que tiende a otorgar importancia a factores metabólicos, hormonales y genéticos a la hora de ofrecer explicaciones que den cuenta de estas diferencias⁶⁹. La incorporación de la perspectiva de género en este ámbito de estudio e intervención, viene, como hemos descrito más arriba, a tensionar y enriquecer este análisis al reclamar un lugar preponderante para los factores sociales, culturales e históricos que dan forma a las concepciones vigentes acerca de lo masculino, lo femenino y su relación, y que le otorgan sentido y valor diferencial al consumo de drogas según sexo.

A continuación se ofrecen algunas aproximaciones a la categoría género en tanto perspectiva teórico-metodológica, que serán retomadas más adelante tanto para la construcción de categorías de análisis pertinentes para el análisis de contenido del corpus de la investigación, como para el análisis de los resultados de esta.

2.2.1. Los sistemas de Sexo/Género

El género como categoría de análisis, surge en el marco del desarrollo de los *estudios sobre las mujeres*, inspirado en sus orígenes y en su desarrollo por

⁶⁹ Véase, Romo Avilés, Nuria et al. 'Género y Uso de Drogas. De la ilegalidad a la legalidad para enfrentar el malestar'. *Trastornos Adictivos*, año 2006; 8(4) 243-50.

los movimientos feministas⁷⁰, y por lo tanto, orientado a la observación y a la comprensión del sexo como proceso social, con el propósito de promover el cuestionamiento de la condición de subordinación de las mujeres⁷¹. Tal como apunta Gayle Rubin, *“la literatura sobre las mujeres –tanto feminista como antifeminista- es una larga meditación sobre la cuestión de la naturaleza y génesis de la opresión y la subordinación social de las mujeres...el análisis de las causas de la opresión de las mujeres constituye la base de cualquier estimación de lo que habría que cambiar para alcanzar una sociedad sin jerarquía por géneros”*⁷². Es en esta búsqueda, dice Teresita De Barbieri, *“donde surge y se expande el concepto de género como categoría que en lo social, corresponde al sexo anatómico y fisiológico de las ciencias biológicas. El género es el sexo socialmente construido”*⁷³

Los sistemas de sexo/género son, según esta autora, *“los conjuntos de prácticas, símbolos, representaciones, normas y valores sociales que las sociedades elaboran a partir de la diferencia sexual anátomo-fisiológica y que*

⁷⁰ De acuerdo con Harding, al surgir de la investigación feminista, la categoría género en tanto perspectiva teórico-metodológica, comparte con esta tres rasgos metodológicos característicos: 1) desafía el androcentrismo de las ciencias tradicionales señalando que estas arrancan de preguntas en torno a las experiencias de los hombres (ofreciendo, por lo tanto, visiones parciales de los fenómenos sociales), y propone, académica y políticamente, las experiencias de las mujeres como recurso para el análisis social; 2) al iniciar desde aquellos temas invisibilizados por el sesgo androcéntrico, la investigación feminista hace aparecer problemas importantes para las mujeres, y en este sentido, está a favor de estas; 3) Insiste en que el o la sujeto que investiga debe y explicitar sus creencias y prácticas culturales, con el objeto de evitar la posición “objetivista” de la práctica científica que se impone como la voz anónima de la tradición y la autoridad. Véase, Harding, S., “Is There a Feminist Method?” *Feminism and Methodology*. Ed. Sandra Harding. Indianápolis: Indiana University Press, 1988.

⁷¹ Véase, De Barbieri, T., *Sobre la Categoría Género. Una Introducción Teórico-Metodológica*, Debates en Sociología, N°18, 1993.

⁷² Rubin, G., *El Tráfico de Mujeres: Notas Sobre la “Economía Política” del Sexo*, en Lamas, M. (comp), *El Género: La Construcción Cultural de la Diferencia Sexual*, UNAM-Porrúa, México, 1997. Pag.35

⁷³ De Barbieri, T., óp. cit. Pág.4

dan sentido a la satisfacción de los impulsos sexuales, a la reproducción de la especie humana y en general al relacionamiento entre las personas".⁷⁴ Los sistemas de sexo/género en las sociedades de dominación masculina tienen por objeto el control de los cuerpos de las mujeres en tanto cuerpos capaces de producir otros cuerpos, y por lo tanto, capaces de sostener la existencia de aquellos grupos sociales mediante su capacidad reproductiva. El control de la capacidad reproductiva, de los intercambios sexuales y del trabajo de las mujeres resulta, por lo tanto, necesario para la organización de estas sociedades.

Teniendo en cuenta estas consideraciones, De Barbieri sugiere que, metodológicamente, al abordar el análisis de cualquier fenómeno social desde la perspectiva de género debiéramos considerar, al menos: a) el análisis de los sistemas de parentesco, y por lo tanto de las normas y las modalidades del matrimonio, la filiación y la herencia como expresiones de las normas que rigen el intercambio y la vinculación hacia el exterior y al interior de las familias, así como las regulaciones del divorcio, el celibato, el comercio sexual y de las trasgresiones a la norma heterosexual; b) el análisis de la división social del trabajo en las esferas pública y privada, en el entendido de que el control del trabajo de las mujeres constituye y sostiene otras formas de dominación sobre sus cuerpos, al tiempo que es lugar de tensionamientos y readecuaciones de las relaciones tradicionales de género; c) el análisis de los sistemas de género en tanto sistemas de poder, y por ende de las maneras en que se estructura y de los lugares donde se ejerce, incluido el análisis de lo doméstico y la organización de la vida familiar como espacio de ejercicio legitimado de dominio masculino y el análisis de la esfera pública como lugar privilegiado para el despliegue y la afirmación de la masculinidad hegemónica y de sus privilegios; y d) el análisis de la organización de las subjetividades en el contexto de los sistemas de sexo/género.

⁷⁴ De Barbieri, T., óp. cit. Pág.4

Rubin, en su texto clásico de 1975, define los sistemas de sexo/género como *“un conjunto de disposiciones por el cual la materia prima biológica del sexo y la procreación humanas son conformadas por la intervención humana y social y satisfechas en una forma convencional”*⁷⁵. La autora, en relación con el análisis de las causas de la opresión de las mujeres, profundiza en el papel de los sistemas de sexo/género (los que operan con cierta autonomía respecto de los sistemas económicos) en la configuración de las relaciones sociales que sostienen dicho sometimiento⁷⁶. Tomando como referencia *Las estructuras fundamentales del parentesco* de Lévi-Strauss, la autora propone que los sistemas de parentesco son las formas concretas de regulación y administración social de la sexualidad y la reproducción en una sociedad y un momento histórico dados, es decir, expresiones observables de los sistemas de sexo/género. Según Rubin, *“como para Lévi-Strauss la esencia de los sistemas de parentesco está en el intercambio de mujeres entre los hombres, implícitamente construye una teoría de la opresión sexual”*⁷⁷. El matrimonio, como forma básica de intercambio que genera el vínculo social entre sus participantes, establece, junto a relaciones de reciprocidad, relaciones de parentesco. Estas relaciones de parentesco, de alianza entre familias y grupos, se aseguran mediante el establecimiento del tabú del incesto: *“El tabú del incesto divide el universo de la elección sexual en categorías de compañeros permitidos y prohibidos. Específicamente, al prohibir las uniones dentro de un grupo impone el intercambio marital entre grupos”*⁷⁸.

⁷⁵ Rubin, G., *El Tráfico de Mujeres: Notas Sobre la “Economía Política” del Sexo*, en Lamas, M. (comp), *El Género: La Construcción Cultural de la Diferencia Sexual*, UNAM-Porrúa, México, 1997. Pág.44

⁷⁶ En esta línea, Rubin manifiesta su acuerdo con Engels al ubicar la opresión sexual como parte de la herencia del capitalismo respecto de formas de organización social anteriores, y no como un producto de este y de sus modos de producción.

⁷⁷ *Ibíd.*, Pág.49

⁷⁸ *Ibíd.*, Pág.52

Esta formulación de los sistemas de sexo/género propone, por lo tanto, que las sociedades se organizan regulando la sexualidad y la reproducción de modos que favorezcan la alianza y el vínculo social, constituyendo sistemas de parentesco. Ahora bien, quienes son intercambiadas en los procedimientos que establecen sistemas de parentesco, son en su mayoría mujeres, y los beneficios del intercambio son para los hombres entre quienes estas circulan. El *“intercambio de mujeres”* requiere de una distribución desigual de los derechos: quienes son intercambiadas no pueden tener derecho sobre sí mismas, y en tanto objetos de intercambio ocupan un lugar subordinado respecto de quienes detentan derechos sobre sí mismos y sobre las mujeres intercambiadas⁷⁹. Esta división asimétrica y jerarquizada de los sexos al servicio de las normas del intercambio entre hombres, produce un orden simbólico que sostiene concepciones sociales y culturales naturalizadas de la masculinidad y la femineidad como opuestos de un par binario, y por lo tanto, además establece regulaciones sexuales específicas en contra de aquellas formas de expresión sexual que pudieran alterar el curso de las alianzas matrimoniales, naturalizando, también, la heterosexualidad⁸⁰. Es en este sentido que Rubin afirma que *“el tabú del incesto presupone un tabú anterior, menos articulado, contra la homosexualidad... El género no sólo es una identificación con un sexo: además implica dirigir el deseo sexual hacia el otro sexo”*⁸¹.

⁷⁹ En la medida en que el género organiza las relaciones sociales basadas en la diferencia sexual, y en la medida en que organiza estas relaciones jerárquicamente, estableciendo de este modo las bases para la subordinación de las mujeres, cobra pleno sentido la definición de Scott, para quien *“el género es un elemento constitutivo de las relaciones sociales basadas en las diferencias que distinguen los sexos y el género es una forma primaria de relaciones significantes de poder”*. Véase, Scott, J., *El Género: Una Categoría Útil Para el Análisis Histórico*, en Lamas, M. (comp), *El Género: La Construcción Cultural de la Diferencia Sexual*, UNAM-Porrúa, México, 1997.

⁸⁰ Véase, Lamas, M., *Usos, Dificultades y Posibilidades de la Categoría Género*, en Lamas, M. (comp), *El Género: La Construcción Cultural de la Diferencia Sexual*, UNAM-Porrúa, México, 1997.

⁸¹ *Ibíd.*, Pág.60

Es posible alcanzar alguna comprensión del proceso de organización de las subjetividades en torno a las regulaciones impuestas por los sistemas de sexo/género apelando a la teoría psicoanalítica⁸². Rubin expresa cómo el psicoanálisis puede ser entendido como una teoría de la reproducción del parentesco, señalando que *“ofrece una descripción de los mecanismos por los cuales los sexos son divididos y deformados, y de cómo los niños, andróginos y bisexuales, son transformados en niños y niñas”*⁸³. El psicoanálisis puede dar cuenta, entonces, de la deriva de la sexualidad biológica en el marco del proceso de aculturación, y es en este proceso en el que los términos del parentesco definen e informan quienes y quienes no pueden ser objetos de deseo. Como el paso desde una fase preedípica andrógina y bisexual, al descubrimiento de las diferencias entre los sexos, los mandatos de género, las sexualidades prohibidas y permitidas y el ordenamiento jerárquico de los genitales masculinos y femeninos, el complejo de Edipo puede ser entendido como *“una máquina que modela las formas apropiadas de individuos sexuales... cuando el niño sale de la fase edípica, su libido y su identidad de género han sido organizadas en conformidad con las reglas de la cultura que lo está domesticando”*⁸⁴.

La teoría de género, en sus distintas conceptualizaciones, y de las cuales aquí se han reseñado sólo algunos elementos generales, tiene por objeto de estudio e intervención las distintas formas en que las nociones de lo masculino y lo femenino son construidas, así como las relaciones, también construidas, que de estas nociones resultan. Una formulación tradicional, como hemos visto, consiste en proponer que estas diferentes nociones son producto de articulaciones sociales y simbólicas en torno al sexo, esto es, a las diferencias

⁸² Lamas, M., op. cit. La autora afirma que *“lo que hace justamente el psicoanálisis es ofrecer el recuento más complejo y detallado hasta el momento de la constitución de la subjetividad y de la sexualidad, así como del proceso mediante el cual el sujeto resiste la imposición de la cultura”*.

⁸³ *Ibíd.*, Pág.64

⁸⁴ *Ibíd.*, Pág.69

anatómicas que nos distinguen como machos y hembras de una especie. Este punto de vista ha permitido el despliegue de un amplio campo de estudio y acción política que ha posibilitado proponer y sostener la desnaturalización de lo masculino y lo femenino, permitiendo el análisis y la comprensión de los procesos sociales que promueven, inhiben y mantienen unos u otros modelos identitarios asociados al sexo en un momento histórico dado⁸⁵, y que se encuentran a la base de la condición de subordinación de las mujeres y de la dominación masculina.

2.2.2. Género y Performatividad

La incorporación por parte de la crítica feminista del trabajo posestructuralista de historización y desesencialización de la sexualidad realizado por Michel Foucault⁸⁶, quien demuestra la sensibilidad del sexo a las transformaciones sociales y a los cambios culturales, señala la apertura a la revisión de la tradición que ha sostenido el sexo como el dato inamovible a partir del cual se organiza el orden simbólico que le da sentido y que organiza las relaciones sociales. El autor sostiene que, contra lo que pudiera pensarse, la sexualidad no es una fuerza natural al que los cuerpos están sometidos, más bien, *“el sexo, por el contrario es el elemento más especulativo, más ideal y también más interior en un dispositivo de sexualidad que el poder organiza en su apoderamiento de los cuerpos, su materialidad, sus fuerzas y sus placeres”*⁸⁷. Judith Butler, quien siguiendo a Foucault, entiende el sexo natural como una

⁸⁵ Marta Lamas sostiene que el antecedente del género en tanto categoría analítica puede encontrarse en Simone De Beauvoir quien, dice la autora, *“en el Segundo Sexo, desarrolla una aguda formulación sobre el género en donde plantea que las características humanas consideradas como “femeninas” son adquiridas por las mujeres mediante un complejo proceso individual y social, en vez de derivarse “naturalmente” de su sexo”*. Lamas, M. (comp), *El Género: La Construcción Cultural de la Diferencia Sexual*, UNAM-Porrúa, México, 1997. Pág.9

⁸⁶ Véase, Foucault, M., *La Historia de la Sexualidad, La Voluntad de Saber*, Siglo XXI Editores, Madrid, 1992.

⁸⁷ *Ibíd.*, Pág.188

ficción histórica organizada en campos de poder que se despliegan sobre la superficie de los cuerpos, propone que lo propiamente femenino (y, por lo tanto lo propiamente masculino), *“es un momento puramente histórico del desarrollo de la categoría de sexo”*⁸⁸. Respecto de la concepción de la biología como dato material dispuesto a los procesos de simbolización, la autora propone el análisis de las formas en que el dato, el sexo, es simbolizado en el inconsciente.

En la medida en que no es posible dar por sentado un sexo biológico, esencial y previo a los procesos en que es simbolizado, Butler propone, desde una postura de sostenida crítica a cualquier versión esencialista de la identidad, que el género es el resultado inestable de una repetición estilizada de actos que constituyen la ilusión de un yo generizado y estable, *“una identidad construida, un resultado performativo llevado a cabo que la audiencia social mundana, incluyendo los propios actores, ha venido a creer y a actuar como creencia”*⁸⁹. Los actos reiterativos que desde esta postura reifican el género pueden ser conceptualizados como un conjunto de posibilidades corporales históricas, vigentes y convencionales en constante reproducción; y es en este sentido en que puede ser designado como un *estilo corporal*, *“un acto” que fuera a la vez intencional y performativo, donde performativo tiene el doble sentido de “dramático” y de “no-referencial”*⁹⁰. La constante reproducción de la identidad generizada consigue, según la autora, sedimentar las normas de

⁸⁸ Butler, J., *Variaciones sobre sexo y género: Beauvoir, Wittig y Foucault*, en Lamas, M. (comp), *El Género: La Construcción Cultural de la Diferencia Sexual*, UNAM-Porrúa, México, 1997.

⁸⁹ Butler, J., *“Actos performativos y constitución del género: Un ensayo sobre fenomenología y teoría Feminista”*, en *“Performing feminisms: Feminist critical theory and theatre*, Johns Hopkins University Press, 1990, Pág.297

⁹⁰ *Ibíd.*, Pág.300

género al punto de producir la ilusión del sexo natural heterosexual y de lo propiamente femenino o masculino⁹¹.

Pese a las estrictas coacciones impuestas a la repetición performativa de los guiones preestablecidos que articulan las identidades generizadas, y a las consecuencias punitivas de la disidencia respecto de las normas del género, es en las diferentes posibilidades de repetición, en la repetición subversiva, donde Butler señala la posibilidad de la proliferación de estilos identitarios subversivos que pudieran desestabilizar, desplazar las reglas para la constitución del campo cultural corporal⁹².

Beatriz Preciado, por último, y en relación con las posibilidades para la subversión de la normatividad de género desde sus propios márgenes, aclara que, *“el hecho de que haya tecnologías precisas de producción de cuerpos “normales” o de normalización de los géneros, no conlleva un determinismo ni una imposibilidad de acción política”*⁹³. Para la autora, precisamente en el territorio de las corporalidades e identidades fallidas y abyectas, en la multitud queer⁹⁴, se materializa una posibilidad para el cuestionamiento del *imperio sexual*, en tanto quienes sean objeto del despliegue más intenso de los

⁹¹ Los principios naturalizados de la performance del género actúan disciplinariamente sancionando eficazmente cualquier trasgresión a las normas contingentes que regulan su correcta puesta en acto en cada escenario cultural específico: *“En efecto, el género está hecho para cumplir con un modelo de verdad y de falsedad que no solamente contradice su propia fluidez performativa, sino que sirve a una política social de regulación y control del género”*. *Ibíd.*, Pág.311

⁹² Véase, Butler, J., *El género en disputa. El feminismo y la subversión de la identidad*, Barcelona, Ediciones Paidós Ibérica, 1999.

⁹³ Véase, Preciado, B., *Multitudes Queer. Notas para una política de los anormales*, Paris, F/Revista Multitudes. N° 12., 2003, URL: http://multitudes.samizdat.net/rubrique.php3?id_rubrique=14, Pag.2

⁹⁴ *“Lo que importa no es la “diferencia sexual” o la “diferencia de l@s homosexuales”, sino las multitudes queer. Una multitud de cuerpos: cuerpos transgéneros, hombres sin pene, bolleras lobo, ciborgs, femmes butchs, maricas lesbianas... La “multitud sexual” aparece como el sujeto posible de la política queer... Las minorías sexuales se convierten en multitudes. El monstruo sexual que tiene por nombre multitud se vuelve queer”*. *Ibíd.*, Pág.2

discursos normativos puedan apropiarse subversivamente de estos y transformarlos en lugares de resistencia a la perspectiva universal y heterosexual de lo humano⁹⁵.

2.2.3. Masculinidades

Los estudios sobre la masculinidad, tomando como referencia y punto de partida el trabajo feminista crítico en las ciencias sociales y las humanidades, han desarrollado la tarea pendiente de historizar y analizar, con perspectiva de género, las representaciones y organizaciones identitarias masculinas, y se han constituido de este modo como el principal campo de conocimiento en relación con los hombres y sus violencias⁹⁶.

Las masculinidades, si bien han deslindado un espacio propio en el ámbito de los estudios de género, reconocen su deuda con la tradición académica feminista. El cuestionamiento planteado por la investigación feminista a la subordinación de las mujeres respecto de la dominación masculina en el marco de la norma heterosexual, ha generado el espacio necesario para la visibilización de los múltiples cuerpos e identidades sometidas a las normas tradicionales de constitución del género, incluidos los varones heterosexuales. Los estudios sobre la masculinidad, por lo tanto, intentan comprender y explicar la forma en que los varones son producidos por las normas culturales como instrumentos de dominación de otros y otras,

⁹⁵ En tanto la política de las multitudes queer, *“emerge de una posición crítica respecto a los efectos normalizadores y disciplinarios de toda formación identitaria”* (Ibíd., Pág.4), algunas de sus estrategias de apropiación subversiva ante las tecnologías de normalización de los cuerpos y de las subjetividades son: la des-identificación, las identificaciones estratégicas, la reconversión de las tecnologías del cuerpo y la desontologización del sujeto de la política sexual.

⁹⁶ Véase, De Barbieri, óp. cit. Pág.16. La autora señalaba en 1993 acerca de las discontinuidades en el campo de la teoría de género, entre estas, el análisis de la masculinidad: *“Hay vacíos en los objetos de estudio, el principal a mi manera de ver es el mencionado acerca de la investigación y la reflexión que ha privilegiado a las mujeres y no ha generado información ni análisis desde la perspectiva masculina y de los varones”*.

pero también como sujetos inestables en constante pugna por cumplir con los mandatos del modelo de masculinidad tradicional hegemónica. En términos generales, Luis Bonino propone que la incorporación, en la forma de ideales y obligaciones, de las coordenadas identitarias de la masculinidad hegemónica (autosuficiencia, belicosidad heroica, expresión de dominio y autoridad sobre otros y valoración de las jerarquías), promueven el desarrollo de estilos de vida viriles caracterizados por el control de sí mismos y de otros y otras, por la exposición heroica y desafiante al riesgo, por la competitividad, por dificultades para la comprensión y la expresión de los afectos y por una ansiedad persistente asociada a la constante sensación de fracaso en el logro de las exigencias del modelo⁹⁷.

En la medida en que estudian los esfuerzos, los logros y los fracasos de los hombres en su búsqueda del estatus de hombre de verdad, los estudios sobre la masculinidad hacen visible a otra multitud, aquella integrada por las diversas masculinidades subordinadas a los mandatos del ideal Humano: hombres pobres, indios, fracasados y derrotados, borrachos, locos, pervertidos y disidentes⁹⁸.

⁹⁷ Véase, Bonino, L., *Salud, Varones y Masculinidad*, Seminario sobre Mainstreaming de género en las políticas de salud en Europa, Instituto de la Mujer, Madrid, 2001. El autor señala que el modelo hegemónico de la masculinidad tradicional, en tanto norma para la organización de la identidad masculina, impregna todos los ámbitos de socialización donde los varones construyen su subjetividad y corporalidad. Al respecto, debemos tener en cuenta que la eficacia simbólica de la masculinidad hegemónica, tal como es descrita aquí en algunos de sus aspectos, se asienta en su carácter tácito, universal y evidente para los sujetos que la reproducen, Bourdieu (2000), afirma al respecto que, *“la fuerza del orden masculino se descubre en el hecho de que prescinde de cualquier justificación: la visión androcéntrica se impone como neutra y no siente la necesidad de enunciarse en unos discursos capaces de legitimarla”*.

⁹⁸ Véase, Fernández, M., *Pobres, Borrachos, Violentos y Libres: Notas para la reconstrucción de identidades masculinas populares del siglo XIX*, en Olavarría, José; Parrini, Rodrigo, eds. *“Masculinidad/es. Identidad, sexualidad y familia.”* Primer Encuentro de Estudios de Masculinidad. Santiago, Chile: FLACSO-Chile/Universidad Academia de Humanismo Cristiano/Red de Masculinidad, 2000.

Según los *men's studies*⁹⁹, la masculinidad debe ser entendida entonces, como una construcción cultural que se reproduce socialmente y que, por tanto, no se puede definir fuera del contexto socioeconómico, cultural e histórico en que están inscritos los varones¹⁰⁰. Este contexto, en el cual los hombres son socializados, establece las cláusulas del deber ser masculino y de los actos performativos que deben desplegar sobre el medio social para ser considerados en regla con la norma.

Michael Kaufman señala el lugar central de la violencia en la organización social de las identidades masculinas: *“La violencia (de los hombres) no sólo es permitida; también se glamoriza y se recompensa. La raíz histórica misma de las sociedades patriarcales es el uso de la violencia como un medio clave para resolver disputas y diferencias”*¹⁰¹. El autor propone que las diversas formas culturalmente legitimadas de violencia masculina operan como un mecanismo privilegiado para la estabilización de las identidades de los hombres producidos por estas culturas, en tanto les provee de la experiencia y la oportunidad para la exhibición de la autoridad necesaria para sentirse en regla consigo mismos en sus luchas por satisfacer los imperativos del modelo. En tanto los imperativos de la masculinidad hegemónica están permanentemente asociados a la experiencia y exhibición de poder mediante el control y el dominio de sí mismo y de otros, la violencia ejercida hacia objetivos vulnerables se presenta comúnmente como una oportunidad para la reafirmación de la pertenencia al mundo de los hombres.

⁹⁹ Véase, Pérotin-Dumon, Ann, *Género en Historia*, Institute of Latin American Studies, University of London. <http://www.sas.ac.uk/ilas>

¹⁰⁰ Véase, Olavarría, José; Parrini, Rodrigo, eds. *Masculinidad/es. Identidad, sexualidad y familia*, Primer Encuentro de Estudios de Masculinidad. Santiago, Chile: FLACSO-Chile/Universidad Academia de Humanismo Cristiano/Red de Masculinidad, 2000.

¹⁰¹ Véase, Kaufman, M. *Las siete P's de la violencia de los hombres*, International Association for Studies of Men, Vol. 6, No. 2, 1999. <http://www.ifi.uio.no/~eivindr/iasom>

Aun cuando las mujeres, en el contexto las relaciones de pareja, constituyen uno de los principales medios para la estabilización violenta de las identidades construidas en relación con los modelos dominantes para la identidad masculina, donde además el ejercicio de violencia doméstica organiza, distribuye y sanciona un orden de cosas, un mundo relacional organizado según las coordenadas del privilegio masculino y la sumisión femenina, Robert Connel ha señalado que las prácticas violentas que sostienen la identidad masculina no se limitan a la subordinación de las mujeres, sino que incluyen relaciones de hegemonía, subordinación, complicidad y marginación en el interior y entre grupos de hombres, relaciones que estructuran e informan a cada hombre acerca de su lugar en jerarquías de género. Cualquiera sea el sujeto oprimido, mujeres, homosexuales u otros hombres subordinados, lo fundamental reside en que la masculinidad se sostiene en el marco de un sistema de relaciones de género mediante un esfuerzo de constante oposición respecto de los atributos femeninos normativos¹⁰², y es en este sentido que Michael Kimmel afirma que *“ser un hombre significa no ser como las mujeres. Esta noción de antifemineidad está en el corazón de las concepciones contemporáneas e históricas de la virilidad, de tal forma que la masculinidad se define más por lo que uno no es, que por lo que se es”*¹⁰³.

En tanto hegemónica, la plena masculinidad es atributo posible, tal vez, para unos pocos; en tanto ideal normativo, resulta inalcanzable y por lo mismo,

¹⁰² Véase, Connel, R., *La organización social de la masculinidad*, En: Valdés, T. y Olavarría J. *Masculinidades: Poder y crisis*, Santiago: FLACSO-Chile, 1997. Según el autor, en términos de dominio y subordinación, las masculinidades homosexuales ocupan la parte más baja de la jerarquía de género entre los hombres: *“La homosexualidad, en la ideología patriarcal, es la bodega de todo lo que es simbólicamente expelido de la masculinidad hegemónica... Por lo tanto, desde el punto de vista de la masculinidad hegemónica, la homosexualidad se asimila fácilmente a la femineidad”*.

¹⁰³ Kimmel, M., *Homofobia, temor, vergüenza y silencio en la identidad masculina*, En: Valdés, T. y Olavarría J. *Masculinidades: Poder y crisis*, Santiago: FLACSO-Chile, 1997. Pág.52

promotor de intensa frustración para la mayoría de los hombres¹⁰⁴. No obstante, los dividendos de la masculinidad hegemónica parecieran justificar las luchas masculinas por la supremacía. Connel señala que, en este sentido, las relaciones de género implican un conflicto de intereses: *“un sistema de género donde los hombres dominan a las mujeres no puede dejar de constituir a los hombres como un grupo interesado en la conservación, y a las mujeres como un grupo interesado en el cambio”*¹⁰⁵. En la medida en que los hombres obtienen honor, prestigio y autoridad, además de dividendos materiales de su pertenencia al género dominante, sostienen las estructuras de la desigualdad, como señalábamos antes, mediante el ejercicio de violencia tanto hacia las mujeres, como hacia otros hombres que pudieran amenazar su dominio.

La magnitud de las inequidades, la permanente tensión que implica la vigilancia y el sometimiento de los cuerpos y de las subjetividades, y la magnitud de las violencias desplegadas para sostener la dominación masculina descubren la inestabilidad de este sistema de dominación. Para De Barbieri, el poder, *“produce verdades, disciplina y orden, pero también siempre está en peligro y amenazado de perderse. Por ello no bastan leyes y normas, amenazas cumplidas y castigos ejemplares. Las/os dominadas/os tienen un campo de posibilidades de readecuación, obediencia aparente pero desobediencia real, resistencia, manipulación de la subordinación”*¹⁰⁶. Connel traza las tendencias de crisis del orden de género masculino dominante contemporáneo: a) *las relaciones de poder*, es decir, las distintas formas de la subordinación de las mujeres y la dominación de los hombres, muestran las mayores inestabilidades

¹⁰⁴ Kaufman, M., óp. cit. Pág.3. El autor denomina el sufrimiento característico derivado de las expectativas interiorizadas inalcanzables de la norma masculina hegemónica, *“las experiencias contradictorias del poder entre los hombres”*, y argumenta que las inseguridades asociadas al temor al fracaso en relación con el logro de las pruebas de la hombría tienden a sumir a los varones, especialmente a los más jóvenes, en experiencias de intenso temor, aislamiento, ira, autocastigo, autorrepudio y agresión.

¹⁰⁵ *Ibíd.*, Pág.43

¹⁰⁶ De Barbieri, T., óp. cit. Pag.12

en la forma del colapso generalizado de la legitimidad del poder patriarcal; b) *las relaciones de producción*, esto es, las divisiones genéricas del trabajo y sus consecuencias económicas, también han sido objeto de transformaciones radicales a partir de la segunda mitad del siglo XX; y c) *las relaciones de cathexis*, o las prácticas que dan forma al deseo como expresiones de la normatividad de género, que a su vez muestran modificaciones con la estabilización de la sexualidad gay y lesbica.

Por último, y siguiendo a Butler, para quién el género, *“al ser instituido por la estilización del cuerpo, debe ser entendido como la manera mundana en que los gestos corporales, los movimientos y las normas de todo tipo, constituyen la ilusión de un yo generizado permanente”*¹⁰⁷, y tanto por su inestabilidad como por el esfuerzo permanente que implica su logro, la masculinidad puede ser entendida performativamente, como una articulación inestable e inadvertida de prácticas viriles de dominación de sí mismo y de otros para la mantención de una identidad que se pretende estable y esencial. En palabras de Conway-Long¹⁰⁸, *“la masculinidad en sí se convierte en una performance de la dominación”*

2.2.4. Género, Alcohol y otras Drogas

El desarrollo, durante los últimos veinte años, de investigaciones, teorización e intervenciones específicas que incorporan la perspectiva de género en el campo de la comprensión, la explicación y el tratamiento para personas con problemas derivados del consumo de alcohol u otras drogas, es impulsado en su inicio, como señalábamos en la primera parte de este estudio, por constataciones realizadas en la práctica clínica respecto del sesgo androcéntrico en el diseño de los programas de rehabilitación. El menor acceso

¹⁰⁷ Butler, J., *op. cit.* Pag.297

¹⁰⁸ Conway-Long, D. (1994). *Ethnographies and Masculinities*, en Brod and Kaufman (eds.), *Theorizing masculinities*, Thousand Oaks: Sage, pp. 61-81.

y las bajas tasas de adherencia a los programas por parte de las usuarias mujeres, así como la escasez de estudios que abordaran los puntos de vista, las experiencias y las necesidades de las mujeres en relación con el uso y abuso de sustancias motivaron la revisión de este fenómeno desde la óptica de la teoría de género.

Desde esta perspectiva, un elemento básico a tener en cuenta es la valoración diferencial del consumo según sexo expresada en el estigma asociado al consumo femenino de sustancias y la normalización del consumo masculino. El consumo de drogas implica para las mujeres desviarse de las prácticas de género tradicionalmente asignadas a ellas, y por lo tanto, enfrentar sanciones en torno al abandono de sus roles y funciones tradicionales¹⁰⁹. Las expectativas respecto al desempeño social de una feminidad tradicional subordinada, dependiente y construida como el cuidado de otros, esto es, la feminidad como maternidad y postergación¹¹⁰, las disocia del consumo del mismo modo en que las disocia de las conductas de riesgo en general, haciendo de la abstinencia o la moderación el modelo a desempeñar¹¹¹. Ahora bien, al vincularse con las drogas, la normatividad de género las sitúa habitualmente como cuidadoras de hombres con problemas

¹⁰⁹ Véase, Forselledo, A., Foster, J., *Aproximación al Impacto del Abuso de Drogas en la Mujer*, Ciencias Sociales 73-74: 77-94, setiembre-diciembre, 1996. "en la mayoría de las culturas americanas, con sus valores, normas, creencias religiosas y pautas de conducta, se tolera más el consumo de alcohol en los hombres que en las mujeres, asumiéndose una actitud de censura sobre la mujer consumidora". Pag.79

¹¹⁰ Véase, Lagarde, M., *Género e Identidades, Metodología de Trabajo con Mujeres*, Servicios Editoriales Unicef, Quito, 1994.

¹¹¹ La notable excepción señalada por Romo respecto al abuso mayoritario de psicofármacos por parte de mujeres, sugieren que la ilegalidad de las sustancias y el riesgo asociado a esta condición, transforman a las drogas ilegales en drogas de uso preferente masculino, y a las drogas legales, como una alternativa menos conflictiva para las mujeres en general. Los psicofármacos, especialmente los ansiolíticos benzodiazepínicos, pese al uso informal y la automedicación, cuentan además con la legitimidad que les otorga su uso en el marco de la atención médico-psiquiátrica. Véase, Romo Avilés, N., et al. 'Género y Uso de Drogas. De la ilegalidad a la legalidad para enfrentar el malestar'. *Trastornos Adictivos*, año 2006; 8(4) 243-50.

asociados al consumo e inician, usan, abusan y tienden a recaer en sus propios consumos en el marco de relaciones afectivas con hombres con usos o consumos perjudiciales¹¹². Aun cuando el consumo de sustancias ilegales es objeto de sanción generalizada, Romo sugiere que, en comparación con los varones, cuyos consumos son normalizados, las mujeres experimentan una doble discriminación al vincularse al consumo de estas sustancias, señalando que, *“usar una sustancia ilegal supone para las mujeres no sólo ser clasificadas de desviadas por sus usos de drogas, sino también por contraponerse a la definición social de lo que debe ser el comportamiento “femenino”*.¹¹³

En términos generales, la abstinencia de alcohol u otras drogas genera sospechas respecto a la hombría del hombre que no consume, puesto que las drogas ocupan un lugar privilegiado en las prácticas ritualizadas que confirman su pertenencia a la *“casa de los hombres”*¹¹⁴, y por lo tanto, el consumo como práctica de legitimación homosocial mediante la exhibición de la hombría necesaria para no ser asimilados a mujeres u homosexuales, estabiliza las identidades de los hombres en sus esfuerzos constantes por ajustarse a los mandatos del modelo de masculinidad tradicional hegemónica. En la medida en que el uso y el consumo problemático de sustancias es entendido como un

¹¹² Véase, Palop, M., *Mujer y Drogas*, Papeles del Psicólogo, nº075, Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos, Madrid, España, pp. 53-55, 2000.

¹¹³ Romo Avilés, N., *Género y uso de drogas: la invisibilidad de las mujeres*, Monografía Humanitas. Barcelona, Fundación Medicina y Humanidades Médica, volumen 5. Pag.80

¹¹⁴ Véase, Welzer-Lang, Daniel, óp., cit. Pag.2 según el autor *“esa “casa de los hombres”, en cada edad de la vida, en cada etapa de la construcción de lo masculino, está relacionada con un lugar, una habitación, un bar, un estadio de fútbol. Es decir, un lugar propio en el que la homosocialidad puede vivirse y experimentarse en el grupo de iguales”,* pero además señala que la variedad de experiencias y situaciones culturalmente construidas de validación homosocial implican una amplia gama de *“casas”*: *“a cada cultura o microcultura, incluso a veces a cada ciudad o pueblo, a cada clase social, le corresponde una forma de “casa de los hombres”. El tema de la iniciación de los hombres se conjuga de muy diversas maneras. El concepto es constante pero las formas variables”*.

asunto propio de hombres, las experiencias singulares de los hombres en este ámbito se tornan opacas y dejan de ser objeto de interés u observación.

Las prácticas de género tampoco son estáticas en el ámbito del consumo de sustancias psicoactivas. Las tendencias a la crisis del orden de género se evidencian en cambios en los patrones de consumo según sexo, orientados a la disminución global de las brechas entre hombres y mujeres, y sobre todo en población adolescente y joven¹¹⁵. La introducción de las mujeres en los contextos masculinos del consumo durante las últimas décadas pueden entenderse como una de las formas en que las normas de género se tensionan y desplazan, modificando y abriendo espacios a las mujeres que les estaban tradicionalmente vedados, permitiendo mayor presencia y participación en el consumo, sin que estos espacios pierdan necesariamente su carácter masculino. Moral respecto a la masculinización del patrón del consumo femenino, también llamada hipótesis de la convergencia, explica que, *“Beber, consumir ciertas sustancias y comportarse de cierto modo son actividades que han servido y sirven a las mujeres para ocupar ciertos espacios, y lo han hecho adaptándose a las características previas a su incorporación, es decir, siguiendo las pautas masculinas”*.¹¹⁶

Richard Wilsnack, en su estudio del año 2005, categoriza los ámbitos a considerar al incorporar la perspectiva de género en el estudio y el abordaje terapéutico del consumo de drogas, proponiendo cuatro ejes basados en la recopilación bibliográfica de estudios recientes que han intentado explicar las

¹¹⁵ Véase, ONUDD, óp. cit. Pág. 6

¹¹⁶ Moral, B. (Farapi, s.l.) “Marco teórico” en *Cómo introducir la Perspectiva de Género en los proyectos de drogodependencias*. 1ª Jornada de la Comisión de Género del Gobierno Vasco, 2008. Pág.13

diferencias según sexo en relación con el consumo de alcohol¹¹⁷, y que pueden extenderse a las diferencias según sexo para el consumo de otras drogas:

- Poder: el consumo de alcohol y otras drogas es una expresión del dominio masculino, ya sea como actividad privilegiada que señala el estatus de hombre, o como vehículo para la demostración de la virilidad mediante el dominio de sí mismo y de otros como facilitador de la conducta violenta. El consumo de alcohol y otras drogas actúa como factor precipitante y como excusa para las acciones violentas de los hombres¹¹⁸. El consumo de las mujeres estaría menos orientado a la facilitación de la agresión que al manejo de las consecuencias emocionales de las experiencias de opresión. La violencia masculina como instrumento para la afirmación y la perpetuación de la posición hegemónica de los hombres en el orden de género, estructura las relaciones entre hombres y mujeres en todos sus aspectos¹¹⁹. Las mujeres que consumen drogas, en tanto cuestionan el orden de género y la autoridad masculina, son objeto de maltrato con mayor frecuencia que las mujeres que no consumen, maltrato que a su vez tiende a aumentar el riesgo de consumo.¹²⁰
- Sexualidad: Hipotéticamente, las restricciones sociales para el consumo de alcohol y otras drogas en mujeres se sustentan sobre los temores a la

¹¹⁷ Véase, Wilsnack, R., et al., *Why study gender, alcohol and culture?*. En Isidore S. Obot & Robin Room, Eds., *Alcohol, gender and drinking problems: perspectives from low and middle income countries*, WHO, 2005

¹¹⁸ Véase, Sanchez Pardo, L., *Drogas y perspectiva de género: Documento marco*, Plan de Atención Integral de la Mujer de Galicia, Xunta de Galicia. *“El consumo de drogas ilícitas por parte de los agresores se correlaciona positivamente con la frecuencia de las agresiones infligidas, multiplicándose por diez con respecto a los no consumidores de estas sustancias”*.Pág.194

¹¹⁹ Véase, ASECEDI, óp. cit. Pág.40

¹²⁰ ONUDD, *Tratamiento del abuso de sustancias y atención para la mujer: Estudios monográficos y experiencia adquirida*, Naciones Unidas, Nueva Cork, 2005.

desinhibición sexual. Estas restricciones se explican, entonces, como formas de control y regulación del cuerpo, la sexualidad y la reproducción, en tantos territorios fundamentales de la dominación masculina, de modos que favorezcan la alianza entre hombres y la organización de los sistemas de parentesco. Palop señala que un alto porcentaje de las mujeres dependientes de sustancias son objeto de abusos sexuales¹²¹. Puesto que la mujer que consume se desvía de la norma de género, rechazando la tutela de su sexualidad, puede ser presionada sexualmente y es responsabilizada por las agresiones sexuales que pueda experimentar en este contexto, agresiones que, además, pueden ser justificadas sobre la base de discursos acerca de su pobreza moral y de las consecuencias esperables de situaciones de riesgo que ella misma ha generado¹²². Circularmente, los abusos sexuales pueden favorecer las conductas de abuso de sustancias como estrategia de afrontamiento de las consecuencias del trauma. Por último, algunas mujeres que desarrollan dependencia a sustancias se prostituyen para obtener drogas, o establecen relaciones prostituidas ocultas. Mercedes Palop describe, *“la espiral de prostituirse para drogarse y drogarse para prostituirse parece dificultar la salida de situaciones marginales. Provocando mayor estigmatización social”*.¹²³ En términos amplios, Patricia Martínez afirma, *“es una realidad contrastada que las mujeres drogodependientes ponen en juego su cuerpo y sexualidad en el consumo de sustancias... la sexualidad de una mujer siempre va a estar “en el juego”*¹²⁴.

¹²¹ Véase, Palop, M., óp. cit.

¹²² Véase, Moral B. (Farapi, s.l.), óp. cit.

¹²³ Palop, M., op. cit. Pág.55

¹²⁴ Martínez Redondo, P., *Perspectiva de Género Aplicada a las Drogodependencias*, ASECEDI, Salamanca, España, 2008. Pág.35

- Riesgo: especialmente durante la adolescencia, la juventud y en otros escenarios sociales donde la identidad masculina se encuentre amenazada, el consumo de alcohol y drogas constituye un medio tradicional para la demostración ritualizada y la estabilización resultante de la hombría. En tanto el consumo abusivo en si constituye una conducta de riesgo, y además, las conductas que facilita exponen a los varones a otras experiencias de riesgo, el consumo se instala en la lógica masculina como un poderoso medio para la obtención de la aprobación homosocial resultante de esta exposición. Aun cuando la prudencia, la dependencia y el cuidado de si y de otros exigidos por la norma de género para las identidades femeninas tiende a disociarlas de las conductas de riesgo en general y del consumo en particular, cuando la sustancia es legal y además cuenta con la legitimidad del fármaco, es decir, cuando su consumo puede deslindarse del riesgo y del estereotipo del adicto, observamos que las mujeres pueden consumir y abusar de drogas en mayor proporción que los varones, *“pero que ello depende del significado que tenga la sustancia, del contexto en que se consume y se adquiera, del estigma que imprima, de la finalidad del consumo y de la accesibilidad de la sustancia”*.¹²⁵
- Responsabilidades: el consumo de alcohol y otras drogas según sexo se ve modulado diferencialmente por las responsabilidades sociales según género. El consumo significativamente mayor de los varones puede sustentarse en su disociación respecto de los roles domésticos, incluida la responsabilidad por el cuidado de otros¹²⁶. La vigilancia a que son

¹²⁵ *Ibíd.*, Pág.16

¹²⁶ No obstante, se ha propuesto que el consumo de alcohol y otras drogas en varones podría también estar motivado por el manejo de la presión propia de las responsabilidades que supone ser un hombre en regla con el modelo de masculinidad tradicional, y en este sentido puede entenderse el consumo de los hombres como un contexto legitimado para la expresión de emociones, camaradería y proximidad física

sometidas las mujeres en relación con el desempeño de los roles tradicionales puede limitar sus consumos de sustancias, sin embargo, esta misma vigilancia se traduce en estigma, prejuicio y discriminación cuando presentan dificultades asociadas al consumo y cuando solicitan tratamiento. Como resultado, *“la vergüenza y la culpa que sienten las mujeres por esa dependencia y su “fracaso” en mostrarse a la altura de los papeles y expectativas sociales les hace difícil reconocer el problema y solicitar ayuda. Esos sentimientos pueden ser aún mayores en el caso de las mujeres dedicadas al trabajo sexual, las madres que no pueden atender adecuadamente a sus hijos y las mujeres que viven en sociedades cuyos tabúes culturales contra las consumidoras de sustancias están muy arraigados”*¹²⁷. Cuando se trata de asignar responsabilidad por las consecuencias perjudiciales, en términos generales, el consumo desresponsabiliza a los hombres, justificando sus actos como propios de hombres, y culpabiliza a las mujeres doblemente tanto por el abandono o la negligencia respecto de la prácticas tradicionales de género como por el consumo mismo.

La perspectiva de género aplicada a este campo específico permite comprender las relaciones específicas que hombres y mujeres mantienen con las drogas, sus semejanzas y diferencias. Supone, por una parte, ampliar el conocimiento actual sobre el uso y el consumo perjudicial de sustancias incluyendo el análisis que la teoría de género puede proveer acerca de las diferencias, las relaciones y las desigualdades entre hombres y mujeres, construidas culturalmente en una sociedad dada, sobre la base de la diferencia sexual o de la simbolización de la sexualidad como discurso normativo, y que

con otros hombres. Al respecto, Véase, Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, *Guía mujeres y hombres ante las adicciones: El papel del personal médico en su detección temprana y derivación a tratamiento*, Secretaría de Salud, México, 2006.

¹²⁷ ONUDD, óp. cit. Pág.22

definen formas también distintas y desiguales de relacionarse con las drogas, con sus efectos y con los dispositivos de tratamiento. Por otra, implica atender a la diversidad de sujetos mujeres y hombres consultantes en los servicios de atención con el propósito de contribuir a eliminar las desventajas o desigualdades que el género establece y que limitan tanto el acceso como la permanencia en estos dispositivos.

III MARCO METODOLÓGICO

3.1. Antecedentes de contexto para la investigación

3.1.1. Políticas públicas en materia de control de la demanda por alcohol y otras drogas.

Sobre la base de la información recogida bianualmente desde 1994 mediante los Estudios Nacionales de Drogas en Población General, y desde 2001 con la serie de Estudios Nacionales de Drogas en Población Escolar, además de los Estudios de Carga de Enfermedad de los años 1996 y 2007, la Encuesta Nacional de Calidad de Vida de los años 2000 y 2006, y la Encuesta Nacional de Salud, realizada el 2003 y 2010¹²⁸, el actual gobierno expresa en su *Estrategia nacional de drogas y alcohol 2011-2014*, respecto al consumo de alcohol y otras drogas:

- *“El problema de consumo de drogas y alcohol en Chile no es genérico o transversal para todas las drogas existentes, sino que se focaliza en el nivel de consumo de marihuana y alcohol en población adolescente,. El consumo problemático de pasta base y cocaína en población vulnerable y el alto consumo de riesgo de alcohol en toda la población”.*
- *“El consumo de marihuana y de alcohol en edades tempranas ha sido identificado como la puerta de entrada hacia el consumo de otras drogas más complejas y que producen mayor nivel de adicción, como la pasta base y la cocaína”.*

¹²⁸ Véase, SENDA, *Estrategia nacional de drogas y alcohol 2011-2014*, Ministerio del Interior y Seguridad Pública, Gobierno de Chile. Santiago, Chile, 2011.

- *“En el caso del consumo problemático de pasta base y cocaína, por el alto potencial adictivo de estas drogas y el impacto que su consumo produce en la sociedad, sobre todo en materia de seguridad pública, es que se hace prioritaria una focalización en la reducción de sus niveles de consumo y el tratamiento e integración social de las personas con consumo problemático de estas sustancias. El consumo de riesgo de alcohol resulta, a su vez, principalmente nocivo por el daño físico que produce y por su directa relación con la accidentabilidad y la proliferación de enfermedades”¹²⁹.*

En respuesta al diagnóstico aquí sintetizado, el actual gobierno propone una política de reducción de la demanda por drogas que apunta, a Marzo de 2014, a la reducción del nivel de consumo de drogas ilícitas y alcohol y de las principales consecuencias sociales y sanitarias asociadas a estos consumos, y que se traduce en un modelo de acción cuyos grandes ejes temáticos son la prevención y la recuperación.

La prevención del consumo de alcohol y drogas ilícitas es definida como el *“conjunto de procesos que promueve el desarrollo integral de las personas, sus familias y la comunidad, anticipándose a la aparición del problema o trabajando con y desde el problema, evitando la conducta de consumo, fortaleciendo factores protectores y disminuyendo factores de riesgo”¹³⁰*. Sobre la base de la promoción de factores protectores y la disminución de factores de riesgo (que operan como predictores de conductas de riesgo), en niños, niñas y adolescentes, la estrategia gubernamental se propone: evitar el consumo de drogas ilegales; aumentar la percepción de riesgo del consumo de alcohol y otras drogas en la

¹²⁹ Ibid., Pag.26

¹³⁰ National Institute on Drug Abuse. Preventing Drug Abuse among Children and Adolescents: Prevention Principles. National Institutes of Health, U. S. Department of Health and Human Services Second edition; 2003, citado en SENDA *Estrategia nacional de drogas y alcohol 2011-2014*, Ministerio del Interior y Seguridad Pública, Gobierno de Chile. Santiago, Chile, 2011. Pág.33

población infanto-adolescente; y evitar el consumo de alcohol en menores de 18 años y el consumo de riesgo de alcohol en población adulta. La actual administración considera que *“los esfuerzos de prevención en Chile se han centrado principalmente en medidas universales inespecíficas y el logro de los objetivos en la materia ha sido dispar”*¹³¹, razón por la cual propone un sistema integrado de prevención llamado *Chile Previene*, el cual *“busca transformar la manera parcelada de ver la prevención de drogas y alcohol en una visión sistémica, integral y organizada”*¹³², desarrollando acciones preventivas en tres ámbitos específicos: la escuela, la comunidad y el trabajo; y promoviendo la prevención global del consumo de riesgo de alcohol.

Respecto a la recuperación, la estrategia apunta al logro de objetivos terapéuticos medidos en términos del logro de la abstinencia o de cambio en el patrón de consumo, pero también en relación con el logro de la integración social; de este modo, el objetivo del proceso de recuperación *“es que la persona pueda desarrollar una vida libre de drogas y/o alcohol e integrada socialmente, en donde la rehabilitación clínica, pasa a ser uno de los componentes, entre otros tres más, que se señalan como parte clave de la recuperación: el bienestar o la calidad de vida; el involucramiento con la comunidad; y el ejercicio de los deberes y derechos ciudadanos de la persona”*¹³³. El logro de este objetivo supone la creación de un sistema integral de recuperación compuesto por dos subsistemas, el subsistema de tratamiento y rehabilitación y el subsistema de integración para personas con problemas asociados al consumo de drogas y alcohol. El tratamiento puede definirse como un conjunto de prestaciones e intervenciones resolutivas, específicas respecto al tipo y a la complejidad del problema de salud tratado, en particular, el tratamiento de los problemas derivados del consumo de drogas *“se ha demostrado que ofrece resultados positivos tanto en la conducta de consumo como en la salud física, mental,*

¹³¹ SENDA, óp. cit. Pág.33

¹³² *Ibíd.*, Pág.34

¹³³ *Ibíd.*, Pag.43

*conductas de riesgo y desempeño laboral del paciente*¹³⁴. Las líneas de acción para el tratamiento desglosadas en la estrategia se agrupan en tres ámbitos: *Consolidación de un Sistema Nacional de Tratamiento de Calidad, ajustado a los distintos perfiles de personas con dependencia y abuso de drogas y/o alcohol, en la red de salud pública y privada solidaria preexistente*, cuyo objetivo principal consiste en poner a disposición de la población un servicio de tratamiento integral de calidad¹³⁵; *Detección precoz e intervenciones breves en atención primaria y escuelas; y Posicionamiento del tratamiento de adicciones como alternativa efectiva de rehabilitación y sustitución de la privación de libertad*¹³⁶. Por último, respecto a la integración como parte del sistema integral de recuperación del consumo problemático de drogas, se pretende: *Enseñar, reforzar y reparar aspectos de las distintas dimensiones de la vida en sociedad: autonomía, autoestima, vivienda, empleo, familia, participación, y todos los necesarios para la plena integración; Generar mecanismos y redes que permitan el acceso y/o la permanencia en el empleo, asegurar una vivienda, y mantener activas las redes sociales, familiares y de protección social; y Promover la*

¹³⁴ Best D, Laudet A. *The Potential of Recovery Capital*, London:RSA; 2010, citado en SENDA *Estrategia nacional de drogas y alcohol 2011-2014*, Ministerio del Interior y Seguridad Pública, Gobierno de Chile. Santiago, Chile, 2011. Pág.44

¹³⁵ Además de la calidad de la atención, entendida como la pertinencia clínica de los tratamientos sostenida sobre la mejor evidencia científica y empírica disponible y sobre la implementación de estándares de calidad para los centros de atención, SENDA sostiene como indicador de calidad la equidad en la oportunidad de acceso a tratamiento, la que debería asegurarse mediante el *“diseño de programas acorde a las necesidades reales de la población, para lo cual se realizará un trabajo exhaustivo con el fin de determinar los perfiles de los grupos de la población con necesidades de tratamiento que requieren enfoques particulares y se trabajará en el diseño e implementación de una oferta variada y pertinente, que dé cuenta de sus necesidades”*. Aquí, la equidad en la oportunidad de acceso puede interpretarse como un esfuerzo por producir intervenciones diseñadas teniendo en cuenta la pertinencia sociocultural de las mismas. SENDA, óp. cit. Pág.46.

¹³⁶ SENDA, óp. cit. Pág.45

*generación de un discurso público que facilite la integración de los consumidores problemáticos.*¹³⁷

3.1.2. Políticas locales para la implementación de dispositivos de control de la demanda por alcohol y otras drogas.

La implementación local de las políticas para el control de la demanda por drogas arriba reseñadas, en el ámbito de la recuperación, dispone de los Centros de Salud Mental Comunitaria (COSAM) como parte de la red pública de centros de tratamiento para su ejecución.

La historia de los COSAM los vincula desde un principio con el tratamiento de personas con problemas asociados al consumo de sustancias psicoactivas: en su origen, a principios de los años 90's, los Centros de Adolescencia y Drogas, que atendían población adolescente consumidora de drogas, se constituyen como Equipos de Salud Mental Comunitarios en el marco del "*Proyecto de Red de Centros Comunitarios de Salud Mental Familiar*" desarrollado por el Ministerio de Salud de la época, cuya orientación familiar y comunitaria, plasmada luego en el texto de la primera "*Política y Plan de Salud Mental y Psiquiatría*", de 1993, toma como inspiración los Modelos de Salud Mental Comunitaria elaborados en Europa, Canadá y Australia durante los años 70's, y cuya principal directriz apunta a la superación del modelo asilar.¹³⁸ El modelo de atención basado en la comunidad espera evitar la desvinculación de las personas usuarias de sus contextos cotidianos, proponiendo entender la salud mental de manera integral y por lo tanto, en relación con todas aquellas condiciones de orden social y cultural que pudieran amenazarla o contribuir a protegerla. De este modo, la década de los 90's se constituye como una época

¹³⁷ *Ibíd.*, Pag.49

¹³⁸ Véase, MINSAL, *Norma Técnica para la Implementación y Funcionamiento de Centros de Salud Mental Comunitaria*, Subsecretaría de Salud Pública, División de Prevención y Control de Enfermedades, Gobierno de Chile . Santiago, Chile, 2008. Pag.5

de transito paulatino de los COSAM hacia un rol de mayor protagonismo en el ámbito de la resolutivez ambulatoria y comunitaria de una amplia gama de problemáticas de Salud Mental, que incluye, entre otras el consumo de sustancias psicoactivas.

El *Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría*, publicado el año 2000 y vigente en la actualidad, descrito como el producto de un trabajo en el cual “se recogieron las buenas prácticas y la evidencia de los últimos años de los distintos equipos de salud mental del país y del extranjero, y se señalaron objetivos y estrategias para orientar los recursos del Estado en acciones para elevar el nivel de salud mental de los chilenos”¹³⁹, consolida el carácter ambulatorio-comunitario de la estrategia sanitaria del Estado en materia de salud mental, donde una parte central de esta estrategia es la ampliación de la cobertura ambulatoria y mejorar el acceso, la oportunidad y la calidad de las prestaciones, mediante el fortalecimiento de la red de servicios y dispositivos locales de salud, red donde los COSAM se consolidan, junto a los Centros de Referencia en Salud (CRS), como parte del nivel secundario de atención en salud mental y psiquiatría¹⁴⁰, y se constituyen en “el núcleo descentralizado del modelo de atención en el nivel local”¹⁴¹, donde se ofrecerán alternativas de atención y rehabilitación ambulatoria especializada, y de reinserción en sus comunidades, a personas y familias con problemas y trastornos mentales de moderada a alta severidad, en relación con los ejes prioritarios en salud mental definidos por el Ministerio de Salud, esto es: trastornos psiquiátricos severos, Depresión, trastornos de la atención y de la actividad en niños, Maltrato Infantil, Violencia Intrafamiliar y consumo de sustancias psicoactivas.

¹³⁹ *Ibíd.*, Pag.4

¹⁴⁰ Donde los niveles primario y terciario corresponden, respectivamente, a los dispositivos de salud implementados en los centros de salud familiar (CESFAM), y a los hospitales distribuidos por el territorio nacional.

¹⁴¹ *Ibíd.*, Pag.4

La Norma Técnica para la Implementación y Funcionamiento de Centros de Salud Mental Comunitaria, publicada el año 2008, propone una definición más precisa de los COSAM y de su campo de acción, estableciendo que “*el Centro de Salud Mental Comunitaria es un establecimiento ambulatorio de especialidad en Salud Mental y Psiquiatría, integrante de la Red de Salud General y de su subsistema de Salud Mental y Psiquiatría. Su cometido prioritario es brindar servicios integrales de salud mental y psiquiatría a personas y familias con problemas y trastornos mentales de moderada a alta severidad, en todas las etapas del ciclo vital*”.¹⁴²

El COSAM de la comuna de Independencia está llamado a proveer apoyo y soporte especializado para el cuidado de la salud mental de la población que vive o trabaja en el territorio específico de esta comuna, en coordinación con los establecimientos que forman la red asistencial local, principalmente, los Centros de Salud Familiar Agustín Cruz Melo y Juan Antonio Ríos, el Hospital Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak y el Hospital de Niños Roberto del Río, y además, con otras instancias de la red de establecimientos coordinados por el Servicio de Salud Metropolitano Norte (SSMN)¹⁴³ tales como Hospitales Diurnos, comunidades terapéuticas y COSAM de otras comunas del área. Por último, COSAM Independencia coordina su accionar intersectorialmente con diversas instituciones fuera del sistema de salud, como lo son el Servicio Nacional de Menores (SENAME) y los Tribunales de Familia, dependientes del Ministerio de Justicia; la Fiscalía Regional Metropolitana Centro Norte (FRMCN), dependiente del Ministerio Público; y SENDA, que depende, a su vez, del Ministerio del Interior y Seguridad Pública.

Durante el año 2012 COSAM Independencia atendió a 1291 personas, lo que corresponde al 2.5% de la población inscrita en el Fondo nacional de Salud

¹⁴² *Ibíd.*, Pag.10

¹⁴³ Las comunas cuyos servicios asistenciales dependen del financiamiento y la coordinación del SSMN son: Recoleta, Conchalí, Huechuraba, Quilicura, Colina, Til Til, Lampa e Independencia.

(FONASA) residente en la comuna. Las personas recibieron un promedio de 12.8 atenciones durante el año, alcanzándose un total de 16407 prestaciones de especialidad. De estas 1291 personas atendidas, 1040 corresponden a usuarios y usuarias del programa de atención de adultos, el que a su vez se subdivide en cuatro líneas de intervención: la Línea de intervención en Problemas Asociados al Consumo de Alcohol y Drogas, la Estrategia de Abordaje en Violencia Doméstica, los Problemas de Salud Mental del Adulto y finalmente los Trastornos Psiquiátricos Severos¹⁴⁴.

El *Programa de Tratamiento a Personas con Problemas Asociados al Consumo de Alcohol y Drogas* atendió durante el mismo periodo de tiempo a un total de 161 personas adultas, 62 mujeres y 99 hombres. 35 de estas mujeres y 59 de estos hombres, totalizando 94 personas, fueron atendidos en el marco del convenio de atención establecido entre el SSMN y el Departamento de Salud de la Ilustre Municipalidad de Independencia, llamado Plan Ambulatorio Básico No SENDA, y que atiende mayoritariamente a personas con dificultades asociadas al consumo de alcohol, mientras que las 67 restantes, 27 mujeres y 40 hombres, corresponden a los planes ambulatorios básicos (PAB) e intensivos (PAI) financiados por SENDA para usuarios y usuarias con problemas asociados al consumo de drogas ilícitas con o sin consumo asociado de alcohol. A diferencia de todas las otras líneas de intervención implementadas en COSAM independencia, el *Programa de Tratamiento a Personas con Problemas Asociados al Consumo de Alcohol y Drogas* es la única línea de intervención cuya demanda por tratamiento y cuya población bajo control es mayoritariamente masculina¹⁴⁵.

¹⁴⁴ COSAM Independencia, *Programación 2013*, Ilustre Municipalidad de Independencia, Departamento de Salud, 2012.

¹⁴⁵ *Ibíd.*, Pag.40

Ajustándose a los requerimientos establecidos por SENDA¹⁴⁶, COSAM Independencia dispone de un equipo multidisciplinario altamente capacitado en materia de tratamiento de personas con consumos de riesgo o perjudiciales y dependencia a sustancias psicoactivas, constituido por Psicólogos, Trabajadores Sociales, Terapeuta Ocupacional, Médico Psiquiatra, Terapeuta Familiar y Profesora de Arte. Este equipo profesional produce Planes de Tratamiento Individualizados (PTI) que incluyen las siguientes prestaciones de salud: consulta psicológica, consulta de salud mental, consulta psiquiátrica, psicoterapia individual, intervención psicosocial de grupo, psicodiagnóstico, visita domiciliaria, farmacoterapia y exámenes de orina¹⁴⁷.

3.2. Propuesta metodológica de investigación

La presente investigación de carácter cualitativo, desarrollada desde una posición profeminista y antisexista¹⁴⁸, tiene por propósito evaluar la incorporación de

¹⁴⁶ Véase, SENDA, *Norma y Orientaciones Técnicas de los Planes de Tratamiento y Rehabilitación para Personas Adultas con Problemas Derivados del Consumo de Drogas. Convenio de Colaboración Técnica y Financiera SENDA-MINSAL*. Ministerio del Interior y Seguridad Pública, Gobierno de Chile. Santiago, Chile, 2012.

¹⁴⁷ COSAM Independencia, *Programa de Tratamiento a Personas con Problemas Asociados al Consumo de Alcohol y Drogas*, Ilustre Municipalidad de Independencia, Departamento de Salud, 2012.

¹⁴⁸ El movimiento profeminista surge en Europa a inicios de los años 70's asociado a los movimientos por los derechos civiles. Integrado mayoritariamente por varones de clase media vinculados a las ciencias sociales, a la educación y a las redes asociativas activistas, aglutina bajo esa denominación a un espectro amplio de varones comprometidos con la crítica a la masculinidad tradicional hegemónica. Inspirados por la lucha feminista y desde la perspectiva de género, el profeminismo condena la opresión de las mujeres y reconoce la responsabilidad masculina por su subordinación histórica, además de luchar contra la homofobia y la virilidad obligatoria. En el ámbito académico, el profeminismo encuentra su expresión en los estudios acerca de la masculinidad ("men's studies", "critical studies of men and masculinities"). Para mayor detalle de las respuestas masculinas a los cuestionamientos feministas de la hegemonía del poder masculino, véase, Bonino, L., *Los Varones ante el problema de la Igualdad con las Mujeres*, en Lomas C., (ed.) Todos

la perspectiva de género como referente teórico y técnico, en un dispositivo concreto de control de la demanda de alcohol y otras drogas financiado y supervisado por SENDA. Interesa, por lo tanto, señalar la coherencia observable, tanto en los documentos técnicos como en los discursos profesionales, respecto a los desarrollos contemporáneos en la materia de estudio planteada; además de señalar, si las hubiere, las brechas entre lineamientos técnicos, relatos profesionales, prácticas terapéuticas y registros clínicos en relación con el género y su nexos con el consumo de alcohol y otras drogas.

3.2.1. El estudio de Caso

Metodológicamente hablando, la técnica escogida fue el *Estudio de Caso Simple o Único*^{149 150}, técnica idónea para la presente investigación en la medida en que se pretendió examinar y evaluar en profundidad la incorporación de la perspectiva de género en una entidad social específica¹⁵¹, en este caso, un programa de tratamiento para personas con problemas derivados del consumo de alcohol u otras drogas. El programa elegido, el *caso* por lo tanto, fue el Programa de Tratamiento a Personas con Problemas Asociados al Consumo de Alcohol y Drogas financiado y supervisado técnicamente por SENDA, en el Centro de Salud Mental Comunitaria (COSAM), de la comuna de Independencia. La selección del caso fue realizada estratégicamente en base a *muestreo*

los hombres son iguales? Identidad masculina y cambios sociales, Barcelona, Paidós, 2002.

¹⁴⁹ Véase, Yin, R., *Investigación Sobre Estudio de Casos. Diseño y Métodos*, SAGE Publications, Thousand Oaks, CA, 1994.

¹⁵⁰ Según Benbasat et ál., (1987), el estudio de casos puede ser definido como “aquella investigación que usa múltiples métodos y herramientas para la recogida de datos por un observador directo de varias entidades, en una escena única, considerando aspectos temporales y contextuales del fenómeno bajo estudio, pero sin experimentación ni manipulación”. Pag.370

¹⁵¹Véase, Rodríguez, D.; Valldeoriola, J. *Metodología de la Investigación*, Barcelona, Universitat Oberta de Catalunya. 2009.

*teórico*¹⁵², no estadístico, relevando la pertinencia de un programa terapéutico instalado y en funcionamiento, representativo de otros dispositivos de su clase y por lo tanto, un *caso típico*¹⁵³ con potencial para la generalización analítica de los resultados de la investigación, como espacio privilegiado para el aprendizaje respecto del fenómeno a estudiar.

El estudio corresponde, según sus objetivos, a uno de tipo *descriptivo-ilustrativo*, en tanto intenta describir cómo ocurre un fenómeno en el marco de su contexto real (cómo se incorpora la perspectiva de género en el programa de tratamiento); y se desarrolló, en cuanto al método de recolección de los datos, sobre la base del análisis de contenido¹⁵⁴ de un corpus textual de estudio seleccionado mediante *muestreo teórico*, constituido por documentos programáticos institucionales y por entrevistas en profundidad semiestructuradas practicadas a los profesionales involucrados en la coordinación, atención y tratamiento de los y las usuarias del programa. La elección de este corpus estuvo orientada a la triangulación de las fuentes y justifica adjudicar al estudio un *diseño triangular*¹⁵⁵, cuyo propósito es “la

¹⁵² Stake, R., *The art of case study research*, Sage Publications, London, 1995.

¹⁵³ Merriam, S., *Qualitative research and case study applications in education*. San Francisco: Jossey-Bass, 1998.

¹⁵⁴ Véase, Piñuel, J., *Epistemología, Metodología y Técnicas del Análisis de Contenido*, Estudios de Sociolingüística 3(1), pp. 1-42, 2002. El autor define el análisis de contenido como un “conjunto de procedimientos interpretativos de productos comunicativos (mensajes, textos o discursos) que proceden de procesos singulares de comunicación previamente registrados, y que, basados en técnicas de medida, a veces cuantitativas (estadísticas basadas en el recuento de unidades), a veces cualitativas (lógicas basadas en la combinación de categorías) tienen por objeto elaborar y procesar datos relevantes sobre las condiciones mismas en que se han producido aquellos textos, o sobre las condiciones que puedan darse para su empleo posterior”. Pag.2

¹⁵⁵ Valles insiste en el uso combinado de técnicas cualitativas o cuantitativas con el objeto de compararlos o suplementarlos unos con otros con el fin de mejorar la investigación social en la práctica. En este caso, el uso de la técnica de la entrevista apunta a su uso como medio de contraste, ilustración o profundización, donde “la utilización de entrevistas en profundidad no se plantea, meramente, con los propósitos expuestos de explorar y preparar, sino de contrastar ilustrar o profundizar la información obtenida mediante técnicas cuantitativas o cualitativas”. Valles, M.,

recogida y comparación de distintas perspectivas sobre una misma situación de comunicación"¹⁵⁶.

Puesto que el estudio pretende evaluar la incorporación de la perspectiva de género en el *Programa de Tratamiento a Personas con Problemas Asociados al Consumo de Alcohol y Drogas* del COSAM Independencia, resulta coherente optar por una técnica como el análisis de contenido que, aplicado tanto a los documentos propios del programa como a las entrevistas en profundidad practicadas a los profesionales involucrados en su diseño, implementación y ejecución, ofrece la posibilidad de identificar y organizar los discursos técnicos, institucionales y profesionales, sostenidos en torno al género, a su relación con las drogas y su consumo, y a las prácticas específicas de tratamiento informadas por esta perspectiva, con el propósito de someter posteriormente al análisis cualitativo los datos así obtenidos a fin de evaluar las ideas acerca del género, las drogas y su relación presentes en los discursos analizados.

3.2.2. Categorías de análisis

La aplicación de la técnica del análisis de contenido al corpus de la investigación demandó de la construcción de unas categorías de análisis elaboradas sobre la base de la revisión de la bibliografía sintetizada y reseñada en el marco teórico de la investigación. Estas categorías, que guiarían la lectura sistemática de los textos y la elaboración de una pauta para la realización de entrevistas, fueron definidas de la siguiente manera:

- *Perspectiva de Género.* Interesa distinguir, mediante el uso de esta categoría, conceptos de diversa índole y complejidad, instalados en los discursos institucionales y profesionales respecto del género en tanto

construcción cultural de la diferencia sexual, y acerca de la construcción jerarquizada de esta diferencia en modalidades que se traducen en la generalizada condición histórica de subordinación de las mujeres.

- *Perspectiva de género aplicada al consumo de alcohol u otras drogas.* El uso de esta categoría apunta a la identificación de referencias o conceptos generales acerca de las relaciones específicas que hombres y mujeres mantienen con el consumo de drogas, con sus efectos y con los dispositivos de tratamiento, en sus semejanzas y diferencias y desigualdades articuladas según las prácticas de género. Esta categoría incluye, además, alusiones a elementos teóricos específicos del análisis de género aplicado al campo del consumo y el tratamiento de los problemas asociados a sustancias, tales como el análisis del poder, el riesgo, la sexualidad y la responsabilidad.
- *Perspectiva de género y prácticas profesionales en relación al consumo de alcohol u otras drogas.* Esta categoría incluye indicaciones, descripciones y referencias a acciones de naturaleza técnica incorporadas en cualquier etapa del dispositivo de tratamiento, ya sea en su diseño, implementación, ejecución o evaluación, que hayan sido informadas por la perspectiva de género aplicada al consumo de alcohol u otras drogas.

3.2.3. Corpus y atributos muestrales

La selección del corpus de estudio se realizó mediante muestreo intencional teórico y opinático no probabilístico, es decir, considerando tanto la pertinencia teórica de la muestra, como la cercanía estratégica del investigador respecto de las fuentes y su facilidad para acceder a estas. La selección se orientó, por cierto, a partir de los objetivos de la investigación: para evaluar la incorporación de la perspectiva de género en un programa de tratamiento para personas con problemas derivados del consumo de alcohol y

drogas, se eligieron las fuentes que potencialmente ofrecían la oportunidad de recoger la información de mayor riqueza y pertinencia para el estudio: por una parte, los materiales documentales que componen el programa, y por otra, los discursos de los profesionales que conforman el equipo del programa. A partir de estos criterios, las unidades de muestreo fueron las siguientes¹⁵⁷:

3.2.3.1. *Documentos escritos*: los documentos programáticos institucionales y las fichas clínicas constituyen el principal conjunto de registros oficiales de conceptos, referencias y descripciones ideológicas, teóricas y metodológicas del Programa de Tratamiento a Personas con Problemas Asociados al Consumo de Alcohol y Drogas del COSAM Independencia. Para los fines del estudio, consideraremos el análisis de tres de fuentes de este tipo: Fichas Clínicas (20)¹⁵⁸, instrumentos de registro directo del trabajo realizado por los profesionales; El documento técnico oficial (1) elaborado por SENDA que guía la implementación, la ejecución y la evaluación del programa de tratamiento y que representa las políticas de estado respecto al control

¹⁵⁷ En el caso de la presente investigación, las unidades de muestreo coinciden con las unidades de contexto. Las fichas clínicas, los documentos técnicos y las transcripciones de entrevistas conforman las porciones del universo observado que serían analizadas, y a la vez constituyen el segmento del universo a analizar que debe ser examinado para poder caracterizar e interpretar las unidades de análisis.

¹⁵⁸ La selección de las fichas que conformaron la muestra se seleccionó intencional y estratégicamente sobre el universo de fichas clínicas utilizadas durante el año 2012 y cuya categoría diagnóstica principal correspondió a Consumo perjudicial de sustancias psicoactivas y/o Síndrome de dependencia, y que por lo tanto, registran el curso del tratamiento de las personas atendidas en el marco del dispositivo instalado por SENDA en el COSAM de Independencia. Se estimó, además, que un tamaño muestral tentativo de aquellas 20 fichas clínicas (10 fichas de mujeres y 10 fichas de hombres) con mayor concentración de atenciones durante el año 2012, podría aportar información suficiente respecto a la incorporación en estas de conceptos y prácticas instaladas en el programa a partir de la incorporación de perspectiva de género aplicada al tema en cuestión.

de la demanda por alcohol y otras drogas¹⁵⁹; y el documento del *Programa de tratamiento a personas con problemas asociados al consumo de alcohol y drogas COSAM Independencia* (1), elaborado en conjunto por el equipo de tratamiento y redactado por el encargado de la coordinación del programa y que sintetiza las apuestas teóricas y metodológicas del equipo profesional¹⁶⁰.

3.2.3.2. *Entrevistas en profundidad* (6): la evaluación de la incorporación de conceptos y prácticas en torno a la perspectiva de género y su aplicación al ámbito del consumo de drogas y su tratamiento, señaló la necesidad de conocer los discursos de los profesionales involucrados en el diseño, implementación, ejecución y evaluación del programa¹⁶¹, mediante entrevistas cualitativas de investigación social semiestructuradas, es decir, aquella que es “*guiada por un conjunto de*

¹⁵⁹ SENDA, *Norma y Orientaciones Técnicas de los Planes de Tratamiento y Rehabilitación para Personas Adultas con Problemas Derivados del Consumo de Drogas. Convenio de Colaboración Técnica y Financiera SENDA-MINSAL*. Ministerio del Interior y Seguridad Pública, Gobierno de Chile. Santiago, Chile, 2012.

¹⁶⁰ COSAM Independencia, *Programa de Tratamiento a Personas con Problemas Asociados al Consumo de Alcohol y Drogas*, Ilustre Municipalidad de Independencia, Departamento de Salud, 2012.

¹⁶¹ El universo de entrevistados potenciales corresponde a la totalidad de profesionales implicados en el programa de tratamiento ambulatorio básico e intensivo financiado y supervisado técnicamente por SENDA, en el Centro comunitario de salud mental y psiquiatría (COSAM), de la comuna de Independencia. De este universo se consideraron para el estudio 6 profesionales de ambos sexos: una Psicóloga coordinadora del programa, una Psicóloga Terapeuta familiar, una Terapeuta Ocupacional, Un Trabajador Social y dos Médicos Psiquiatras (un hombre y una mujer). La selección de la muestra se sustenta en la condición de *entrevistado especial* de los sujetos escogidos, quienes constituyen “*voces autorizadas*” en el contexto del dispositivo de tratamiento estudiado. Gorden (1975: 187-189), define a este tipo de entrevistado como “*cualquier persona que da información directamente relevante para los objetivos del estudio y que es seleccionada porque ocupa una posición única en la comunidad, grupo o institución a estudio*”. citado en Valles, M., óp. cit. Pag.213

*preguntas y cuestiones básicas a explorar, pero ni la redacción exacta, ni el orden de las preguntas está predeterminado*¹⁶².

El diseño de esta etapa de la investigación requirió de la elaboración de un guión o pauta de entrevista a partir de las categorías de análisis detalladas más arriba¹⁶³, cuyo texto se incluye en la sección anexos.

3.2.4. Unidades de registro y análisis

Abela, citando a Hostil (1969, p.116), define una unidad de registro como *“el segmento específico de contenido que se caracteriza al situarlo en una categoría dada”*.¹⁶⁴ Puesto que nos interesaba evaluar conceptos de diversa índole y complejidad, instalados en los discursos institucionales y profesionales respecto del género y su relación con el uso y el consumo perjudicial de alcohol u otras drogas, las unidades de registro y análisis fueron elegidas temáticamente, es decir, correspondieron a segmentos de las unidades de muestreo que reflejaran conceptos, referencias o ideas caracterizadas según las categorías de análisis previamente definidas.

3.2.5. Validez y confiabilidad del estudio

Los procedimientos observados con el objeto de aportar credibilidad a la investigación fueron^{165 166}:

¹⁶² Erlandson y otros (1993: 85-86), citado en Valles, M., óp. cit. Pag.179

¹⁶³ Según Valles, *“el guión de la entrevista en profundidad contiene los temas y subtemas que deben cubrirse, de acuerdo con los objetivos informativos de la investigación, pero no proporciona las formulaciones textuales de preguntas ni sugiere las opciones de respuestas”*. Ibíd., Pag.204

¹⁶⁴ Véase, Abela, J., *Las Técnicas de Análisis de Contenido: Una Revisión Actualizada*, Fundación Centro de Estudios Andaluces, 2002. Pag.13

¹⁶⁵ Véase, PORTA, L. y SILVA, M. *La investigación cualitativa: El Análisis de Contenido en la investigación educativa*. 2003.

[en línea].<http://www.uccor.edu.ar/paginas/REDUC/porta.pdf>

- La elección de un diseño triangular como procedimiento para fortalecer el análisis.
- El corpus de la investigación fue seleccionado por su pertinencia a los objetivos de la investigación.
- A falta de varios codificadores, el material textual fue codificado dos veces por el mismo codificador.
- Se procedió según el criterio de exhaustividad, es decir, se utilizó y agotó el contenido de la totalidad de los documentos.
- Se procedió cuidadosamente con el objeto de clasificar las unidades de registro en categorías mutuamente excluyentes.
- Por último, se anexa la totalidad del material analizado (documentos técnicos, grabaciones y transcripciones de entrevistas), salvo las fichas clínicas, con el objeto de dejar abierta la posibilidad de verificación del análisis.

¹⁶⁶ Véase, Bermúdez, M., *El Análisis de Contenido: Procedimientos y Aplicaciones*, Cienc. Soc. 24: 71-80, 1982.

IV PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

4.1. Síntesis de resultados según fuente analizada

A continuación se detallan los resultados del proceso de aplicación del análisis de contenido al corpus de la investigación. Cada fuente fue examinada mediante la lectura detallada, identificación, codificación y clasificación de las unidades de registro y análisis, utilizando para ello las categorías de análisis elaboradas con anterioridad.

Además de lo anterior, y con el propósito de enriquecer la caracterización de los conceptos codificados y cuantificados, se tomó la decisión de diseño de la investigación de incorporar una sencilla clasificación ordinal que facilitara la distinción entre conceptos adecuadamente desarrollados y aquellos parcialmente desarrollados. De este modo, los recuadros A y B de la tabla deben leerse como:

A: Conceptos definidos y argumentados.

B: Conceptos parciales (ni definidos ni completamente argumentados, pero presentes en el mensaje).

4.1.1. Documentos técnicos del programa de tratamiento

Los documentos escritos seleccionados, es decir, el documento técnico oficial de SENDA para los COSAM, denominado *Norma y Orientaciones Técnicas de los Planes de Tratamiento y Rehabilitación para Personas Adultas con Problemas Derivados del Consumo de Drogas. Convenio de Colaboración Técnica y Financiera SENDA-MINSAL*; y el documento del *Programa de tratamiento a personas con problemas asociados al consumo de alcohol y drogas COSAM Independencia*, incluyen conceptos en relación con el género que pueden ser graficados en función de su frecuencia de aparición de la siguiente manera:

Tabla 1

Categorías		Documentos técnicos del programa de tratamiento								
		PG (Perspectiva de género)			PGA (Perspectiva de género aplicada al uso y al consumo perjudicial de alcohol u otras drogas)			PGPP (Perspectiva de género y prácticas profesionales en relación al uso y al consumo perjudicial de alcohol u otras drogas)		
Documentos escritos		A	B	A+B	A	B	A+B	A	B	A+B
Documento técnico SENDA		7		7	1	2	3	3	10	13
Documento del Programa de tratamiento COSAM		2		2		3	3	1	5	6
Totales		9		9	1	5	6	4	15	19
%		100		100	17	83	100	21	79	100

Tabla de frecuencias – Conceptos en relación con el Género observados en documentos técnicos del programa de tratamiento

- Categoría: *Perspectiva de género.*

Ambos documentos incluyen registros de conceptos definidos y desarrollados en relación con el género en tanto perspectiva teórica. En el documento técnico SENDA es posible distinguir 7 enunciados de tipo A (conceptos definidos y argumentados) que dan cuenta de la categoría género, todos ellos de suficiente alcance y argumentación; mientras, el documento del programa de tratamiento COSAM incluye 2 referencias a la categoría estudiada, también estas debidamente definidas y argumentadas, generando en conjunto un total de 9 conceptos de tipo A (el 100% de las referencias encontradas) que sirven de sustento teórico al programa de tratamiento en lo que a género respecta.

Las ideas en torno a la elaboración sociocultural de la diferencia anatómica, entendida esta como el punto de partida desde el cual se construyen las normas que definen los roles y las expectativas para el despliegue de identidades femeninas y masculinas, y el ordenamiento de las relaciones interpersonales resultante de este proceso de elaboración,

constituye el núcleo de las definiciones encontradas en los documentos técnicos:

“En cuanto a la terminología de género, entendemos por este al conjunto de características psicológicas, sociales, culturales, políticas, económicas y jurídicas asignadas a los cuerpos según sus diferencias anatómicas. La asignación de las identidades según género implica discriminación y subordinación.”¹⁶⁷ Documento - Programa de tratamiento COSAM Indep.

“La identidad de género corresponde a una construcción cultural que se gesta a partir de procesos de socialización de hombres y mujeres a lo largo de sus vidas donde lo que se considera femenino y masculino es una idea construida culturalmente a partir del modo en que han sido percibidas las diferencias biológicas”¹⁶⁸ Documento - Norma y Orientaciones Técnicas SENDA.

“A partir de una evidencia biológica (sexo) generamos una red de significados y una trama de relaciones, asignaciones de identidad y de función, jerarquías, responsabilidades y construcciones ideológicas”¹⁶⁹ Documento - Norma y Orientaciones Técnicas SENDA.

Estos ejemplos dan cuenta de las credenciales teóricas a las cuales los documentos del programa de tratamiento responden; en este sentido, los documentos se alinean con la tradición del feminismo académico cuyo propósito ha sido la desnaturalización de las concepciones históricamente situadas y vigentes de lo masculino y lo femenino mediante la reconstrucción y el cuestionamiento de los procesos socioculturales de interpretación del cuerpo anatómicamente diferenciado. Esta postura teórica puede ser sintetizada mediante la

¹⁶⁷ COSAM Independencia, *Programa de Tratamiento a Personas con Problemas Asociados al Consumo de Alcohol y Drogas*, Ilustre Municipalidad de Independencia, Departamento de Salud, 2012. Pág.12, Disponible en CD 1: Corpus de Investigación/Documentos Programáticos.

¹⁶⁸ SENDA, *Norma y Orientaciones Técnicas de los Planes de Tratamiento y Rehabilitación para Personas Adultas con Problemas Derivados del Consumo de Drogas. Convenio de Colaboración Técnica y Financiera SENDA-MINSAL*. Ministerio del Interior y Seguridad Pública, Gobierno de Chile. Santiago, Chile, 2012. Pág. 78, Disponible en CD 1: Corpus de Investigación/Documentos Programáticos.

¹⁶⁹ *Ibíd.*, Pág. 79

afirmación de De Barbieri: *“el género es el sexo socialmente construido”*¹⁷⁰.

La repetición de estos procesos de reproducción simbólica de la diferencia anatómica constituye la ilusión de lo esencial y sostienen de este modo la subordinación histórica de lo femenino a lo masculino sobre la base de la supuesta organización jerárquica de la diferencia. Los documentos adhieren a esta hipótesis dando cuenta del carácter conservador, perpetuador del dividendo patriarcal, de la socialización de género y de su servicio a los objetivos de la dominación masculina, señalando que, por ejemplo:

“las identidades, normas y roles asignados según género son aprendidas y difundidas social y culturalmente de una generación a otra, a través de la totalidad del cuerpo social y de las instituciones de lo simbólico. Teniendo como propósito y resultado perpetuar la subordinación de lo femenino a lo masculino y de este modo mantener la desigualdad de condiciones de vida que afecta históricamente a las mujeres, y beneficia a los hombres más allá de sus condiciones dentro de los ámbitos de la clase, raza, nacionalidad, y/o etnia.”¹⁷¹
Documento - Programa de tratamiento COSAM Indep.

“En el nivel social, las condicionantes de género actúan a través de la división sexual del trabajo – practicada por las instituciones económicas, religiosas, familiares, educativas, sanitarias, etc. – y la valoración diferencial asignada a esas actividades en términos de prestigio y remuneración. La valoración diferencial de actividades se aplica por extensión a las personas que las desempeñan y termina por traducirse en una asignación también diferencial, de acuerdo con el sexo, de los recursos familiares y sociales necesarios para la promoción y la protección de la calidad de vida y la salud de cada persona”¹⁷²
Documento – Norma y Orientaciones Técnicas SENDA.

El documento técnico SENDA, mejor nutrido en descripciones y referencias teóricas, añade al análisis de la organización generizada de las identidades, las relaciones, los espacios y las actividades, un notorio énfasis en el carácter normativo de los sistemas de sexo/género, y por lo

¹⁷⁰ De Barbieri, T., *Sobre la Categoría Género. Una Introducción Teórico-Metodológica*, Debates en Sociología, N°18, 1993.

¹⁷¹ COSAM Independencia, óp. cit. Pág. 12

¹⁷² SENDA, óp. cit. Pág. 79

tanto, en la forma en que constituyen un imperativo naturalizado cuya trasgresión y consecuente tensionamiento es sancionado socialmente mediante distintas coacciones:

“La autoimagen, autoestima y autoeficacia estarán entonces, condicionadas a la diferencia entre el rol de género esperado social y culturalmente y a la vivencia del ejercicio de ese rol”¹⁷³ Documento – Norma y Orientaciones Técnicas SENDA.

“El ordenamiento de género (normas de género) de cada sociedad determina un conjunto de percepciones y pautas de comportamiento obligadas, permitidas y prohibidas para hombres y mujeres, que se transmiten a través de los diferentes espacios de socialización, tales como la familia, la escuela, los medios de comunicación, etc.”¹⁷⁴ Documento – Norma y Orientaciones Técnicas SENDA.

Los ejemplos reseñados más arriba dan cuenta de un programa de tratamiento que, salvo la ausencia de alguna referencia al intercambio entre hombres como eje organizador de los sistemas de sexo/género caracterizados por la dominación masculina, cuenta con un adecuado sustento teórico en relación con el género en tanto perspectiva. Referencias a la **elaboración cultural de la diferencia sexual** (4 registros), a **la normatividad de género y la subordinación de las mujeres** resultantes de dicho proceso (3 registros), sumado a alguna mención a **la división sexual del trabajo en las esferas pública y privada** (2 registros) conforman un piso conceptual básico y no exhaustivo pero apropiado para articular una mirada crítica de la organización social de las relaciones entre hombres y mujeres.

- Categoría: *Perspectiva de género aplicada al consumo de alcohol u otras drogas.*

Los documentos técnicos del programa de atención incorporan referencias o conceptos generales acerca de las relaciones específicas que hombres y mujeres mantienen con el consumo de drogas, con sus efectos y con los dispositivos de tratamiento, en sus semejanzas,

¹⁷³ SENDA, óp. cit. Pág. 79

¹⁷⁴ SENDA, óp. cit. Pág. 78

diferencias y desigualdades articuladas según las prácticas de género. En total, se encontraron 6 registros: 1 de tipo A (conceptos definidos y argumentados) y 2 de tipo B (conceptos parciales) en el Documento técnico SENDA; y 3 registros de tipo B en el Programa de tratamiento COSAM. De este modo, las referencias de tipo A constituyen el 17% de los hallazgos, mientras las de tipo B representan el 83% de estos, con un claro predominio global de conceptos parcialmente desarrollados.

Temáticamente, ambos documentos aluden al carácter doblemente sancionado del consumo de sustancias psicoactivas de las mujeres, aun cuando no desarrollan el sustrato de este cuestionamiento, cuya lógica se basa sobre la doble trasgresión que implica: por una parte, el consumo de las mujeres las expone al estigma de la asociación con las fronteras de la ilegalidad, estigma que comparten con los hombres que consumen, y, por otra, las expone a la sanción social que emerge de la normatividad de género en tanto al consumir tensionan la lógica de la división sexual y binaria de los espacios y las prácticas: tal y como ha sido analizado anteriormente en el marco teórico de este estudio, el consumo de sustancias psicoactivas está organizado culturalmente como un espacio de sociabilidad y legitimación de la identidad masculina y se constituye, por tanto, como un territorio de prácticas homosociales que incluyen la búsqueda del riesgo y del dominio de sí y de otros como credenciales de la virilidad. Al consumir, las mujeres que transitan por este territorio lo hacen desviándose de las definiciones tradicionales de la feminidad en tanto cuidado de otros, sumisión y postergación, alejándose de las prácticas de género tradicionalmente asignadas a ellas, debiendo por lo tanto, enfrentar sanciones en torno al abandono de las características, roles y funciones culturalmente establecidas para ellas:

“Cuando hablamos de prevalencia real, se hace alusión al margen de invisibilidad en el que transcurre el consumo de sustancias femenino, dado que social y culturalmente es más cuestionado y poco tolerado que una mujer presente algún tipo de adicción. Siendo este un factor que incide en la reducción de redes de apoyo, la demora en la consulta, y en muchos casos la estigmatización por parte de las instituciones.”¹⁷⁵ Documento - Programa de tratamiento COSAM Indep.

“Las mujeres con problemas asociados al consumo de drogas reciben del contexto micro y macrosocial una reprobación y estigma desde lo que se espera culturalmente de ellas como normas y roles de género.”¹⁷⁶ Documento – Norma y Orientaciones Técnicas SENDA.

Mientras el consumo de los hombres forma parte central de las prácticas de estabilización de la identidad masculina, la feminidad construida como maternidad y postergación disocia a las mujeres del consumo del mismo modo en que las disocia de las conductas de riesgo en general, y en este sentido es que puede decirse, en términos generales, que ser mujer constituye un factor protector respecto del consumo de sustancias psicoactivas. Sin embargo, dichas representaciones acerca de lo femenino sustentan también el carácter relacional del consumo de las mujeres, quienes frecuentemente inician el consumo, abusan y recaen, en el contexto de los tratamientos, en función del cuidado de una pareja hombre con problemas asociados a las drogas. Los documentos técnicos analizados dan cuenta parcialmente de estas particularidades del consumo de sustancias mirado con perspectiva de género:

“El impacto de la construcción de género sobre la salud de las mujeres, podría explicarse a través de dos niveles fundamentales: en primer lugar, el nivel individual, a través del efecto del proceso de socialización, que reproduce paradigmas culturales de feminidad y masculinidad sexistas, a partir de los cuales se promueven actitudes y comportamientos de riesgo diferentes para la integridad física y mental de hombres y mujeres”¹⁷⁷ Documento – Norma y Orientaciones Técnicas SENDA.

¹⁷⁵ COSAM Independencia, óp. cit. Pág. 12

¹⁷⁶ SENDA, óp. cit. Pág. 79

¹⁷⁷ SENDA, óp. cit. Pág. 79

*“se puede observar el efecto de los constructos de género en varones, en donde el consumo de alcohol o drogas es visto como señal de “hombría”*¹⁷⁸ Documento - Programa de tratamiento COSAM Indep.

*“Las relaciones, su calidad y más aún, su disolución, cumplen una función determinante en el consumo de sustancias en la mujer. Como señala la práctica clínica, las mujeres pueden consumir drogas para conservar relaciones (por ejemplo, con una pareja que también lo hace), para colmar el vacío creado por una relación insatisfactoria o malograda, o para soportar el dolor de una relación abusiva”*¹⁷⁹ Documento – Norma y Orientaciones Técnicas SENDA.

El último ejemplo señalado da cuenta también del específico uso de sustancias de las mujeres como estrategia de afrontamiento de las consecuencias emocionales de las experiencias de sobrevivencia a diferentes formas de violencia masculina, consumo que a su vez tiende a exponerlas a nuevas formas de maltrato por parte de sus parejas en tanto cuestionaría el orden y las expectativas de género. Este fenómeno y sus riesgos asociados también es apuntado en el Programa de tratamiento COSAM:

*“Dado que el género alude a la división sexualmente construida de la vida y el trabajo, en base a componentes ideológico y culturales (Rossetti, J., 1995), es fundamental abordarlo en el marco de un programa de tratamiento de alcohol drogas, así como las consecuencias de la rigidización de roles o la jerarquización de éstos dentro de la familia, lo cual en algunos casos se relaciona con el surgimiento de episodios de violencia intrafamiliar”*¹⁸⁰ Documento - Programa de tratamiento COSAM Indep.

Los ejemplos reseñados en relación con esta categoría de análisis dan cuenta de un programa de tratamiento que incorpora elementos específicos del análisis de género aplicado al campo del consumo de sustancias psicoactivas, tales como el **análisis del consumo como fenómeno y contexto masculino** (2 registros), **la doble sanción de los consumos de las mujeres** (2 registros), **el carácter marcadamente**

¹⁷⁸ COSAM Independencia, óp. cit. Pág. 12

¹⁷⁹ SENDA, óp. cit. Pág. 57

¹⁸⁰ COSAM Independencia, óp. cit. Pág. 12

relacional del consumo de las mujeres (1 registro), **y la relación entre poder, consumo de drogas, y vulnerabilidad a la violencia masculina** (1 registros); sin embargo, el tratamiento de estos elementos es mayoritariamente superficial e incompleto.

- Categoría: *Perspectiva de género y prácticas profesionales en relación al consumo de alcohol u otras drogas.*

Los documentos analizados incluyen 19 referencias a conceptos y acciones de naturaleza técnica informadas por la perspectiva de género aplicada al consumo de alcohol u otras drogas. De estas referencias, 13 corresponden a los hallazgos encontrados en el Documento técnico SENDA, de las cuales 3 fueron tipificados como de tipo A y 10 del tipo B. el Programa de tratamiento COSAM arrojó un total de 6 registros, de los cuales 1 calificó como de tipo A, y los restantes 5 como tipo B. Respecto del total de referencias registradas y analizadas, 4 unidades de registro fueron calificadas como del tipo A y 15 del tipo B, representando respectivamente, el 21% y el 79% de los hallazgos.

El análisis según los temas observados al agrupar los registros correspondientes a esta categoría muestra, primero, la adscripción del programa de tratamiento a una mirada culturalista del fenómeno de las drogas, y a una comprensión de la enfermedad en general, y del consumo de sustancias psicoactivas en particular, como un fenómeno multidimensional¹⁸¹ donde las normas de género encuentran un lugar junto a otras determinantes sociales de la salud de orden cultural¹⁸²:

¹⁸¹ Véase, Rebolledo NO, Costa MCS. *Significados y contradicciones del fenómeno de las drogas: drogas lícitas e ilícitas en Chile*. Rev Latino-am Enfermagem 2005 setembro-outubro; 13(número especial):903-11.

¹⁸² En este sentido, los documentos que sustentan teórica y técnicamente el Programa de Tratamiento COSAM para Personas con Personas Adultas con Problemas Derivados del Consumo de Drogas, aun cuando no lo explicitan, se acercan notoriamente al Enfoque de Determinantes Sociales de la Salud, los cuales se definen como las condiciones sociales en las cuales viven y trabajan las personas, e *"incluyen tanto las*

“El objetivo central de la intervención es el abordaje de los determinantes sociales de la enfermedad y la consideración de la multiplicidad de factores que en ellos inciden como por ejemplo: estratos económicos vulnerables, trabajadores desprotegidos, pueblos originarios, inmigrantes, minorías sexuales, adultos mayores, adolescentes y territorios excluidos. Junto con la incorporación y profundización en el trabajo con enfoque de género.”¹⁸³ Documento - Programa de tratamiento COSAM Indep.

“La atención integral de las personas con consumo problemático de sustancias psicoactivas, consiste en abordar las necesidades y problemas de salud, individuales, familiares y colectivas, en una sociedad concreta, que define las condiciones de vida, perfilando un determinado nivel de salud en los grupos sociales que la conforman. Por lo tanto, posee características propias del sexo, de la etnia y género”¹⁸⁴ Documento – Norma y Orientaciones Técnicas SENDA.

En segundo lugar, y en tanto fundamento teórico-metodológico para el abordaje del consumo de drogas como problema de salud, ambos documentos enfatizan la importancia y el carácter emancipatorio del enfoque de género aplicado al tratamiento. El propósito de la incorporación de la perspectiva como orientación técnica o criterio de calidad para la intervención, apunta al diseño y la implementación de actividades terapéuticas orientadas a la toma de conciencia, a la reflexión y al empoderamiento en relación con la normatividad de género, a las relaciones y a las identidades construidas a partir de esta. La importancia del análisis y el cuestionamiento de expectativas, roles y conductas femeninas y masculinas en relación con el consumo (esto último en el caso del Programa de tratamiento COSAM), y sus consecuencias sociales y personales quedan adecuadamente expresadas de este modo en los documentos:

características específicas del contexto social que influyen en la salud como las vías por las cuales las condiciones sociales en que la gente vive se traducen en efectos en salud”. Véase, Vega et. al, Equidad y determinantes sociales de la salud: conceptos básicos, mecanismos de producción y alternativas para la acción, en Jadue, Liliana, ed.; Marín, Fabiola, ed.; Iniciativa Chilena de Equidad en Salud, Determinantes sociales de la salud en Chile: en la perspectiva de la equidad, Santiago, Chile: ICES, Oct. 2005. Pág.9

¹⁸³ COSAM Independencia, óp. cit. Pág. 2

¹⁸⁴ SENDA, óp. cit. Pág. 21

“La literatura internacional y evidencia empírica clínica, en el tratamiento y rehabilitación de mujeres en nuestro país y países occidentales, plantea que los programas de tratamiento para población femenina deben ser sensibles al género, es decir tener en cuenta las necesidades de la mujer en todos los aspectos, tanto en el diseño como en su ejecución”¹⁸⁵ Documento – Norma y Orientaciones Técnicas SENDA.

“Reconocer que el género es un hecho diferencial, y que se requiere entregar atención terapéutica a través de un programa personalizado y estructurado que considere las variables de identidad y normas de género, como marco teórico a la base, incorporando actividades terapéuticas que posibiliten la conciencia de problema personal, en un contexto social y cultural en donde la mujer, ha adquirido pautas y comportamientos socialmente aceptados, pero no necesariamente afines a sus necesidades de autonomía y desarrollo personal”¹⁸⁶ Documento – Norma y Orientaciones Técnicas SENDA.

“La adquisición de una identidad de género (subjetividad) masculina o femenina se constituye a partir de múltiples mensajes y vivencias muy difíciles de cuestionar dada la carencia de modelos alternativos y/o la no conciencia de estos. La reflexión acerca de los modelos interiorizados facilitarían el acercamiento a su faceta identitaria, como también a la observación de los sentidos y atribuciones que el consumo adquiere consecuentemente y la conformación de estilos relacionales”¹⁸⁷ Documento - Programa de tratamiento COSAM Indep.

“Dentro del diagnóstico diferencial, es necesario indagar cuales son las expectativas de roles de género, contrastándolo con las normas, comportamientos y conductas asociadas a él, en cada mujer consultante, con el objetivo de facilitar en el tratamiento un desarrollo consciente de una identidad de género que posibilita el desarrollo, el cambio y la autonomía sin reproducir estereotipos culposos y dependientes”¹⁸⁸ Documento – Norma y Orientaciones Técnicas SENDA.

“En el contexto de otorgar tratamiento a mujeres desde una perspectiva de género, es necesario diagnosticar respecto de la identidad, roles y normas de género que las usuarias presentan, con el objeto de trabajar aquellos aspectos que constituyen factores de riesgo para el desarrollo de un estilo de vida saludable”¹⁸⁹ Documento – Norma y Orientaciones Técnicas SENDA.

¹⁸⁵ SENDA, óp. cit. Pág. 55

¹⁸⁶ SENDA, óp. cit. Pág. 56

¹⁸⁷ COSAM Independencia, óp. cit. Pág. 12

¹⁸⁸ SENDA, óp. cit. Pág. 80

¹⁸⁹ SENDA, óp. cit. Pág. 78

La implementación de estas orientaciones técnicas o criterios de calidad se traduce, en el documento técnico SENDA en indicaciones específicas para el desarrollo de las diferentes fases de la intervención:

“Recurso humano: con capacitación y competencias clínicas de acuerdo a la complejidad del plan de tratamiento, y a la intervención terapéutica desde una perspectiva de género”¹⁹⁰ Documento – Norma y Orientaciones Técnicas SENDA.

“Valoración de la identidad y rol de género”¹⁹¹ Documento – Norma y Orientaciones Técnicas SENDA.

“Interviene en la reparación de experiencias traumáticas, elaboración de duelos, redefinición de roles e identidad de género”¹⁹² Documento – Norma y Orientaciones Técnicas SENDA.

Respecto a estas indicaciones, nótese que quedan establecidas como criterios de calidad, sin embargo, la forma en que se espera que el equipo tratante desarrolle estas acciones de naturaleza técnica no son explicitadas en el Documento técnico SENDA.

Por su parte, el documento técnico del Programa de tratamiento COSAM da cuenta del proceso y de las acciones terapéuticas derivadas de la progresiva incorporación de la perspectiva de género en el trabajo del equipo tratante con los y las usuarias atendidas, sobre todo en el desarrollo de una estrategia de intervención grupal diferenciada según sexo orientada a mejorar la adherencia y la participación grupal, además de facilitar el análisis de las especificidades según género del consumo de sustancias psicoactivas:

“El 2010 se consideró pertinente dividir el grupo de acogida en varones y mujeres, con objeto de mejorar la adherencia a tratamiento grupal de mujeres. Los resultados de ello se han observado durante el 2011, ya que ambos grupos (varones – mujeres) han mejorado la adherencia y las intervenciones realizadas se han desarrollado en relación al consumo de drogas y alcohol en conjunto con la

¹⁹⁰ SENDA, óp. cit. Pág. 45

¹⁹¹ SENDA, óp. cit. Pág. 45

¹⁹² SENDA, óp. cit. Pág. 46

*perspectiva de género, lo cual ha favorecido el proceso de los usuarios y usuarias.*¹⁹³ Documento - Programa de tratamiento COSAM Indep.

Las referencias reseñadas en relación con esta categoría de análisis dan cuenta de un programa de tratamiento cuyos documentos técnicos incluyen conceptos generales e indicaciones específicas acerca de perspectiva de género aplicada al consumo de alcohol u otras drogas, que apuntan a la incorporación de dicha perspectiva en todas las fases de la intervención, ya sea en el diseño, en la implementación y en la evaluación del programa. En términos generales se observa mayor elaboración en el ámbito de la justificación teórica, aspecto donde destacan **la mirada sociocultural y multidimensional del fenómeno del consumo y del tratamiento de sus problemas asociados** (2 registros), y la **incorporación de la mirada de género como orientación técnica y criterio de calidad en el tratamiento de del consumo de sustancias psicoactivas** (7 registros). Respecto del **trabajo grupal con perspectiva de género** (2 registros), y de las **orientaciones técnicas específicas** (8 registros), se observa menor desarrollo y elaboración de las indicaciones y acciones técnicas, las que son explicitadas, pero tienden a carecer de justificación.

4.1.2. Entrevistas a miembros del equipo tratante

Las entrevistas practicadas a los y las profesionales que integran el equipo del *Programa de tratamiento a personas con problemas asociados al consumo de alcohol y drogas COSAM Independencia*, incluyen conceptos de diversa complejidad y alcance en relación con el género que pueden ser graficados en función de su frecuencia de aparición de la siguiente manera:

¹⁹³ COSAM Independencia, óp. cit. Pág. 18

Tabla 2

		Entrevistas a miembros del equipo tratante								
Entrevistas	Categorías	PG (Perspectiva de género)			PGA (Perspectiva de género aplicada al uso y al consumo perjudicial de alcohol u otras drogas)			PGPP (Perspectiva de género y prácticas profesionales en relación al uso y al consumo perjudicial de alcohol u otras drogas)		
		A	B	A+B	A	B	A+B	A	B	A+B
	Terapeuta Ocupacional	3	7	10		6	6	3		3
	Terapeuta familiar	1	1	2	3	3	6		1	1
	Trabajador Social	1	1	2	5	1	6	5		5
	Médico Psiquiatra (mujer)		1	1		3	3			
	Médico Psiquiatra (hombre)		2	2	1	7	8			
	Psicóloga Coordinadora programa		4	4	2	2	4	4	1	5
	Totales	5	16	21	11	22	33	12	2	14
	%	24	76	100	33	67	100	86	14	100

Tabla de frecuencias – Conceptos en relación con el Género observados en Entrevistas a miembros del equipo tratante

- Categoría: *Perspectiva de género.*

El análisis de las entrevistas arrojó un total de 21 referencias acerca del género en tanto perspectiva teórica. De estas, 5 calificaron como conceptos de tipo A, equivalentes al 24% de los hallazgos; mientras, las 16 restantes corresponden a conceptos de tipo B y totalizan el 76% de los mismos, observándose, por lo tanto, un predominio de referencias parcialmente elaboradas en el análisis de esta categoría.

Temáticamente, las entrevistas analizadas muestran referencias al género en tanto elaboración cultural de la diferencia sexual. Mientras algunas definiciones aluden al carácter estable de lo biológico, a la certeza de la diferencia anatómica como punto de partida de las elaboraciones simbólicas de las identidades masculinas y femeninas,

otras ponen el acento en la cualidad performativa del género en tanto definición social y culturalmente heredada, a la vez que replicada, de la identidad sexuada:

“a diferencia de que los caracteres sexuales si nos diferencian automáticamente... creo que el género da cuenta más bien de las variables no biológicas, sino conceptuales y de roles, de cómo vamos construyendo identidades”¹⁹⁴ Entrevista C.G., Psicóloga Coordinadora del Programa de Tratamiento.

“con el tiempo he llegado a pensar que el género entre otras... como definiciones culturales o sociales, y transmitidas finalmente en las relaciones con las que uno tiene contacto desde antes de nacer en el fondo em... estas categorías respecto a cómo debe ser, o que esperar de cierto individuo que está en formación respecto a si es hombre o si es mujer”¹⁹⁵ Entrevista C.U., Psicóloga Terapeuta Familiar.

La constatación de la opresión y la subordinación histórica y social de las mujeres en tanto colectivo tiene espacio en las conceptualizaciones de los miembros del equipo. El género como expresión identitaria del orden hegemónico masculino, y las relaciones de género como un campo de poder y de prácticas de dominación organizadas social y simbólicamente en la forma de mandatos, expectativas y roles rígidos naturalizados y jerarquizados, son apreciables en el discurso de los y las profesionales:

“uno de los elementos que yo he conocido desde los enfoques de genero tiene que ver con poner en cuestión ciertas formas de organización social, ¿ya?, una organización social determinada ¿cierto?, que está construida sobre la base de que tiene que existir un diferencial de poder ¿no cierto?, donde unos dominan y otros son subordinados, en este caso, desde el género, lo que es el mundo de lo masculino, es preeminente , es hegemónico sobre el mundo de lo femenino o cualquier otra alternativa...”¹⁹⁶ Entrevista R.C., Trabajador Social.

¹⁹⁴ Entrevista C.G., Psicóloga coordinadora del Programa de Tratamiento, 14-01-2013, COSAM Independencia, Pag.4. Disponible en CD 1: Corpus de Investigación/Entrevistas/Entrevista 2.

¹⁹⁵ Entrevista C.U., Psicóloga Terapeuta Familiar, 09-01-2013, COSAM Independencia, Pag.5. Disponible en CD 1: Corpus de Investigación/Entrevistas/Entrevista 1.

¹⁹⁶ Entrevista R.C., Trabajador Social, 22-01-2013, COSAM Independencia, Pag.6. Disponible en CD 1: Corpus de Investigación/Entrevistas/Entrevista 6.

“porque los hombres son tan subordinados como nosotros, lo que pasa es que nosotros somos un poco más subordinadas, subordinadas a ellos también, entonces creo que ambos, todos somos subordinados finalmente, ¿no?... el tema del poder cruza todo, pero en esto nosotros somos de segunda categoría y además explotadas.”¹⁹⁷ Entrevista C.P., Terapeuta Ocupacional.

“desde mi perspectiva en este momento el tema no es la diferencia biológica, el tema es la diferencia en el rol que tiene esa persona en el lugar donde está viviendo”¹⁹⁸ Entrevista D.C., Médico Psiquiatra.

“finalmente la mujer es responsable, en general, creo que nuestra cultura lo define así, la mujer es responsable del cuidado de otros y de sí misma”¹⁹⁹ Entrevista C.U., Psicóloga Terapeuta Familiar.

“la sanción moral para una mujer es terrible, sobre todo si tú le tocas el tema de la maternidad, que es como uno se construye como mujer... o sea, una mujer que no tenga hijos, que no quiera tener hijos, es desnaturalizada”²⁰⁰ Entrevista C.P., Terapeuta Ocupacional.

El vínculo entre el género y la salud mental tiene espacio entre las reflexiones del equipo. El modo en que la subordinación al mundo masculino, y por lo tanto la dependencia económica y afectiva, y la marginación al mundo de lo doméstico, afectan la salud mental de las mujeres al limitar sus posibilidades de acceso a la realización profesional, laboral y a las instancias de poder²⁰¹; pero también algún alcance al riesgo que supone para la salud de los hombres la conformidad con la organización tradicional de la masculinidad (conformidad asociada generalmente a un incremento de los riesgos

¹⁹⁷ Entrevista C.P., Terapeuta Ocupacional, 10-01-2013, COSAM Independencia, Pag.10. Disponible en CD 1: Corpus de Investigación/Entrevistas/Entrevista 3.

¹⁹⁸ Entrevista D.C., Médico Psiquiatra, 11-01-2013, COSAM Independencia, Pag.9. Disponible en CD 1: Corpus de Investigación/Entrevistas/Entrevista 4.

¹⁹⁹ Entrevista C.U., Psicóloga Terapeuta Familiar, óp. cit. Pag.10

²⁰⁰ Entrevista C.P., Terapeuta Ocupacional, óp. cit. Pag.11

²⁰¹ Véase, Errázuriz, P., *Psicología Social y Género, Construcción de Espacios a Salvo Para Mujeres*, Libros de la Elipse, Chile, 2006. La autora señala: *“Son los mandatos de género del sistema patriarcal que ha construido la subordinación de las mujeres al colectivo de hombres, y es este lugar de marginación, de discriminación y de segregación el que incide negativamente en la salud mental de las mujeres.”*

para la salud física y al empobrecimiento de las experiencias emocionales²⁰²), encuentran expresión en el discurso de los profesionales tratantes:

“la segunda jornada laboral, por ejemplo, pero está tan naturalizado que una ni siquiera se lo cuestiona. Si no me lo cuestiono yo que trabajo en esto, me imagino las otras mujeres que no se acercan a estos temas. Entonces uno empieza a sentirse mal, que le duele la cabeza, que el colon irritable, que no sé qué... se empieza a deprimir y uno dice ¿Pero por qué?, ¿Por qué me pasa esto? Uno no se cuestiona que el tema del rol que uno juega tenga que ver con estos malestares...”²⁰³ Entrevista C.P., Terapeuta Ocupacional.

“yo creo que este malestar con que viene acá la gente muchas veces, y en gran parte, tiene que ver con esto... con esta crisis, tensiones que ocurren en el desarrollo de los roles que estamos cumpliendo, o sea, yo veo aquí hombres que llegan para acá con distintos diagnósticos eh... que tienen que ser jefes de hogar, que tienen que ser hombres, además tienen que ser hombres, y tienen que ser maridos y tienen que ser un montón de cosas, ¿Y por qué tienen que cumplir todo eso?!”²⁰⁴ Entrevista C.P., Terapeuta Ocupacional.

Por último, el discurso del equipo hace referencia a la intersección entre el género y otras estructuras subordinantes, con el objeto de no perder de vista la complejidad de los entramados que articulan la dominación de las mujeres²⁰⁵:

“pero tan importante como relevar la categoría de género, a mí se me hace también importante relevar el tema de la clase.”²⁰⁶ Entrevista C.P., Terapeuta Ocupacional.

“Y en este tema de clase, yo te decía el otro día, que siento que las mujeres en este tema más bien de tipo productivo y económico somos de segunda categoría con

²⁰² Véase, Sabo, D., *Comprender la salud de los hombres. Un enfoque relacional y sensible al género*. Organización Panamericana de la Salud, 2000.

²⁰³ Entrevista C.P., Terapeuta Ocupacional, óp. cit. Pag.7

²⁰⁴ Entrevista C.P., Terapeuta Ocupacional, óp. cit. Pag.7

²⁰⁵ Véase, Femenías, M., *Identidades Esencializadas/Violencias Activadas*, ISEGORÍA. Revista de Filosofía Moral y Política, N^o 38, enero-junio, 2008, 15-38. La autora apunta: *“la propuesta estratégica ha sido apartarse de los constructos universales al uso y localizar/situar a las mujeres, visibilizando las tensiones de poder entre «raza», género, clase social, opción sexual, etc. Estos atravesamientos marcan los lugares de las subalternidades excluyentes exhibiéndolas.”*

²⁰⁶ Entrevista C.P., Terapeuta Ocupacional, óp. cit. Pag.8

relación a los varones. Tiene que ver un poco con lo que estaba hablando recién de que nosotras tenemos doble jornada o triple jornada laboral, por ejemplo, y está naturalizado eso²⁰⁷ Entrevista C.P., Terapeuta Ocupacional.

Los ejemplos reseñados más arriba dan cuenta de un programa de tratamiento cuyos integrantes sostienen un discurso diverso acerca de la perspectiva de género donde predominan las referencias parcialmente elaboradas. Temáticamente hablando, encontramos conceptos relacionados con: la **elaboración cultural de la diferencia sexual** (6 registros); **la normatividad de género y la subordinación de las mujeres** (9 registros); el **género y la salud mental** (3 registros); y **el género y otras estructuras subordinantes** (3 registros).

- *Categoría: Perspectiva de género aplicada al consumo de alcohol u otras drogas.*

Las entrevistas practicadas y analizadas incorporan un total de 33 referencias (100%) o conceptos generales acerca de las relaciones específicas que hombres y mujeres mantienen con el consumo de drogas, con sus efectos y con los dispositivos de tratamiento, en sus semejanzas, diferencias y desigualdades articuladas según las prácticas de género. Entre los conceptos registrados, 11 calificaron como conceptos de tipo A, equivalentes al 33% de los hallazgos; mientras, las 22 restantes corresponden a conceptos de tipo B y totalizan el 67% de los mismos, observándose, por lo tanto, un predominio de referencias parcialmente elaboradas en el análisis de esta categoría.

El desglose según temas muestra, en primer lugar, al menos una alusión al potencial de la incorporación de la perspectiva de género en el análisis del consumo de alcohol y otras drogas, en relación con su capacidad para iluminar las dinámicas identitarias y relacionales

²⁰⁷ Entrevista C.P., Terapeuta Ocupacional, óp. cit. Pag.8

asociadas al consumo en tanto fenómeno construido y articulado social, histórica y culturalmente:

“al instalar el enfoque de género esto puede ser puesto en cuestión, puede ser puesto en cuestión porque eso nos permite ver las condiciones socio históricas, de contexto, de porque la respuesta femenina, la respuesta desde el mundo de lo femenino, de las mujeres ante un mismo estímulo, la sustancia, genera estas diferencias, estas distinciones”²⁰⁸ Entrevista R.C., Trabajador Social.

El análisis del consumo como territorio de sociabilidad masculina, donde, como ha sido expuesto más arriba, los varones encuentran un espacio legitimado y privilegiado para la reafirmación de la virilidad y la negociación de las jerarquías entre hombres mediante la exposición al riesgo y el dominio de sí mismos y de otros; territorio donde, además, las mujeres transitan exponiéndose a sanciones y riesgos derivados de la transgresiones a los mandatos de género que supone este tránsito, es expresado en el discurso de los integrantes del equipo:

“para los hombres está naturalizado consumir, absolutamente naturalizado, desde cabros empiezan a consumir eh... cerveza, cigarros, y de ahí, digamos, cualquier otra cosa. Y incluso tienen permiso, muchas veces, entre comillas ¿no?, de las parejas para ir una vez a la semana a despejarse (risas) después de tanto trabajo de la semana ¿no?, entonces, está legitimado,”²⁰⁹ Entrevista C.P., Terapeuta Ocupacional.

“en el mundo de relaciones de las personas, esto cobra dimensiones totalmente distintas: en el mundo de lo masculino esta habitualizado, esta como naturalizado, loas hombres podemos hacer ciertas cosas, de hecho tendríamos que hacerlas para demostrar, justificar nuestra hombría ¿ya?, que siempre tiene que estar puesta a prueba ¿no es cierto?, por lo tanto, siempre esta puesta en cuestión, ¿cachay?, en cambio lo femenino no poh, probablemente y desde otra perspectiva lo femenino es puesto en cuestión porque, no sé, dejan de ser mujeres porque hacen cosas de hombres como es consumir ¿ya? Pero está más... claramente tiene una connotación más negativa...”²¹⁰ Entrevista R.C., Trabajador Social.

“parece que el concepto de población general responde esencialmente a esta lógica heteronormativa y masculina de la realidad ¿cierto?, del consumo, donde

²⁰⁸ Entrevista R.C., Trabajador Social, óp. cit. Pag.7

²⁰⁹ Entrevista C.P., Terapeuta Ocupacional, óp. cit. Pag.11

²¹⁰ Entrevista R.C., Trabajador Social, óp. cit. Pag.8

pareciera que lo femenino todavía fiera algo como resistido, como espacio donde se accede al consumo y al abuso de sustancias²¹¹ Entrevista R.C., Trabajador Social.

No obstante lo anterior, la disminución global de las brechas entre hombres y mujeres, y sobre todo en población adolescente y joven²¹², es un dato epidemiológico observado por el equipo. La *masculinización del patrón del consumo femenino*, es decir, la progresiva introducción de las mujeres jóvenes en los contextos masculinos del consumo, asumiendo estilos masculinos de relación con las sustancias, es reseñada del siguiente modo:

“lo importante fue en el trabajo, en términos de género, señalar cómo una población femenina adolescente, en términos de adicción sustancias, incluido el alcohol, ha tenido un despegue más temprano en el consumo, casi igualándose al consumo de la población... adolescentes masculinos, y que ha sido bien impresionante como eso se ha igualado en el rango de una década tal vez, en pocos años.”²¹³ Entrevista D.C., Médico Psiquiatra.

La doble sanción que ha sido descrita más arriba, de la cual son objeto las mujeres que transitan por los contextos masculinos de consumo de sustancias es expresada también en el discurso del equipo profesional, que incluso observa algunos modos en que dicha sanción extra se expresa no sólo en los contextos y relaciones cotidianas de las usuarias, sino que también en el vínculo con los equipos de salud que tienden a la de patologización de las mujeres que consumen:

“las familias, creo, no responden de la misma manera frente al consumo de un familiar en la medida que sea hombre o mujer y en la medida que tenga hijos o no tenga hijos, en la medida que trabaje o no, en función de varias categorías pero en general, como decía, las mujeres consultan acá solas, los hombres cuando consultan vienen un poco más acompañados que ellas.”²¹⁴ Entrevista C.U., Psicóloga Terapeuta Familiar.

²¹¹ Entrevista R.C., Trabajador Social, óp. cit. Pag.8

²¹² Véase, ONUDD, *op. cit.* Pag.6

²¹³ Entrevista D.C., Médico Psiquiatra, óp. cit. Pag.10

²¹⁴ Entrevista C.U., Psicóloga Terapeuta Familiar, óp. cit. Pag.10

“La mala madre, “¿Cómo antepone el vicio ante los hijos?”... ¡pero el hombre que consume está enfermo...! O sea, pobrecito, hay que ayudarlo a recuperarse...”²¹⁵ Entrevista C.P., Terapeuta Ocupacional.

“¿cómo trabajo con una mujer que llega con todo este constructo social de que es una mala madre, que es una mala mujer, que prácticamente es la peor de todas las mujeres por haber consumido, por haberse prostituido, por haber hecho lo que sea por consumo...”²¹⁶ Entrevista C.G., Psicóloga Coordinadora del Programa de Tratamiento.

“nos hablaban siempre de la poca tolerancia de las mujeres a bajas dosis, tanto de alcohol como de drogas, también por ejemplo, lo difícil que era tratar a una alcohólica versus un alcohólico porque en a alcohólica es más complicado porque hay todo un tema ansioso y lo esconden, y entonces lo esconden por mucho tiempo y finalmente como son rechazadas social no consultan... consultan tardíamente, ese tipo de cosas sí.”²¹⁷ Entrevista J.D., Médico Psiquiatra.

“al trabajar con mujeres, donde habitualmente las mujeres son... las mujeres que consumen hay una mayor tendencia quizá, de diagnosticarlas en términos psiquiátricos, a diferencia de los varones, y en el caso de las mujeres en particular a diagnosticarlas como trastorno de personalidad”²¹⁸ Entrevista R.C., Trabajador Social.

“Por ejemplo, una cuestión que a mí me parece súper, muy evidente, que cuando revisamos casos en las reuniones clínicas por ejemplo, y hay una mujer que llega por consumo de drogas o que está maltratando a los niños y no sé qué, eh... tiene un trastorno de personalidad, la mayoría de las mujeres que llegan aquí tienen trastorno de personalidad, especialmente cuando son consumidoras”²¹⁹ Entrevista C.P., Terapeuta Ocupacional.

El desempeño de los roles tradicionales puede limitar los consumos de sustancias de las mujeres, sin embargo, esta misma normatividad se traduce en estigma, prejuicio y discriminación cuando presentan dificultades asociadas al consumo y cuando solicitan tratamiento. En este sentido, la relación entre el consumo de drogas y las

²¹⁵ Entrevista C.P., Terapeuta Ocupacional, óp. cit. Pag.11

²¹⁶ Entrevista C.G., Psicóloga Coordinadora del Programa de Tratamiento, óp. cit. Pag.6

²¹⁷ Entrevista J.D., Médico Psiquiatra, 21-01-2013, COSAM Independencia, Pag.9. Disponible en CD 1: Corpus de Investigación/Entrevistas/Entrevista 5.

²¹⁸ Entrevista R.C., Trabajador Social, óp. cit. Pag.7

²¹⁹ Entrevista C.P., Terapeuta Ocupacional, óp. cit. Pag.5

responsabilidades tradicionalmente asignadas y exigidas a las mujeres es observada y señalada por el equipo como dimensión relevante del análisis de género:

“porque el hecho de consumir alcohol y drogas está relacionado también con que la mujer descuida o incluso pareciera que niega su condición de madre, que es como su principal rol, digamos, que la define, y en esa medida creo que la sanción es mucho más fuerte y es generalizada, es generalizada incluso por los operadores de salud... creo que lo hemos visto con ellas en general como médicos, paramédicos, porteros incluso, han terminado sintiéndose con derecho a descalificar, enjuiciar, amenazar, respecto a que no está cumpliendo respecto a mujer-madre, digamos, como categorías iguales.”²²⁰ Entrevista C.U., Psicóloga Terapeuta Familiar.

“Las mujeres no poh. ¿Cómo nosotros nos vamos a ir a despejar una vez a la semana? ¿Cómo vamos a ir a tomar?, eso está penado socialmente, no se puede, es mal visto, es mal visto. ¿Cómo vas a dejar a tus hijos por ir a tomar un día viernes o sábado en la noche? No, no, no. Eso yo creo que es sancionado socialmente, familiarmente y después en los otros ámbitos ¿no? Por lo tanto, yo creo que el consumo de sustancias de las mujeres, tanto de alcohol como de otras drogas, es más para adentro, es más oculto”²²¹ Entrevista C.P., Terapeuta Ocupacional.

Las mujeres que consumen, en tanto al hacerlo transgreden los mandatos de género, se exponen a la violencia masculina como expresión tradicional del poder de los hombres. El consumo de alcohol y otras drogas, como factor precipitante y como justificación para las acciones violentas de los hombres orientadas a controlar las conductas desviadas de la norma de género de sus parejas, figura entre las reflexiones expresadas en el discurso del equipo:

“hay un tema de violencia también entremedio, que son las mujeres las que se ven generalmente más expuestas a violencia que los hombres, así que es un tema a considerar también como... en el caso de alguna mujer que tiene un problema de consumo, si está o no en situación de violencia intrafamiliar, o violencia de pareja, y eso implica otro tipo de intervenciones también...”²²² Entrevista D.C., Médico Psiquiatra.

²²⁰ Entrevista C.U., Psicóloga Terapeuta Familiar, óp. cit. Pag.9

²²¹ Entrevista C.P., Terapeuta Ocupacional, óp. cit. Pag.11

²²² Entrevista D.C., Médico Psiquiatra, óp. cit. Pag.3

“porque muchas veces a los hombres les conviene que la mujer tome, se arman ahí todas una dinámicas en que si la mujer toma entonces es posible descalificarla y que si ella deja de tomar no la va a poder descalificar ya no va a poder ser...”²²³

Entrevista J.D., Médico Psiquiatra.

En tantos territorios fundamentales de la dominación masculina, el cuerpo, la sexualidad, la reproducción de las mujeres deben ser objeto de control y regulaciones en las sociedades de dominación masculina. El consumo de las mujeres y su asociación con la desinhibición sexual, en este contexto, constituyen una amenaza para los hombres y refuerza las sanciones sobre la mujer que consume. Puesto que la mujer que consume cuestiona el tutelaje sobre su sexualidad, y de este modo se transforma en un cuerpo disponible, puede ser presionada sexualmente y luego responsabilizada por los avances y ataques sexuales de los que pueda ser objeto. En el discurso de los miembros del equipo:

“El hecho de que una mujer pueda apartarse de ciertas... deberes, y dedicarse de lleno al propio placer, creo que eso y también es contrapuesto a la definición tradicional de cómo debe ser una mujer, y en esa misma medida la asociación, en el imaginario digamos, del consumo ligado a prácticas promiscuas y por lo tanto poco decentes y poco adecuadas para una mujer,”²²⁴ Entrevista C.U., Psicóloga Terapeuta Familiar.

“yo creo que le ámbito de la sexualidad también se ve fuertemente relacionada con el consumo, y los contextos en los cuales la sexualidad es ejercida... en general las mujeres que están viniendo para acá, no es poco frecuente que hayan tenido abusos sexuales en la adultez, violaciones, digamos, y no tener respaldo alguno de gente que pudiese apoyarla al momento de querer hacer una denuncia, ¡ni la misma familia, pensando en que se lo buscó!, a eso me refiero.”²²⁵ Entrevista C.U., Psicóloga Terapeuta Familiar.

El inicio y mantención de los consumos de las mujeres en el marco de relaciones de pareja, o en el contexto del cuidado de un hombre con problemas asociados al consumo de drogas, es conceptualizado de la siguiente manera por uno de los profesionales del equipo:

²²³ Entrevista J.D., Médico Psiquiatra, óp. cit. Pag.4

²²⁴ Entrevista C.U., Psicóloga Terapeuta Familiar, óp. cit. Pag.10

²²⁵ Entrevista C.U., Psicóloga Terapeuta Familiar, óp. cit. Pag.10

“yo diría que es más bien frecuente que las mujeres que se controlan acá por problemas de alcohol o drogas, hayan tenido u inicio del consumo en relación con una relación de pareja inicial donde había consumo del hombre, no siempre es así pero es un fenómeno que se ve con mucha más frecuencia en las mujeres que viceversa, ver un hombre que empieza en el consumo porque tiene una pareja mujer que consumía previamente en la relación... es mucho más infrecuente”²²⁶ Entrevista D.C., Médico Psiquiatra.

Finalmente, son los médicos psiquiatras del equipo tratante quienes aluden a la relación de las mujeres con el consumo abusivo o dependiente de psicofármacos, en especial los ansiolíticos benzodiazepínicos. La administración de estos medicamentos en el escenario de la relación con el profesional especialista, y su naturaleza distante de las representaciones habituales de las drogas de abuso, hacen de estos fármacos la droga de elección en mujeres²²⁷, en función de la legitimidad cultural de su consumo:

“Además que hay un tema interesante ahí también, que tiene que ver con que las mujeres generalmente prefieren, cuando se trata de consumo de sustancias... sustancias que uno podría calificar como no ilegales... la dependencia a benzodiazepinas es un consumo de sustancias ¿ya?”²²⁸ Entrevista D.C., Médico Psiquiatra.

“Tal vez un grupo de los pacientes que se han ido cronificando acá o en atención primaria, no es porque estén descompensados en su patología de base, es porque tienen un problema de consumo de sustancias que no está bien abordado, y que desde la perspectiva de ellas esta normalizado porque está inscrito en un diagnóstico que no es de una dependencia”²²⁹ Entrevista D.C., Médico Psiquiatra.

Los ejemplos reseñados más arriba dan cuenta de un programa de tratamiento cuyos integrantes sostienen un discurso diverso acerca del análisis de género aplicado al campo del consumo de sustancias psicoactivas, donde predominan las referencias parcialmente elaboradas. Temáticamente hablando, encontramos conceptos

²²⁶ Entrevista D.C., Médico Psiquiatra, óp. cit. Pag.3

²²⁷ Véase, Romo Avilés, N., et al. ‘Género y Uso de Drogas. De la ilegalidad a la legalidad para enfrentar el malestar’. Trastornos Adictivos, año 2006; 8(4) 243-50.

²²⁸ Entrevista D.C., Médico Psiquiatra, óp. cit. Pag.5

²²⁹ Entrevista D.C., Médico Psiquiatra, óp. cit. Pag.5

relacionados con: **la incorporación de la perspectiva de género en el análisis del consumo de alcohol y otras drogas** (1 registro); el **análisis del consumo como fenómeno y contexto masculino** (6 registros); **la masculinización del patrón del consumo femenino** (1 registro); **la doble sanción de los consumos de las mujeres** (9 registros); **la relación entre el consumo de drogas y las responsabilidades de las mujeres** (6 registros); **la relación entre poder, consumo de drogas, y vulnerabilidad a la violencia masculina** (2 registros); **la relación entre el consumo de drogas y la sexualidad** (2 registros); **el carácter marcadamente relacional del consumo de las mujeres** (1 registro); y, por último, **la relación de las mujeres con el consumo de psicofármacos** (5 registros).

- Categoría: *Perspectiva de género y prácticas profesionales en relación al consumo de alcohol u otras drogas.*

Las entrevistas analizadas incluyen 14 referencias a conceptos y acciones de naturaleza técnica informadas por la perspectiva de género aplicada al consumo de alcohol u otras drogas. De estas referencias, 12 unidades de registro fueron calificadas como del tipo A, y 2 del tipo B, representando respectivamente, el 86% y el 14% de los hallazgos, observándose un claro predominio de conceptos definidos y argumentados.

Temáticamente, la incorporación de la perspectiva de género como orientación técnica o criterio de calidad para la intervención, supone para los miembros del equipo la posibilidad de desarrollar de un programa de tratamiento sensible a los roles y expectativas de género, tanto para hombres como para mujeres. La reflexión y el cuestionamiento de estos mandatos en relación con el consumo de sustancias, se expresan en el discurso de los y las profesionales:

“si yo hablo de que el enfoque de género me permite mirar con mayor justicia, y deshacerme de estas construcciones de la normalidad ¿ya?, que sustenta este orden social ¿cierto?, es justamente la posibilidad de revertir este ordenamiento ¿ya? Que está absolutamente esencializado, o sea, vivido como algo natural que no puede ser de otra forma”²³⁰ Entrevista R.C., Trabajador Social.

“Yo creo que es súper relevante porque uno, a través de la mirada de género, lo que uno puede como... hacer acá es concientizar, empoderar, ¡yo creo que el empoderamiento libera!, o sea, si tienes conciencia de lo que te oprime, por decirlo de alguna manera, puedes tener la posibilidad de cambiar, de cambiar la realidad”²³¹ Entrevista C.P., Terapeuta Ocupacional.

Algunas características del trabajo grupal desarrollado por el equipo utilizando los elementos conceptuales aportados por la perspectiva de género en tanto orientación técnica para el tratamiento, son relevadas y descritas:

“el grupo, cuando era mixto, yo lo hice un tiempo, el espacio era tomado principalmente por varones. Las mujeres, una, son menos consultantes, pero además de eso, las pocas mujeres que llegan, cuando se encuentran en un espacio con varones, el espacio es tomado por las dinámicas del consumo de varones y como se refieren a las mujeres en ese espacio... eh... se encuentran ahí también en juego, entonces, hay también una variable que es la vergüenza que ellas sienten de reconocer este problema, por lo tanto, creo que es fundamental la división por sexo.”²³² Entrevista C.G., Psicóloga Coordinadora del Programa de Tratamiento.

“el riesgo de que se reinstale el modelo relacional propio de nuestra organización social es fuerte, no solamente por la presencia de los varones sino por como ellas mismas están operando, o sea, el habitus ahí instalado es fuertísimo. Probablemente la apuesta ahí es que el trabajo grupal generizado permita quebrar o fracturar esos habitus, y lo mismo me refiero al trabajo de la masculinidad... con varones...”²³³ Entrevista R.C., Trabajador Social.

Las referencias reseñadas en relación con esta categoría de análisis dan cuenta de un programa de tratamiento cuyos profesionales tratantes sostiene un discurso que incorpora mayoritariamente conceptos elaborados y debidamente justificados sobre prácticas profesionales

²³⁰ Entrevista R.C., Trabajador Social, óp. cit. Pag.6

²³¹ Entrevista C.P., Terapeuta Ocupacional, óp. cit. Pag.9

²³² Entrevista C.G., Psicóloga Coordinadora del Programa de Tratamiento, óp. cit. Pág.9

²³³ Entrevista R.C., Trabajador Social, óp. cit. Pág.7

informadas por la perspectiva de género aplicada al consumo de alcohol u otras drogas. El análisis según temas da cuenta de la **incorporación de la mirada de género como orientación técnica y criterio de calidad en el tratamiento de del consumo de sustancias psicoactivas** (7 registros), y del **trabajo grupal con perspectiva de género** (7 registros).

4.1.3. Sistematización de fichas clínicas

Con el propósito de acceder al ámbito de las prácticas terapéuticas y de este modo evaluar coherencias y discrepancias entre estas y los lineamientos técnicos y relatos profesionales, se realizó el proceso de revisión y sistematización de los registros clínicos contenidos en las fichas clínicas del programa objeto del estudio. El proceso consistió en la selección de 20 fichas (10 fichas clínicas de registro de atención de usuarias y 10 de usuarios), escogidas según muestreo intencional y estratégico, entre el universo de fichas (67 en total, 27 mujeres y 40 hombres) de usuarios y usuarias atendidos durante el año 2012 en el marco del convenio SENDA – COSAM para el tratamiento a personas con problemas asociados al consumo de alcohol y drogas ilícitas; para luego aplicar sobre la muestra seleccionada las mismas categorías de análisis utilizadas anteriormente para el análisis tanto de los documentos técnicos del programa de atención, como de las entrevistas practicadas a los miembros del equipo tratante.

La selección de las fichas clínicas supuso priorizar aquellas fichas que registraran el mayor número de atenciones durante el periodo señalado, con el objeto de contar con la mayor cantidad y calidad posible de registros técnicos potencialmente sistematizables. En aquellos casos en que no fue posible obtener el consentimiento del o la usuaria para la revisión de la ficha clínica, se optó por hacer correr la lista hasta el o la siguiente candidata o candidato hasta completar las 20 fichas a analizar.

Una vez seleccionadas las fichas, el proceso consistió en la lectura de los campos clínicos y los registros de evolución llenados durante el proceso de ingreso o reingreso de los usuarios y las usuarias del programa²³⁴, así como la revisión del Plan Terapéutico Individual (PTI)²³⁵ y de sus revisiones trimestrales en las fichas que lo contenían; además de la revisión de la epicrisis en aquellos casos en que la atención había concluido debido al alta o al abandono del proceso de tratamiento. Luego, se procedió a la identificación y codificación de las unidades de registro y análisis en función de las categorías de análisis previamente establecidas.

Valga señalar que los usuarios y usuarias del dispositivo de atención establecieron su voluntad de participar en el estudio mediante la firma del consentimiento informado elaborado expresamente para esto, y que se incluye entre los anexos de la investigación.

Los resultados fueron los siguientes:

²³⁴ El proceso de ingreso consiste en el diagnóstico biopsicosocial de la persona que ingresa o re-ingresa a tratamiento en el COSAM de Independencia. Este proceso suele demandar un mes de atención regular y requiere de un promedio de cuatro entrevistas practicadas por alguno de los miembros del equipo psicosocial (Psicólogo, Trabajador Social, Terapeuta Ocupacional), y cuando se estima necesario, incluye al menos una entrevista con Médico Psiquiatra. El resultado de este proceso incluye: hipótesis diagnóstica, evaluación de compromiso biopsicosocial, plan de tratamiento individual, genograma, firma de compromiso de atención, entre otras acciones técnicas. Dado el carácter evaluativo del proceso, se supone que exprese las miradas teóricas y las experticias clínicas de los profesionales involucrados en la atención

²³⁵ El Plan Terapéutico Individual (PTI) consiste en una ficha de sistematización de demandas, motivaciones y objetivos para el tratamiento elaborada junto al usuario o usuaria que incluye objetivos específicos en áreas como: Patrón de consumo, Situación familiar, Relaciones Interpersonales, Situación socio ocupacional, Tránsito a la norma social, Estado de salud mental, Estado de salud físico. Este instrumento es un aporte de SENDA al tratamiento y demanda su evaluación trimestral como parte de los estándares de calidad exigidos a los centros de tratamiento. Las áreas de evaluación que cubre sintetizan las prioridades de SENDA en relación con la oferta de atención para los usuarios del programa.

Tabla 3

		Sistematización de fichas clínicas					
Categorías	Documentos escritos	PG (Perspectiva de género)		PGA (Perspectiva de género aplicada al uso y al consumo perjudicial de alcohol u otras drogas)		PGPP (Perspectiva de género y prácticas profesionales en relación al uso y al consumo perjudicial de alcohol u otras drogas)	
		A	B	A	B	A	B
Fichas Clínicas (nº20)							1
Totales							1
%							100

Tabla de frecuencias – Conceptos en relación con el Género observados en Sistematización de fichas clínicas

- Categoría: *Perspectiva de género.*

No se identificaron registraron unidades de análisis. La ausencia de conceptos relacionados con la teoría de género en la revisión de las fichas clínicas podía ser previsible dado el carácter técnico del instrumento de registro, de modo que este resultado calza con lo esperable.

- Categoría: *Perspectiva de género aplicada al consumo de alcohol u otras drogas.*

No se identificaron registraron unidades de análisis. La completa ausencia de referencias que vinculen el consumo de sustancias psicoactivas con los ordenamientos, roles y expectativas de género si constituye un dato interesante puesto que, en principio, resultaba esperable encontrar registros de impresiones e hipótesis de los miembros del equipo tratante en este sentido. Recordemos que el proceso de ingreso consiste fundamentalmente en la evaluación integral de la demanda de atención en torno al consumo de drogas, y la

formulación y registro de ideas, suposiciones e hipótesis respecto al origen, la mantención y las probables vías de resolución del problema que motiva la consulta.

- Categoría: *Perspectiva de género y prácticas profesionales en relación al consumo de alcohol u otras drogas.*

Se registró una unidad de análisis de clase B (conceptos parciales) bajo esta categoría, en el contexto del registro clínico de evolución del proceso de reingreso, donde se señala, sin desarrollarse, el trabajo con el usuario en relación con los roles de género en el marco del tratamiento:

“Se abordan roles de género” (Ficha 5604. Control durante periodo de reingreso a tratamiento.)

La unidad de análisis reseñada da cuenta de la **incorporación de la mirada de género como orientación técnica y criterio de calidad en el tratamiento del consumo de sustancias psicoactivas** (1 registro), en el aparataje conceptual del profesional, expresada en la presencia del concepto de roles género, sin embargo, no explicita la forma en que se abordan estos roles y su relación con el consumo de sustancia, ni los resultados de la estrategia.

En síntesis, el análisis de las fichas clínicas evidencia la casi nula instalación de la perspectiva de género en los registros de las prácticas profesionales del equipo tratante.

4.2. Síntesis de resultados según categorías de análisis

4.2.1. Categoría: Perspectiva de género.

Tabla 4

		Categoría: Perspectiva de género					
Temas	Muestra	Documentos técnicos		Entrevistas a miembros del equipo tratante		Fichas clínicas	
		A	B	A	B	A	B
	elaboración cultural de la diferencia sexual	4		1	5		
	normatividad de género y la subordinación de las mujeres	3		1	8		
	división sexual del trabajo en las esferas pública y privada	2					
	género y la salud mental			2	1		
	género y otras estructuras subordinantes			1	2		
	totales	9		5	16		

Tabla de frecuencias – Conceptos identificados según categoría de análisis:
Perspectiva de género

El uso de la categoría *Perspectiva de género* para el análisis del corpus de la investigación, categoría definida operacionalmente como *conceptos de diversa índole y complejidad, instalados en los discursos institucionales y profesionales respecto del género en tanto construcción cultural de la diferencia sexual, y acerca de la construcción jerarquizada de esta diferencia en modalidades que se traducen en la generalizada condición histórica de subordinación de las mujeres*, permitió distinguir conceptos, ideas y nociones generales de diversa complejidad tanto en los documentos técnicos del programa estudiado (9 registros), como en el discurso profesional de los integrantes del mismo (21 registros). La sistematización de las fichas clínicas,

escogidas para el estudio según los criterios descritos más arriba, no permitió discriminar conceptos de esta naturaleza en el registro del trabajo de los profesionales.

Los conceptos registrados en los documentos técnicos correspondieron en su totalidad a conceptos definidos y argumentados, es decir de tipo A. por su parte, los conceptos registrados en el análisis de las entrevistas a los miembros del equipo tratante pueden calificarse, en función de su elaboración, como 5 de tipo A, y 16 de tipo B, es decir, conceptos parciales (ni definidos ni completamente argumentados, pero presentes en el mensaje).

La agrupación temática de los conceptos registrados en la exploración de esta categoría da cuenta de un dispositivo de atención que incorpora, tanto en sus documentos técnicos como en el discurso profesional, una gama de elementos teóricos relevantes en relación con la perspectiva de género, que van de nociones en torno a la elaboración social, cultural e histórica de la diferencia sexual; pasando por las dinámicas de dominación/subordinación propias de los relatos hegemónicos acerca del binomio masculinidad/feminidad. Los documentos técnicos incluso aluden al análisis de lo doméstico, lo público y la organización de la vida familiar en tanto esferas designadas en torno a los mandatos de género. En el discurso del equipo encontramos conceptualizaciones que trascienden las distinciones halladas en los documentos: se alude a la relación entre la salud mental, la organización social y la subjetividad de mujeres y hombres, haciendo alusiones tanto a la disforia que caracteriza los sentimientos de las mujeres respecto de los roles tradicionalmente asignados a ellas²³⁶, como a la identidad masculina tradicional como factor de riesgo para la salud de los hombres. Incluso, en el

²³⁶ Véase, Errázuriz, P. óp. Cit. Pag.23. La autora señala al respecto, *“El silencio, la subordinación, el sometimiento y la violencia simbólica son los elementos constituyentes en la interrelación de las mujeres con la dominación masculina y marcan –desde las prácticas sociales y desde la simbólica- un lugar vulnerable en cuanto a una construcción de la subjetividad y de la salud mental”*

discurso del equipo surgen alusiones al cruzamiento del género con otras *estructuras subordinantes*²³⁷ al hacer el análisis de las condicionantes sociales de la salud.

En síntesis, el programa estudiado presenta elementos de orden teórico en relación con el género en dos de las tres áreas estudiadas: documentos técnicos y discursos profesionales. Los conceptos, ideas y representaciones distinguidas y registradas dan cuenta de un discurso programático complejo, caracterizado por elementos bien argumentados y definidos, donde incluso es posible observar que el equipo, considerado en su conjunto, maneja un set conceptual más complejo incluso que el que proveen los documentos técnicos, aun cuando en su discurso se mezclan referencias de gran claridad conceptual, junto con apreciaciones menos elaboradas. Respecto a la presencia de estos saberes en las fichas clínicas, no hubo registros.

²³⁷ Véase, Femenías, M., óp. Cit. Pag.26

4.2.2. Categoría: Perspectiva de género aplicada al consumo de alcohol u otras drogas.

Tabla 5

		Categoría: Perspectiva de género aplicada al consumo de alcohol u otras drogas.					
Temas	Muestra	Documentos técnicos		Entrevistas a miembros del equipo tratante		Fichas clínicas	
		A	B	A	B	A	B
	la incorporación de la perspectiva de género en el análisis del consumo de alcohol y otras drogas			1			
	análisis del consumo como fenómeno y contexto masculino		2	3	3		
	la doble sanción de los consumos de las mujeres		2	2	7		
	el carácter marcadamente relacional del consumo de las mujeres	1			1		
	la relación entre el consumo de drogas y las responsabilidades de las mujeres			3	3		
	la relación entre el consumo de drogas y la sexualidad			1	1		
	la relación entre poder, consumo de drogas, y vulnerabilidad a la violencia masculina		1		2		
	la masculinización del patrón del consumo femenino				1		
	la relación de las mujeres con el consumo de psicofármacos			1	5		
	totales	1	5	11	22		

Tabla de frecuencias – Conceptos identificados según categoría de análisis:
Perspectiva de género aplicada al consumo de alcohol u otras drogas.

Respecto al uso de la categoría *Perspectiva de género aplicada al consumo de alcohol u otras drogas* para el análisis del corpus de la

investigación, uso orientado a la *identificación elementos teóricos específicos del análisis de género aplicado al campo del consumo y el tratamiento de los problemas asociados a sustancias, tales como el análisis del poder, el riesgo, la sexualidad y la responsabilidad*, fue posible distinguir conceptos, ideas y referencias de diversa complejidad tanto en los documentos técnicos del programa estudiado (6 registros), como en el discurso profesional de los integrantes del mismo (33 registros). El análisis de fichas clínicas no permitió discriminar conceptos de este orden en el registro del trabajo de los profesionales.

Los conceptos observados y registrados al hacer el análisis según esta categoría en los documentos técnicos del programa fueron clasificados en su mayoría (5) como conceptos de tipo B, es decir, como conceptos parcialmente elaborados, encontrándose tan sólo una referencia debidamente desarrollada y argumentada. Por su parte, el análisis de las entrevistas arrojó el registro de 11 referencias completas y adecuadamente elaboradas, además de 22 conceptos parciales. Al igual que en el análisis de las fichas según la categoría anterior, la sistematización según esta categoría no generó hallazgos de ninguna índole

Al agrupar los registros para esta categoría de análisis según temas, podemos observar un programa de tratamiento que incorpora, tanto en sus documentos técnicos como en el discurso profesional, una gama amplia de conceptos generales acerca de las relaciones que hombres y mujeres mantienen con el consumo de drogas, y con los dispositivos de tratamiento, según los mandatos y prácticas de género. Encontramos, al igual que al hacer el análisis para la categoría anterior, elementos compartidos y elementos que sólo se expresan en el discurso del equipo, que nuevamente sobrepasa los lineamientos técnicos en profundidad y variedad de los conceptos incorporados. Entre los primeros, se hallan referencias al consumo de sustancias psicoactivas como un campo de prácticas construido desde el imaginario masculino tradicional, y por lo tanto al consumo como práctica

naturalizada en los varones; también encontramos en ambos registros, documentos técnicos y entrevistas, conceptos que señalan el carácter doblemente sancionado del consumo de las mujeres y las dificultades que esta doble sanción implica para el acceso y la adherencia a los dispositivos de tratamiento específicos; fue posible, además, identificar en ambos registros alguna noción respecto a la tendencia de las mujeres, observada en la práctica, a iniciar y mantener consumos de sustancias en el marco de relaciones afectivas con hombres que consumen, y se encontró, al menos una referencia en ambos registros, al consumo de drogas como factor de riesgo para las mujeres de tornarse objetos de prácticas subordinantes por parte de sus parejas hombres. Respecto del segundo grupo de elementos, es decir, aquellos encontrados exclusivamente en el discurso del equipo tratante, estos amplían la gama temática abordando tópicos que van desde la justificación de la incorporación de la perspectiva de género en el tratamiento en función de su potencial explicativo; pasando por elaboraciones conceptuales específicas en relación con el conflicto que supone para las mujeres el consumo de drogas cuando es connotado socialmente como abandono de las responsabilidades tradicionalmente asignadas a ellas por los mandatos de género, además de elaboraciones acerca del papel del cuerpo y la sexualidad en el fenómeno del consumo. El discurso del equipo incorpora, además, alguna alusión a los tensionamientos de la normatividad de género en el campo del consumo, señalando las modificaciones registradas en los estudios estadísticos nacionales e internacionales en las tasas de consumo de las adolescentes y mujeres jóvenes, aludiendo de este modo al fenómeno de *masculinización del patrón de consumo femenino*. Finalmente, la mirada de los médicos del equipo distingue la marcada tendencia de las usuarias de la red de salud a asumir patrones abusivos o dependientes de uso de psicofármacos, consumos que al enmarcarse en tratamientos médicos, y por lo mismo, al distanciarse de las

representaciones habituales de las drogas de abuso, resultan mínimamente sancionados socialmente, y en esta medida, menos amenazantes para ellas.

En síntesis, el programa estudiado presenta elementos de orden teórico en relación con el análisis de género aplicado al campo del consumo y el tratamiento de los problemas asociados a sustancias, en dos de las tres áreas estudiadas: documentos técnicos y discursos profesionales. Los conceptos, ideas y representaciones distinguidas y registradas dan cuenta de un discurso programático diverso, donde se mezclan referencias adecuadamente elaboradas con otras parcialmente desarrolladas, donde, nuevamente, es posible observar que el equipo, considerado en su conjunto, dispone de un sustrato conceptual bastante más complejo y extenso que el que proveen los documentos técnicos del programa. El bagaje conceptual manejado por el equipo no se encuentra representado en el análisis de las fichas clínicas, donde no hubo hallazgos para esta categoría.

4.2.3. Categoría: Perspectiva de género y prácticas profesionales en relación al consumo de alcohol u otras drogas.

Tabla 6

		Categoría: Perspectiva de género y prácticas profesionales en relación al consumo de alcohol u otras drogas.					
Temas	Muestra	Documentos técnicos		Entrevistas a miembros del equipo tratante		Fichas clínicas	
		A	B	A	B	A	B
	la mirada sociocultural y multidimensional del fenómeno del consumo y del tratamiento de sus problemas asociados		2				
	incorporación de la mirada de género como orientación técnica y criterio de calidad en el tratamiento de del consumo de sustancias psicoactivas	4	3	6	1		1
	trabajo grupal con perspectiva de género		2	6	1		
	orientaciones técnicas específicas		8				
	totales	4	15	12	2		1

Tabla de frecuencias – Conceptos identificados según categoría de análisis: Perspectiva de género y prácticas profesionales en relación al consumo de alcohol u otras drogas.

Respecto al uso de la categoría *Perspectiva de género y prácticas profesionales en relación al consumo de alcohol u otras drogas*, para el análisis del corpus de la investigación, categoría que incluyó *indicaciones, descripciones y referencias a acciones de naturaleza técnica incorporadas en cualquier etapa del dispositivo de tratamiento, que hayan sido informadas por la perspectiva de género aplicada al consumo de alcohol u otras drogas*, fue posible distinguir conceptos, ideas y referencias de diversa complejidad y elaboración tanto en los documentos técnicos del programa estudiado (19 registros), como en el

discurso profesional de los integrantes del mismo (14 registros). El análisis de fichas clínicas permitió realizar el hallazgo de un (1) concepto de este orden en el registro del trabajo de los profesionales.

El análisis del corpus de la investigación a partir de esta categoría arrojó los siguientes resultados: en los documentos técnicos del programa se distinguieron 4 conceptos debidamente elaborados (tipo A) y 15 conceptos parciales (tipo B). Comparativamente, es en esta categoría donde los documentos técnicos muestran mayor concentración de registros (19 registros versus 9 en la categoría *Perspectiva de género* y 6 en la categoría *Perspectiva de género aplicada al consumo de alcohol u otras drogas*); el análisis de las entrevistas arrojó el registro de 12 referencias completas y adecuadamente elaboradas, además de 2 conceptos parciales. Al análisis de las fichas clínicas según esta categoría tan solo permitió el hallazgo de una (1) referencia parcial a acciones de naturaleza técnica, informada por la perspectiva de género aplicada al consumo de drogas.

El análisis de los temas abarcados en el discurso en relación con esta categoría expone un programa de tratamiento caracterizado por la incorporación de referencias, de diversa complejidad y elaboración, a acciones de orden técnico, tanto en sus documentos programáticos como en el discurso de los profesionales que conforman el equipo. Estas referencias técnicas se traducen en un único registro en las fichas clínicas sistematizadas. A diferencia de los resultados expuestos en relación con las categorías anteriores de análisis, en este caso observamos que los documentos técnicos incorporan una mayor gama de temas desarrollados, dando cuenta en exclusiva del consumo de drogas como un fenómeno multidimensional, modelado, entre otras influencias, por elementos históricos y socioculturales; y aportando orientaciones técnicas específicas con perspectiva de género para el diseño, la implementación y la evaluación del programa. Tanto el discurso del equipo como los documentos técnicos aluden a la incorporación de la mirada de

género como orientación técnica y criterio de calidad en el tratamiento²³⁸, poniendo el énfasis en las posibilidades que la perspectiva abre para la reflexión, el cuestionamiento y la subversión de los mandatos de género en general y en particular de aquellos que atraviesan y condicionan, tanto para hombres como para mujeres, ya sea el consumo de drogas como el tratamiento de sus problemas asociados. Por último, ambos registros tienen espacio para conceptos técnicos específicos alusivos al trabajo grupal socioeducativo o terapéutico con perspectiva de género, donde se da cuenta de la lógica de decisiones del equipo tales como producir y mantener espacios diferenciados por sexo para el trabajo grupal con hombres y mujeres que solicitan tratamiento, como una estrategia informada por la perspectiva de género orientada fundamentalmente a producir un *“espacio a salvo para las mujeres”*²³⁹ que consultan debido a la problemática del consumo, pero también para facilitar la deconstrucción de los mandatos identitarios que promueven y regulan la relación de los varones con las sustancias psicoactivas.

En síntesis, el programa estudiado presenta referencias a acciones de naturaleza técnica informadas por la perspectiva de género aplicada al consumo de alcohol u otras drogas, en las tres áreas estudiadas: documentos técnicos, discursos profesionales y fichas clínicas. Los conceptos, ideas y representaciones observadas y registradas dan cuenta de un discurso programático diverso en relación con las prácticas profesionales, donde se mezclan referencias adecuadamente elaboradas con otras parcialmente desarrolladas, donde, en este caso, los documentos técnicos del programa ofrecen una gama más rica de referencias técnicas. Las orientaciones técnicas

²³⁸ El único concepto registrado en el análisis de las fichas clínicas alude a este tema. Se trata de una alusión registrada por una de las profesionales del equipo a la evaluación de roles de género.

²³⁹ Véase, Errázuriz, P. óp. Cit. Pag.88. La autora señala: *“Un espacio de pares de género constituye para las mujeres un espacio a salvo, un espejo de mismidad en el cual proyectar la privacidad sin la distonía que genera la subordinación implícita en la cotidianidad”*

aportadas por los documentos técnicos y la experticia manifestada por los miembros del equipo se traducen, en este caso, en al menos un registro en las fichas clínicas.

V DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El objetivo general de este trabajo consistió en evaluar la incorporación de perspectiva de género en el programa de tratamiento para personas con problemas asociados al consumo de alcohol u otras drogas en un centro de salud mental comunitaria. Se planteó y se diseñó un estudio que permitiera evaluar transversalmente el objeto de estudio, observando el despliegue de los conceptos e ideas incorporados en relación al género y su aplicación al campo del consumo y del tratamiento de sus impactos, desde lo teórico a las prácticas clínicas concretas donde se tradujeran los conocimientos aportados tanto por los documentos técnicos, como aquellos sostenidos por los profesionales que conforman y despliegan el dispositivo de tratamiento, buscando, por una parte, caracterizar dichos saberes, y por otra, iluminar coherencias y discrepancias en los distintos niveles de instalación.

En relación con los objetivos elaborados, los resultados obtenidos del proceso de análisis del discurso institucional sugieren que el programa de tratamiento, el caso estudiado, incorpora parcialmente perspectiva de género. Como hemos visto en la exposición detallada de los resultados, tanto los documentos técnicos, es decir, en el nivel de los insumos teóricos, que a su vez representan las políticas sanitarias vigentes en relación con la problemáticas de las drogas y su tratamiento, como el discurso de los profesionales, que sintetiza conocimientos adquiridos formal e informalmente, reflexión, experiencia y compromiso personal e ideológico, además de praxis profesional; incluyen una gama amplia y compleja de conceptos, ideas y representaciones, de diversa profundidad y elaboración, acerca del género y de su valor como estrategia heurística para la aproximación y la intervención en el encuentro con personas cuyas trayectorias vitales intersectan problemáticamente con el consumo de drogas. Hemos podido constatar que en términos generales, los saberes del equipo exceden los lineamientos y orientaciones técnicas, de modo que aquellos

conceptos desarrollados en los documentos del programa casi siempre estuvieron presentes en el discurso profesional, pero además, el equipo amplió y aportó áreas, relaciones y precisiones coherentes con los desarrollos teóricos en el campo específico de estudio, que no se encontraban ni se deducían de las orientaciones programáticas aportadas por SENDA. De este modo, y teniendo en cuenta los resultados más arriba expuestos, podemos sostener que la dimensión del programa de tratamiento más impregnada de conceptos de diversa calidad y desarrollo en torno al género es, precisamente, el discurso profesional.

No obstante, el análisis de los registros clínicos del equipo, es decir, los resultados del proceso de sistematización de las fichas de registro de atención, específicamente, el análisis del proceso de registro de la evaluación inicial, llamado *proceso de ingreso* en el contexto del entramado institucional, además del análisis del seguimiento y del egreso mediante la sistematización de los campos clínicos destinados a esos puntos del proceso de tratamiento, muestran la casi absoluta ausencia de traspaso de conocimiento teórico y metodológico al registro clínico. En la medida en que la ficha de atención es el principal campo de registro del quehacer profesional en el campo de la salud mental, hemos supuesto que las categorías, los conceptos y las ideologías que los y las miembros del equipo han elegido en el devenir de sus trayectorias profesionales y que sostienen y utilizan en el presente, debieran expresarse y ser reconocibles en el registro de sus impresiones clínicas. Hemos supuesto, por lo tanto, que el registro en la ficha clínica supone la bajada al ámbito de lo cotidiano y concreto de la práctica profesional, de los conceptos teóricos sostenidos por el equipo. Esta discrepancia observada entre los niveles conceptuales del programa de tratamiento, donde si es posible observar elementos teóricos alusivos al género, y la ausencia de estos elementos en el registro de hipótesis de trabajo, diagnósticos, objetivos, planes de tratamiento, actividades, intervenciones, evolución y evaluación del trabajo realizado, nos permite concluir que, como se señaló antes, la incorporación de la perspectiva de género en el programa es incompleta o parcial.

Ahora bien, teniendo en cuenta el carácter evaluativo del estudio de caso propuesto, es decir, considerando que la motivación de fondo para la realización de esta investigación en particular apunta a generar evidencia que contribuya a la reflexión y a la revisión crítica de los supuestos y las prácticas que caracterizan el dispositivo de tratamiento estudiado, y por lo tanto, pretende constituirse en insumo para la discusión del equipo acerca del programa que ejecuta, así como insumo para la discusión con SENDA, entidad responsable técnica y administrativamente por el programa, con el propósito de reevaluar el lugar que ocupa actualmente la perspectiva de género en el diseño, la implementación y la evaluación del mismo, es necesario ir un paso más allá e intentar comprender, al menos parcialmente, cómo es que un equipo *sensible al género*, que excede a la norma técnica en bagaje conceptual, no traduce esta característica en registros clínicos que den cuenta de ella.

Para intentar comprender el estado parcial de la incorporación de la perspectiva en el dispositivo estudiado, suponemos necesario dar cuenta de elementos contextuales de orden político e institucionales, que permitan situar de mejor manera los resultados obtenidos. Teniendo en cuenta este propósito, se exponen a continuación algunos de estos elementos, teniendo como referencia las reflexiones recogidas durante el proceso de análisis de las entrevistas que formaron parte del estudio, organizadas a modo de categorías emergentes en el desarrollo del análisis del discurso del equipo:

- Senda y el género: El equipo tratante percibe que el género no es una prioridad para SENDA. En términos generales, los integrantes del equipo manifiestan que, pese al discurso oficial de SENDA en relación con el género y su incorporación como perspectiva y criterio de calidad en los programas de tratamiento (discurso incorporado no sólo en los documentos técnicos específicos para los programas ambulatorios y residenciales, sino en las Estrategias Nacionales a partir del año 2003 en adelante y refrendado en el discurso estatal vigente acerca de la materia mediante la redacción de la Estrategia Nacional de Drogas y Alcohol 2011-2014, en cuyo texto se señala

explícitamente que, *“respetar y considerar las diferencias socioculturales relacionadas con el género, el territorio, los grupos étnicos y segmentos etarios son acciones que constituyen la base de la efectividad e impacto de los planes, programas y acciones que buscan reducir el consumo de drogas y alcohol”*²⁴⁰), el género, en la práctica, no tiene importancia específica al compararlo con otras prioridades del organismo técnico. Desde el punto de vista del equipo la principal evidencia de este estado de las cosas es la ausencia de criterios relativos al género en las evaluaciones practicadas anualmente por SENDA a través de sus supervisores para el dispositivo de atención:

“SENDA, junto con... ha desarrollado varias ofertas, ha desarrollado harto trabajo en capacitación, pero insisto en que mientras que no haya un programa... de instalar derechamente... de que esto no sea parte de lo que sea revisado, de lo que sea evaluado, de lo que sea supervisado ¿ya?, está diciéndonos, finalmente, que no es tan importante ¿ya?”²⁴¹ Entrevista R.C., Trabajador Social.

“creo que el SENDA no intensiona lo suficiente la perspectiva de género, si bien queda en algo como comprensivo, queda a criterio de cada equipo como lo aborda, y en eso los equipos somos sumamente...”²⁴² Entrevista C.G., Psicóloga Coordinadora del Programa de Tratamiento.

“creo que con las mujeres, sin el apoyo del SENDA, es complicado, no hay, no hay apoyo desde ellos... hay un discurso y hay ciertas categorías, o cierta diferenciación: “atendamos hombres distinto que a mujeres”, pero, ¿en qué se traduce finalmente?, ¿Cuál es... en que se traduce en la práctica, en la praxis, digamos, esa diferenciación?, ¿para qué nos está sirviendo que hagamos un taller para mujeres distinto?... no me queda claro, yo no lo he escuchado, no sé, no sé cómo se... pero sé que en este minuto de SENDA no hay apoyo”²⁴³ Entrevista Terapeuta Ocupacional.

“pero creo que no hay un énfasis honesto en desarrollar lo que dice que tiene que hacer, es decir, meterse en el tema género es meterse en un tema de por sí crítico, que obliga, si nos metemos en esto, obliga a actuar críticamente frente a la realidad en que estamos insertos, en que estamos involucrados ¿ya?, y eso, creo

²⁴⁰ Véase, SENDA, *Estrategia nacional de drogas y alcohol 2011-2014*, Ministerio del Interior y Seguridad Pública, Gobierno de Chile. Santiago, Chile, 2011. Pag.21.

²⁴¹ Entrevista R.C., Trabajador Social, óp. cit. Pag.9

²⁴² Entrevista C.G., Psicóloga Coordinadora del Programa de Tratamiento, óp. cit. Pag.6

²⁴³ Entrevista C.P., Terapeuta Ocupacional, óp. cit. Pag.13

que desde la perspectiva de la política pública, es difícil de asumir²⁴⁴ Entrevista R.C., Trabajador Social.

Por otra parte, y como hemos detallado en los resultados del estudio, pese a que los lineamientos técnicos de SENDA incorporan conceptos relativos al género, la percepción de los y las integrantes del equipo da cuenta de que esos conceptos no encuentran una traducción metodológica concreta que impacte significativamente la práctica con los y las usuarias, promoviendo acciones terapéuticas informadas por la perspectiva. Desde este punto de vista, el equipo da cuenta de que, pese a las intenciones expresadas por SENDA en los documentos técnicos, el programa conserva un *sesgo androcéntrico* en sus fundamentos:

“se especifica que debiera digamos actuarse desde... especificar desde el género. Pero en la práctica, yo veo, siento, creo, que no sucede eso, no. No porque los documentos que a uno le entregan para trabajar desde SENDA son documentos que son para población general, no hay, digamos, especificidad de género en los documentos, es más, yo diría que todavía viene orientado hacia los hombres, los hombres consumidores de alguna sustancia.”²⁴⁵ Entrevista C.P., Terapeuta Ocupacional.

“Creo que hasta aquí SENDA, CONACE antes, tiene una visión de los usuarios como bastante homogénea en términos de sus características, sus necesidades no hubiese alguna diferencia... incluso si son hombres o mujeres, incluso condiciones materiales... no, creo que en general tiene una visión de usuario bastante unificada, y si bien han ido apareciendo probablemente temas de género, a lo mejor, para mí al menos, está más bien en el discurso, más bien...”²⁴⁶ Entrevista C.U., Psicóloga Terapeuta Familiar.

En síntesis, el equipo manifiesta percibir una suerte de discurso doble en la postura del organismo técnico en la materia, el cual pareciera relevar el impacto de las condicionantes sociales de la salud en el curso del tratamiento, incluido el género, pero deja al arbitrio del equipo la instalación de acciones

²⁴⁴ Entrevista R.C., Trabajador Social, óp. cit. Pag.4

²⁴⁵ Entrevista C.P., Terapeuta Ocupacional, óp. cit. Pag.3

²⁴⁶ Entrevista C.U., Psicóloga Terapeuta Familiar, óp. cit. Pag.6

concretas en esa línea, y sin evaluar ni supervisar los esfuerzos realizados por el equipo en esa dirección.

- El equipo y el género: El equipo, el margen de expresar un conjunto de ideas y conceptos variado y de notoria complejidad y alcance acerca del género y de su aplicación al campo del tratamiento de los problemas asociados al consumo, da cuenta de las dificultades e incertidumbres que debe manejar al intentar incorporar la perspectiva en su trabajo diario, teniendo en cuenta las múltiples demandas técnicas, asistenciales y organizacionales que debe sortear, además de los requerimientos de SENDA en otras áreas de desarrollo programático. En este sentido, el equipo señala su sensación de intentar empujar cuesta arriba, y de manera desorganizada, la instalación de un discurso y una práctica generizada:

“finalmente los equipos van haciendo lo que pueden en la medida en que lo vayan relevando como importante y que tengan algún grado de recursos como para poder enfrentarlo, pero más allá de eso, hoy día yo creo que estamos más bien en la etapa de la visibilización o del discurso, pudiese ser que con el tiempo se pudiese avanzar, pero eso.”²⁴⁷ Entrevista C.U., Psicóloga Terapeuta Familiar.

“yo creo que lo que se hace aquí en el COSAM se hace a pulso, se hace por lo que cada uno puede aportar desde su propia experiencia y su perspectiva...”²⁴⁸ Entrevista C.P., Terapeuta Ocupacional.

“en el caso concreto de acá creo que la instalación es parcial, creo que tiene que ver más que nada con intereses personal de algunos miembros del equipo, aun cuando todos asumimos ¿ya?, que es u tema relevante, importante de ser instalado en las prácticas de salud mental”²⁴⁹ Entrevista R.C., Trabajador Social.

“a propósito de otro tema pero siento que al tener solo un espacio de reunión general hay discusiones tal vez específicas que van perdiendo espacio, no hay tiempo, no... dentro de tanta... no hay tiempo para esa especificidad”²⁵⁰ Entrevista C.U., Psicóloga Terapeuta Familiar.

²⁴⁷ Entrevista C.U., Psicóloga Terapeuta Familiar, óp. cit. Pag.7

²⁴⁸ Entrevista C.P., Terapeuta Ocupacional, óp. cit. Pag.13

²⁴⁹ Entrevista R.C., Trabajador Social, óp. cit. Pag.2

²⁵⁰ Entrevista C.U., Psicóloga Terapeuta Familiar, óp. cit. Pag.2

En tanto preocupación anexa al distanciamiento del SENDA respecto a la incorporación del género en la mirada y el trabajo del equipo, y a la fragmentación de este en sus intentos por relevar la perspectiva, se añade la conciencia de los y las integrantes respecto del déficit y del riesgo que implica que el equipo no logre producir espacios favorables para la deconstrucción de sus propias categorías epistemológicas e ideológicas. En la medida en que el equipo no logra brindarse aquellos espacios, surge la preocupación respecto al modo en que, inadvertidamente, la práctica profesional pudiera suponer la reproducción de las estructuras subordinantes que el equipo pretende subvertir. En este sentido, es posible observar que el equipo, o al menos parte de él, observa la asimetría inherente a la relación profesional/usuario-usuaria, y las amplias posibilidades de que el encuadre terapéutico se perpetúe como un dispositivo de dominación, a menos que sea reflexionado por el equipo y abiertamente desmontado en la relación con el otro o la otra que consulta²⁵¹:

“y en el caso de la mujer, si considero que una mujer que bebe cierta cantidad de veces a la semana o que consume drogas es una suelta o una promiscua o no sé qué, la voy a seguir tratando desde ahí, aunque tenga toda la evidencia teórica de que eso no es así, y voy a hacer un sesgo, entonces, creo que por un lado va la capacitación, pero también instalar en los equipos la capacidad de reflexionar sobre las prácticas y sobre los temas valóricos personal”²⁵² Entrevista C.G., Psicóloga Coordinadora del Programa de Tratamiento.

²⁵¹ Véase, Errázuriz, P. óp. Cit. Pag.46. La autora, al describir las condiciones que posibilitan la construcción de espacios a salvo para mujeres en la relación de estas con los dispositivos de atención de salud mental, señala la relevancia de la *perspectiva* del o la terapeuta. Con el propósito de evitar reproducir en la relación terapéutica el par binario dominación/subordinación característico de la organización tradicional de lo masculino/femenino, la autora sugiere que *“Construir un espacio empático y a salvo consiste en actitudes explícitas por parte del o la investigadora que den cuenta de su postura ideológica al respecto. Entendemos por postura ideológica una conciencia activa antihegemónica que exprese los esfuerzos deconstructivos de la situación asimétrica y del imaginario dominante que genera la situación clásica de “Sujeto de la investigación versus Objetos investigados”*

²⁵² Entrevista C.G., Psicóloga Coordinadora del Programa de Tratamiento, óp. cit. Pag.7

“en los temas que se escogen también trabajar tienen tanto que ver con los marcos de referencia del terapeuta que a mí me parece necesario e importantísimo... por eso hablaba de los espacios de discusión, porque en la medida en que no los vamos conversando, son invisibilizados”²⁵³ Entrevista C.U., Psicóloga Terapeuta Familiar.

Los y las integrantes del equipo tratante dan cuenta del siguiente nivel de dificultad asociado a la incorporación parcial del género en el programa de tratamiento, relativo al déficit del equipo en formación específica. El predominio de formación informal en teoría del género pudiera estar generando dificultades en el equipo asociadas a las traducciones técnicas de los conceptos incorporados: el equipo tiende a sugerir que “se le escapa algo”, que intuye, observa y entiende los desafíos específicos que el género, en tanto mirada, permite discriminar, pero que no sabe con certeza cómo manejar o abordar dicha complejidad:

“uno se va haciendo esa como experiencia, como mirada, pero es muy personal, yo en lo personal no he leído sobre género y alcohol y drogas, entonces no tengo muchos más elementos que los que te he dicho... y creo que como política pública creo que no... no se si no hay recursos”²⁵⁴ Entrevista J.D., Médico Psiquiatra.

“la formación que he ido teniendo, incluso de postítulo o de magíster posteriormente, tampoco incorporó ninguna noción respecto al género en los ámbitos en los cuales estaba estudiando... en educación o en terapia sistémica, no desde el instituto, entonces, en mis instancias de formación más formal el género ha estado ausente diría yo.”²⁵⁵ Entrevista C.U., Psicóloga Terapeuta Familiar.

“Lo más cercano que yo tuve a tal vez a... a observar, a meditar acerca del tema, fue cuando hice el diplomado en la Chile en violencia intrafamiliar. No, el resto ha sido como lectura personal no más.”²⁵⁶ Entrevista C.P., Terapeuta Ocupacional.

“yo creo, que la práctica, por lo menos en este COSAM, indica la posibilidad de haber reflexionado sobre esto, o sea, de poder estar alerta de que aquí hay un

²⁵³ Entrevista C.U., Psicóloga Terapeuta Familiar, óp. cit. Pag.5

²⁵⁴ Entrevista J.D., Médico Psiquiatra, óp. cit. Pag.3

²⁵⁵ Entrevista C.U., Psicóloga Terapeuta Familiar, óp. cit. Pag.5

²⁵⁶ Entrevista C.P., Terapeuta Ocupacional, óp. cit. Pag.6

vacío ¿ya?, nosotros no hemos... tenemos que hacer algo al respecto, pero ha sido como bien artesanal²⁵⁷ Entrevista R.C., Trabajador Social.

“Yo creo que estos elementos que nos ha tocado por lo menos, con C.G. poder observar y trabajar, también nos imponen un desafío que yo creo que tampoco tenemos como en vías de resolver aun, que son las necesidades particulares de nuestras usuarias que tal vez como programa de trabajo no hemos sabido todavía buscar algunos elementos o alternativas como para acoger...”²⁵⁸ Entrevista C.U., Psicóloga Terapeuta Familiar.

Un elemento descrito por el equipo como un área deficitaria en la incorporación del género en el dispositivo de atención estudiado, alude a la naturaleza heteronormativa del programa. Los profesionales señalan cómo las identidades que desafían el orden heterosexual plantean niveles extra de dificultad teórico, metodológica e ideológica al equipo, en la medida en que los dispositivos del programa operan con una lógica visible pero hasta aquí inamovible de segregación de las identidades gay, lésbicas, trans y bisexuales. En este sentido, el programa de tratamiento a personas con problemas asociados al consumo de alcohol y drogas atención del COSAM Independencia no oferta una experiencia inclusiva, más bien es una suerte de extensión de la organización dicotómica del espacio público que hace del dispositivo uno de corte más bien tradicional y por ende, homofóbico:

“quizás también ahí, y ahí aparece también la pifia del programa que tiene que ver con que miramos desde lo heteronormativo siempre el tema del género ¿cierto?, porque no está instalado, por ejemplo, lo que pasa con las otras experiencias de género y las sexualidades ¿ya?, que también van a cuestionar este ordenamiento²⁵⁹ Entrevista R.C., Trabajador Social.

“Yo creo que en eso también el programa que hemos desarrollado, si bien hemos podido problematizar, no le hemos podido dar una respuesta a personas que son transgéneros u homosexuales, incluso el hecho de que una mujer durante este año revelara frente a las compañeras que en realidad es gay genero bastante

²⁵⁷ Entrevista R.C., Trabajador Social, óp. cit. Pag.10

²⁵⁸ Entrevista C.U., Psicóloga Terapeuta Familiar, óp. cit. Pag.8

²⁵⁹ Entrevista R.C., Trabajador Social, óp. cit. Pag.7

*resquemor de parte de algunas compañeras...*²⁶⁰ Entrevista C.U., Psicóloga Terapeuta Familiar.

Un último elemento a considerar, al menos en un análisis inicial y evidentemente incompleto, al intentar comprender las dificultades del equipo para sostener e incorporar una mirada de género en el tratamiento, es la organización del espacio institucional donde este ocurre y el ordenamiento de las relaciones de poder que lo atraviesan.

No debemos dejar de observar, como se señalaba más arriba, que el COSAM de Independencia, al igual que los demás COSAM a lo largo del territorio nacional, forman parte de la red de salud general pública, y de su subsistema de salud mental y psiquiatría, de la cual son, según el *Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría* del año 2000, “*el núcleo descentralizado del modelo de atención en el nivel local*”²⁶¹. Según esta definición, los COSAM tienen como objetivo proporcionar cobertura de salud mental ambulatoria, desde una perspectiva comunitaria de la salud mental. Esta perspectiva, se origina en los movimientos de crítica al modelo asilar surgidos durante la segunda mitad del siglo XX, y redundan en distintas formas de organizar la atención en el entorno más cercano posible a las personas que la requieran, con el propósito de debilitar el poder médico y las posibilidades de abuso que permitían el contexto de la internación y la estructura hospitalaria^{262 263}.

En el COSAM de Independencia, lo anterior se traduce, en lo fundamental, en la organización de un espacio destinado a la gestión de salud mental no dominado

²⁶⁰ Entrevista C.U., Psicóloga Terapeuta Familiar, óp. cit. Pag.10

²⁶¹ Véase, MINSAL, *Norma Técnica para la Implementación y Funcionamiento de Centros de Salud Mental Comunitaria*, Subsecretaría de Salud Pública, División de Prevención y Control de Enfermedades, Gobierno de Chile . Santiago, Chile, 2008. Pag.5

²⁶² *Ibíd.*, Pag.5

²⁶³ Al respecto, Foucault afirma: “*El conjunto de la psiquiatría moderna está, en el fondo, atravesado por la antipsiquiatría, si se entiende por ello todo lo que pone en cuestión el papel del psiquiatra encargado antaño de producir la verdad de la enfermedad en el espacio hospitalario*”. Véase, Foucault, M., *El Poder Psiquiátrico*, 1ª ed. 1ª reimp., Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica, 2007. Pag.390

por la figura del médico psiquiatra. El lugar central de éste en la constitución del asilo, en tanto lugar privilegiado de la organización del entramado del poder psiquiátrico, ha sido descrito por Michel Foucault, para quién la figura del “médico jefe”, aquel encargado de la dirección de los enfermos y de la institución, incluso en sus asuntos administrativos, resulta un elemento fundamental en el orden disciplinario del asilo en su forma clásica. Para Foucault, el asilo es un ejemplo de institución disciplinaria, donde se reproduce un poder disciplinario cuya función principal es el dominio del poder amenazante de la locura mediante el sometimiento de esta fuerza a la voluntad del médico. Se trataría, entonces, de una lucha de voluntades: *“se trata de vulnerar, reducir la omnipotencia de la locura mediante la manifestación de otra voluntad, más vigorosa y dotada de un poder superior”*²⁶⁴. Aun cuando el médico, en este esquema, y en virtud de las marcas de su saber, representa la condición de absoluta asimetría de los poderes en pugna, no “tiene” el poder ni este emana directamente de él, más bien, *“sólo hay poder porque hay dispersión, relevos, redes, apoyos recíprocos, diferencias de potencial, desfases, etc.”*²⁶⁵ Es decir, si bien el médico ocupa un lugar privilegiado y central en la estructura precisamente definida del dispositivo disciplinario, su poder opera en virtud de la disposición táctica de cada individuo en un lugar y en unas funciones específicas²⁶⁶. El asilo, en el análisis de Foucault, es el cuerpo del médico que cubre y se impone absolutamente el cuerpo del alienado. En su conjunto, el reglamento, la arquitectura del hospital, la actividad de los vigilantes, así como

²⁶⁴ Foucault, M., *El Poder Psiquiátrico*, 1ª ed. 1ª reimp., Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica, 2007. Pag.175

²⁶⁵ *Ibíd.*, Pag.19

²⁶⁶ Al respecto, Huertas señala: *“En el caso concreto de la práctica asilar, aunque el poder se “individualice”, ya que es el psiquiatra el que se instituye como sujeto actuante sobre otros, lo cierto es que el entramado de poder se extiende, en el interior, a través de celadores y asistentes y, en el exterior, mediante otros agentes sociales (jueces, policías, administradores)”* Véase, Huertas, R., *Foucault, Treinta Años Después. A Propósito de El Poder Psiquiátrico*, Asclepio. Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia, 2006, vol. LVIII, nº2, julio-diciembre, págs. 267-276, ISSN: 0210-4466.

las rutinas, castigos y recompensas impuestas al interno, vale decir, las tácticas que conforman la microfísica del poder psiquiátrico, manifiestan la voluntad unívoca del médico que sostiene a su enfermo en un estado de permanente observación o al menos en situación de ser observado. Visibilidad permanente, pero también vigilancia centralizada, aislamiento y castigo leve e incesante, componen el esquema panóptico al que responde el asilo con el objeto de curar²⁶⁷, es decir, de producir la renuncia del alienado a su voluntad trastornada mediante el sometimiento al poder institucional. Mediante el despliegue de sus operaciones, el asilo promete ajustar al desajustado y devolverlo a los aparatos de producción.

En tanto centro de salud mental, el COSAM de la comuna de Independencia es un establecimiento marcado médicamente, de evidente carácter disciplinario. No obstante forma parte del movimiento de descentralización del poder psiquiátrico que significa la psiquiatría comunitaria, no resulta difícil observar que también ofrece regular y administrar la desviación a la norma mediante un esquema también panóptico. Niños con dificultades de ajuste a la disciplina escolar y sus familias disfuncionales; personas que deben regular obligatoriamente sus impulsos por orden judicial; consumidores de drogas con conductas anómicas; deprimidos que no se incorporan sistemáticamente a los

²⁶⁷ El asilo comparte su carácter disciplinario con otras instituciones dedicadas a producir obediencias y a administrar la anormalidad. Foucault propone que estas instituciones son herederas de una tradición ascética que trasciende progresivamente las comunidades religiosas, produciendo a partir de los siglos XVII y XVIII una diseminación del poder disciplinario a la totalidad del cuerpo social: *“lo que les he dicho sobre el asilo no difiere tanto de lo que habríamos podido decir sobre los cuarteles, las escuelas, los orfanatos, las prisiones, etc. Ahora bien, hay, de todas maneras, una diferencia esencial entre los establecimientos o instituciones que acabo de mencionar y el asilo. La diferencia radica, por supuesto, en que el asilo es un espacio médicamente marcado”*. *Ibíd.*, Pag.205

sistemas productivos; toda esta marginalidad circula, es observada e intervenida en la institución²⁶⁸.

La cercanía del COSAM con la comunidad, que equivale a su distancia con la antigua Casa de Orates, el Hospital Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak, contribuye, entonces, a fragmentar el poder psiquiátrico al descentrar la figura del médico del lugar de la vigilancia centralizada característica del modelo asilar, mientras que la institución conserva la función disciplinaria de gestión de la anormalidad propia del poder psiquiátrico²⁶⁹. El COSAM, a diferencia del asilo, no es una extensión del cuerpo del médico jefe, en tanto este no ejerce ni ocupa el cargo de la dirección del establecimiento; antes bien, el médico aquí es un elemento excéntrico, periférico, transitorio, que orbita el centro, visitándolo esporádicamente. Además, el COSAM opera habitualmente con estudiantes de psiquiatría, y por lo tanto, despliega un poder médico que carece de las credenciales simbólicas del saber autorizado. No obstante lo anterior, esta presencia médica fragmentada e inestable conserva, en función de su supuesto saber y de la tradición, la posición de autoridad acerca de la enfermedad mental y de la cura.

Pero es justamente la fragmentación, la atenuación del cerco médico la que permite que la hegemonía respecto de la anormalidad pueda ser tensionada. En

²⁶⁸ Foucault propone que el poder disciplinario, al producir discursos de verdad acerca de los límites de lo normal y de lo anormal, fija siempre un margen, esto es, produce un residuo. Según el autor, el poder psiquiátrico confirma su autoridad al instituirse como la instancia última de recuperación de lo irreductible a otras disciplinas: *"En cuanto al enfermo mental, es sin duda el residuo de todos los residuos, el residuo de todas las disciplinas, aquel que, dentro de una sociedad, es inasimilable a todas las disciplinas escolares, militares, policiales, etcétera."*, y, *"la existencia necesaria de los residuos, que va a ocasionar, desde luego, la aparición de sistemas disciplinarios complementarios para poder recuperar a esos individuos, y así al infinito"*. *Ibíd.*, Pag.76

²⁶⁹ Incluso, podemos suponer que el movimiento de aproximación a la comunidad de este poder psiquiátrico atenuado, pudiera formar parte del movimiento de penetración y diseminación de la *"función psi"*, que Foucault observa en la incorporación del trabajo social, la psicología, la psicopedagogía en todos aquellos espacios sociales que requieran del control de la conducta de los indisciplinados. Véase, *Ibíd.* Pag.110

el COSAM son los relevos, los análogos a los vigilantes y los celadores del asilo, quienes ocupan el lugar de la vigilancia centralizada. El así llamado equipo “psicosocial” (psicólogos, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales), es el que, en virtud de su presencia estable, gestiona, observa y registra exhaustivamente; pero es el que, además de la función disciplinaria, tiene el mandato central e incluso a menudo convicción de introducir en la gestión de los casos elementos del orden de lo sociocultural y de los derechos del paciente. Disciplinar y empoderar a la población tratada. En el marco de este doble mandato, desde la subordinación, pero con la ventaja de la posición periférica del poder médico, se entabla, a mi entender, una suerte de disputa ideológica por el objeto de conocimiento.

Esquemáticamente, y simplificando excesivamente una escena compleja y contradictoria, a un poder/saber biomédico fragmentado pero aun hegemónico, centrado en el diagnóstico y en la patología como máxima explicativa, se opone, más bien soterradamente, dispersamente, un poder/saber crítico pero subordinado, cuyas interpretaciones incorporan un abanico de elementos históricos y socioculturales que apuntan a la despatologización de la persona que consulta. En mi opinión, la coexistencia de estos discursos que se disputan al sujeto de la intervención hace del COSAM un espacio de contradicción, de distancias, de encuentros y desencuentros más o menos explícitos, pero también un espacio donde tienen, al menos, alguna legitimidad las miradas críticas y las resistencias concretas.

Esta particular disposición de las relaciones de poder en la institución constituye el tipo de escenario donde el equipo psicosocial debe intentar instalar la perspectiva de género o alguna otra perspectiva crítica en la intervención, esto es, un escenario conflictivo y contradictorio, y por lo mismo a veces desalentador, donde el equipo tiende a expresar su sensación de impotencia; pero también un escenario de posibilidades por desarrollar, de lógicas por subvertir, dentro de los márgenes establecidos por la función

disciplinaria inherente al centro. Un ejemplo de esta última apreciación: puede que, entre la fidelidad del médico a su rol en el esquema disciplinario, y el prejuicio del equipo no médico, estemos dejando de observar la existencia de algún margen para alianzas y resistencias compartidas:

“la verdad es que uno, yo mismo, muchas veces me cuestiono hasta donde estoy... hasta donde estoy controlando algo que yo efectivamente podría calificar como un trastorno más puro, y hasta donde estoy, en el fondo, controlando síntomas de una población que tiene problemas que son sociales... yo creo que ese es un cuestionamiento en que uno siempre está permanentemente...”²⁷⁰ Entrevista D.C., Médico Psiquiatra.

El análisis exhaustivo de los modos en que se organiza, despliega y tensiona el poder disciplinario en este COSAM, o en los COSAM, es una tarea que obviamente desborda los márgenes de estas conclusiones, pero en la medida en que modela y condiciona las posibilidades de instalación de perspectivas socioculturales e históricas en el trabajo con las y los usuarios del centro, debiera ser el objeto de un estudio futuro.

En resumen, hemos propuesto que la perspectiva de género aplicada al campo de la comprensión y el abordaje terapéutico de los problemas asociados al consumo de alcohol u otras drogas, en el marco del programa de tratamiento de la problemática específica, financiado y supervisado técnica y administrativamente por SENDA en el COSAM de la comuna de Independencia, se encuentra incompleta o parcialmente incorporada, teniendo en cuenta los resultados del estudio, los que indicaron que, tanto los documentos técnicos (*Norma y Orientaciones Técnicas de los Planes de Tratamiento y Rehabilitación para Personas Adultas con Problemas Derivados del Consumo de Drogas. Convenio de Colaboración Técnica y Financiera SENDA-MINSAL*); y el documento del *Programa de tratamiento a personas con problemas asociados al consumo de alcohol y drogas COSAM Independencia*), como el discurso de los y las profesionales que integran el equipo (6 profesionales de ambos sexos: una Psicóloga coordinadora del programa, una Psicóloga Terapeuta familiar, una Terapeuta

²⁷⁰ Entrevista D.C., Médico Psiquiatra, óp. cit. Pag.6

Ocupacional, Un Trabajador Social y dos Médicos Psiquiatras, un hombre y una mujer), incorporan una amplia gama de conceptos, de diversa complejidad y desarrollo, acerca del género, ya sea acerca de *Perspectiva de género*, *Perspectiva de género aplicada al consumo de alcohol u otras drogas*, y *Perspectiva de género y prácticas profesionales en relación al consumo de alcohol u otras drogas*; mientras que las fichas clínicas sistematizadas (nº20), no reflejan estos conocimientos y experticia en la forma de descripciones de metodologías de intervención terapéutica, salvo un único registro aislado.

Luego, y con el objeto de ofrecer algunas líneas de reflexión y evaluación de los resultados expuestos, se ha intentado sistematizar y categorizar las impresiones del equipo respecto de algunos focos de dificultad en el proceso de incorporación del género en el diseño, la implementación y la evaluación del programa de tratamiento, impresiones que han sido expuestas más arriba a modo de hallazgos emergentes de la investigación. Los resultados de este segundo proceso de análisis sugieren que, por una parte, el equipo evalúa y resiente la indiferencia y la falta de iniciativa percibida de parte de SENDA respecto al género como orientación técnica y criterio de calidad. Al desaparecer de las supervisiones y de las evaluaciones técnico-administrativas, quedando relegada al nivel de las sugerencias, mientras otros requerimientos técnicos si son evaluados en la práctica, la incorporación del género en los planes de tratamiento como supuesta prioridad técnica para SENDA, es observada con desconfianza y desaliento por parte del equipo. En este sentido, sería recomendable que el equipo supervisor de SENDA, es decir, el nexo entre el equipo COSAM y el organismo técnico responsable, revisara su metodología de supervisión e incluyera parámetros de evaluación específicos y sensibles al género, coherentes con las orientaciones técnicas y criterios de calidad que pone a disposición del equipo.

Por otra parte, el equipo da señales claras de su propia dificultad para avanzar en una agenda de incorporación del género como parte integral de su modelo de atención. Además del freno que supone para el equipo la postura incongruente de SENDA arriba expresada respecto de la perspectiva y su relevancia técnica; postura

que se traduce en que los esfuerzos del equipo en esta línea corren en forma desorganizada y más bien personal contra la gradiente de demandas técnico-administrativas y responsabilidades asistenciales, el equipo da cuenta de su falta de capacidad técnica para responder activa y adecuadamente a la amplia gama de desafíos que su sensibilidad al género le permite observar. Al respecto, sería recomendable que, por un lado, el equipo definiese una política de desarrollo e incorporación plena de la perspectiva de forma autónoma a la actitud de SENDA en la materia. En este sentido, y sin dejar de interpelar al organismo técnico respecto de sus propias responsabilidades y compromisos, pero sin depender ni esperar que este dé el primer paso; las transformaciones necesarias para empujar el género del empantanamiento en que pareciera encontrarse en el programa estudiado, debieran depender en lo posible del equipo y de su capacidad para asumir de manera autónoma y responsable sus propios posicionamientos éticos antihegemónicos e intentar desde ahí construir un programa que ofrezca *espacios a salvo* para las usuarias del programa, y espacios capaces de tensionar y deconstruir las lógicas de la masculinidad dominante vinculadas al consumo de sustancias psicoactivas, incluso teniendo en cuenta las contradicciones y los tensionamientos que el carácter disciplinario de la institución supone para este desafío. Por otro lado, y probablemente como condición para lo anterior, el equipo debiera lograr complementar los conocimientos adquiridos en la práctica y la experticia informal. En esta línea es evidentemente necesario que el equipo pueda gestionar y participar de capacitación específica que le permita nivelar, transversalizar y profundizar sus conocimientos y recursos técnicos en la materia.

Finalmente, quisiera volver sobre lo dicho en los párrafos iniciales de este documento, en relación a la intencionalidad subyacente al diseño y al desarrollo de este estudio. Desde el respeto y la admiración por las luchas feministas, el compromiso personal con la crítica a la masculinidad tradicional hegemónica, y desde mi propia posición como parte del equipo del programa estudiado, he pensado esta tesis como insumo para la reflexión del equipo en relación con el género, con su propio trabajo y con las formas de discriminación, subordinación e invisibilización

que pudiéramos estar perpetuando cotidiana e inadvertidamente, en el desarrollo de nuestro trabajo con los y las usuarias. Al margen de sus múltiples limitaciones y deficiencias, esta investigación ha pretendido, por lo tanto, generar evidencia que contribuya a promover la reflexión, la discusión y la solidaridad necesaria para tomar decisiones orientadas a mejorar las condiciones de inclusión y equidad para las mujeres y los hombres usuarios del COSAM de la comuna de Independencia, que consultan por problemas derivados del consumo de alcohol u otras drogas. Baste con decir que cualquier paso en esa dirección cerraría del modo más satisfactorio el círculo iniciado con mi postulación a estos estudios de Magister.

BIBLIOGRAFÍA

- Abela, J., *Las Técnicas de Análisis de Contenido: Una Revisión Actualizada*, Fundación Centro de Estudios Andaluces, 2002.
<http://public.centrodeestudiosandaluces.es/pdfs/S200103.pdf>
- Allende G., S., *Higiene Mental y Delincuencia*, Tesis para optar al título de Médico Cirujano de la Universidad de Chile, 1933. Fundación Presidente Allende (España), Ediciones ChileAmérica-CESOC, Esmeralda 636, Santiago, Chile
- ASECEDI, *Educación de las masculinidades en el siglo XXI: Masculinidad y adicciones*, Centro de Adicciones, España, 2009.
- Barreda, M et al. *Mujer y Adicción. Aspectos diferenciales y aproximación a un modelo de intervención*, Madrid Salud, 2005.
- Bermúdez, M., *El Análisis de Contenido: Procedimientos y Aplicaciones*, Cienc. Soc. 24: 71-80, 1982.
- Benbasat, I., Goldstein, D. & Mead, M. The case research Strategy in studies of information systems. *MIS Quarterly*, 3 (11), 369-386, 1987.
- Bourdieu, P., *La dominación masculina*, Barcelona, Anagrama, 2000.
- Butler, J., *El género en disputa. El feminismo y la subversión de la identidad*, Barcelona, Ediciones Paidós Ibérica, 1999.
- Butler, J., *Variaciones sobre sexo y género: Beauvoir, Wittig y Foucault*, en Lamas, M. (comp), *El Género: La Construcción Cultural de la Diferencia Sexual*, UNAM-Porrúa, México, 1997.
- Butler, J., *Actos performativos y constitución del género: Un ensayo sobre fenomenología y teoría Feminista*, en "Performing feminisms: Feminist critical theory and theatre, Johns Hopkins University Press, 1990
- Bonino, L., *Salud, Varones y Masculinidad*, Seminario sobre Mainstreaming de género en las políticas de salud en Europa, Instituto de la Mujer, Madrid, 2001.

- Bonino, L., *Los Varones ante el problema de la Igualdad con las Mujeres*, en Lomas C., (ed) *Todos los hombres son iguales? Identidad masculina y cambios sociales*, Barcelona, Paidós, 2002.
- Castillo y cols., *Identidad de Género y Abuso de Drogas. Estudio de las Características del uso de Drogas Ilegales entre las Mujeres en la Comunidad Valenciana*, Salud Y Drogas, año/vol. 3, nº002, Instituto de Investigación de Drogodependencias, Alicante, España.
- Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, *Guía mujeres y hombres ante las adicciones: El papel del personal médico en su detección temprana y derivación a tratamiento*, Secretaría de Salud, México, 2006.
- Connel, R., *La organización social de la masculinidad*, En: Valdés, T. y Olavarría J. *Masculinidades: Poder y crisis*, Santiago: FLACSO-Chile, 1997.
- COSAM Independencia, *Programación 2013*, Ilustre Municipalidad de Independencia, Departamento de Salud, 2012.
- COSAM Independencia, *Programa de Tratamiento a Personas con Problemas Asociados al Consumo de Alcohol y Drogas*, Ilustre Municipalidad de Independencia, Departamento de Salud, 2012.
- CONACE, *Estrategia nacional sobre drogas 2003-2008*, Ministerio del Interior, Gobierno de Chile. Santiago, Chile, 2003. http://www.cicad.oas.org/Fortalecimiento_Institucional/esp/planes_nacionales/CHILE%20ESTRATEGIAdefinitiva.pdf.pdf
- CONACE, *Estudio nacional sobre costos humanos, sociales y económicos de las drogas en Chile*, Olavarría et. al, Chile, 2006 http://www.senda.gob.cl/wp-content/uploads/2011/07/estudio_costos-sociales-humanos-economicos-de-drogas-en-chile_conace2006.pdf
- CONACE, *Política y plan nacional de prevención y control de drogas*, Chile, 1993, Ministerio del Interior, Secretaría Ejecutiva.
- CONACE, *Mujeres y Tratamiento de Drogas. Orientaciones técnicas para la incorporación de la variable género en el tratamiento y rehabilitación de mujeres con problemas de drogas*, Ministerio del Interior, Gobierno de Chile. Santiago, Chile 2004.
- CONACE, *Proyecto de tratamiento y rehabilitación con perspectiva de género para mujeres adultas con consumo problemático de drogas. Las buenas Prácticas*, Ministerio del Interior, Gobierno de Chile. Santiago, Chile 2006.

CONACE, *Mujeres y Tratamiento de Drogas. Guía de asesoría clínica para programas de tratamiento y rehabilitación en drogas en población específica de mujeres adulta*, Ministerio del Interior, Gobierno de Chile. Santiago, Chile 2007.

CONACE, *Estrategia nacional sobre drogas 2009-2018*, Ministerio del Interior, Gobierno de Chile. Santiago, Chile, 2009. [http://www.cicad.oas.org/Fortalecimiento Institucional/eng/National%20Plans/Chile%202009-2018.pdf](http://www.cicad.oas.org/Fortalecimiento_Institucional/eng/National%20Plans/Chile%202009-2018.pdf)

Contraloría General de la República, *Recopilación de leyes y reglamentos. Con índices numérico, por ministerios, temático y de notas*, Tomo 97, Edición Oficial, División de Coordinación e Información Jurídica.

De Kjeizer, B., *El Varón como Factor de Riesgo. Masculinidad, Salud Mental y Salud Reproductiva*, en Tuñón, Esperanza (coord.), *Género y salud en el Sureste de México*, ECOSUR y UJAD, Villahermosa, 1997.

De Barbieri, T., *Sobre la Categoría Género. Una Introducción Teórico-Methodológica*, Debates en Sociología, N°18, 1993.

De la Cruz Godoy, M. J., Herrera García, A., *Adicciones en mujeres*, Colegio Oficial de Psicólogos de Las Palmas, 2002, Las Palmas de Gran Canaria.

Errázuriz, P., *Psicología Social y Género, Construcción de Espacios a Salvo Para Mujeres*, Libros de la Elipse, Chile, 2006.

Femenías, M., *Identidades Esencializadas/Violencias Activadas*, ISEGORÍA. Revista de Filosofía Moral y Política, N° 38, enero-junio, 2008, 15-38.

Fernández, M., *Pobres, Borrachos, Violentos y Libres: Notas para la reconstrucción de identidades masculinas populares del siglo XIX*, en Olavarría, José; Parrini, Rodrigo, eds. "Masculinidad/es. Identidad, sexualidad y familia." Primer Encuentro de Estudios de Masculinidad. Santiago, Chile: FLACSO-Chile/Universidad Academia de Humanismo Cristiano/Red de Masculinidad, 2000.

Fernández, M., *Los usos de la taberna: renta fiscal, combate al alcoholismo y cacicazgo político en Chile: 1870-1930*, HISTORIA 39:II, diciembre 2006, 369-429

Foucault, M., *La Historia de la Sexualidad, La Voluntad de Saber*, Siglo XXI Editores, Madrid, 1992.

Foucault, M., *El Poder Psiquiátrico*, 1ª ed. 1ª reimp., Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica, 2007.

- Forselledo, A., Foster, J., *Aproximación al Impacto del Abuso de Drogas en la Mujer*, Ciencias Sociales 73-74: 77-94, setiembre-diciembre, 1996.
- González, M., Menichetti, C., Schmal, F., Suárez, C., *La construcción de sujeto en las políticas de prevención de drogas del estado chileno: un análisis de discurso posible*, en Catalán, M., Edición, *Un ángulo diferente: para pensar y actuar en el campo de las drogas ilícitas*, Universidad Diego Portales. Programa Cono Sur-Chile, Santiago: Dolmen, 1999.
- Góngora, J., Leyva M., *El alcoholismo desde la perspectiva de género*, El Cotidiano n°132, México, 2005.
- Godoy, N., *Casa de Orates de Los Olivos: Degeneración, Racismo y Locura, Chile 1891-1930*. Tesis para optar al grado académico de Licenciado en Historia, Universidad Academia de Humanismo Cristiano, Licenciatura en Historia, Enero 2010, Stgo., Chile.
- Harding, S., "Is There a Feminist Method?". *Feminism and Methodology*. Ed. Sandra Harding. Indianápolis: Indiana University Press, 1988.
- Hopenhayn, M. y otros, *Criterios básicos para una política de prevención y control de drogas en Chile*, CEPAL, Serie Políticas Sociales No.34, Chile, 1999.
- Kimmel, M., *Homofobia, temor, vergüenza y silencio en la identidad masculina*, En: Valdés, T. y Olavarría J. *Masculinidades: Poder y crisis*, Santiago: FLACSO-Chile, 1997.
- Kaufman, M., *Las siete P's de la violencia de los hombres*, International Association for Studies of Men, Vol. 6, No. 2, 1999. <http://www.ifi.uio.no/~eivindr/iasom>
- Huertas, R., Foucault, *Treinta Años Después. A Propósito de El Poder Psiquiátrico*, Asclepio. Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia, 2006, vol. LVIII, n°2, julio-diciembre, págs.. 267-276, ISSN: 0210-4466.
- Lamas, M., *Usos, Dificultades y Posibilidades de la Categoría Género*, en Lamas, M. (comp), *El Género: La Construcción Cultural de la Diferencia Sexual*, UNAM-Porrúa, México, 1997.
- Lagarde, M., *Género e Identidades, Metodología de Trabajo con Mujeres*, Servicios Editoriales Unicef, Quito, 1994.
- Martínez Redondo, P., *Perspectiva de Género Aplicada a las Drogodependencias*, ASECEDI, Salamanca, España, 2008.

- Martínez Redondo, P., *Investigación sobre las dificultades en el acceso al tratamiento y carencias en la intervención con mujeres drogodependientes en los Centros de UNAD*, UNAD, 2010.
- Merriam, S., *Qualitative research and case study applications in education*. San Francisco: Jossey-Bass, 1998.
- MINSAL, *Norma Técnica para la Implementación y Funcionamiento de Centros de Salud Mental Comunitaria*, Subsecretaría de Salud Pública, División de Prevención y Control de Enfermedades, Gobierno de Chile . Santiago, Chile, 2008.
- Moral, B. (Farapi, s.l.) “Marco teórico” en *Cómo introducir la Perspectiva de Género en los proyectos de drogodependencias*. 1ª Jornada de la Comisión de Género del Gobierno Vasco, 2008.
- OEA, *Informe del Uso de Drogas en Las Américas*, Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas, OIDA, Washington, D.C., 2011.
- OMS, *Estudio internacional sobre género, alcohol y cultura «Proyecto GENACIS»*, Sociedad Española de Toxicomanías, España, 2004.
<http://www.documentacion.edex.es/docs/1104SANest.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud, *Alcohol, género, cultura y daños en las Américas: reporte final del estudio multicéntrico OPS*, Washington, 2007.
- Ochoa, E., *Aspectos Diferenciales En Trastornos Por Consumo De Sustancias Psicoactivas*, Servicio de Psiquiatría. Hospital Ramón y Cajal. Universidad de Alcalá. Madrid.
- ONUDD, *Informe Mundial Sobre las Drogas. Resumen Ejecutivo*. 2012.
http://www.senda.gob.cl/wp-content/uploads/2011/03/world_report2012.pdf
- ONUDD, *Tratamiento del abuso de sustancias y atención para la mujer: Estudios monográficos y experiencia adquirida*, Naciones Unidas, Nueva Cork, 2005.
- Olavarría, José; Parrini, Rodrigo, eds. *Masculinidad/es. Identidad, sexualidad y familia*. Primer Encuentro de Estudios de Masculinidad. Santiago, Chile: FLACSO-Chile/Universidad Academia de Humanismo Cristiano/Red de Masculinidad, 2000.
- Palop, M., *Mujer y Drogas*, Papeles del Psicólogo, nº075, Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos, Madrid, España, pp. 53-55, 2000.

- Pérotin-Dumon, Ann, *Género en Historia*, Institute of Latin American Studies, University of London. <http://www.sas.ac.uk/ilas>
- Preciado, B., *Multitudes Queer. Notas para una política de los anormales*, Paris, F/Revista Multitudes. N° 12., 2003, URL: http://multitudes.samizdat.net/rubrique.php3?id_rubrique=14
- Piñuel, J., *Epistemología, Metodología y Técnicas del Análisis de Contenido*, Estudios de Sociolingüística 3(1), pp. 1-42, 2002.
- PORTA, L. y SILVA, M. *La investigación cualitativa: El Análisis de Contenido en la investigación educativa*. 2003.
[en línea].<http://www.uccor.edu.ar/paginas/REDUC/porta.pdf>
- Rebolledo NO, Costa MCS. *Significados y contradicciones del fenómeno de las drogas: drogas lícitas e ilícitas en Chile*. Rev Latino-am Enfermagem 2005 setembro-outubro; 13(número especial):903-11
- Rodríguez, D.; Valldeoriola, J. *Metodología de la Investigación*, Barcelona, Universitat Oberta de Catalunya. 2009.
- Romo Avilés, Nuria et al. '*Género y Uso de Drogas. De la ilegalidad a la legalidad para enfrentar el malestar*'. Trastornos Adictivos, año 2006; 8(4) 243-50.
- Romo Avilés, N., *Género y uso de drogas: la invisibilidad de las mujeres*, Monografía Humanitas. Barcelona, Fundación Medicina y Humanidades Médica, volumen 5.
- Rubin, G., *El Tráfico de Mujeres: Notas Sobre la "Economía Política" del Sexo*, en Lamas, M. (comp), *El Género: La Construcción Cultural de la Diferencia Sexual*, UNAM-Porrúa, México, 1997.
- Scott, J., *El Género: Una Categoría Útil Para el Análisis Histórico*, en Lamas, M. (comp), *El Género: La Construcción Cultural de la Diferencia Sexual*, UNAM-Porrúa, México, 1997.
- Sanchez Pardo, L., *Drogas y perspectiva de género: Documento marco*, Plan de Atención Integral de la Mujer de Galicia, Xunta de Galicia.
- Sabo, D., *Comprender la salud de los hombres. Un enfoque relacional y sensible al género*. Organización Panamericana de la Salud, 2000.

- SENDA, *Noveno Estudio Nacional de Drogas en Población General de Chile*, Observatorio Chileno de Drogas, Ministerio del Interior y Seguridad Pública, Gobierno de Chile, Santiago, Chile, 2011.
- SENDA, *Estrategia nacional de drogas y alcohol 2011-2014*, Ministerio del Interior y Seguridad Pública, Gobierno de Chile. Santiago, Chile, 2011.
http://www.senda.gob.cl/wp-content/uploads/2011/05/estrategia_drogas_alcohol_2011_20141.pdf
- SENDA, *Glosario de Términos*, sitio web SENDA, consultado el 11/10/2012, url:
<http://www.senda.gob.cl/prevencion/informacion-sobre-drogas/glosario-de-terminos/>
- SENDA, *Mujeres y Tratamiento*, sitio web SENDA, consultado el 11/10/2012, url:
<http://www.senda.gob.cl/observatorio/boletines/boletin09/#8ref>
- SENDA, *Norma y Orientaciones Técnicas de los Planes de Tratamiento y Rehabilitación para Personas Adultas con Problemas Derivados del Consumo de Drogas. Convenio de Colaboración Técnica y Financiera SENDA-MINSAL*. Ministerio del Interior y Seguridad Pública, Gobierno de Chile. Santiago, Chile, 2012.
- Stake, R., *The art of case study research*, Sage Publications, London, 1995.
- Urbano, A., Arostegui, E. *La mujer drogodependiente. Especificidad de género y factores asociados*. Universidad de Deusto, España, 2004.
- Valles, M., *Técnicas Cualitativas de Investigación Social. Reflexión Metodológica y Práctica Profesional*. Madrid: Síntesis, 1997.
- Vargas, W., *Alcohol y alcoholismo. Algunas consideraciones sobre la historia y magnitud del problema en Chile, y de las vías correctas para su solución*, Rev. Medicina y Humanidades. Vol. 1 N°3. (Sept.-Dic.) 2009.
- Vega et. al, *Equidad y determinantes sociales de la salud: conceptos básicos, mecanismos de producción y alternativas para la acción*, en Jadue, Liliana, ed.; Marin, Fabiola, ed.; Iniciativa Chilena de Equidad en Salud, *Determinantes sociales de la salud en Chile: en la perspectiva de la equidad*, Santiago, Chile: ICES, Oct. 2005.
- Welzer-Lang, Daniel, *“Las crisis de las masculinidades: entre cuestionamientos y críticas contra el heterosexismo”*, Actas del Congreso *Los hombres ante el nuevo orden social*:51-76. Victoria-Gasteiz, EMAKUNDE-Instituto vasco de la mujer. 2002.

Wilsnack, R., et al., *Why study gender, alcohol and culture?*. En Isidore S. Obot & Robin Room, Eds., *Alcohol, gender and drinking problems: perspectives from low and middle income countries*, WHO, 2005.

Yin, R., *Investigación Sobre Estudio de Casos. Diseño y Métodos*, SAGE Publications, Thousand Oaks, CA, 1994.

ANEXOS

Anexo A: Pauta de entrevista

1. **Encuadre laboral.** (Experiencia profesional, rol y funciones desplegadas en el marco del programa de tratamiento.)
2. **Perspectiva de género.** (Referencias y conceptos acerca del género como perspectiva de análisis y de su incorporación en su práctica profesional.)

Entrando en materia, el Estado viene incorporando el género en su agenda pública en materias de salud hace aproximadamente 20 años, desde los primeros gobiernos de la concertación,

- Desde su punto de vista, ¿se incluye el género en las políticas y lineamientos técnicos en salud mental?
 - ¿Ha tenido formación en género como parte de su trayectoria profesional?
 - ¿Podría describir lo que entiende por género?
 - ¿Estas ideas tienen cabida en su práctica profesional?
3. **Perspectiva de género aplicada al análisis del consumo de alcohol y otras drogas.** (Conceptos acerca de este tema y su incorporación en su práctica profesional, incluidas referencias específicas respecto al género y su relación con el diseño, implementación, ejecución y evaluación del tratamiento del consumo perjudicial de sustancias.)

SENDA, antes CONACE, viene ubicando el tema género en sus lineamientos técnicos desde hace algunos años...

- Como parte de su experiencia trabajando en “el programa alcohol-drogas”, ¿ha llegado a conocer alguna relación entre perspectiva de género y consumo de sustancias?
- ¿Ha sido capacitado en esta perspectiva de análisis de la problemática?
- ¿Percibe diferencias entre hombres y mujeres en relación con el tratamiento?

- Desde su punto de vista, ¿la perspectiva de género puede aportar algo al tratamiento para personas con problemas asociados al consumo?
 - ¿Incorpora algunas de estas ideas en su análisis de casos clínicos y en el diseño de planes de tratamiento?
 - ¿Circulan estos conceptos en el trabajo de equipo?
4. **Prácticas profesionales.** (Referencias a prácticas informadas por el análisis de género aplicado al consumo y su tratamiento, incorporadas en el programa.)
- ¿Cómo podrían incorporarse estas nociones concretamente en las distintas fases del programa de tratamiento?
 - ¿Podría describir alguna práctica concreta del programa de tratamiento inspirada en estas ideas acerca del género y su relación con las drogas?
La norma técnica SENDA-MINSAL que rige para los programas instalados en los COSAM incluye sugerencias para la atención de mujeres,
 - ¿De qué manera se traducen estas sugerencias en acciones concretas en el programa?
5. **Reflexiones finales**

Anexo B: Consentimiento Informado - EntrevistasConsentimiento Informado

Santiago., ____ de Diciembre de 2012

Yo, _____

Siendo una persona mayor de edad y en pleno uso de mis facultades mentales, sin que medie coacción ni violencia alguna y estando en conocimiento de la naturaleza y propósito del estudio que más adelante se describe, declaro:

1. Haber sido informada(o) de manera objetiva y clara por parte del autor, acerca de la investigación: *Estudio de caso acerca de la incorporación de perspectiva de género en el tratamiento para personas con problemas derivados del consumo de alcohol u otras drogas en un centro comunitario de salud mental y psiquiatría.*
2. Tener conocimiento de que el objetivo fundamental del trabajo antes señalado, es: *Evaluar la incorporación de la perspectiva de género y su relación con el uso de sustancias, en un programa de tratamiento para personas con problemas derivados del consumo de alcohol u otras drogas en un centro comunitario de salud mental y psiquiatría.*
3. Haber sido informada(o) de que mi participación en la investigación consiste en responder a una entrevista relacionada con el tema antes señalado.
4. Haber sido informada (o) de que la información que suministre al investigador será utilizada única y exclusivamente con fines académicos.
5. Que el investigador me ha garantizado confidencialidad en relación con mi identidad y en relación con cualquier información relacionada con mi persona a la que tengan acceso mediante mi participación en el estudio mencionado.
6. Que estoy de acuerdo en el uso, para fines académicos de los resultados obtenidos en el presente estudio.
7. Tener conocimiento de que mi participación en el estudio no implica riesgo ni inconveniente alguno para mi salud.

8. Conocer que cualquier pregunta que tenga relación con este estudio podrá ser respondida oportunamente por la Sra. Margarita Iglesias Saldaña, con quien me puedo comunicar al teléfono: (02)29787145
9. Que bajo ningún concepto se me ha ofrecido ni pretendo recibir algún beneficio de tipo económico producto de los hallazgos de la referida investigación
10. Que los resultados del estudio me serán informados oportunamente si así lo solicito.

Declaración del voluntario

Luego de haber leído, comprendido y recibido las respuestas a mis preguntas con respecto a este formato de consentimiento, acuerdo:

1. Aceptar voluntariamente las condiciones estipuladas en el mismo y a la vez autorizo al Sr. Álvaro Lemus Hernández a realizar la entrevista solicitada.
2. Reservarme el derecho de revocar esta autorización así como mi participación en la investigación, en cualquier momento, sin que ello conlleve consecuencias negativas para mi persona.

Participante:

RUNº _____

Firma: _____

Declaración del investigador

Luego de haber explicado detalladamente al participante la naturaleza de este protocolo de consentimiento, certifico mediante la presente que el sujeto que firma este formulario, comprende la naturaleza, requerimientos y beneficios potenciales de la participación en este estudio. Ningún obstáculo de índole física o cultural ha impedido al sujeto tener una clara comprensión de su compromiso con esta investigación.

Investigador: Álvaro Sebastián Lemus Hernández.

RUNº 13.058.819-0

Firma: _____

Anexo C: Consentimiento informado – Fichas clínicas

Consentimiento informado

Santiago, ___ de _____ de 2013

Yo, _____

Siendo una persona mayor de edad en pleno uso de mis facultades mentales, y sin que medie presión alguna, declaro:

1. Haber sido informada(o) de manera clara acerca de la investigación: *Estudio de caso acerca de la incorporación de perspectiva de género en el tratamiento para personas con problemas derivados del consumo de alcohol u otras drogas en un Centro Comunitario de Salud mental y Psiquiatría.*
2. Haber sido informada(o) de que mi participación en la investigación consiste en autorizar la revisión de la ficha clínica que contiene el registro de mi atención en el COSAM de la comuna de Independencia.
3. Haber sido informada (o) de que la información será utilizada única y exclusivamente con fines académicos.
4. Que el investigador me ha garantizado confidencialidad en relación con mi identidad y en relación con cualquier información relacionada con mi persona a la que tengan acceso mediante mi participación en el estudio mencionado.

Declaración del voluntario

Luego de haber leído y comprendido este formato de consentimiento, acuerdo:

1. Aceptar voluntariamente las condiciones estipuladas en el mismo.
2. Reservarme el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento, sin que ello conlleve consecuencias negativas para mi persona.

Participante:

RUNº

Firma: _____

Responsable del Estudio: Álvaro Lemus Hernández.

RUNº 13.058.819-0

Firma: _____