



Tipo de documento: Tesina de Grado de Trabajo Social

Título del documento: Mujeres, situación de calle y consumo Problemático de spa : una aproximación a las experiencias de las usuarias del dispositivo de salud lobe (2021-2023)

Autores (en el caso de tesis y directores):

Aldana Rocío Ferreyra

Florencia Agustina Bersabe Mancuso

Paula Iadevito, dir.

Araceli Galante, co-dir.

Datos de edición (fecha, editorial, lugar,

fecha de defensa para el caso de tesis: 2023

Documento disponible para su consulta y descarga en el Repositorio Digital Institucional de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires.
Para más información consulte: <http://repositorio.sociales.uba.ar/>

Esta obra está bajo una licencia Creative Commons Argentina.
Atribución-No comercial-Sin obras derivadas 4.0 (CC BY 4.0 AR)



La imagen se puede sacar de aca: https://creativecommons.org/choose/?lang=es_AR





UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
CARRERA DE TRABAJO SOCIAL

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN FINAL

MUJERES, SITUACIÓN DE CALLE Y CONSUMO
PROBLEMÁTICO DE SPA: Una aproximación a las experiencias
de las usuarias del dispositivo de salud LOBE (2021-2023)

Autoras:

Ferreira, Aldana Rocío, DNI 39.760.966 (rocioferreira.96@hotmail.com)

Mancuso, Florencia Agustina Bersabe, DNI 40.476.447 (flor.mancuso84@gmail.com)

Tutora Temática: Iadevito, Paula (paulaiadevito@yahoo.com.ar)

Docente orientadora: Galante, Araceli

Seminario de TIF: Segundo cuatrimestre 2021

Fecha de presentación: 02/11/2023

Título: MUJERES, SITUACIÓN DE CALLE Y CONSUMO PROBLEMÁTICO DE SPA:

Una aproximación a las experiencias de las usuarias del dispositivo de salud LOBE (2021-2023)

Autoras: Ferreyra, Aldana Rocio y Mancuso, Florencia Agustina Bersabe

Mails de contacto: rocioferreyra.96@hotmail.com / flor.mancuso84@gmail.com

Fecha de presentación: 2 de noviembre de 2023

Resumen. El presente TIF de la Licenciatura en Trabajo Social, se propone abordar el segmento particular de población de mujeres en situación de calle y consumo problemático de sustancias psicoactivas (SPA)¹. El análisis de tipo cualitativo se centra en las experiencias de las usuarias del dispositivo de salud *La otra base del encuentro* (LOBE)², cuya modalidad de intervención es socio-comunitaria y colabora con la recuperación y la apropiación de hábitos de autocuidado de la salud, en tanto factores indispensables para la inclusión y la restitución de los derechos humanos de este grupo social vulnerable. La investigación indaga específicamente acerca de cómo repercute el dispositivo en la vida cotidiana de las mujeres usuarias, así como también de las tareas de contención y asistencia que llevan adelante les profesionales, dónde lejos de darse un control punitivo, se realiza un análisis situacional orientado a conocer la particularidad de las demandas de cada usuaria.

Por medio de observaciones y entrevistas no dirigidas, hemos llegado al recorte de nuestra población de interés, para luego, en un trabajo de campo constante y regular, planificar entrevistas semiestructuradas que permitieron la aproximación a sus experiencias en profundidad. El corpus múltiple de análisis comprende relatos de entrevistas, observaciones, registros de campo e informes documentales. Se analiza de manera interrelacionada el conjunto de materiales obtenidos mediante estas fuentes, con miras a interpretar las dinámicas que surgen entre usuarias y profesionales, así como el impacto del recorrido por el dispositivo en la vida de estas mujeres.

Las reflexiones giran en torno a los avances que significan las prácticas de intervención por parte de LOBE para el grupo en cuestión, tomando en cuenta la incidencia en su situación habitacional y de consumo problemático de SPA, y la apropiación de hábitos para el bienestar general, que se traducen en el ejercicio efectivo de sus derechos. Mediante este estudio de caso, se genera un aporte desde el Trabajo Social, en miras de una intervención en salud pública que incorpore los lineamientos de la Ley Nacional de Salud Mental (LNSM) como matriz.

Palabras clave: Mujeres – situación de calle — consumo problemático de SPA - dispositivo de salud pública

¹ SPA: Sustancias legales o ilegales que introducidas en el organismo por cualquier vía de administración (ingerida, fumada, inhalada, inyectada, entre otras) produce una alteración del funcionamiento del sistema nervioso central.

² De aquí en adelante, nos referiremos a este dispositivo de salud con abordaje socio-comunitario, como '*dispositivo*', '*dispositivo de salud pública*', o bien, *LOBE*.

AGRADECIMIENTOS

A mis hermanos y a mi mamá, que me hicieron siempre el aguante.

A Bruselas, que bancaron todo mi proceso, me animaron siempre y festejaron mis logros como si fueran los suyos.

A Ringo, mi compañero incondicional de todas mis largas noches de estudio.

A mis amigos que me apoyaron y me bancaron durante esta aventura académica.

A todas las compañeras facultativas que hicieron de alguna manera de mi paso por la facultad, un recorrido más hermoso.

Rocío Ferreyra

A mi mamá, Elvira. Por siempre estar al pie del cañón con un mate y una palabra de aliento.

A mi madrina, Adela. Quien me inspira a querer crear un mundo más justo.

Por brindarme su apoyo y fé en todo momento.

A Gustavo, Santiago y Franco, mi papá y hermanos, por depositar su confianza en mí y alentarme en este proceso.

A mis compañeras de cursada, que hicieron del recorrido por la facultad algo ameno y posible.

Gracias, gracias, gracias.

Florencia Mancuso

Agradecemos especialmente a todas las mujeres usuarias de LOBE que participaron de este proyecto y nos brindaron su tiempo y sus relatos. Esperamos a través de nuestro aporte poder contribuir a la visibilización de sus experiencias y realidades.

A las profesionales de LOBE que nos dejaron participar del espacio con total libertad y siempre brindaron su apoyo y buena predisposición.

A Paula Iadevito, nuestra tutora temática, quien nos brindó su tiempo, esfuerzo, buena predisposición y nos guió como nadie. Muchas Gracias.

Finalmente, agradecemos a la universidad pública, gratuita y de calidad de nuestro país, que permitió nuestra formación como profesionales del Trabajo Social.

Rocío y Florencia

ABREVIATURAS

- **APS:** Atención primaria de la salud
- **CABA:** Ciudad Autónoma de Buenos Aires
- **GCBA:** Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires
- **CeSAC:** Centros de Salud y Acción Comunitaria
- **CPPSC:** Censo Popular de Personas en Situación de Calle
- **LNSM:** Ley Nacional de Salud Mental
- **LOBE:** La Otra Base del Encuentro
- **MMH:** Modelo Médico Hegemónico
- **PSEAC:** Proceso de salud-enfermedad-atención-cuidado
- **RRyD:** Reducción de riesgos y daños
- **SPA:** Sustancias psicoactivas
- **TIF:** Trabajo de investigación final

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I Contexto general y antecedentes sobre el tema	7
<i>Principales contribuciones a la temática</i>	12
CAPÍTULO II Marco teórico y conceptual	17
<i>Situación de calle: entre la vulnerabilidad y la exclusión social</i>	18
<i>Un enfoque de salud comunitaria como respuesta integral</i>	21
<i>Consumo problemático de SPA</i>	24
<i>El género y la perspectiva de género como mirada transversal</i>	25
<i>La interseccionalidad como herramienta analítica</i>	27
CAPÍTULO III Metodología de trabajo	30
<i>Supuestos primarios e hipótesis guía</i>	33
<i>Las técnicas escogidas: entrevista y observación</i>	34
<i>La etnografía como estrategia complementaria</i>	39
<i>Fuentes secundarias</i>	41
<i>Resguardos éticos</i>	43
CAPÍTULO IV Las mujeres del Bajo: Narrativas de vida en la calle y experiencias en el dispositivo	44
<i>Las características del dispositivo</i>	46
<i>El ingreso de las mujeres al circuito de la calle</i>	48
<i>Las mujeres en situación de calle en una sociedad patriarcal</i>	51
<i>La importancia de las rutinas básicas y las prácticas de cuidado personal</i>	57
<i>El derecho a la salud y las experiencias de atención</i>	60
<i>Consumo problemático: intervenciones del dispositivo y la autopercepción de las mujeres consumidoras</i>	65
<i>La búsqueda del reconocimiento: entre la marginalidad y la inclusión social</i>	71
<i>Madres en situación de calle: presencia y ausencia de roles</i>	76

CONCLUSIÓN	84
BIBLIOGRAFÍA	90
ANEXO I	96
ANEXO II	101

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo de investigación final (TIF), requisito para graduarse en la Carrera de Trabajo Social de la Universidad de Buenos Aires, se desarrolla a partir de una incursión voluntaria sincrónica que se llevó a cabo en el dispositivo de salud *LOBE*, con inicio en el mes de Julio de 2021. En este dispositivo se desarrollaron posteriormente las prácticas pre-profesionales de la materia Taller Nivel IV al año siguiente, en 2022, y durante los primeros meses del 2023, se continuó y profundizó el trabajo de campo.

Se trata de un dispositivo de alcance socio-comunitario que pertenece al área programática del Hospital Piñero (CABA). Se ubica en la zona del Bajo Flores, e interviene de forma territorial en los barrios Padre Ricciardelli (ex villa 1-11-14), Polideportivo, Illia y Rivadavia I y II. La modalidad de recepción es por demanda espontánea y atiende a personas en situación de vulnerabilidad y exclusión social, comúnmente atravesando situación de calle y consumo problemático de sustancias psicoactivas (SPA).

El objetivo es indagar en las experiencias de índole personal, social y subjetivo de las mujeres que asisten a este dispositivo de salud pública, a fin de conocer de qué manera éste interviene y contribuye a transformar la trayectoria de vida de las usuarias. Para ello, se adopta una mirada centrada en la perspectiva de género, construida por y para las mujeres, y la mirada interseccional, apelando a generar intervenciones que incluyan estas percepciones y apunten a generar un ejercicio efectivo de los derechos humanos, reconociendo a las usuarias como ciudadanas plenas. El enfoque interseccional prepondera la intrínseca relación existente entre los conceptos vertebrales de la investigación, entendiendo que los mismos interactúan entre sí y evidencian el dinamismo de los fenómenos en estudio.

La propuesta, siguiendo los aportes de Ghiselli y Castrogiovanni (2020), Licenciadas en Trabajo Social, es mediar entre las dimensiones universales y singulares, para realizar un análisis de la situación particular de cada usuaria de LOBE, y las problemáticas que las afectan por el hecho de ser mujeres, vivir en situación de calle y consumir SPA. Se trata de experiencias límites, desde lo social, lo subjetivo y lo personal, y la condición de género hace que sus experiencias presenten aspectos diferenciales.

La investigación se desarrolla en CABA, Argentina, en el contexto de una democracia representativa con estructura productiva no consolidada e inestable, donde la desigualdad social es una parte constitutiva de los tradicionales ciclos del sistema económico. En este contexto, las experiencias de las mujeres son abordadas en vista de la raíz estructural que conllevan las problemáticas, entendiendo que los fenómenos de la desocupación, situación de

calle, consumo problemático de SPA y falta de accesibilidad a la educación, vivienda digna y salud, se relacionan directamente con la pobreza estructural que aqueja a muchos sectores sociales.

La gestión neoliberal del gobierno del ex presidente Macri (2015-2019) significó una disminución en el gasto público destinado a mejorar los servicios sociales, de casi un 10%¹, lo que conlleva un deterioro significativo en materia redistributiva: reducción de subsidios a servicios públicos, aumento de la inflación a causa de la deuda contraída con el Fondo Monetario Internacional (FMI), pérdida de empleo, aumento de los índices de pobreza, reducción en presupuestos destinados a la salud y la educación, entre otros. Estas son medidas que afectan de manera más agresiva a los sectores vulnerables de la sociedad.

En el año 2020, la pandemia por Covid-19 precedió a una crisis económica y social instalada que puso de manifiesto la fragilidad del sector laboral informal urbano, como así también del segmento de la economía formal con baja productividad. El gobierno nacional actual, asumió en dicho contexto, no encontrando las condiciones óptimas para revertir el desmantelamiento parcial de las políticas sociales referidas puntualmente a la salud. La medida de aislamiento social preventivo para preservar la salud de la población tuvo un impacto negativo en la economía nacional y en las economías domésticas deteriorando la calidad de vida de la población en general. Durante ese período, el porcentaje de población en situación de pobreza se vio en aumento, alcanzando en el último semestre de 2022 un 42%. La pandemia dejó al descubierto diversas situaciones de vulnerabilidad en el acceso a derechos básicos (Tercer Informe Voluntario Nacional, 2022).

Entre los grupos más afectados, se encuentran las personas que viven en barrios populares, quienes se enfrentaron a condiciones especialmente difíciles durante el confinamiento. Los sectores populares vulnerables de por sí, experimentan alarmantes condiciones de déficit habitacional y se vieron más afectados por la reducción del empleo, la disminución de los ingresos, y la dificultad para acceder a ámbitos de esparcimiento (Tercer Informe Voluntario Nacional. Argentina 2022).

Con relación a la problemática que nos ocupa en este trabajo, se encontraron antecedentes de investigación sobre personas que viven en situación de calle, en su mayoría abordadas desde un enfoque cuantitativo que privilegia la atención en las variables económicas de la realidad, y cuya unidad de análisis son grupos de hombres o niños. Por tal motivo, resulta relevante un estudio específico sobre mujeres en situación de calle y consumo

¹ Gastos por finalidad y función. Presupuesto abierto. Ministerio de economía Argentina.

problemático de SPA, que con aportes conceptuales y teóricos de diversas disciplinas sociales pueda analizar e interpretar el fenómeno más allá de las cifras, dando a conocer cómo se desenvuelve la vida de este grupo. Como sabemos, las estadísticas son una herramienta metodológica corriente en estudios sociales de esta naturaleza, no obstante, es importante no pasar por alto la multi-dimensionalidad de los fenómenos en pos de comprender la problemática social desde la perspectiva de la interseccionalidad.

Una de las dimensiones que se asocia estrechamente a la condición de personas en situación de calle es la dimensión del consumo problemático de SPA. La introducción de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 (LNSM, 2010) al ámbito de las políticas públicas, trae consigo la exigencia de re-diseñar y/o generar nuevos dispositivos destinados a atender a la población antedicha.

La implementación de la LNSM ha provocado un cambio cultural significativo en la forma en que se aborda la salud mental, al fomentar un enfoque interdisciplinario y comunitario. Esta nueva orientación, proporciona herramientas para abordar la problemática del consumo de SPA siguiendo la orientación de salud integral y respetando la autonomía de las personas.

El *abordaje socio-comunitario* en temas de salud pública que lleva adelante LOBE es de carácter integral, interdisciplinario e intersectorial, en tanto establece estrategias diversas para atender la particularidad de cada situación problemática que se les presenta. Por un lado, las intervenciones se basan en los principios de la Atención Primaria de la Salud (APS), la cual se entiende como la accesibilidad al cuidado de la salud de una población que generalmente no circula por los centros, ni participa en la red de recursos estatales existente. Se trata de crear cobertura universal en función de las necesidades de la población, con organización y participación de la comunidad, para asegurar el derecho a la salud y las estrategias de cuidado. Además, incluye acción intersectorial entre los centros y otras agencias sociales y líderes comunitarios. Por otro lado, se trabaja desde la estrategia de reducción de riesgos y daños (RRyD), que busca minimizar los efectos negativos del consumo de SPA, permitiendo ampliar los márgenes de atención y, con ello, aumentar la accesibilidad al sistema, favoreciendo la circulación de las personas en situación de calle por los consultorios (De Paoli, s/f).

Los principales objetivos del dispositivo son: a) recepcionar y brindar asistencia y

contención a les usuaries²; b) abordar los consumos de SPA desde la perspectiva de reducción de riesgo y daños; c) generar espacios de apropiación e intercambio entre pares; d) crear y fortalecer lazos con la comunidad de pertenencia en el marco de la construcción de ciudadanía y restitución de derechos; e) contribuir a disminuir los riesgos jurídicos, sanitarios y sociales asociados al consumo problemático de SPA de las personas en situación de calle. Cabe señalar que la elección del tema de investigación surge a partir de recorridos por las denominadas *ranchadas*. Éstas son una forma de intervención territorial que llevan adelante semanalmente las profesionales del equipo de LOBE, y consisten en realizar recorridos por los barrios aledaños al dispositivo, acercándose a los ranchos ya conocidos y registrando los nuevos.

Como parte de dicha incursión, se brinda un espacio de escucha informal orientado a conocer las necesidades de las personas en calle, sean o no usuarias del dispositivo, y se ofrecen alimentos y métodos anticonceptivos, lo cual permitió un primer acercamiento a la población. Además, se proporciona información sobre los centros de salud cercanos y se les sugiere concurrir a LOBE brindándoles información (dónde está ubicado, quienes lo conforman, cuál es la contención y las actividades que ofrece), con el fin de reducir las barreras en el acceso, y el estigma asociado a la situación de calle y al consumo problemático de SPA. Progresivamente, la población barrial –tanto de hombres como de mujeres– comienzan a acercarse al dispositivo en busca de un espacio de contención y pertenencia. En los últimos años, la cantidad de mujeres usuarias del dispositivo, que funciona desde 2007, aumentó significativamente. En el Capítulo IV, se esbozan los motivos que permiten explicar la concurrencia femenina al dispositivo, y la consecuente equiparación entre usuaries hombres y mujeres. El hecho de hacer foco en las experiencias de las mujeres usuarias de LOBE se vincula a la observación de este cambio, pero también es una decisión metodológica motivada por nuestra condición de mujeres estudiantes, involucradas y comprometidas con la reciente y actual lucha por nuestros derechos. En tanto estudiantes de Trabajo Social y como feministas, nos motiva generar conocimientos sobre la diversidad de realidades que atraviesan las mujeres, y contribuir a visibilizar grupos específicos que sobreviven situaciones y problemáticas complejas.

La cursada de la materia *Violencia, sexismo y Derechos Humanos* de la cátedra Oberti,

² Entendiendo que el lenguaje es una herramienta que expresa un posicionamiento ético y político ante el mundo, el presente trabajo de investigación utiliza *lenguaje inclusivo*, reemplazando el plural en masculino por la neutralidad de la letra *e* cuando se lo amerite. Reconocemos la importancia de continuar construyendo un lenguaje que no discrimine ni a mujeres ni a personas que no se auto-perciben en ningún extremo del binomio varón-mujer, ya que la utilización de la “o” como género universal, se relaciona de manera intrínseca con la invisibilización de otros géneros y la superioridad de lo masculino por sobre la diversidad.

como asignatura optativa del plan de estudios de la Carrera de Trabajo Social, nos ha permitido trabajar la categoría de género y la perspectiva de género que incorporamos como matriz y mirada fundamental en este estudio de caso. Uno de los propósitos, es propiciar una contribución desde el Trabajo Social vinculado a la intervención socio-comunitaria en el campo de la salud, que apele al efectivo ejercicio del derecho de atención de la salud para las mujeres en situación de calle y consumo problemático de SPA, siguiendo los principios de indivisibilidad e interdependencia³ de los derechos humanos.

Se trata de una investigación del tipo cualitativa y exploratoria que da prioridad a la voz de las mujeres usuarias, como protagonistas de una realidad social coyuntural, dinámica, y límite. Además, la etnografía es la estrategia metodológica que nos ha permitido el armado de un corpus múltiple de materiales obtenidos a partir de la aplicación de técnicas de recolección de información: entrevistas no dirigidas y semiestructuradas, observaciones, relevamiento de documentos, legajos de usuarias y registros fotográficos de actividades comunitarias llevadas a cabo en la sede de LOBE. En cuanto a la obtención de información por fuentes primarias, se han sorteado dificultades que prolongaron el tiempo de investigación en campo en relación a la población usuaria, que son explyadas en el Capítulo 3.

En resumen, el TIF se organiza en una *introducción, capítulos y conclusión*. El primer capítulo presenta las principales características que contribuyen a una descripción del *contexto general del tema y sus antecedentes* en materia de producción académica e investigativa al interior del campo de las Ciencias Sociales. Se presentan antecedentes de investigación sobre situación de calle en CABA y consumo problemático de SPA que brindan herramientas para el abordaje de las problemáticas. Por otra parte, se lleva a cabo una revisión de algunos de los derechos adquiridos por las mujeres desde el año 1994 hasta el 2020, haciendo foco en las luchas y reivindicaciones del movimiento feminista del siglo 21.

En el capítulo II, se desarrolla el *marco teórico y los conceptos fundamentales* para observar y analizar el tema. Se presentan las coordenadas disciplinares que intervienen en la construcción de una mirada teórica propia para trabajar el caso de estudio. Algunos de los autores tomados desde las disciplinas del Trabajo Social, Antropología Social, Psicología Social y Sociología son: Ghiselli y Castrogiovanni (2020), Tortosa (2020), Boy (2012) y Carmona (2012), entre otros. Desde sus aportes, se definen los conceptos clave para el análisis y se establecen sus vínculos con la temática: mujer/género, situación de calle,

³ El disfrute pleno y efectivo de los derechos humanos no puede lograrse sin la realización de todos los demás derechos humanos. Por ende, el principio de interdependencia de los derechos humanos subraya que las violaciones de un tipo de derecho humano pueden afectar negativamente la realización de otros derechos. (Comisión de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, Informe E/CN.4/2006/91)

vulnerabilidad y exclusión social, consumo problemático de SPA y abordaje socio comunitario de la salud.

El capítulo III, versa sobre la *metodología de la investigación*. En él se explicitan las premisas básicas de la metodología cualitativa a partir de Manes (2012), Parra (2008) y Scribano (2007), por tanto los autores proporcionan un marco teórico sólido y enfoques flexibles que se ajustan a la investigación, permitiendo construir teoría a partir de la utilización de información que se obtuvo por variadas técnicas. Además, se exponen los interrogantes guía, los objetivos de investigación, y se justifican y fundamentan las estrategias y las técnicas utilizadas para la obtención de información. Las narrativas obtenidas mediante entrevistas son el material principal, que se complementa con el contenido fruto de observaciones. Asimismo, se utilizan documentos que valen como material de apoyo a este contenido. Los trabajos seleccionados de Merlinsky (2006) y Guber (2001), entre otros, colaboran con la definición de las técnicas de entrevista y observación aplicadas en trabajo de campo activo para recolectar la información por fuentes primarias, y también para organizar relevamientos de fuentes secundarias.

El capítulo IV presenta el análisis de las entrevistas realizadas, en un diálogo fluido entre citas textuales de las mismas y las corrientes teóricas. En este desarrollo se entrelazan las distintas dimensiones y aspectos del TIF, a fin de integrar las partes en un texto que exprese una lectura del tema en diálogo con los enfoques teóricos y conceptos. El análisis se organiza en ejes de indagación, dimensiones y aspectos de la problemática de modo tal que la narrativa respete una organización, coherencia y consistencia.

Las consideraciones finales, se condensan en un texto que sintetiza el recorrido de la investigación, expone los resultados alcanzados, explicita aciertos y desaciertos, reflexiona sobre la práctica investigativa, y postula ideas y desafíos a futuro.

CAPÍTULO I

Contexto general y antecedentes sobre el tema

En una primera parte, el Capítulo presenta consideraciones del contexto general que ofrecen información sobre las coyunturas históricas y los procesos económicos, políticos y sociales para la comprensión de la temática. En una segunda parte, se presenta un mapeo –no exhaustivo, sino selectivo- de las investigaciones y producciones académicas que resultan de interés y utilidad para pensar el tema propuesto.

El centro de atención del presente TIF son las experiencias de las personas en situación de calle y consumo problemático de SPA. Éstas son analizadas desde la perspectiva de género, a partir de la experiencia de mujeres usuarias de un dispositivo de salud situado en CABA, más específicamente en los barrios del Bajo Flores. En este marco, es pertinente referenciar brevemente las luchas y conquistas de los colectivos de mujeres en materia de derechos⁴, que en el presente siglo posicionan a las mujeres de manera determinante en el espacio público y privado.

La Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) (1979) se propone contribuir a la promoción de igualdad entre hombres y mujeres y explicita que, el trabajo, entendido como empleo remunerado, es un derecho de todas las personas y deben emplearse los medios necesarios para garantizar que las mujeres puedan acceder con las mismas oportunidades que los varones. A su vez, la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (1994) postula que la violencia hacia las mujeres comprende cualquier acción o conducta basada en el género que cause muerte o sufrimiento físico, sexual o psicológico, y constituye una violación a los derechos humanos y las libertades fundamentales. Nuestro país adhiere, al menos teóricamente, a ambas convenciones internacionales.

En 2009, Argentina promulga la Ley de Protección Integral a la Mujer N° 26.485, que postula como definición de violencia contra las mujeres *toda conducta, acción u omisión, que de manera directa o indirecta, tanto en el ámbito público como en el privado, basada en una relación desigual de poder, afecte su vida, libertad, dignidad, integridad física, psicológica,*

4 El marco donde se han podido desarrollar los derechos de las mujeres ha sido el de las Naciones Unidas, que aprobó en 1948 la *Declaración Universal de los Derechos Humanos*, comenzando así la cobertura institucional a la protección de los derechos sociales y económicos para todas las personas por igual. También, la *Declaración sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer* de 1981 representa la *carta magna* de los derechos humanos de las mujeres (Osborne, 2009).

sexual, económica o patrimonial, como así también su seguridad personal. Y agrega que, quedan comprendidas las perpetradas desde el Estado o por sus agentes. Se considera violencia indirecta, a los efectos de la presente ley, toda conducta, acción u omisión, disposición, criterio o práctica discriminatoria que ponga a la mujer en desventaja con respecto al varón. En este sentido, es importante destacar que cuando referimos a *violencia hacia las mujeres*, no existe un solo modo de ejercerla, sino que se abarcan un sinnúmero de conductas que se constituyen en violencia, incluyendo variadas formas más allá de las violencias físicas.

El 3 de junio de 2015, se marca un hito histórico en la lucha contra la violencia hacia las mujeres con la movilización masiva bajo la consigna *ni una menos*. Esta acción colectiva, que tuvo lugar en CABA pero también en ciudades de todo el país, pone de manifiesto la gravedad de la problemática, así como también el cuestionamiento a la falta de respuestas adecuadas en materia de políticas públicas⁵ para paliar la misma. En términos de Longo et al. (s/f), ésta movilización es una práctica transformadora que ubica a las mujeres como protagonistas de plenos derechos en el escenario social actual. Tomando los aportes de las autoras, el movimiento genera un impacto en los diferentes dispositivos de atención, teniendo en cuenta que a partir de él se observa un aumento en el registro y la visibilización de la problemática, y un incremento en la demanda de atención. *Ni una menos* tiene efectos en el plano subjetivo y colectivo, demostrando que es posible desafiar y transformar las estructuras sociales que sostienen las violencias de índole patriarcal. Sin embargo, las políticas de género no han sido complementadas por políticas públicas integrales que den prioridad a la generación de datos cuantitativos y cualitativos que permitan comprender la magnitud del problema para su abordaje adecuado.

El 10 de diciembre de 2020 (día Internacional de los Derechos Humanos) la Cámara de Diputados de Argentina aprueba el proyecto de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), que entra en vigencia en todo el país a partir de enero de 2021. La Ley N° 27.610 tiene por objeto *regular el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo y a la atención postaborto, en cumplimiento de los compromisos asumidos por el Estado argentino en materia de salud pública y derechos humanos de las mujeres y de personas con otras identidades de género con capacidad de gestar y a fin de contribuir a la reducción de la morbilidad y mortalidad prevenible*. Esta ley representa un avance significativo en términos

5 Se comprende por *políticas públicas* al conjunto de tomas de posición del Estado frente a una cuestión que concita la atención, interés o movilización de otros actores de la sociedad civil (Oszlak y O'Donnell, 1976).

de derechos humanos de las mujeres, al garantizar mayor autonomía y libertad sobre sus cuerpos.

Es importante destacar que el debate sobre la legalización del aborto se enmarcó en una larga tradición de lucha por los derechos de las mujeres. La *Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito*, se impulsa en 2005 por organizaciones feministas. Éste genera un movimiento emancipatorio que busca ampliar los límites de la laicidad del Estado y, especialmente, de la democracia, con el fin de construir ciudadanías sexuales plenas. Los aportes de los movimientos feministas llevan a repensar la sexualidad, la maternidad, el trabajo y la participación, cuestionando la tradicional dicotomía entre lo público y lo privado. Además, se han denunciado los estereotipos que guían las prácticas institucionales, en particular las jurídicas y médicas (Anzorena, 2011), dejando en evidencia la necesidad de repensar estas cuestiones en la práctica disciplinar. De esta manera, se pone de manifiesto que la inclusión de la justicia y la equidad de género en el ámbito de las políticas públicas y sociales es el resultado de un proceso que se desarrolla en diferentes escenarios y cuenta con la participación de diversos actores, entre ellos: el movimiento de mujeres, les profesionales de la salud comprometidos, les agentes burocráticos del Estado en diferentes niveles, así como también las propias mujeres afectadas y su comunidad (Zaldúa et al., 2018).

La *situación de calle*, es un fenómeno social que data de los inicios del sistema social en sí mismo, pero que comienza a tener entidad como problema social en Argentina en la década de los 90s. A finales de dichos años y en los primeros del siglo XXI, el contexto socioeconómico se caracteriza por presentar índices en constante crecimiento en lo que respecta al nivel de desempleo, informalidad laboral y población en situación de pobreza⁶. En este contexto, ocurrió un hecho histórico de gran impacto que derivó en la inclusión del fenómeno antedicho en la agenda gubernamental. Nos referimos al fallecimiento de una persona *sin techo*⁷ en las calles de CABA. Ésta fue una noticia que toma relevancia pública a través de los medios masivos de comunicación y marca el punto de partida para la

6 Este punto se basa en la investigación de Acuña, Kessler y Repetto sobre la evolución de la política social argentina en la década de los 90. Buenos Aires, 2002.

7 Sin techo es la denominación utilizada en el Programa para personas en situación de calle (1997) para referirse a toda persona que se halle pernoctando en lugares que no cuentan con infraestructura tal que pueda ser caracterizada como vivienda, aunque la misma sea precaria (Calcagno, s/f).

implementación de las primeras políticas sociales dirigidas a personas en situación de calle⁸ (Boy, 2007), dando inicio a un período de respuestas por parte del Estado.

Las personas que hacen de la calle su hogar dejan de ser una figura controlada para pasar a ser comprendidas como un emergente de la pobreza, por lo que se torna necesario que forme parte de la agenda de gobierno. Así, en CABA, la asistencia a personas en situación de calle comienza cuando se suspenden los edictos policiales que sancionan la mendicidad y el vagabundeo, y en su lugar, se busca dar una respuesta estatal que dé abrigo a este grupo poblacional vulnerable. En adelante, el vagabundeo no sólo ha dejado de ser considerado un delito, sino que se vuelve un problema de orden público *merecedor* de asistencia social (Biaggio, 2009).

En el año 1997, se lleva a cabo en CABA el primer conteo de personas en situación de calle. La técnica del conteo, junto a la implementación de una encuesta, es la forma más ampliamente difundida para recabar datos sobre esta población en diferentes países del mundo (Rosa, 2013). El objetivo de éste fue conocer el alcance del fenómeno de las personas *sin techo* para –posteriormente- indagar sobre sus características personales (vínculos familiares, tiempo que lleva viviendo en la calle, estrategias de supervivencia, entre otras) mediante la aplicación de una encuesta a una muestra de personas desarrollando sus vidas en estas condiciones. En ese conteo ocular nocturno se registra un total de 1.389 personas *sin techo*, con prevalencia de varones. No obstante, los indicadores y las metodologías utilizadas por el GCBA han ido variando a lo largo del tiempo, y esto dificulta establecer la validez absoluta de estos conteos (Rosa, 2013).

Entre diciembre de 2001 y principios de 2002 la crisis socioeconómica se profundiza, período en que renuncian tres presidentes en forma consecutiva: De La Rúa, Rodríguez Saa y Duhalde (Svampa et al., 2003). Como consecuencia, se produjo un cambio cuantitativo en el fenómeno de la pobreza y sus características se agudizan. La estructura social se vio seriamente afectada, produciéndose, por un lado, un empobrecimiento general y, por otro, la incorporación de nuevos grupos al universo de la pobreza (Gutierrez, 2013). Así, el fenómeno de la pobreza dejó de ser el resultado de una crisis coyuntural para constituirse en una problemática de índole estructural, donde muchas veces esa situación se transforma en exclusión social, como lo es en las personas en situación de calle. La falta de acceso a derechos básicos que afecta a las personas en situación de calle trasciende la vivienda digna, e

8 En 1997 se aprueba el Programa Integrador para personas o grupos familiares en situación de emergencia habitacional - Familias en situación de calle - Sin Techo - Programa para las personas solas o familias sin techo - Personas y familias sin vivienda (Decreto 607/1997).

incluye la afectación de diferentes dimensiones de la vida de las personas que no sólo se vinculan con las condiciones materiales. En los años siguientes y hasta 2017, no hemos encontrado datos duros que reflejen la magnitud de la problemática de las personas que desde esta lectura se encuentran al margen del sistema social.

Es en el año 2017 cuando se lleva a cabo el primer Censo Popular de Personas en Situación de Calle (CPPSC) en CABA. El censo revela que, durante 2017, 5.872 personas adultas, niñas y adolescentes se encontraban en situación de calle *efectiva* y 20.000 más se encontraban en riesgo de situación de calle, es decir, habitando hoteles o pensiones, percibiendo el subsidio habitacional, institucionalizadas en el sistema de salud/salud mental o en el sistema de justicia penal en condición de egreso y/o informadas de sentencias firmes de desalojo sin capacidad de procurarse una vivienda (CPPSC, 2017, p.15-17). Esta iniciativa fue realizada por organizaciones sociales, políticas, culturales, estudiantiles y académicas, así como por personas en situación de calle y en riesgo de encontrarse en ella. El CPPSC revela discrepancias entre los datos oficiales sobre tasas de pobreza e indigencia, y la realidad identificada y denunciada por las organizaciones sociales. El Estado no incluye en sus conteos la totalidad de los barrios de CABA, ni tampoco a quienes se alojan temporalmente en paradores nocturnos. Por ende, puede decirse que no ha publicado datos completos (CPPSC, 2017), quitándole relevancia al fenómeno social.

El CPPSC de 2019, revela un aumento en el número de personas en situación de calle en CABA, en comparación con el de 2017. En esta ocasión, se registraron 7.251 personas en situación de calle. De este total, el 80% son hombres, el 19% mujeres y el 1% personas no binarias. Es importante destacar que el 56% de las personas encuestadas informaron haber experimentado algún tipo de violencia institucional por parte de policías y profesionales de la salud al ser trasladadas a hospitales (CPPSC, 2019). Este porcentaje pone de manifiesto la violencia y discriminación existente hacia las personas en situación de calle, así como la falta de capacitación estatal para el abordaje adecuado de esta población vulnerable.

En lo que respecta al escenario actual en torno al consumo problemático de SPA, la Ley Nacional N°26.657 de Salud Mental (2010), en adelante LNSM, representa un hito histórico para el abordaje de esta cuestión. En ella, el consumo problemático de SPA se considera como una afectación al estado de la salud mental y aboga por la adopción de políticas sanitarias que se correspondan con esta mirada. Ahondamos sobre la matriz de pensamiento que aporta la LNSM en el siguiente capítulo.

En consonancia con dicha ley, en 2014 en Argentina entra en vigencia el Plan Integral

para el Abordaje de los Consumos Problemáticos (Plan IACOP). Este se orienta a la prevención de los consumos problemáticos mediante la actuación del Estado desde un abordaje intersectorial, buscando garantizar la asistencia sanitaria integral a los consumidores. De este modo, se pone en cuestión la mirada abstencionista y asistencial hegemónica para el tratamiento de esta problemática, y se avanza en el establecimiento de principios que posicionan a los consumidores de sustancias como personas con derechos que deben ser respetados y resguardados, a los que los efectores de salud, ya sean públicos o privados, deben adecuarse.

Las mujeres en situación de calle y consumo problemático de SPA pertenecen a un colectivo donde las políticas sociales no tienen un impacto suficiente y concreto para abordar efectivamente la violación constante de sus derechos. Viven en condiciones extremas y se enfrentan a enormes dificultades para el ejercicio pleno de su ciudadanía (Tortosa, 2020), no sólo por el déficit habitacional y material que las atraviesa, sino también por el agravamiento que conlleva ser mujer en este escenario. A pesar de que se han llevado a cabo algunos estudios en los últimos años del presente siglo que visibilizan las experiencias individuales de mujeres que viven en situación de calle en CABA, la presencia de dispositivos que se centren en la restitución de derechos para esta población es limitada en el ámbito de las políticas sociales (Longo et al., 2017), lo que se traduce en una necesidad imperante para la intervención social con la particularidad de este grupo.

Principales contribuciones a la temática

En este apartado se presenta el relevamiento de investigaciones afines que aportan una mirada general de la temática y que significan un aporte a los análisis del presente TIF.

Martín Boy (2011) realiza una investigación sobre adultos en situación de calle en CABA. El autor se propone caracterizar la vida cotidiana de adultos y a partir de allí analizar qué relaciones constituyen con las organizaciones de la sociedad civil y las políticas públicas vigentes en la ciudad, propicias como recursos para la reproducción de sus vidas cotidianas. Ese trabajo, mediante un análisis cronológico y oportuno de las variaciones que tuvo la política social en relación a las personas en situación de calle, nos permite contextualizar las características que adquiere esta población en base a datos específicos recabados en CABA, Argentina, aportando un acercamiento situado a nuestra población de interés. Por otro lado, si bien LOBE se crea autogestivamente por el año 2007, hoy día actúa como una prestación

gubernamental que es fundamental como recurso estatal para la población del Bajo Flores. En concordancia con lo que plantea el autor, sobre las *oportunidades* que brinda la ciudad para hacer uso de las redes que se tejen en el espacio urbano y son útiles para obtener recursos tales como atención médica, recreación, lugares de estadía, entre otros; en la presente investigación LOBE se considera como una de esas oportunidades.

Uno de los hallazgos del autor es el desarrollo de variables que explican cómo la calle termina siendo el espacio donde muchas personas desenvuelven su vida, combinando factores de índole estructural, como los mencionados en el anterior apartado, relacionados a transformaciones en el mercado de trabajo y el incremento del subempleo y el desempleo, aparejadas al agravamiento de la situación habitacional y el deterioro creciente de las condiciones materiales, y por ende, de la expansión de la pobreza urbana; con factores de índole subjetivo y relacional que se corresponden con las trayectorias personales de vida de las personas. En tal sentido, es interesante indagar sobre las trayectorias de vida de las mujeres en situación de calle, para comprender cómo se da la llegada a esa situación y cómo LOBE se convierte en un recurso vital que aporta la ciudad para acercarse a una vida con un mayor grado de dignidad.

Tortosa (2020) realiza una investigación sobre mujeres en situación de calle, puntualmente en relación a lo que llama sus *trayectorias de atención y cuidado de la salud* en donde recupera los relatos de ellas y analiza dicha problemática desde una perspectiva crítica, contemplando las diferencias que se presentan entre varones y mujeres en esa situación. Su trabajo significa un aporte a nuestro estudio dado que prioriza la mirada de género, incluyendo esta categoría en su análisis y problematizando la naturalización de los roles de género. Otro de los puntos de apoyo, es que coincidentemente realiza un aporte en relación a visibilizar los relatos en primera persona de las mujeres en situación de calle que residen en CABA, haciendo hincapié en el uso de un abordaje ético-relacional en el proceso investigativo, donde se reconoce a las mujeres en tanto sujetas de derecho y se evita el etnocentrismo académico. Adherimos de manera contundente a la utilización de este enfoque para la elaboración del presente TIF.

En conformidad con los factores de índole subjetivo y relacional de entrada a la calle que plantea Boy, la autora agrega, en el planteamiento de esta cuestión, que en la historia personal de las mujeres intervienen además componentes de índole estructural relacionados a la condición de género, que posicionan a las mujeres en situación de desventaja. Por otro lado, se pregunta puntualmente cuáles son las trayectorias que realizan las mujeres con

respecto a dar respuesta a sus problemas de salud en el circuito de la calle y define la situación de las mujeres como una *ciudadanía restringida*. Este término hace alusión a la anulación de sus derechos y el empeoramiento de sus condiciones de vida en ese contexto. A lo largo de la presente investigación, se retoman los aportes de Tortosa para el análisis de las estrategias que utilizan las mujeres para la reproducción de la vida en calle, en relación a la apropiación de pautas de autocuidado de la salud. Esto teniendo en cuenta el atravesamiento de las múltiples vulnerabilidades a las que son expuestas por su condición de mujeres pobres.

Longo, Lenta, y Zaldúa (2017) en una de sus investigaciones, llevan a cabo un estudio de caso en un dispositivo que aloja a mujeres en situación de calle en CABA, que se vincula a la presente tesina en cuanto al enfoque metodológico que se explora en el Capítulo 3. Las investigadoras analizan la situación de las mujeres que trascienden su vida en esta condición a partir de entrevistas en profundidad a usuarias del dispositivo, afirmando que las políticas públicas históricamente han delegado las necesidades diferenciales de las mujeres e invisibilizado su realidad concreta.

La investigación sobre mujeres adultas en situación de calle realizada por las autoras, concluye presentando dos hallazgos fundamentales: el reconocimiento histórico de la calle como un espacio masculinizado y la necesidad de detectar y dar cuenta de los obstáculos existentes para el acceso a los servicios sociales, económicos, culturales y de salud para dicha población. A su vez, advierte que no existen dispositivos de atención destinados a mujeres en situación de calle, al mismo tiempo que exige una revisión de los existentes. Por este medio, se resalta la necesidad de contar con nuevos dispositivos y estrategias de intervención diferentes a la lógica tutelar impuesta por el modelo médico hegemónico y reformular las prácticas actuales con el fin de desarrollar modelos flexibles con perspectiva en clave con los derechos humanos y las libertades individuales de las mujeres. En tal sentido, la existencia de LOBE amerita la realización de un trabajo que contribuye como antecedente, y ofrece una mirada complementaria con relación a la necesidad de incluir la perspectiva de género en la planificación de dispositivos de salud y sus intervenciones.

Las autoras Camarotti y Romo Avilés (2015), analizan el fenómeno del consumo problemático de SPA enfocándose en el consumo de pasta base de cocaína, más conocida localmente como *pasta base* o *paco*, en las mujeres que residen en zonas de CABA donde prima una alta tasa de vulnerabilidad social. En dicha investigación, también se adopta una mirada de género para analizar la situación de las mujeres desde su propia experiencia, que busca rebatir el estereotipo masculino de los consumidores de pasta base.

Las autoras afirman que dicha población se suele ubicar en los sectores más desfavorecidos de la sociedad, siendo sus características principales el alto porcentaje de personas viviendo en condiciones de vulnerabilidad y exclusión social. En relación a nuestra investigación centrada en las experiencias de las mujeres del Bajo Flores, este territorio es uno de los que presentan mayor grado de vulnerabilidad social en CABA. Este fenómeno responde a claves históricas que asocian a las crisis económicas con la falta de acceso a la vivienda para los sectores pobres. En el mencionado caso, en la crisis de la década del 30 se afianza el surgimiento de la villa de emergencia 1-11-14 (Abelenda, Canevari y Montes, 2016). La pasta base⁹ es la sustancia más consumida por la población del Bajo Flores, donde además se ubican varias *cocinas*. La población consumidora de paco constituye un grupo excluido y fuertemente estigmatizado, debido a las marcas físicas que conlleva su consumo elevado y constante. Según la información recabada por Camarotti y Romo Avilés, esta disposición se agrava cuando se trata de mujeres, y aún más cuando se entrecruza con la vida en situación de calle, donde las situaciones de violencia, abuso sexual, abandono y necesidades insatisfechas son una constante.

En otro de sus trabajos, en conjunto con Bautista (2016), las investigadoras hacen hincapié en la activación de prácticas de cuidado por parte de las mujeres consumidoras de SPA a través de la utilización de intervenciones para promocionar estas prácticas. En LOBE esto se da al abordar el consumo problemático de SPA analizando las situaciones de las usuarias a partir de contemplar el contexto social en el que viven y han desarrollado sus trayectorias de vida. A partir de allí, se adopta una perspectiva transdisciplinaria y multisectorial que integra los aspectos sociales (económicos, políticos y culturales), psicológicos y médicos, así como las lecciones aprendidas en experiencias previas. La importancia de apropiarse de esta perspectiva, siguiendo a las autoras, radica en la comprensión de la situación de cada sujeta desde su singularidad pero de manera integral, recuperando tanto su trayectoria individual y familiar como los aspectos mencionados de su contexto social. De esta forma se desarrolla una política preventiva centrada en el cuidado de la salud sin hacer abstracción de la estructura socioeconómica. Ahondamos sobre este tema en el Capítulo 4 del presente TIF.

Como último aporte a este apartado, Sorbello, Lic. En Trabajo Social, realiza una

⁹ Esta sustancia se obtiene mediante procesos de laboratorio muy simples, ya que se trata de un producto intermedio en el proceso de purificación de la cocaína. El resultado es una sustancia altamente adictiva que se consigue por un bajo costo y se fuma usualmente en pipas hechas con aluminio. En el fondo de la pipa se coloca tabaco o virulana con el fin de aumentar la temperatura, lo que conlleva mayores riesgos para la salud de les usuaries de dicha sustancia.

investigación (2016) en una de las villas del sur de CABA (la 21-24), situada a 15 minutos del Bajo Flores. Su objeto-sujeto de estudio son los niños y adolescentes en situación de calle que atraviesan por consumo problemático de pasta base. Nos interesa de manera particular este antecedente teórico, puesto que adopta una mirada desde la disciplina del Trabajo Social, citando a diferentes autores afines, para el análisis de la realidad de esta población vulnerable. En el mismo se tienen en cuenta los componentes económicos y sociales que afectan al territorio actual revelando las injusticias y profunda desigualdad e inequidad que les atraviesa.

La importancia de su investigación radica en situar a las personas en situación de calle y consumo problemático de SPA como sujetos de derecho apuntando a una intervención que brinde soluciones integrales a las problemáticas. Uno de los hallazgos del autor es que el sostenimiento del consumo de SPA en el tiempo, perpetúa la estancia en calle, condicionando así la posibilidad de desarrollar un proyecto de vida a futuro. En este sentido, nos interesa analizar las experiencias de las mujeres usuarias de LOBE durante el tiempo de concurrencia al dispositivo, a fin de conocer su impacto en las condiciones y proyectos de vida de estas personas.

Hasta aquí, se han revisado una serie de contribuciones provenientes de investigaciones realizadas sobre situación de calle y consumo problemático de SPA, que se corresponden con nuestros objetivos de investigación. El siguiente capítulo expone el marco teórico del TIF, a partir del cual posteriormente se lee la información obtenida en el trabajo de campo.

CAPÍTULO II

Marco teórico y conceptual

En este capítulo se describe la mirada construida en base a las teorías y los conceptos seleccionados para analizar, interpretar y reflexionar sobre las problemáticas que nos ocupan, y el caso de estudio del TIF. La mirada teórico-conceptual reúne aportes provenientes de distintas disciplinas sociales: Trabajo Social, Antropología Social, Sociología y Psicología Social. Desde el Trabajo Social, se adopta una mirada que focaliza en la particularidad, donde los fenómenos en estudio son analizados en términos de situación problemática; atendiendo a los factores contextuales y también singulares de cada situación.

El TIF, es una aproximación a las experiencias de las mujeres en situación de calle y consumo problemático de SPA en un territorio situado. Es decir, se ocupa de estudiar a un grupo específico inmerso en su medio social, permitiendo generar conocimiento sobre algún fenómeno en correlación con otro. Esta apreciación del devenir humano en su contexto, desde la mirada antropológica, constituye un punto de inicio para construir generalizaciones. Del campo de la Sociología, se escogen miradas específicas del área de la *sociología de la salud*, que colaboran en la delimitación y definición de la salud comunitaria, el consumo problemático de SPA, y las situaciones de vulnerabilidad y exclusión social. Por último, desde la Psicología Social, se piensan las narrativas de las usuarias de LOBE como grupo, en relación a su medio social para así analizar la influencia de la intervención profesional del equipo interdisciplinario de LOBE.

La definición de la persona en situación de calle es uno de los conceptos centrales y más abarcativos de la tesina. Los aportes teóricos de Tortosa (2020), Boy (2012) y Biaggio (2015) abren el abanico sobre las diferentes percepciones y modos de abordar la problemática. Posteriormente, se expone la definición de salud en tanto dimensión prioritaria en el análisis de las experiencias de las mujeres. Como la situación de calle conlleva aparejadas distintas problemáticas en la salud, tanto físicas como mentales, psíquicas y emocionales, es pertinente mencionar el abordaje comunitario de la salud, que es la perspectiva desde la cual interviene el dispositivo LOBE. Desde este enfoque, se comprende a la salud desde una mirada integral que involucra diversos factores, como las trayectorias de vida, el contexto socioeconómico, el trabajo en red y la interdisciplinariedad de las intervenciones, entre otros. Otro de los enfoques desde el cual LOBE realiza sus

intervenciones profesionales, es la perspectiva de RRYD. En relación a esto, se plantean algunas líneas del debate entre esta perspectiva y la perspectiva abstencionista-prohibicionista, diferenciándolas.

Como investigadoras mujeres, se incorpora la perspectiva de género como mirada transversal, como posicionamiento político que busca problematizar las diferencias sociales y culturales existentes entre hombres y mujeres, es decir, se adopta una mirada feminista que busca repensar el esquema de relaciones de género. En este sentido, desde la óptica de la interseccionalidad, ser mujer, consumidora de SPA y transitar la situación de calle, conlleva una múltiple vulnerabilidad. Bajo esta mirada analítica, las problemáticas son leídas interrelacionadas entre sí, y no de manera aislada. Tomaremos los aportes de La Barbera (2017) para la comprensión de la interseccionalidad como categoría teórica con relación a la influencia de las estructuras sociales sobre la realidad particular de las mujeres usuarias de LOBE.

Situación de calle: entre la vulnerabilidad y la exclusión social

Como punto de partida, resulta esencial profundizar en las definiciones en torno al concepto *situación de calle*. En el último siglo, el perfil y las características de esta población han experimentado cambios y, paralelamente, se han gestado distintas concepciones y terminologías para describir esta realidad. La comprensión de la conceptualización sobre la situación de calle es esencial para contextualizar y delimitar el enfoque de esta investigación.

La exploración de interpretaciones sobre la situación de calle no solo enriquece el marco teórico, sino que también establece una base para el análisis y la comprensión del caso de estudio. Tortosa (2020), señala que la conceptualización de *personas de la calle* incluye una serie de sinónimos como *vagabundos/as*, *linyeras*, *indigentes*, que connotan una condición negativa, estática e inherente a los sujetos que atraviesan la vida o parte de ella en situación de calle con una fuerte carga discriminatoria. Esta definición aparece como algo inmodificable, que se da por naturaleza y despojada de componentes históricos que ocultan una historia personal desligada de la calle. El GCBA ha apelado a las clasificaciones de *persona sin techo* al inicio de la inclusión de la problemática en la agenda de gobierno, y luego a la de *persona en situación de calle*. Este último término, se emplea en la actualidad en el ámbito de las políticas públicas y designa a quienes, sin distinción de ninguna clase

(condición social, género, edad, origen étnico, nacionalidad, situación migratoria, religión, estado de salud o cualquier otra) habitan en la calle o en espacios públicos en forma transitoria o permanente, utilicen o no servicios socio asistenciales o de alojamiento nocturno, públicos o privados (Ley 3706, 2010; Ley 27.654, 2021). Adherimos en la utilización de este término a lo largo del TIF, haciendo alusión a que se trata de una situación modificable.

En tanto Boy (2012), sostiene que el hecho de vivir en la calle, para muchas personas es un modo de vida y no una situación transitoria, por lo cual se refiere a este grupo poblacional con el término de *adultos que viven en la calle*, para referirse a aquellas personas mayores de 18 años de edad en esta situación. Advierte, además, que “*esta forma de concebir al espacio permite pensarlo no solamente como el lugar donde las personas que viven en la calle se desempeñan, sino también como ellos/as utilizan a este como un recurso para producir y reproducir su cotidianeidad*” (p. 131). Es decir, que muchas veces el espacio de la calle deja de ser meramente de tránsito y se convierte en un recurso esencial, ya que las personas satisfacen sus necesidades básicas mediante la infraestructura de la ciudad. En tal sentido, Biaggio (2015) analiza la situación de calle a partir *el circuito*, que es el recorrido que diariamente las personas en situación de calle transitan, en relación a itinerarios que realizan para satisfacer sus necesidades diarias tales como higiene, aseo, acceso a baños, alimentación, vestimenta, entre otros.

La autora establece la distinción entre: *estar* en la calle, *ser* de la calle y *parecer* de la calle. Esta categorización refleja estrategias discursivas que las personas en situación de calle utilizan para delimitar y separarse entre sí, y los diferentes grados de integración al circuito y grados de pertenencia al habitar la calle. La categoría *ser de la calle* que propone Biaggio, alude a una dimensión más significativa en la vida de quienes se encuentran en situación de calle. Esta categoría denota una existencia arraigada que se asocia a la permanencia y a la dificultad de revertir esta realidad. Por el contrario, la categoría *estar en la calle* hace referencia a una condición temporal y transitoria, sugiriendo que es momentánea, con un fin previsible. Sin embargo, estas diferencias no necesariamente se relacionan con el tiempo que alguien haya pasado en situación de calle. Por su parte, la categoría *parecer de la calle* se vincula tanto con la perspectiva interna de la persona como con las percepciones externas, y supone la puesta en práctica de estrategias para evitar ser identificadas como personas en situación de calle, para eludir cualquier signo distintivo que les asocie con prejuicios o estigmas negativos.

De acuerdo a fuentes estadísticas del CCPSC, las mujeres en situación de calle son

menos que los hombres, y son invisibilizadas en los recuentos, porque suelen generalizarse los resultados sin ahondar en el uso de técnicas que contemplen la diferencia de género. Siguiendo a las autoras Zaldúa, Lenta y Longo (2017), la invisibilización de las mujeres en situación de calle se explica de acuerdo a tres *niveles de silencio*, que se explican a continuación.

En primer lugar, la predominancia histórica de hombres en situación de calle ha llevado a percibir como marginal la presencia de mujeres. Segundo, la neutralidad enunciativa mediante la utilización de términos tales como *persona de la calle, sin techo, o indigente*, ocultan las diferencias de género. Tercero, se ha naturalizado la división sexual de los espacios sociales, asignando a los hombres el espacio público de la calle y a las mujeres el espacio privado del hogar. Sin embargo, la calle es un territorio de inequidades y opresiones sociales dónde las mujeres están presentes, y padecen un alto grado de vulnerabilidad (Tortosa, 2020). Para ahondar en el tratamiento de las necesidades de estas mujeres, es necesario incluir el factor del género al analizar el fenómeno, a fin de apelar a la comprensión de sus realidades, entendiendo que las distintas etapas de socialización en sus vidas se dan de manera diferencial.

Al estudiar esta problemática, y contemplando la raíz estructural de la misma relacionada a la pobreza y las condiciones marginales de vida, es relevante definir el concepto de *vulnerabilidad social*. Según Castel (1995), ésta se constituye como una situación intermedia de fragilidad entre la integración y la exclusión, donde se articulan la precariedad económica –asociada al trabajo– y la fragilidad del tejido relacional ante la labilización de los lazos sociales. En otras palabras, esta categoría se relaciona directamente con la falta de empleo y la ruptura o debilitamiento de los lazos. A partir de aquí, la situación de vulnerabilidad debe ser entendida en sus múltiples dimensiones: económica, sanitaria, social y subjetiva, siendo que se trata de un estado que conjuga la precariedad o falta de trabajo y la fragilidad de los soportes y redes de proximidad (Castel, 1995).

La vulnerabilidad sostenida en el tiempo puede desencadenar factores que den lugar a la *exclusión social*. La Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), se refiere a la exclusión social del siguiente modo: “*la situación en que se encuentran las personas que no pueden participar plenamente en la vida económica, social y civil, y cuyos ingresos o recursos (personales, familiares, sociales o culturales) no son suficientes para disfrutar de un nivel y una calidad de vida considerados aceptables por la sociedad en que viven, y que, por lo tanto, no pueden ejercer plenamente sus derechos fundamentales*” (2007). Los conceptos de vulnerabilidad y exclusión social son adecuados y productivos para

pensar las experiencias de las mujeres en situación de calle más allá de los matices entre situaciones, puesto que su utilización permite profundizar en la comprensión de cómo las desventajas propias del sistema social, económicas y sociales, contribuyen a la marginación de este grupo.

Una de las preocupaciones en la aproximación a la problemática es la dificultad o falta de acceso al sistema social, que acarrea la vulneración de los derechos humanos básicos. Para la determinación del impacto del equipo profesional de LOBE en relación a la situación de las mujeres, se profundiza en sus experiencias de vida desde la narrativa individual. Estas experiencias refieren a la acumulación de vivencias, situaciones y eventos que conforman la trayectoria y percepción individual sobre la vida, involucrando aspectos emocionales, cognitivos y sociales. De esta forma, se comprende cómo las personas interpretan y dan sentido al entorno, las circunstancias, los vínculos, las interacciones con la sociedad en sus distintos ámbitos, reflejándose en sus relatos.

Un enfoque de salud comunitaria como respuesta integral

La situación de calle, así como el consumo problemático de SPA, son problemas sociales que tienen impacto significativo y directo en la salud, tanto a nivel físico como mental, psíquico y emocional de las personas que los transitan. Por desenvolver sus vidas en calle, presentan mayor incidencia de heridas y enfermedades infecciosas en comparación con la población general, y el riesgo de mortalidad prematura aumenta notablemente (Grandón, 2018). En las mujeres, la condición de género, además, profundiza algunos aspectos relacionados con la salud reproductiva, y los estadios del ciclo femenino con sus características.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social. Es un derecho humano fundamental y alcanzar el nivel más óptimo de salud es un objetivo primordial a nivel global. La consecución de este propósito requiere la colaboración y acción conjunta de una variedad de sectores, no limitándose exclusivamente al sector de la salud, sino incluyendo sectores sociales y económicos diversos (1978).

También, corresponde tomar en consideración la Ley Nacional N°26.657 de Salud Mental (2010), en adelante LNSM, que la define como *“un proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona”* (Cap. 2, Art. 3). La

incorporación de esta ley en las instituciones de salud, aporta una mirada desde los derechos humanos, que aboga por la adopción de políticas sanitarias que generen formas de atención tendientes a la inclusión de todas las personas. Siguiendo sus lineamientos, el consumo problemático de SPA es parte de las políticas de salud mental y los consumidores son personas con derechos que deben ser respetados y resguardados. La realidad de las usuarias de LOBE es atravesada por problemáticas relacionadas al consumo problemático de SPA, es por ello que la LNSM forma parte del marco teórico.

La adhesión al enfoque normativo de la LNSM establece que la modalidad de intervención debe ser llevada a cabo por un equipo interdisciplinario compuesto por profesionales, técnicos y trabajadores capacitados que cuenten con la acreditación correspondiente. Estos equipos interdisciplinarios reúnen y combinan herramientas de la psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional, entre otras, contribuyendo a una atención abarcativa, inclusiva y respetuosa de los derechos en los procesos de atención.

Según Zaldúa (2010), el campo de la salud mental se caracteriza por su complejidad, y se halla signado por formas que pueden estar arraigadas en patrones tradicionales de exclusión y de encierro, o bien promover escenarios alternativos que fomenten la autonomía, el apoyo terapéutico frente al sufrimiento y la promoción de la ciudadanía¹⁰. La aprobación de la LNSM representa un significativo avance en el ámbito de los derechos humanos, sin embargo, esta transición legislativa ha desencadenado tensiones entre los marcos normativos y los procesos de atención en salud mental, así como contradicciones dentro de los propios marcos normativos existentes. Estas tensiones se hacen evidentes al identificar la ausencia de equipos interdisciplinarios, la fragmentación institucional y la falta de coordinación intersectorial en distintos niveles. Además, se destaca la insuficiencia en la formación de recursos humanos para abordar problemáticas complejas en salud mental, entre otros desafíos. En este contexto de cambio histórico, se suscita una confrontación. El paradigma emergente cuestiona y pone en discusión las concepciones hegemónicas que tienden a simplificar los trastornos mentales reduciéndolos únicamente a factores biológicos. Con el objetivo de explorar un poco más sobre estas concepciones, se presentan el enfoque de *Salud Mental Comunitaria* y el *Modelo Médico Hegemónico (MMH)*.

Según Menéndez (1988), el MMH que surge en la segunda mitad del siglo XX, remite a “un conjunto de prácticas, saberes y teorías generadas por el desarrollo de lo que se conoce

10 Los movimientos de desmanicomialización y des-institucionalización, a nivel nacional e internacional, dan cuenta de estos procesos, destacando sus logros, desafíos, debilidades y la necesidad de continuidad y transición (Zaldúa, 2010).

como medicina científica que ha logrado identificarse como la única forma de atender la enfermedad legitimada tanto por criterios científicos, como por el Estado” (p. 2). Fundamentándose en su supuesta científicidad y autonomía, desde aquí, la salud mental se concibe como un proceso aislado, desvinculado de la historia, guiado por una eficiencia pragmática y sin considerar el entorno social en el que las personas afectadas están inmersas.

En lo que se refiere al consumo problemático de SPA, el MMH se caracteriza por adoptar una perspectiva médico-epidemiológica, considerando que el consumo es una enfermedad (Menendez, 2005). Esto ha llevado a la intervención médica institucionalizada, que incluye la prescripción de medicamentos, la medicalización, la internación y el abstencionismo. Asimismo, este enfoque, ha tendido a homogeneizar los cuerpos de mujeres y hombres, lo cual ha llevado a invisibilizar el cuerpo femenino en el análisis de los padecimientos relacionados con el consumo de SPA y ha ignorado los factores sociales de desigualdad de poder que condicionan las trayectorias de consumo de SPA tanto en hombres como en mujeres (Setien, 2018).

Por otro lado, Carmona (2012) explica que la Salud Mental Comunitaria o Salud Comunitaria, implica una organización de servicios que considera las características epidemiológicas¹¹ y sociológicas de un territorio, garantizando la universalidad, equidad y accesibilidad de las prestaciones, donde se pretende intervenir no solo en la salud individual sino que se tiene en cuenta a toda la población de un territorio. La salud comunitaria tiene una mirada de la población como sujeto individual y colectivo, contemplando su historia, valores y derechos. Se basa en un abordaje desde la singularidad, y reconoce que los sufrimientos y padecimientos son diversos y están relacionados con el contexto social en el que ocurren.

En definitiva, la salud comunitaria destaca la importancia de la participación de la población y su capacidad de organización en los procesos de la vida social, lo que implica considerar el entrecruzamiento de procesos biológicos, ambientales, económicos, políticos, ideológicos, culturales y subjetivos que intervienen en el *proceso de salud-enfermedad-atención-cuidado* (PSEAC). El PSEAC *“es un proceso social dentro del cual se establece colectivamente la subjetividad; el sujeto, desde su nacimiento -cada vez más ‘medicalizado’-, se constituye e instituye, por lo menos en parte, a partir de este proceso”* (Menendez, 1994, p. 71). Menendez (2005) señala que este proceso implica la presencia de representaciones y prácticas de la sociedad para enfrentar, y comprender las consecuencias que generan los problemas de salud. En este sentido, el PSEAC brinda la oportunidad de

¹¹ La epidemiología es una disciplina científica que estudia los procesos de salud y enfermedad que afectan a la población. Se interesa por conocer las características de los grupos que se ven afectados (SEDRONAR, s/f).

visibilizar y abordar de manera integral los procesos de salud y salud mental de las mujeres en situación de calle y consumo problemático de SPA.

Es importante identificar las discusiones en el campo de la salud mental, que influyen en las prácticas de intervención. Por tal motivo, nos posicionamos desde el enfoque comunitario de la salud, capaz de propiciar una mayor autonomía en la población que nos compete y de garantizar su atención integral en el sistema de salud, sin importar su condición social, vida o identidad.

Consumo problemático de SPA

En las contribuciones de Navarro (2016) a la cuestión del *consumo problemático de SPA*, el término tensiona la idea que sostiene que el problema es la SPA. Desplaza el eje y la mirada de la sustancia, para decir que lo importante es atender y trabajar el vínculo que les sujetos establecen con ella.

Esta discusión, habilita a reflexionar sobre la relación compulsiva que establecen algunas personas con un determinado objeto, que afecta su salud psicofísica y también los lazos sociales, haciendo que estos se deterioren, dañen e interrumpan. Se hace énfasis en éstos, entendiendo que el consumo se torna problemático cuando “...*dificulta el sostenimiento de vínculos interpersonales en diferentes ámbitos cotidianos (familia, escuela, trabajo). El consumo problemático desorganiza la vida del sujeto al romper lazos*” (Navarro, 2016, p. 106). Una de las características de esta problemática es la anulación, alteración, o desorganización del *proyecto de vida* de las personas. Referirse a ella a partir de la concepción de *consumo problemático de SPA*, es tener presente la interacción que se da entre los sujetos, las sustancias y los contextos, siendo que la práctica de consumo genera cambios no solo fisiológicos, sino muchos otros que impactan en la dimensión afectiva y los vínculos.

El paradigma de RRYD, es el que busca dar tratamiento a las consecuencias y efectos de este tipo de consumo, sin la intervención de parámetros morales, más bien buscando alternativas que reduzcan el daño y eviten la reproducción de estigmas. Navarro (2016), señala que dicho paradigma intenta desterrar el término *adicto/a*, y la connotación negativa y estigmatizante del mismo, que ha relacionado a los sujetos que padecen de dicha actitud compulsiva, con enfermos o delincuentes, que deben excluirse de la sociedad para recibir un tratamiento que les cure de su enfermedad. En el TIF, se designa el término consumidores y no adictes, sosteniendo que el consumo se da en un marco que lo constituyen componentes

históricos, sociales, culturales y psicológicos.

En contrapartida, el modelo abstencionista-prohibicionista, cuyo fundamento está en el MMH, pone énfasis en la SPA como causa fundamental del consumo problemático, priorizando los factores biologicistas y fisiológicos. Desde esta perspectiva, el requisito esencial para iniciar un tratamiento de recuperación es la cesación total del consumo (abstención). No obstante, tiende a tratar la interrupción del consumo como un objetivo aislado, desconectado de las realidades y condiciones de desarrollo del consumo (Vázquez, 2008). Al respecto, Navarro (2016) aporta: *“si a lo largo de un tratamiento una persona consume, se lo plantea como recaída, lo cual designa la aparición de una enfermedad algún tiempo después de transcurrido el padecimiento y su cura. Una recaída implica pensar linealmente el consumo problemático como una enfermedad. En esta misma lógica, si la cura es la abstinencia, entonces si el paciente vuelve a consumir, vuelve a enfermarse”* (p. 223). Abordar el consumo problemático de SPA desde una perspectiva multifactorial y humana, permite desarrollar enfoques de tratamiento y prevención que sean más inclusivos al no proponer la abstinencia como condición para recuperar la salud, o como finalidad de llevar adelante dicho proceso, sino haciendo hincapié en el desarrollo del derecho a la salud como base para el ejercicio de la ciudadanía.

A medida que la comprensión de esta problemática se amplía, teniendo en cuenta que la investigación se sitúa en un entorno particular y complejo como es el del Bajo Flores, se concibe la necesidad de adoptar una perspectiva que trascienda los aspectos meramente biológicos y médicos.

El género y la perspectiva de género como mirada transversal

El *género* es concebido como una construcción sociocultural que define roles, espacios, estereotipos y atributos de personalidad diferenciales basados en el sexo. En palabras de Rodríguez (2015); *“el género es al mismo tiempo, la construcción sociocultural de la diferencia sexual y un sistema de organización y jerarquización social que establece relaciones de poder; que en la experiencia histórica de las sociedades y en las distintas culturas ha sido y es de hegemonía masculina”* (p. 8). Por su parte, Lagarde (1996) plantea que, si bien la cosmovisión del género varía en cada cultura y sociedad, incluso pudiendo coexistir diferentes concepciones sobre el mismo; la dinámica de disputa de poder está presente –permanentemente- en la construcción y percepción del género, y ésta es la

supremacía de lo masculino por sobre lo femenino.

La construcción sociocultural del género, entonces, organiza el poder en función de la diferencia sexual y establece jerarquías que se reproducen en el sistema social a través de normas institucionales, pautas de conducta, reglas de comportamiento y expectativas de roles, que moldean las identidades sociales (Rodríguez, 2015). Este concepto es incluido en la investigación, dadas las desigualdades sociales generadas en función a la diferencia sexual que se patentizan en el tránsito de hombres y mujeres en situación de calle, con relación a el ingreso a la calle, el desenvolvimiento de la cotidianeidad, el consumo de SPA, el ingreso y tratamiento en las instituciones de salud y, por ende, la experiencia particular de ingreso y concurrencia a LOBE.

En cuanto a la *perspectiva de género*, es una mirada transversal en el TIF que se fundamenta en la teoría de género y encuentra su lugar dentro del pensamiento feminista. Representa un enfoque crítico con relación a las posturas científicas y académicas tradicionales que han pretendido tener validez universal, referidas a la validación y perpetuación de lo masculino como lo hegemónico.

A través de la utilización de esta mirada, se problematiza la *naturalidad* de la división sexual de las tareas y los espacios, es decir, se contribuye a deconstruir el mandato cultural que asigna ámbitos, tareas, costumbres y comportamientos determinados y limitantes para hombres y mujeres. Esto implica desafiar la normativa que etiqueta negativamente cualquier comportamiento que se aparte de los modelos sociales establecidos.

La antropóloga Lamas (1986), propone que los análisis con perspectiva de género introducen nuevos criterios de interpretación sobre la relación entre hombres y mujeres, tanto en espacios públicos como privados. La realización de trabajos etnográficos que involucran esta mirada, permite analizar las experiencias individuales y colectivas moldeadas por patrones culturales relacionados al género. Entonces, en tanto sistema de organización y jerarquización social, el género ha de ser cuestionado y tenido en cuenta en todo esfuerzo académico y de praxis política si el objetivo último es la construcción de sociedades donde los derechos humanos de todes sean garantizados de igual manera (Rodríguez, 2015). De esta forma se apela al reconocimiento de la diversidad y el ejercicio de una vida genéricamente democrática.

Para Lagarde (1996), la perspectiva de género tiene como uno de sus fines, “*contribuir a la construcción subjetiva y social de una nueva configuración a partir de la resignificación de la historia, la sociedad, la cultura y la política desde las mujeres y con las mujeres*” (p. 1). En el marco de este trabajo, se emplea esta perspectiva con la finalidad de deconstruir las

representaciones sociales y culturales en torno a la figura de la persona en situación de calle y evidenciar que en el sistema de relaciones de poder, sitúa a las mujeres en posiciones inferiores con relación a los hombres, reproduciendo valoraciones y racionalidades de índole patriarcal que a menudo no se cuestionan.

Como se nombra más arriba, dentro del sistema sexo-género se distribuyen los espacios y actitudes esperables diferencialmente para hombres y mujeres. Así, se enumeran una serie de características y actitudes relacionadas a lo femenino, en contraposición a lo masculino. Las primeras investigaciones sobre el consumo de SPA, son predominantemente guiadas por razones médicas y psicológicas, que retratan el uso de SPA por parte de las mujeres como una desviación de la feminidad considerada como normal (Romo, 2010). Entonces, la aplicación de una visión científica, analítica y política que pone de relieve la violencia y discriminación añadida que sufren las mujeres en los múltiples escenarios sociales, permite repensar las intervenciones en el campo de la salud, tanto en las teorías que las sustentan como en lo metodológico.

En las mujeres, el consumo de SPA trae consigo una carga emocional de disgusto y miedo ligada a la reputación y la imagen pública, debido a que la sociedad las juzga más severamente que a los hombres (Montón, 2021). En tal sentido, la asignación de roles y estereotipos de género de las usuarias de LOBE provocan un sufrimiento agravado, acerca del no cumplir con el *deber* de sostener el trabajo doméstico, cocinar, cuidar de otros, ejercer la maternidad, o adoptar ciertas características físicas.

La interseccionalidad como herramienta analítica

La *interseccionalidad* es una perspectiva de análisis que refiere al reconocimiento de diversidad de factores que confluyen en una determinada situación problemática, provocando la confluencia de dificultades que complejizan la situación de los sujetos. Sobre el particular, si bien es evidente que la calle no es un espacio vivible para ninguna persona, las mujeres por su condición de género se enfrentan con mayores obstáculos y peligros que las vulneran aún más que a los hombres. Se crea una doble vulnerabilidad que está dada por el padecimiento de distintas violencias (económica, física, sexual y simbólica) que impactan en su subjetividad y afectan sus trayectorias de vida.

Las mujeres que desarrollan su vida en calle se enfrentan a maltratos y violencia sexual, falta de acceso a servicios de atención a la salud reproductiva y discriminaciones múltiples

basadas en estereotipos de género (Tortosa, 2020). *“La exposición de sus cuerpos y sus vidas son dos aspectos significativos en las trayectorias de mujeres en situación de calle. Son cuerpos atravesados por dinámicas de racismo y sexismo que permean prácticas, representaciones sociales y discursos estigmatizantes y propician procesos de naturalización e invisibilización que facilitan la violación de derechos humanos”* (Zaldúa, Lenta y Longo, 2017, p. 170). Si bien el grupo de mujeres que forman parte de la población de estudio no son personas racializadas, la característica de ser usuarias de SPA permea asimismo prácticas, representaciones sociales y discursos discriminatorios que propician la violación de sus derechos humanos. De este modo, se multiplican las desventajas y discriminaciones que las afectan, referente a *ser mujer, estar en calle y consumir SPA*.

Teniendo en cuenta la multiplicidad de violencias a las que se enfrentan las mujeres en situación de calle y consumo problemático de SPA, la interseccionalidad se presenta como una herramienta analítica que posibilita estudiar las situaciones desde una perspectiva integral, evitando simplificarlas en meros problemas aislados (La Barbera, 2017). Esta interpretación aporta a la identificación de discriminaciones, violencias, y desigualdades múltiples; a fin de no objetualizar a las poblaciones y personas afectadas dominadas por las relaciones sociales que las subalternizan, pudiendo enriquecer la construcción de diagnósticos de situación y estrategias de intervención.

Desde la disciplina del Trabajo Social, la estandarización de las intervenciones conlleva a análisis reduccionistas que omiten el entrecruzamiento de las vulnerabilidades por las que atraviesan las usuarias, dando lugar a políticas sociales que no hacen una lectura integral de la realidad de las mujeres.

Por el contrario, la mirada intersectorial, en consonancia con la perspectiva de género, amplían el espectro de las desigualdades que afectan a la vida de la población, a fin de percibir y comprender cómo éstas se potencian mutuamente, generando mayor vulnerabilidad, exclusión, opresión y subordinación. Estos procesos de inequidades deben ser comprendidos en su carácter relacional y también respecto de la violencia estructural instituida por la lógica patriarcal y capitalista (Tortosa, 2005), puesto que dichos mecanismos de discriminación son fundantes de relaciones diferenciales de género y clase social.

Ghiselli y Castrogiovanni (2020) hacen hincapié en la imposibilidad de diferenciar por completo las esferas económica, política y social, y la necesidad de conocer la particularidad de la situación de cada persona para intervenir integralmente. A raíz de esto, el bajo nivel económico de las mujeres en situación de calle, se retroalimenta con otras vulnerabilidades que las atraviesan, como es el caso de problemas de salud relacionados al consumo de SPA, o

la dificultad para recibir un tratamiento sostenido en el tiempo. Estas dificultades se relacionan a la carencia de condiciones materiales y simbólicas, situaciones de violencia económica, entre otras.

A partir del despliegue de análisis de situación (Ghiselli y Castrogiovanni, 2020) para conocer las demandas de las usuarias, en analogía con la mirada interseccional que describe La Barbera (2017), se amplía la mirada sobre los problemas sociales, entendiendo que los mismos responden a causas estructurales del sistema capitalista y patriarcal. La óptica de la interseccionalidad busca comprender la particularidad de cada situación, teniendo en consideración los factores contextuales que las afectan, ya sean éstos universales, relacionados a la clase y al género (estructura social, marco normativo), o particulares, relativos a cada persona.

A modo de cierre, se afirma que en este capítulo nos acercamos conceptualmente a los puntos centrales del TIF, dando cuenta de la complejidad que conlleva el abordaje de las problemáticas interdependientes entre sí. En el siguiente capítulo, se profundiza en los aspectos metodológicos de la investigación y los supuestos e hipótesis que la motivan.

CAPÍTULO III

Metodología de trabajo

El capítulo presenta la metodología diseñada y desarrollada para el abordaje del caso de estudio. A partir de la aplicación de técnicas cualitativas tales como la entrevista y la observación, en complementariedad con técnicas propias de la etnografía, se ha configurado un corpus múltiple de análisis que se compone por fuentes primarias y secundarias. La investigación es exploratoria, y su punto de partida es el interés particular -en el marco de una problemática social compleja y abarcativa- acerca de las experiencias de mujeres en situación de calle que acuden a un dispositivo de salud pública de CABA.

El enfoque metodológico adoptado es, valga la redundancia, cualitativo. Esta elección se justifica por los fundamentos epistemológicos y las técnicas propias de este tipo de enfoque, que permiten el abordaje analítico, la lectura del entramado de significados y la interpretación acerca de los fenómenos sociales y subjetivos. Es idóneo para la comprensión profunda de las lógicas y dinámicas que existen entre las estructuras sociales y las experiencias individuales, en gran medida, porque se enfoca en la captación de percepciones, valoraciones, significados y sentidos sobre la acción social.

Parra, uno de los autores escogidos para el sustento teórico del análisis, sostiene que le Trabajador Social “...realiza su práctica en el espacio de la vida cotidiana de los sujetos, y que dicha práctica no constituye una acción ‘aislada’, ‘abstracta’ o ‘independiente’ de las múltiples determinaciones que constituyen la realidad, la investigación cualitativa se presenta como el camino fecundo para aproximarnos al descubrimiento, conocimiento y valorización de los sujetos histórico-sociales” (2008, p. 5). Es decir, la práctica del Trabajo Social implica la comprensión de las experiencias individuales y colectivas de las personas en su contexto social y, en este sentido, la investigación cualitativa proporciona un camino efectivo para lograr este entendimiento. Posibilita la identificación de necesidades, desafíos y recursos, y permite el estudio de cómo las estructuras sociales ejercen influencia en la vida de las mujeres, entre otras. Esta comprensión constituye la base para el desarrollo de intervenciones efectivas y centradas en la particularidad de cada persona.

La propuesta del enfoque cualitativo es también elaborada desde algunos de los aportes de Scribano (2007), quién señala que la investigación de este tipo busca realizar una lectura de la realidad sobre la problemática que nos ocupa, o mejor dicho, sobre un recorte de la realidad, a partir de las narrativas sobre la experiencia de las mujeres involucradas,

definiéndose como *proceso interactivo*. Por esta razón, la investigación prioriza un enfoque y técnicas cualitativas que permiten leer la problemática a partir de los enunciados construidos en instancias de intercambio, y de diálogos verbales y no verbales. En línea Scribano, quien postula la pertinencia de los corpus múltiples en investigación cualitativa, se ha elaborado un diseño que hace confluir técnicas distintas y complementarias: entrevista, observación, etnografía, relevamiento documental, etc. El armado de un corpus de estas características, da la posibilidad de captar y analizar una amplia gama de datos que provienen de variadas fuentes y técnicas, lo que proporciona una visión ampliada de la problemática y la posibilidad de construir un texto que se transforma en un documento sobre la realidad social.

En igual dirección, coincidimos con los planteamientos de Manes (2012), quien caracteriza la investigación cualitativa como un proceso que, mediante su enfoque inductivo, permite construir teorías a partir de los datos recabados en relación a uno o más fenómenos. Esta forma de investigar proporciona una descripción integral de la vida social, siendo el entorno, los significados de los eventos y las escenas relevantes para las personas involucradas de relevancia para el análisis. La autora parte de un conjunto de premisas básicas que resultan apropiadas para trabajar y pensar la situación de las mujeres usuarias de LOBE, tomando en cuenta su mirada metodológica.

En primer lugar, hace hincapié en la importancia de adoptar un *enfoque holístico* que considere tanto los aspectos informales -y no documentados- como los establecidos y formalizados. Esto supone comprender el fenómeno en su totalidad, reconociendo que el mundo social está inmerso en un contexto amplio y relacional. En segundo lugar, destaca la importancia de la *integrar teorías y datos*, y sostiene que en investigación cualitativa le investigadore no debe comenzar el estudio con un modelo teórico completo y rígido basado en categorías predefinidas, sino que debe adoptar un enfoque abierto y flexible que permite que la teoría se construya e interprete a medida que se recopila y analiza la información. Esto implica que le investigadore esté dispuesto a adaptar y modificar su marco teórico en función de las nuevas perspectivas emergentes que surjan durante el proceso de investigación. Otro aspecto relevante es la *perspectiva de los actores*, que reconoce que la persona que investiga no puede conocer la realidad social únicamente desde una posición externa u objetiva. Por el contrario, es necesario involucrarse activamente en una relación con lo que se pretende conocer. En lugar de imponer interpretaciones preconcebidas, le investigadore debe descubrir los significados y sentidos propios que los actores le atribuyen a sus prácticas y experiencias sociales.

Los aportes de Manes son productivos para definir el enfoque holístico que habilita una visión más completa y enriquecedora de las experiencias de las mujeres en situación de calle y consumo problemático de SPA, con relación a su concurrencia a LOBE en pos de una mejora en sus condiciones de vida. Su énfasis en la integración entre teoría y datos nos insta a ser flexibles y abiertas a nuevas informaciones e interpretaciones, evitando así los prejuicios y prejuicios sociales. Esta visión nos brinda la oportunidad de descubrir y dar voz a los significados que las mujeres atribuyen a su condición y situaciones de vida en sentido amplio. Al adoptar la perspectiva de los actores, nos adentramos en la diversidad y en la singularidad de los procesos sociales, logrando una aproximación real a las experiencias de estas mujeres. Los relatos de entrevistas y las observaciones en espacios sociales y dinámicas grupales, se encuentran atravesados por valoraciones y subjetividades, como también por la influencia del contexto social del cual son parte.

Con el interés puesto en el campo problemático delimitado por la cuestión de género y la situación de calle, siendo la temática de interés las mujeres en situación de calle y consumo problemático de SPA que asisten a un dispositivo de salud pública con el objetivo de reinsertarse en sociedad, recuperar y adoptar prácticas de autocuidado en su salud, y/o promover la restitución de los derechos humanos básicos y fundamentales, el desafío investigativo surge motivado por la siguiente pregunta-problema: *¿De qué manera el dispositivo de salud “LOBE” interviene y contribuye a transformar la experiencia de vida de las mujeres en situación de calle y consumo problemático de SPA que concurren a él?*

Complementariamente, una serie de interrogantes guía cooperan para delimitar y focalizar el propósito, los objetivos y el rumbo:

¿Cómo construyen sus experiencias de vida las mujeres que se encuentran en situación de calle en el Bajo Flores? ¿Cómo se relaciona el consumo problemático de SPA con la construcción de un proyecto de vida para estas mujeres? ¿Qué cambios se producen en sus vidas cotidianas a partir de la concurrencia a LOBE? ¿Qué percepción tienen las mujeres acerca del dispositivo? ¿Cómo la condición de género incide en sus experiencias de vida? ¿Cuáles son las dificultades en la accesibilidad que afectan y perciben las mujeres? ¿Cuáles son las intervenciones desde el dispositivo que favorecen el acceso al sistema de salud para estas mujeres? ¿De qué manera LOBE trabaja en la autonomía de ellas? ¿En qué se diferencia LOBE del resto de los dispositivos del barrio? ¿De qué manera se pone en práctica la Ley 26.657 de Salud Mental en el dispositivo? ¿Cómo se aborda la problemática del consumo problemático de SPA? ¿Cómo impacta esto en la vida de las mujeres usuarias?

El objetivo general se define del siguiente modo: *“Generar un aporte desde el trabajo social vinculado a la intervención sociocomunitaria en salud, a partir del estudio de caso de usuarias de un dispositivo de salud pública de CABA”*. A éste, se asocian objetivos específicos: I) caracterizar el dispositivo de salud con abordaje comunitario y territorial, LOBE, que funciona en los barrios del Bajo Flores; II) reconocer los proyectos de vida que tienen las mujeres que concurren a LOBE, y la relación de éstos con el recorrido por el dispositivo; III) analizar las experiencias de estas mujeres durante el tiempo de concurrencia al dispositivo; IV) conocer el impacto del equipo profesional de LOBE en las condiciones de vida de las mujeres que concurren al mismo; V) conocer el impacto del equipo profesional de LOBE en relación a la situación de consumo problemático de SPA de las mujeres usuarias y; VI) repensar desde la disciplina del Trabajo Social, la intervención socio-comunitaria que brinda LOBE con la población del barrio.

Supuestos primarios e hipótesis guía

Los supuestos primarios son ideas generales acerca del tema de investigación, que se asumen como primeras intuiciones que -a su vez- aproximan y facilitan la formulación de hipótesis de trabajo. Por el hecho de tratarse de una investigación cualitativa, las hipótesis que presentamos aquí son una guía, y el objetivo no es la verificación ni la corroboración de las mismas.

Uno de los supuestos primarios plantea que las mujeres usuarias del dispositivo de salud, que participan activa y comprometidamente en sus actividades y espacios, con el acompañamiento del equipo de profesionales, experimentan mejoras significativas en sus condiciones materiales y simbólicas de existencia. Algunas mujeres -de la mano de LOBE- logran desplegar estrategias efectivas de reinserción social.

La hipótesis-guía I, es que la asistencia en salud integral proporcionada por el dispositivo LOBE resulta efectiva en la mejora de la calidad de vida de las mujeres usuarias.

La atención a nivel global del dispositivo colabora con la restitución de los derechos de éstas mujeres que, en ciertos casos, logran trascender la exclusión. Aunque esta mejora no siempre logra eliminar por completo la precariedad y la vulnerabilidad en la que se encuentran, en la mayoría de las situaciones, al menos, satisfacen sus necesidades esenciales y/o encuentran vías de auto-subsistencia. Esto se debe a que el dispositivo brinda

accesibilidad a servicios de salud, apoyo psicológico, creación de espacios de convivencia y actividades en las que las mujeres potencian su autonomía.

La hipótesis guía II, asociada al mismo supuesto, plantea que las usuarias experimentan mejoras con relación a su situación de consumo problemático de SPA.

Dicha mejoría se produce asociada a mayor grado de conciencia sobre los hábitos de consumo y se expresa en la adopción de prácticas de autocuidado, voluntad de cambio y compromiso para transitar un tratamiento médico con enfoque interdisciplinario para la salud integral. La toma de conciencia se erige como un elemento crucial en este proceso, debido a que permite a las usuarias reconocer que, en caso de enfrentar *recaídas* o interrupciones temporales del tratamiento, siempre existe la oportunidad de retomarlo. Las recaídas en el consumo, las pausas temporales o incluso la discontinuación definitiva del tratamiento, junto con las ausencias en el dispositivo, se configuran como situaciones inherentes y desafiantes en este trayecto de recuperación.

Otro de los supuestos primarios de la investigación sostiene que las personas que se encuentran en situación de calle y consumo problemático de SPA no suelen priorizar su salud integral de forma sostenida en el tiempo, y que el autocuidado personal no ocupa un lugar prioritario en sus vidas por diversos motivos (desamparo, malnutrición, consumo de SPA, padecimientos mentales, ausencia de límites, valoración personal, información, entre otros).

La hipótesis guía III, que subyace a este segundo supuesto, plantea que a través de la participación regular en el dispositivo, estas personas mejoran sus hábitos y la posibilidad de sostener rutinas diarias.

Gradualmente, mejoran la alimentación, el descanso, la higiene personal, etc., y esto contribuye a lograr bienestar general: físico, mental y emocional. La incorporación de hábitos saludables de cuidado personal, y la asistencia de la salud abre la posibilidad de transformar sus vidas.

Las técnicas escogidas: entrevista y observación

De acuerdo con Hernández Sampieri (2018), las fuentes primarias de datos se definen como aquellas que proveen información original y directa para la investigación. En estas fuentes, la información es adquirida sin intermediarios, lo que contribuye de manera significativa a reforzar tanto la confiabilidad como la validez de los datos recopilados. Este enfoque de recolectar datos de primera mano, directamente de las personas involucradas en los eventos,

sucesos o contextos, minimiza las posibles interpretaciones y filtraciones que puedan desvirtuar la información.

La investigación prioriza la entrevista en el marco del diseño metodológico cualitativo como técnica por excelencia que, en base a un diálogo entre entrevistador y entrevistado, es capaz de producir informaciones sobre determinado tema mediante la generación de una cadena de enunciados que asignan múltiples significados a las prácticas sociales y subjetivas. Merlinsky (2006) señala que la entrevista es una técnica de recopilación de información que brinda la oportunidad de captar la información vivida y, al mismo tiempo, registra discursos específicos que remiten a ciertos significados sociales. La entrevista cuenta con un amplio abanico de recursos, ya que la falta de estandarización (a diferencia del cuestionario, por ejemplo) es una característica destacada y valiosa que permite explorar diferentes variantes desde la ausencia de una estructura definida hasta un grado intermedio o moderado de estructuración.

Rosana Guber (2001), con relación a la entrevista, sostiene que en la vida social, el sentido se manifiesta a través de discursos que surgen continuamente en las interacciones cotidianas (anécdotas, comentarios, etc.) y que los investigadores sociales han convertido y recopilado muchas de estas expresiones en una herramienta técnica, como un artefacto que les permite analizar y comprender el mundo. Desde aquí, define la entrevista como “... *una situación cara-a-cara donde se encuentran distintas reflexividades pero, también, donde se produce una nueva reflexividad. Entonces la entrevista es una relación social a través de la cual se obtienen enunciados y verbalizaciones en una instancia de observación directa y de participación*” (Guber, 2001: s/n). El uso de la entrevista en la investigación permite captar no solo las respuestas verbales, los enunciados concretos y directos, sino también las expresiones no verbales, las emociones y la subjetividad de las entrevistadas. Se trata de un espacio abierto a la exploración, al abordaje y profundización en los distintos puntos de interés que configuran el tema que nos ocupa.

La entrevista, además, apunta a promover un intercambio en el cual le entrevistadore guía la interacción para que abarque un conjunto de dimensiones, aspectos, tópicos relevantes a los fines de la investigación, es decir, en correlación con los objetivos. De esta manera, se configura un diálogo abierto, que se enfoca en la exploración de los puntos de interés definidos previamente. Durante la entrevista, se registra la información con el propósito de mantener una cierta línea argumental y facilitar la obtención de datos relevantes (Merlinsky, 2006).

El modelo de entrevista que se aplica en la investigación se organiza a partir de una pauta semi-estructurada de preguntas que operan como guía de dimensiones, áreas y tópicos a indagar y conversar con las mujeres entrevistadas. La entrevista semi-estructurada resulta una herramienta productiva y eficaz para indagar, involucrarse y comprender los relatos de las mujeres entrevistadas desde sus propias significaciones acompañando de manera fluida, dinámica y flexible sus relatos, “...esta técnica se caracteriza por una comunicación verbal que refuerza la importancia del lenguaje y del significado del habla. Pero en otro nivel, sirve como un medio de recolección de informaciones sobre un determinado tema científico” (De Souza Minayo, 2008: 45). Esta herramienta permite mantener una flexibilidad equilibrada entre dejar que las entrevistadas se expresen libremente y dirigir la conversación hacia ámbitos y aspectos concretos de sus experiencias de vida -fuera y dentro- del dispositivo.

La muestra se circunscribe a una población exclusivamente femenina: mujeres en situación de calle y consumo problemático de SPA, usuarias del dispositivo de salud *La Otra base del Encuentro*. Dentro de este grupo social los criterios de selección para realizar las entrevistas han sido: a) mujeres mayores de 25 años sin establecer una edad límite; b) que se encuentren o hayan estado en situación de calle y consumo problemático de SPA por un periodo mínimo de seis meses, c) que concurran al dispositivo de salud LOBE, ubicado en el barrio Padre Ricciardelli; d) mujeres madres, así como también las que no tienen hijos e) mujeres que tienen pareja y familia, así como aquellas que no tienen ningún tipo de red familiar.

Los criterios formulados son suficientemente amplios y abarcativos, entendiendo que se trata de una población particular cuyas vidas están atravesadas por situaciones de extrema vulnerabilidad y procesos cambiantes e impredecibles. De igual manera, el análisis tuvo en cuenta las particularidades y complejidades de cada situación, más allá del fenómeno social que configura la problemática a nivel general. Sostenemos que cada mujer usuaria del estudio transita un recorrido singular y único.

El abordaje de sus experiencias -vinculadas a la historia familiar y personal, las circunstancias y decisiones de vida y las interacciones con el dispositivo- debe adentrarse en los matices y las especificidades con relación a las tendencias generales que hacen que cada historia sea particular, y así acercarnos a un panorama auténtico y real.

Las profesionales del equipo interdisciplinario de LOBE, en un principio fueron seleccionadas en carácter de *informantes clave* para conocer, fundamentalmente, la historia del dispositivo, los objetivos y las modalidades de intervención. Por la dificultad en la

coordinación de entrevistas con mujeres usuarias (comprendiendo que la última entrevista se concretó en julio de 2023), el relato de las profesionales se incluye como complemento de los relatos de usuarias obtenidos, y como contrapunto analítico.

Si bien el carácter cualitativo de la investigación valoriza el aporte de las narrativas de experiencias en primera persona como vía de aproximación a la problemática social en cuestión, más allá de la cantidad de las entrevistas efectivas, es importante reparar en una de las principales dificultades surgidas en el trabajo de campo. Una vez establecido el contacto directo con las mujeres usuarias, en la mayoría de los casos, los impedimentos tuvieron que ver con las condiciones de existencia de las mismas. A pesar de que la inserción sistemática en el dispositivo, que nos ha permitido establecer un acercamiento y el conocimiento mutuo con las usuarias a través de los diferentes espacios de participación (ranchadas, desayuno, huerta, taller de radio, etcétera), no ha sido posible entrevistar a todas las usuarias de LOBE de acuerdo a lo previsto inicialmente.

Algunos de los obstáculos que imposibilitaron la realización de las entrevistas incluyen: períodos vinculados al consumo, estados emocionales críticos, cumplimiento de medidas de abrigo con sus hijos, ausentismo, entre otros. En otras ocasiones las usuarias no asistieron a la entrevista acordada por olvidos, falta de disponibilidad, por falta de recursos, etc.; en algunos casos pudieron reprogramarse y en otros quedaron definitivamente canceladas.

A excepción de aquellas usuarias que han avanzado comprometidamente en su tratamiento, llegando –incluso- a suspender el consumo de SPA, las mujeres en situación de calle y consumo problemático presentan dificultades constantes para la interacción y la comunicación. Algunas de ellas abordan padecimientos mentales, más o menos severos, que complejizan su realidad.

Frente a situaciones de este tipo, las profesionales han optado por priorizar el bienestar emocional de las mujeres informando la recomendación de no realizar la entrevista a fin de evitar recordar acontecimientos traumáticos y sensibles que pudieran alterar la relativa estabilidad y/o afectar el tratamiento en curso.

El asesoramiento y aval del equipo profesional ha facilitado el contacto con las mujeres usuarias: a) se han coordinado entrevistas a través de profesionales de seguimiento en la situación de usuarias que reciben atención en espacios individuales; b) ante la ausencia de usuarias a la instancia de entrevista pactada, las profesionales indagan causas e intentan reprogramarla.

Por tal motivo, se ha decidido adoptar el método etnográfico como complemento a las entrevistas semi-estructuradas, con el objetivo de abordar los obstáculos identificados en el acceso a las mismas.

De esta manera, la configuración del corpus de materiales para el análisis reúne: cinco (5) entrevistas semi-estructuradas a mujeres usuarias de LOBE; ii) tres (3) entrevistas semi-estructuradas al equipo profesional; iii) anotaciones y registros de observaciones participantes pre-diseñadas y realizadas en el dispositivo; iv) entrevistas no dirigidas, observaciones y registros de carácter amplio en escenarios y escenas de las ranchadas y del dispositivo, como producto de la etnografía; v) documentos y legajos institucionales; vi) registros fotográficos del dispositivo, y de las actividades que se realizan en el mismo.

Con respecto a las entrevistas, considerada la técnica principal por su exhaustividad y la calidad del material obtenido, es importante diferenciar las pautas utilizadas para cada situación. La pauta de entrevista de usuarias del dispositivo se divide en cinco (5) ejes de indagación: i) el perfil de las mujeres usuarias, ii) los antecedentes personales y el ingreso al dispositivo, iii) experiencia de vida de las mujeres usuarias de LOBE, iv) consumos de SPA v) aspectos a indagar sobre el equipo de profesionales del dispositivo.

La pauta elaborada para entrevistar al equipo profesional de LOBE abarca los siguientes ejes: i) perfil profesional; ii) historia y recorrido por el dispositivo iii) población usuaria. Ambas pautas están disponibles a la consulta en *el Anexo I.* de la presente Tesina.

Las pautas de entrevista se pusieron en práctica a partir de una Prueba Piloto integrada por cuatro (4) entrevistas: tres (3) a profesionales del dispositivo la Lic. en Psicología, la Lic. en Terapia Ocupacional y Lic. en Trabajo Social, y una (1) entrevista realizada a una mujer usuaria.

Las entrevistas fueron realizadas en modalidad presencial y de manera individual, y alcanzaron una duración aproximada de una hora. Se registraron en audio, con previo consentimiento de las participantes, para su posterior transcripción textual. Al momento de contacto, se informa sobre los objetivos de la investigación y se proporciona el Consentimiento Informado, que en todas las ocasiones fue leído y explicado. Véanse *Resguardos éticos* sobre el final del presente Capítulo.

La inserción en el dispositivo para el diseño TIF se inicia en julio del año 2021 inaugurando una etapa de visitas sincrónicas de frecuencia semanal con una duración de 18 meses, en la sede del dispositivo LOBE, ubicado en el barrio Padre Ricciardelli. El proceso de obtención de información requiere de observaciones sistemáticas realizadas en LOBE y en

territorio, interrumpidas únicamente en periodos de recesión por vacaciones. Considerando estos factores, el trabajo de campo se extendió por un año y medio, con finalización en julio de 2023.

La inserción permite observar, estar presente y participar en espacios y en las diferentes actividades. La observación, como técnica para recolectar información *“supone que la presencia (la percepción y experiencia directas) ante los hechos de la vida cotidiana de la población, garantiza la confiabilidad de los datos recogidos y el aprendizaje de los sentidos que subyacen a dichas actividades”* (Guber, 2001. p. 52). Según la autora, la observación participante se compone de dos actividades principales. En primer lugar, implica observar de manera sistemática y controlada todo lo que ocurre alrededor de le investigadore. En segundo lugar, involucra participar en una o varias actividades de la población estudiada. Es importante destacar que, en la observación participante, participar y observar no son conceptos opuestos, sino que están entrelazados como parte de un proceso conjunto de conocimiento social.

En la sede del dispositivo hemos planificado las observaciones en las diferentes actividades (desayuno, huerta, taller de radio, reuniones del equipo profesional, entre otros). En algunas visitas hemos optado por observar consultas de demanda espontánea y las dinámicas variables de interacción entre las usuarias y las profesionales (intercambios signados por la indiferencia y/o evasión, manifestaciones de enojo, afecto y gratitud, etcétera). Debido a esto, la observación participante se presenta como un medio adecuado que ha permitido captar el estado físico y emocional de las mujeres, comportamientos, la interacción con el equipo profesional y con otros usuaries, identificar las demandas, advertir su participación en las actividades, identificar las expresiones no verbales, gestos y silencios frente a determinados temas, entre otros. Además, al analizar dichas interacciones cotidianas y dinámicas grupales, la observación participante complementa y enriquece la información recopilada en las entrevistas.

La etnografía como estrategia complementaria

La etnografía surge como una estrategia eficaz y productiva para compensar y complementar las técnicas cualitativas aplicadas (entrevista y observación) para la obtención de información. Ésta estrategia enriquece la investigación por medio de la inmersión en los territorios y los contextos particulares que circunscriben las problemáticas en estudio. Guber (2001) plantea

que la etnografía “*es una concepción y práctica de conocimiento que busca comprender los fenómenos sociales desde la perspectiva de sus miembros (entendidos como ‘actores’, ‘agentes’ o ‘sujetos sociales’)*”. La especificidad de este enfoque corresponde al elemento distintivo de las Ciencias Sociales: la descripción” (2001, p. 16). Dicho método, busca problematizar e interpretar los fenómenos sociales a partir de la descripción del mundo que hacen los actores que lo configuran, y el modo en que le investigadore ve. De este modo, se trata de una conclusión interpretativa que condensa ambas miradas.

La autora argumenta que una descripción de calidad es aquella que evita malinterpretar a los sujetos, y no debe incurrir en visiones autocentradas donde le investigadore reemplace el punto de vista, los valores y las razones de los actores por los suyos propios. Esta noción de *descripción* de Guber, se alinea con el concepto de *interpretación* o *descripción densa* de Geertz (1987). Según este último, los datos son “*interpretaciones de interpretaciones de otras personas sobre lo que ellas y sus compatriotas piensan y sienten*” (Geertz, 1987. p. 23). El autor sostiene que la tarea de los investigadores no es simplemente registrar información, sino más bien interpretar el significado. Esta postura implica ir más allá de la superficie observable de los comportamientos y símbolos culturales, para comprender cómo son percibidos y qué significan para las personas con relación a la sociedad que integran.

En palabras de Guber, la etnografía “*es el conjunto de actividades que se suele designar como ‘trabajo de campo’, y cuyo resultado se emplea como evidencia para la descripción... la etnografía como enfoque no pretende reproducirse según paradigmas establecidos, sino vincular teoría e investigación favoreciendo nuevos descubrimientos*” (2001, p. 19). De este modo, el trabajo etnográfico implica la inmersión en el terreno utilizando diferentes técnicas, (observación, entrevistas no dirigidas, registros de campo, interpretaciones de aquello que ocurre, entre otras), que permiten dar cuenta, describir con detalle -y en profundidad- los contextos, la cotidianeidad y las interacciones entre los sujetos.

Incorporar la estrategia etnográfica -en línea con los fundamentos de este método particular- es una decisión que no sólo complementa la información obtenida en entrevistas y observaciones, sino que proporciona un plus íntimamente relacionado con la significación de los espacios, las prácticas, las actividades, y las percepciones y valoraciones que anidan allí. De este modo, colabora con una comprensión profunda del punto de vista de las mujeres dentro del marco cultural y simbólico de sus realidades socio-subjetivas.

Los recorridos de inmersión prolongada y sistemática en las ranchadas¹² y en los espacios de LOBE, nos han permitido capturar aspectos visibles y subyacentes de las experiencias concretas, así como vincular elementos de éstas con acciones institucionales y procesos personales. A modo de ejemplo, a través de la observación en contexto de la atención por demanda espontánea, se han manifestado situaciones vinculadas al ejercicio de la maternidad, aspectos que quizás no hubiera sido posible acceder mediante la entrevista, o al menos no con la misma profundidad e intensidad. En el texto bajo el subtítulo *las mujeres y su vínculo con la maternidad* del Capítulo IV, se expone a este respecto.

El recorrido sistemático de las ranchadas tras varias semanas, la interacción directa con las usuarias, y la participación de manera equiparable a las profesionales que nos alentaron y acompañaron en esta tarea, ha permitido observar la dinámica de la intervención profesional en los territorios que trascienden la vida cotidiana de las mujeres. Las tareas realizadas con relación a la población femenina de estudio abarcan: acompañamiento al dispositivo para atender su salud física, momentos de escucha y contención, acceso a información acerca del dispositivo LOBE, entrega de agua, profilácticos y vestimenta.

La aplicación del método etnográfico ha habilitado la posibilidad de observar a las mujeres en su lugar de sobrevivencia y círculo de pertenencia. Éste otorga amplitud al corpus de materiales de análisis, brindando información detallada que no está al alcance de las entrevistas semi-estructuradas, específicamente, en lo que respecta a las prácticas sociales y los significados atribuidos a las acciones de las mujeres en su entorno cotidiano.

Fuentes secundarias

Las fuentes secundarias incorporadas al análisis son: a) documentos institucionales; b) legajos de expedientes e informes de las usuarias y; c) registros fotográficos. Las mismas aportan información y datos relevantes recopilados por otros investigadores y/o instituciones que colaboran con respaldo a nuestros argumentos y hallazgos (Sampieri, 2018).

12 Los recorridos abarcan las zonas del barrio Padre Ricciardelli (ex villa 1-11-14), Rivadavia I y II, Illia y Juan XXI. Más específicamente, los recorridos generalmente se realizan por Av. Cruz, Av. Perito Moreno hasta Av. Varela, Av. Riestra y Camilo Torres, y pasillos internos de las manzanas 2, 3, 4, 5 y 6.

Se trata de zonas geográficas donde la violencia está presente cotidianamente. De hecho, hemos presenciado situaciones de robo, calles intransitables debido a disputas entre bandas narcos, o calles por las que evitamos transitar por la notoria incomodidad de nuestra presencia, ya sea por la presencia de "cocinas" de pasta base u otros motivos desconocidos.

En el acceso a los legajos de dos (2) de las mujeres entrevistadas, inicialmente, se ha explorado la información contenida en ellos como parte de un trabajo correspondiente a la materia Taller IV. Luego de definir la muestra, al tratarse de usuarias que se contemplan en ella, se obtuvo el consentimiento para usar dicha información a los fines de la tesina, dado que ofrecen elementos valiosos para profundizar en las experiencias de las usuarias desde la particularidad que reviste el discurso institucional: jurídico y médico. Ambos legajos, son de usuarias que se acercaron a LOBE hace tres (3) años atrás, en 2020, y que hemos entrevistado. Los expedientes proporcionan detalles sobre los motivos del ingreso, el diagnóstico situacional, el plan de seguimiento en la atención, etc., que permiten la lectura analítica del reporte escrito sobre las evoluciones de las usuarias vinculadas a la apropiación de hábitos de salud y bienestar. Los legajos detallan el tipo de acompañamiento por parte del equipo profesional a cargo.

Otra fuente del tipo secundaria son los documentos elaborados por las profesionales de LOBE, a los cuales accedimos por cortesía de las licenciadas con las que tomamos primer contacto en el año 2021. Los principales documentos consultados son: Informes de Rotación Electiva (de residentes de trabajo social, que pasaron por el dispositivo); Informe del proyecto ranchadas y el trabajo de Ghiselli, Bogliano y Baldelli (s/f) *“Dispositivo de abordaje extramuros con personas en situación de calle y escenarios de consumo”*. Estos documentos contribuyen con información referida a i) el funcionamiento del dispositivo: fundación y surgimiento, miembros fundadores, y descripción de la población objetivo; ii) el marco conceptual que sustenta las intervenciones de LOBE: paradigma de RRYD y disposiciones de la LNSM; iii) la introducción a conceptos-brújula de la intervención profesional: umbral mínimo de exigencia¹³, intervenciones interdisciplinarias, intersectoriales, extramuros e intramuros; iv) presentación de proyectos y actividades del dispositivo: proyecto de las ranchadas o el grupo de estudio de mujeres¹⁴, entre otros. En síntesis, son documentos que nos permiten construir un mapa general de acceso al tema que facilita el armado del marco teórico y de interpretación para abordar la temática.

13 Este término refiere a no proponer la *prohibición del tóxico* como condición para iniciar un tratamiento, ni para utilizar alguno de los servicios o talleres que ofrece el dispositivo. La prohibición se orienta más bien a miradas abstencionistas del consumo, diferentes a las que propone el paradigma de RRYD.

14 El *grupo de estudio* de LOBE se trató de un grupo exclusivamente de mujeres que se formó espontáneamente por las usuarias en conjunto con las profesionales, a partir de que las integrantes querían “aprender algo”: administrar el dinero, usar un cajero automático, terminar los estudios, anotarse en un curso. En un acto de colectivización del aprendizaje, es que se conforma este grupo para propiciar un lugar seguro de ayuda mutua al cual asistían una vez por semana. Actualmente el grupo no se encuentra funcionando.

Como última fuente secundaria, utilizamos fotografías de las mujeres en actividades y talleres ofrecidos por LOBE (huerta, radio, dramaturgia, entre otros). Los relatos en combinación con las imágenes, amplían la visión sobre las experiencias de vida de estas mujeres que proviniendo de la calle transitan los circuitos del dispositivo en tanto institución comunitaria que trabaja por su bienestar. Las representaciones visuales cristalizan momentos significativos de sus participaciones, un registro importante -en cuantiosos casos- en términos de impulso para seguir adelante.

Resguardos éticos

A cada una de las entrevistadas se le ha explicitado el motivo y objetivo del TIF, que es requisito de graduación en la Licenciatura en Trabajo Social de la Universidad de Buenos Aires.

La firma del consentimiento informado fue solicitado a cada una de las participantes de las entrevistas. El mismo expresa explícitamente los fines y objetivos del trabajo, y pide la conformidad para la grabación. Se aclara que la información recabada es confidencial cumpliendo con el principio de resguardo de la identidad, por lo que en lugar de sus nombres reales se utilizan nombres ficticios. Del mismo modo, ha sido informado el carácter estrictamente voluntario de la participación, que otorga la opción de no responder preguntas o abandonar la entrevista en el momento que deseen, sin perjuicio alguno.

CAPÍTULO IV

Las mujeres del Bajo: narrativas de vida en la calle y experiencias en el dispositivo

El capítulo se centra en la articulación de los materiales recopilados durante el trabajo de campo, provenientes de fuentes primarias y secundarias, que configuran el corpus de análisis de esta investigación; con las corrientes e ideas teóricas y los conceptos que componen el marco de lectura e interpretación para abordar el tema.

En cuanto a las características sociodemográficas de las usuarias de LOBE entrevistadas, son mujeres de nacionalidad argentina que residen en los barrios del Bajo Flores, a excepción de Gerald, que reside en Pcia. de Buenos Aires. Jennifer relata haber quedado en situación de calle a los 9 años, mientras que las demás entrevistadas atravesaron esa situación por primera vez en edad adulta, Elsa a los 38 años, y las mujeres restantes entre los 19 y 25 años.

Elsa (49 años) no se encuentra activa en el mercado laboral, aunque ha desempeñado varios trabajos formales en el pasado. Estuvo en situación de calle por primera vez durante dos años, situación de la cual sale al mudarse con un vecino que le ofreció un lugar para vivir, luego de haber forjado una relación de amistad. Durante este tiempo, Elsa se dedicó a la venta de pasta base hasta que la vivienda fue allanada, lo que resultó en su encarcelamiento por un período de cuatro (4) años. Mientras estuvo en prisión terminó sus estudios secundarios. En el presente reside sola en una vivienda que alquila en el barrio. Es madre de dos (2) hijos pero no convive con ellos.

Romina (58 años) cuenta con estudios secundarios completos. Trabajó durante varios años como empleada municipal. Las múltiples internaciones que realizó para tratar su situación de consumo problemático de SPA provocaron la pérdida de su trabajo, así como también de la casa donde vivía. Actualmente, convive con su pareja en una propiedad que heredó de su familia. No tiene hijos.

Jennifer (34 años) tiene nivel secundario incompleto, aunque manifiesta querer terminarlos. Estuvo privada de su libertad en más de una oportunidad. Completó la primaria y alcanzó el segundo año del nivel secundario en dos unidades penales diferentes. Actualmente, se encuentra desempleada, pero relata haber tenido varias experiencias laborales informales. Es madre de cuatro (4) hijos, siendo su primer parto a la edad de 15 años. No materna a ninguno de ellos.

Carmina (56 años) cuenta con nivel primario incompleto. Comenzó a trabajar a los ocho (8) años en empleos rurales en la provincia de Jujuy y, al migrar a Buenos Aires tuvo varios trabajos informales. Fue madre de un (1) hijo a la edad de 36 años, con el cual hoy día no convive.

Gerald (25 años) terminó sus estudios secundarios en el año 2022 a través de una iniciativa del dispositivo LOBE. Estuvo privada de su libertad durante tres (3) años por venta de sustancias ilegales. Al momento de la entrevista, se encontraba en libertad condicional con tobillera electrónica y permisos semanales para asistir al dispositivo de salud. No tiene hijos.

Los relatos de vida de todas las entrevistadas están atravesados por situaciones de consumo problemático de SPA, siendo la pasta base la principal sustancia consumida. Las otras sustancias que las usuarias mencionaron usar son alcohol, alcohol en combinación con psicofármacos, cocaína, y marihuana, en orden de relevancia. Al momento de realizadas las entrevistas, las mujeres habían realizado diferentes tratamientos orientados al consumo problemático de SPA. Las usuarias manifiestan haber tenido *avances y retrocesos*, donde luego de determinado tiempo sin consumir, aparecen las nombradas por ellas mismas *recaídas*, es decir, volver a estar en situación de consumo. Estas recaídas duran entre dos días y un mes, a excepción de la situación de Jennifer quien al momento de la entrevista recién había comenzado su tratamiento en LOBE, por lo cual previo a este, había estado varios meses en situación de consumo problemático.

Elsa había tenido una recaída hace un mes en el momento de ser entrevistada, tras cuatro años de abstinencia, período durante el cual estuvo privada de su libertad. Romina, en ese momento, llevaba tres meses sin consumir pasta base, comenta que consume marihuana en aquellos momentos de abstinencia o para bajar la ansiedad. Jennifer estaba sin consumir desde hacía dos semanas. Gerald asume un consumo ocasional de alcohol y marihuana, y Carmina, había logrado mantenerse libre de consumo durante cuatro años, *limpia*, en palabras de la entrevistada.

Algunos datos de referencia sobre las profesionales entrevistadas: la Lic. en Terapia Ocupacional tiene 32 años de edad, y forma parte del equipo de profesionales de LOBE desde el año 2017. La Lic. en Trabajo Social tiene 33 años y comenzó su inserción en el dispositivo en el año 2019. La Lic. en Psicología tiene 59 años, y es parte de LOBE desde su inicio en 2007. Todas las profesionales han hecho la residencia y han expresado que esta formación ha desarrollado su interés por trabajar en el ámbito de la salud pública y la APS.

Este estudio de caso se centra en el análisis de situaciones particulares, lo cual conlleva la necesidad de considerar cada situación de manera singular. En este contexto, la presentación

de datos detallados se vuelve fundamental para esbozar los perfiles de las entrevistadas y, en consecuencia, discernir entre las similitudes y diferencias que puedan surgir. La incorporación de las perspectivas y narrativas de las profesionales, que se entrelazan con los testimonios de las entrevistadas, aportan información valiosa acerca de la historia y las lógicas y dinámicas de funcionamiento del dispositivo.

Las características del dispositivo

Una breve descripción del dispositivo LOBE, el escenario dónde se realizaron las entrevistas y observaciones, así como también parte de la incursión etnográfica, que se analiza a continuación, en el presente capítulo. Para la elaboración del mismo se han utilizado los documentos institucionales brindados por el dispositivo y las narrativas de las profesionales entrevistadas.

El dispositivo se fundó en el año 2007, impulsado por un colectivo de trabajadores procedentes de distintos Centros de Salud del área programática, quienes advirtieron la existencia de una gran dificultad en el acceso al sistema de salud por parte de la población consumidora de SPA.

Desde sus inicios, y hasta el 2018, LOBE estuvo ubicado en el Barrio Rivadavia I, Bajo Flores, CABA. Luego de la lucha de les profesionales y les usuaries por las preocupantes condiciones edilicias y la falta de recursos, fue reubicado para su mejor funcionamiento. Esta reubicación conllevó un cambio en la población atendida y en el territorio de intervención, lo que requirió de un esfuerzo significativo en la difusión y convocatoria, así como en el establecimiento de nuevos vínculos con la comunidad del barrio.

En la actualidad, el dispositivo se encuentra en la manzana 1 del Barrio Padre Ricchiardelli (ex Villa 1-11-14), y brinda atención de lunes a viernes de 8:30 a 16:00 horas. *La Otra Base del Encuentro* es el nombre elegido a través de una votación de un grupo de vecines que se reunieron con las profesionales para expresar sus demandas y en busca de participación comunitaria.

A lo largo de su existencia, el dispositivo depende de recursos generados por mecanismos y prácticas de autogestión institucional. A título ilustrativo, el primer edificio que alojó a LOBE, más conocido como *el viejo LOBE*, pertenecía al Centro de Salud y Acción Comunitaria (CeSAC) Nro. 19, un Centro de Salud que fue reubicado. Asimismo, el dispositivo no cuenta con una inscripción formal en ningún organigrama institucional. Sus profesionales provienen de los sectores del Ministerio de Salud de Nación, la Subsecretaría de

Atención Primaria y del Área Programática del Hospital Piñero, y de sectores del Ministerio de Cultura de la Nación.

El equipo interdisciplinario se conforma por una médica generalista que ejerce la función de directora de la institución, una Licenciada en Trabajo Social, dos Licenciadas en Psicología, una Licenciada en Terapia Ocupacional, y personal encargado de la organización de talleres, como el musicoterapeuta y un guía de arteterapia. Además, cuenta con personal dedicado a tareas de seguridad y maestranza. LOBE también brinda espacio para residentes, concurrentes, estudiantes y profesionales en formación. Igualmente, el equipo se involucra activamente en programas de capacitación y formación en salud pública, colaborando con universidades, asociaciones de profesionales y entidades educativas afines.

La modalidad de atención es por demanda espontánea. Cuando una persona se presenta por primera vez, se realiza una entrevista de recepción, cuyo propósito es recibir y acoger junto con la solicitud de asistencia. En este sentido, destacamos que las profesionales eligen éste término y no el de *admisión*, haciendo hincapié en la ausencia de barreras de acceso. LOBE recepciona a personas en situación de vulnerabilidad y exclusión, comúnmente atravesando por situación de calle y consumo problemático de SPA. El alcance de su intervención abarca varios barrios cercanos, incluyendo Polideportivo, Illia, Rivadavia I y II, y Padre Ricciardelli.

Si bien la situación de calle y de consumo problemático de SPA son las características principales que presenta la población que se acerca al dispositivo, las problemáticas que les involucran son diversas; esto da cuenta de la complejidad en la vida cotidiana de los usuarios. Algunas de las demandas se vinculan a situaciones de violencia de género, abuso sexual, padecimientos de salud mental, necesidad de vivienda, procesos judiciales vinculados a los hijos, intervención de la Defensoría del Menor, acceso a la ducha, solicitud de vestimenta, etc.

El dispositivo lleva adelante tareas en el territorio tales como las ranchadas y la mesa de salud integral en el secundario del barrio; actividades de articulación con otros CeSAC del barrio (CEPAD, equipo de cuidados domiciliarios y postas de salud); participación en las redes institucionales y de organizaciones del barrio; actividad de mesa de cuidados comunitarios y mesa de participación ambiental comunitaria; y actividades¹⁵ en su sede, como la organización y coordinación de talleres de huerta, radio, cine, dramaturgia, arteterapia; espacios de convivencia como el desayuno y la atención clínica interdisciplinaria.

LOBE trabaja de manera intersectorial con comedores, organizaciones sociales, radios comunitarias y grupos de vecinos. Una vez por semana se lleva a cabo una reunión de equipo

¹⁵ Registro fotográfico de las actividades del dispositivo, disponible en el Anexo 2.

y, mensualmente, hay supervisión institucional con una psicóloga referente en la temática de salud mental comunitaria, quien supervisa al equipo ad honorem. Los espacios de supervisión brindan la oportunidad de analizar la tarea como equipo en virtud de mejorar las intervenciones, y alinearlas acorde al marco de la LNSM.

El dispositivo brinda atención a una población de alrededor de 250 personas, semanalmente, abarcando tanto la atención individual como la grupal, junto con la participación en actividades intramuros que comprenden talleres, grupos, espacios de convivencia, y el acceso a las duchas. Además, en lo que concierne a actividades extramuros, se establece contacto semanal con aproximadamente quince (15) personas en cada ranchada, y con cincuenta (50) adolescentes en la escuela secundaria. También, el equipo de cuidados domiciliarios atiende de manera rotativa a las familias, y se ha observado una creciente participación de mujeres en actividades deportivas (fútbol), esta actividad se lleva a cabo en colaboración con el CeSAC Nro. 48.

Los principales objetivos son contener y alojar a les usuaries, generar espacios de apropiación, creación y fortalecimiento de lazos con la comunidad de pertenencia en el marco de la construcción de la ciudadanía y la restitución de derechos. De esta manera, se busca disminuir los riesgos jurídicos, sanitarios y sociales asociados al consumo problemático de SPA de las personas en situación de calle.

El acceso a LOBE se realiza a través de un pasillo compartido con *Madres contra Paco*¹⁶, que se encuentra al fondo de la sede. La primera impresión al entrar es de un ambiente frío, similar a un pasillo de hospital, con paredes pintadas de color blanco, y una luz tenue. Sin embargo, esta impresión cambia al ingresar al interior dónde el espacio es personalizado por las profesionales y les usuaries, con carteles, afiches y manualidades, se observan fotografías de usuaries, y una biblioteca. Cada una de estas presencias y símbolos construyen la identidad del espacio. La disposición de las ventanas con vista exterior a la huerta brinda una sensación agradable y positiva.

El ingreso de las mujeres al circuito de la calle

En las entrevistas se ha indagado acerca de cuándo fue la primera vez que las mujeres estuvieron en situación de calle, con el fin de analizar la evolución de sus trayectorias, de observar el contexto para la comprensión de sus experiencias de vida, reconocer los posibles

¹⁶ Se trata de una organización barrial de mujeres diferente a LOBE.

factores o eventos que influenciaron sus decisiones posteriores y, finalmente, identificar las problemáticas que intervienen en el camino de entrada a la calle.

En varias situaciones, las mujeres entrevistadas destacan el fallecimiento o quiebre de algún vínculo familiar significativo como el camino de entrada a la calle, o el inicio de la situación de calle como condición de vida. Así quedó expresado en dos de los relatos de entrevista:

Yo estoy en situación de calle desde los 9 años. Falleció mi papá, falleció mi mamá y al estar en situación de calle conocí el consumo. Yo consumo desde los 10 años (Jennifer, 34 años).

Muere mi mamá y yo tenía 19 años. Hay algo que no lo dije nunca, para mí hasta los 19 años, el único amor que yo tenía en mi vida era mi vieja. No conocí los besos, no conocí el cariño, los afectos de nadie, solo los besos míos eran para mi mamá. Yo dormía con mi mamá hasta los 19 años, pero dormía en la cama de mi mamá (Carmina, 56 años).

De igual manera, han destacado el consumo problemático de SPA como condicionante de entrada a la calle. En los casos de Elsa y Romina la situación de consumo es previa al ingreso a la situación de calle, tal como se lee en sus narrativas, mientras que para el resto de las entrevistadas los términos se invierten, y la situación de calle es la puerta de ingreso al consumo problemático de SPA.

¿Por qué me quedé en la calle? Debido a mi problema de consumo, yo estaba viviendo en la casa de mi mamá, mi papá ya había fallecido, tengo una hermana mayor que es policía retirada, mi marido falleció, fue un homicidio en realidad. Mi hermana me hizo una denuncia, en ese momento sí estaban las internaciones en contra de tu voluntad. Yo estaba durmiendo en la pieza, cuando entró la policía, los médicos del Penna y me llevaron (Elsa, 49 años).

Todo fue por el problema de consumo, porque yo deje el tratamiento donde me interno. Pero yo lo deje porque a mí no me consultó nadie, apareció de repente (Romina, 58 años).

Tal como lo menciona el relato de las mujeres entrevistadas, han experimentado internaciones en relación con su situación de consumo problemático. Es relevante destacar que, en algunas situaciones, estas intervenciones iniciales se llevaron a cabo en contra de la voluntad de las mujeres y fueron impuestas por sus familias, dando como resultado que ninguna haya logrado sostener las mismas.

Era muy común que los familiares hagan esas cosas a los adictos. Osea que tomen la resolución de internarte. Al internarte en un lugar psiquiátrico, más allá de que sea por adicciones es todo muy feo muy manipulado (Elsa, 49 años).

Yo estaba drogadicta, encima embarazada y ellos me querían sacar de encima a mí. Me internaron en una comunidad, pero con plata. Y bueno, yo no pude sostener esa internación, discutí con los directores, me expulsaron y de esa vez no me hablaron más (Jennifer, 34 años).

En primer término, podemos decir que los testimonios de entrevistadas se relacionan con las ideas de Zaldúa (2010), desarrolladas en el Capítulo II. El campo de la salud mental se encuentra signado por la persistencia de patrones tradicionales de exclusión y confinamiento en situaciones en que las personas que atraviesan consumo problemático de SPA. Una de las mujeres entrevistadas refiere al estado contraproducente del encierro:

Lo que pasa que estando en hogares ponele, vos estas en un lugar que tienen una estructura, límites y tienen una manera de manejarse que no te dan la posibilidad de hacer ciertas cosas, como ser independiente, como poder hacer trámites por sí solos. Yo ya he tenido varias de esas intervenciones y como también es un poco más de lo mismo, como que me saturó ¿entendes? (Jennifer, 34 años).

En segundo término, los testimonios de entrevistas hasta aquí advierten sobre la importancia de abordar la problemática de los consumos problemáticos de acuerdo a la LNSM, que promueve la perspectiva de derechos y dignidad para la población afectada bajo esta condición de salud. En este sentido, en lo que respecta a la internación involuntaria, la LNSM establece que este recurso debe ser empleado de manera excepcional, únicamente cuando no sean viables los tratamientos ambulatorios y siempre bajo la condición de que el equipo de salud determine una situación de riesgo inminente para la persona o terceros. Creemos que la aplicación de la ley abre la puerta a la promoción de un sistema de salud mental más inclusivo y respetuoso de las necesidades y la autonomía de quienes abordan una situación de consumo problemático de SPA.

Por otro lado, en base a los relatos y de acuerdo con los aportes de Jelin (1998), se identifica a la familia como un espacio paradójico: puede representar un lugar de afectividad y refugio, o bien, puede ser un lugar inseguro atravesado por distintos tipos de violencia. Es decir, la familia es un espacio dual, donde conviven tanto el amor como la violencia, donde esta última adquiere una dimensión de género, siendo sus principales víctimas las mujeres. Además, se añade el componente de la privacidad familiar, que a menudo se esgrime como una justificación para restringir la intervención del Estado en esta esfera.

Las historias de vida de las mujeres entrevistadas denotan un sin número de violencias vividas en el seno de la familia, que incluyen violencia verbal, psicológica, simbólica, contra la libertad reproductiva, golpes, abuso sexual e invalidación.

La situación de pérdida, ruptura y/o abandono por parte de familiares cercanos relatadas en todas las entrevistas nos lleva a preguntarnos acerca del impacto de la falta de vínculos significativos en los distintos aspectos de la vida de estas mujeres. En los relatos de entrevistas, las referencias a la ausencia de amor, de acompañamiento y cuidado es recurrente, así como la demanda afectiva se convierte en la reacción automática ante este vacío emocional.

En línea con los hallazgos de Boy (2011), encontramos que la falta de redes de apoyo es una variable central a la hora de comprender los motivos por los cuales estas mujeres emprenden el camino de entrada al circuito de la calle. Por un lado, se observa que la ruptura de vínculos conduce a las mujeres a abandonar sus hogares, situación que se ve agravada por la falta de recursos para costear un alquiler, lo que, en consecuencia, hace que la vida en la calle se convierta en una opción factible. Por otro lado, la presencia de estas relaciones pudo funcionar como red de apoyo, previniendo su ingreso a la vida en la calle.

En palabras de las entrevistadas:

Recuerdo todavía cuando me están sacando de casa que mi mamá estaba de espaldas y no me miraba (Elsa, 49 años).

Cada vez que me acordaba que me hubiese gustado tener un papá, los cagaba a palos a mis amigos. Yo moría por matarlo porque todos los días de mi vida me hizo falta (Carmina, 56 años).

No obstante, comprendemos que la ausencia o ruptura de vínculos familiares no es el único motivo, la entrada a la calle es un proceso sumamente complejo, en el cual se produce un entrecruzamiento entre dimensiones sociales estructurales y dimensiones subjetivas singulares que dan configuración a cada problemática en particular (Tortosa, 2020). Durante la realización de las entrevistas surgieron: situaciones de consumo problemático de SPA, conflictos familiares, ruptura o modificaciones en los lazos sociales de sostén, fallecimiento de un familiar cercano, situaciones de violencia, dificultades económicas, pérdida de empleo, pobreza, situaciones de encierro, entre otras.

Las mujeres en situación de calle en una sociedad patriarcal

La calle suele percibirse como un espacio de presencia y dominio principalmente masculino, ya sea por la supuesta neutralidad en los términos utilizados para referirse a las personas en situación de calle, que ha ocultado las diferencias de género en esta realidad, o por la

tradicional naturalización de la división sexual de los espacios sociales, que designa a los hombres a la esfera de lo público y a las mujeres a la esfera de lo privado del hogar (Zaldúa, Lenta y Longo (2017). Esta limitación en el uso del espacio social se traspolo al espacio de la calle tomando características particulares, dada la inexistencia del «hogar» y de tareas de cuidado y reproducción que históricamente se le asignan al género femenino.

La condición de género fue expresada por las entrevistadas, así como el modo en que las relaciones de género influyen en sus vidas cotidianas y los vínculos que entablan, comprendiendo que dicha condición converge en un modo particular de habitar el espacio público. A continuación, se presentan dos citas que consideramos significativas y que reflejan la violencia sexual a la que se exponen sus cuerpos.

En la primera, el testimonio de Elsa (49 años), ilustra situaciones de acoso y abuso sexual. Incorporando los aportes de Osborne (2009), se entiende por acoso sexual una manifestación del poder patriarcal que convierte a la mujer en objeto. Es una conducta con un comportamiento de carácter sexual, no deseado por la víctima. Por su parte, la autora define al abuso sexual como una forma de violencia sexual en la que una persona es sometida a actos sexuales no deseados o forzados sin su consentimiento. Así lo manifiesta la entrevistada:

Por el hecho de ser mujer somos más vulnerables y expuestas a un montón de cosas, ya del concepto hombre y mujer siempre se nos trata como la parte débil. Una vez me pasó, estaba durmiendo, en musculosa y short y me desperté con alguien que me estaba metiendo las manos por todos lados, me estaba manoseando asquerosamente y me desperté con mi cuchillo que siempre tenía, el tipo salió corriendo pero... (Elsa, 49 años).

Segundo, en el relato de Jennifer, se describe una situación de sexo forzado que es impuesto a través de la intimidación de un individuo que, a la vez, ejerce violencia económica sobre ella. Segato (2003) define a la violación como el uso y abuso del cuerpo del otro, sin que éste participe con intención o voluntad comparables, característico del sujeto masculino hacia quien muestra los signos y gestos de la femineidad. Como vemos, la violencia sexual adopta diferentes formas que tienen en común el abuso del poder de hombres por sobre las mujeres. Jennifer (34, años) relata cómo vivió esta horrible experiencia:

Estando en situación de calle estamos más vulnerables diría yo. Los hombres abusan en muchas situaciones de nosotras las mujeres. Yo siendo mujer pasé por muchos abusos. Por el hecho o por la necesidad de yo poder descansar o comer un plato de comida caliente, me tenía que encamar con el chabon. Y eso era abuso, porque yo a veces me quedaba dormida y el chabón me violaba porque yo estaba dormida. Yo me llenaba de bronca, de ira ¿viste? porque decía ¿por qué tengo que estar así? ¿porque tengo que estar aguantando un sucio de mierda o un hijo de puta para poder dormir en una cama? (Jennifer, 34 años).

Los relatos de las mujeres entrevistadas se complementan con la información obtenida a través de la etnografía realizada en las ranchadas. Esta validación permitió reforzar los datos recopilados en las entrevistas, debido a que las mujeres que residen en las ranchadas también han compartido experiencias relacionadas con la violencia sexual, el sometimiento y la dependencia económica que enfrentan mientras viven en la calle.

Estas experiencias ponen de manifiesto las desventajas que sufren las mujeres, en comparación con los hombres, que habitan la calle. Durante las charlas informales en los recorridos por las ranchadas, las usuarias comentan que desarrollan e implementan una serie de estrategias de supervivencia, algunas de ellas apuntan a la prevención y otras a la resolución de conflictos. Una de las entrevistadas mencionó que se ve obligada a dejar de dormir sola en los ranchos porque en reiteradas ocasiones intentaron violarla. Por seguridad personal, la estrategia fue comenzar a dormir entre dos autos y notificar a una vecina el lugar de descanso. Otra de las entrevistadas comenta que su estrategia es deambular de un sitio al otro, no quedarse en un lugar fijo es una forma de evitar riesgos. También el hecho de dormir con una pareja, cuando la tienen, es una forma de estar protegidas ante ataques de otros varones.

La Licenciada en Terapia Ocupacional del equipo de LOBE, aporta información con relación a este punto a raíz de las intervenciones en la atención de una usuaria:

Y con ella hablábamos, como que es re difícil ser mujer y estar en calle. Ella me decía que estaba de novia con un pibe, porque ya le había pasado dos o tres veces de despertarse y que la estén violando. Y eso le pasa a todas las pibas del barrio que viven en calle. Eso es una cuestión de género, a ninguno de los chabones les pasa, que se yo, por ahí les pasa y no lo cuentan, no niego eso. Pero me parece que por lo menos ellas lo traen como problemática, lo traen como una situación muy traumática que claramente tiene que ver con ser mujeres y estar en la calle, y que, el modo de que eso no le suceda era estar de novia con un pibe, que el pibe además la cagaba a palos, pero bueno ella evaluó, bueno que preferís esto está mal pero no tan mal (Lic. en Terapia Ocupacional).

Desde las narrativas singulares aparece el rasgo colectivo, siendo aquí el referido a la vulnerabilidad de los cuerpos femeninos que se ven expuestos a las violencias físicas de diversa índole hasta la violencia sexual.

En las pibas se ve mucha vulnerabilidad, (...) está esta cuestión de género, digo, son las pibas las que sufren mucho más la condición de situación de calle que los varones, porque sus cuerpos están más expuestos a, digo, el cuerpo de todas las mujeres en general ¿no? Pero cuando se está en situación de calle, parecería como una cosa más, como que ese cuerpo es de todos (Lic. Trabajo Social).

En un contexto de marginalidad y exclusión social semejantes, emergen lógicas y dinámicas de poder, jerarquías que reproducen una y otra vez la violencia masculina y el machismo culturalmente legitimado. La dominación masculina se estructura en base a la idea de superioridad del varón, y desencadena -al tiempo que legitima- abusos y violencias de género. La figura tradicional del hombre «protector» aún arraigada en nuestra cultura, persiste también en el contexto de la vida en la calle. Las mujeres como estrategia de supervivencia buscan la compañía de un varón para protección y resguardo debido a que, bajo la lógica patriarcal, el varón no respeta a la mujer, pero sí respeta a otro varón. Esta imagen tiene sustento en los estereotipos de género internalizados, los cuales atribuyen -de modo diferencial- características y comportamientos, así como ámbitos y roles sociales para las mujeres y los varones.

Otra de las estrategias comunes de supervivencia en relación al género que ha sido posible identificar, como lo define Tortosa (2015), es el proceso de masculinización, en el cual las mujeres adoptan formas de pensar y de actuar, tradicionalmente adjudicadas al género masculino, con el objetivo de mostrarse fuertes, menos vulnerables, en medios sociales que resultan hostiles, amenazantes y/o riesgosos.

Yo les dije: “soy Carmina, cualquier cosa menos sexo” en el patio a todos. Conmigo no te vengas a calentar porque vas a cobrar, listo (Carmina, 56 años).

“¿vas a pelear por tus cosas?”, y ahí empiezan a aparecer las primeras escenas de violencia porque tenes que ganarte el respeto (Gerald, 25 años).

En relación a los procesos de masculinización, las profesionales también lo mencionan en las entrevistas:

Al principio eran muchos hombres, era más común, era más raro ver mujeres, había sí, pero se acercaban menos, estaban ahí como más escondidas, muy sometidas a la presión masculina, incluso me acuerdo de una época que inclusive algunas chicas parecían como se disfrazaban de hombre como una medida de protección. Y de a poco empezó a haber más subjetividad en ellas y empezar a acercarse desde una demanda más desde la realidad de ellas, empezaron a haber más mujeres, desde creo de la perspectiva feminista de las nuevas compañeras que fueron entrando al dispositivo (Lic. Psicología).

Pese a la mayor vulnerabilidad del sujeto femenino por las diferencias de género que venimos señalando, las mujeres entrevistadas demuestran fortaleza y un modo de conducirse en las calles del barrio, saberes y códigos de convivencia propios del medio que habitan, que no han incorporado de manera casual, sino que los han construido en las experiencias

múltiples -frecuentemente límites por los riesgos que conllevan- que han ido trazando sus trayectorias de vida.

La condición de mujer ejerce una influencia específica en la experiencia de vivir en la calle. Uno de los puntos más notables en los relatos de todas las entrevistadas ha sido la mención de los abusos y violencias de género.

Las violencias de género discriminan, segregan, ignoran, también someten y subordinan, amedrentan y socavan, es decir, se constituyen como un conjunto de acciones agresivas directas e indirectas, físicas y simbólicas, que dañan a la persona sobre la cual recae la violencia ejercida afectando su salud mental, psíquica y física, anulando su libertad individual, y destruyendo su dignidad e integridad moral (Zaldua, s.f., 2018). La vida en la calle no está exenta de situaciones y relaciones violentas, por el contrario, es un escenario y un contexto proclive a todo tipo de violencias, dónde el género opresor, que habitualmente es el masculino, vulnera al género oprimido, que habitualmente es el femenino.

El movimiento feminista ha identificado la violencia contra las mujeres como un problema de poder, por ende, la violencia se encuentra intrínsecamente ligada a la noción de género, que se fundamenta y se manifiesta a través de las diferencias que son impuestas como categorías sociales sobre los cuerpos sexuados (Zaldua, s.f., 2018). Sin embargo, la violencia de género no reconoce distinciones de clase social, se trata de un fenómeno que recorre transversalmente toda la sociedad. Esto se evidencia de manera contundente en las estadísticas proporcionadas por la Unidad Fiscal Especializada en Violencia contra las Mujeres (UFEM). En su informe sobre los femicidios en CABA desde 2015 hasta 2022, los datos revelan que se han registrado femicidios en todas las comunas de la ciudad, a excepción de la comuna 9, lo que demuestra una distribución geográficamente dispersa. En este sentido, en el marco de los relevamientos recientes sobre violencia de género, se registra que es un problema que afecta a todos los estratos de la sociedad, independientemente de su posición económica o su ubicación geográfica.

Los relatos de las mujeres pueden pensarse y comprenderse desde la definición de género de Lagarde (1996), quién sostiene que el género es un sistema de relaciones de poder en el que históricamente los hombres han ocupado una posición hegemónica o dominante sobre las mujeres. Asimismo, permiten ser pensados a partir del concepto de mujer pública planteado por Tortosa (2020). Si bien la situación de calle se manifiesta en forma pública, esto no quiere decir que sus cuerpos también lo sean. De esta manera, el solo hecho de ser mujer se constituye como un factor de doble vulnerabilidad, que enfrenta desafíos y riesgos específicos según sea el género.

Es verdad que si dormís sola en la calle te matan. Es verdad que si caminas en consumo, te agarran de los pelos con una camioneta. Te agarran de las mechas como me agarraron a mi, y yo luce, luce y luce. Me tiré para atrás con los codos, y grité y el chabón me soltó. Y capaz que hoy yo no estaba acá sentada hablando con vos (Carmina, 56 años).

La perspectiva de género es la lente y el modo de mirar las problemáticas. En todo momento del desarrollo de la investigación, el objetivo primordial ha sido observar la realidad de las mujeres en situación de calle, y visibilizar las experiencias de ellas con relación a las experiencias en el dispositivo.

Por el hecho de ser una problemática cuantitativamente menor a la de hombres, la realidad de las mujeres en situación de calle se ha invisibilizado, tanto en las estadísticas como en los programas de intervención y políticas públicas. La perspectiva de género, de esta manera, no solo enriquece el presente estudio, sino que también contribuye a ampliar el panorama sobre la problemática a partir de una incursión por los relatos de experiencias en primera persona. Lagarde (1996), Osborne (2009) y Segato (2003) nos brindan herramientas para detectar las diferencias de género en sus experiencias y aportando conocimiento en cuanto a las características específicas de esta población femenina.

En base a la información obtenida en las entrevistas formales y por medio de charlas informales con las profesionales del equipo, la impronta de LOBE es incluir la perspectiva de género en el abordaje de las situaciones problemáticas de les usuaries. Todo el equipo de profesionales concuerda en que la problemática de mujeres en situación de calle conlleva características que deben abordarse en su especificidad, de un modo diferencial según se trata de mujeres o varones, abogando al refugio, al bienestar de la salud integral, la restitución de la autonomía y los derechos con al ejercicio de una vida libre de violencias.

Al principio en LOBE como que siempre había varones nada más, las mujeres que se acercaban era porque eran pareja de esos varones y las que no, entraban y salían, era como muy a la defensiva, costaba muchísimo, muchísimo el vínculo con ellas, y me parece que de a poco el equipo se fue modificando, nos fuimos formando, tuvimos espacios de supervisión, de formación en relación a género y esto como que nos permitió problematizar un poco esto que estaba pasando y que reproducía algo que pasaba en la calle, donde la calle si está construida como un espacio masculino por excelencia entonces bueno, para mí eso nos permitió cortar un poco con eso y también mucho el boca en boca, empezamos a ver más mujeres a establecer vínculos más estrechos y un poco el boca en boca entre ellas, de pasarse el dato, empezaron a venir más y a tener más demandas en el dispositivo y con las ranchadas también, por ahí a ellas las ubicamos mucho más en las ranchadas y son las que después más vienen al dispositivo (Lic. Terapia Ocupacional).

Ante la pregunta acerca de las demandas que acercan a las mujeres al dispositivo LOBE las profesionales entrevistadas coincidieron en que un porcentaje alto de las usuarias se

acercan por el padecimiento de violencias de género. Esto lleva a problematizar la violencia estructural ejercida sobre las mujeres y resaltar la importancia de adoptar la perspectiva de género como matriz compartida por el equipo profesional.

La importancia de las rutinas básicas y prácticas de cuidado personal

Este apartado surge tras indagar acerca del primer contacto de la población en estudio con el dispositivo. A pesar de identificar múltiples motivos por los cuales las usuarias se acercan a LOBE que abarcan desde lo personal, lo social, las circunstancias coyunturales, de difusión de la comunidad local, derivaciones desde Hospitales Públicos y CeSAC, hasta la asignación del dispositivo tras una medida de libertad condicional, entre otros. Hemos identificado dos (2) características fundamentales que no solo facilitan el primer contacto, sino que también promueven la permanencia y la inclusión, al satisfacer necesidades básicas e inmediatas: el espacio de desayuno y las instalaciones de ducha.

En cuanto al espacio del desayuno, las mujeres entrevistadas, así como todas las personas con las que hemos interactuado, coinciden en señalar la dificultad que implica sentarse en una mesa a comer bajo techo para quienes se encuentran en situación de calle. A pesar de que varios comedores del barrio ofrecen comidas y viandas, son escasos los que brindan instalaciones techadas. Antes del inicio de la pandemia, LOBE proporcionaba tanto desayuno como almuerzo, aunque en la actualidad solo se sirve desayuno. Las entrevistadas nos comentan al respecto:

Nosotras acá charlabamos, sacabamos la lechuga y el tomate de la huerta y picabamos acá, toda persona disfruta de eso. Y acá nos sentamos en una mesa, y eso es lo que cuesta en la calle, sentarte en una mesa (Carmina, 56 años).

Yo cuando iba al hogar hinche mucho las pelotas al padre para sacar una mesa y ponerla adentro y que la gente de la calle se pueda sentar a comer. Porque si no están comiendo o con frío, bajo la lluvia o bajo el sol (Elsa, 49 años).

Las mujeres que hemos entrevistado resaltan la importancia de mantener el hábito del desayuno, y la posibilidad de sentarse a comer en un lugar protegido y ordenado. En esta instancia, el dispositivo representa la posibilidad de retorno al espacio social y a la comunidad de pertenencia, por mínimo que sea este ritual, su significado social es de relevancia. De acuerdo con Simmel (1998) se pone de manifiesto la importancia de las interacciones sociales en la vida cotidiana, cruciales para el funcionamiento de las personas. El autor argumenta que

el comer, es un rasgo universal de todas las personas y que constituye un acontecimiento primordial de interacción social, además de regular modales y normas bajo este accionar.

Por el contrario, la vida en la calle, agravada por el consumo problemático de SPA, sumerge a las mujeres en una cotidianidad desprovista de reglas y rutinas básicas de organización. Lo que conlleva a la progresiva disolución de los vínculos de adscripción, la ausencia de comunidad y sentido de pertenencia a la misma que las conduce a un estado de desarraigo social y aislamiento de la personalidad (Simmel, 1998). Cuando la comunidad desaparece o se debilita significativamente, prevalece una sensación de alejamiento y desconexión, tanto con la sociedad como con uno mismo. Es en este punto, las observaciones nos han permitido dimensionar, cómo este espacio se transforma en un retorno e inclusión a la rutina cotidiana.

Podemos advertir, además, que no solo les garantiza la primera comida del día, sino también la posibilidad de interrumpir el consumo de SPA. Es un espacio que sienten como un descanso, se relajan e interactúan entre sí. Muchas de las veces se entretienen con actividades y juegos grupales (sopas de letras y ahorcado), conversan y comparten experiencias, de algún modo, se recrea un clima de amistad o momento amistoso.

Aquí, en este punto, nos detenemos en la cuestión del ocio y su importancia para una vida saludable así como también lo es el espacio y la actividad grupal. El ocio constituye un elemento crucial en el proceso de socialización, y está intrínsecamente vinculado a la promoción de la salud integral y la mejora de la calidad de vida (Tobar, 2013). El concepto de ocio abarca una amplia gama de actividades, desde el desarrollo personal y la creatividad hasta el simple acto de descansar.

El ocio como un componente esencial de la vida de las mujeres en situación de calle subraya su capacidad para encontrar momentos de dispersión y disfrute, entendidos como instancias de autodescubrimiento. El desayuno es una de estas instancias en la medida que les brinda descanso físico y respiro temporal de las tensiones y conflictos que caracterizan la vida en la calle. Además, contrarresta el aislamiento de la personalidad que describe Simmel (1998), al brindar un espacio de conexión y la oportunidad de reconstruir su sentido de pertenencia a la comunidad.

Por otro lado, haciendo referencia a las instalaciones de las duchas, como segunda característica fundamental identificada, en los recorridos por las ranchadas -previos al trabajo de campo planificado sobre la base de las técnicas cualitativas fundamentadas en el Capítulo III- al invitar a las mujeres del barrio a visitar LOBE, notamos que su principal interés se orientaba a la utilización de las instalaciones de ducha. De hecho, son numerosos los casos de

acercamiento a LOBE con el propósito de ducharse. En cada acercamiento de esta naturaleza, así como en otros casos de consulta, el equipo las recibe y les ofrece ropa y comida, registra sus datos personales, le proporciona información sobre las actividades disponibles, e intenta estimular el interés para que regresen y participen del espacio, teniendo este primer acercamiento un resultado positivo. Sobre este tema, la Lic. en Psicología aporta lo siguiente:

A partir de poder bañarse, eso habilita que puedan venir a hacer una consulta o venir a charlar con nosotras, y es una oportunidad para esta cuestión, porque se establece un lazo y a partir de ahí nos vamos conociendo (Lic. en Psicología).

El uso de las duchas es considerado por las entrevistadas como la posibilidad de mejorar su estado personal y la consideran una práctica de cuidado. Orem (1971) plantea que el autocuidado abarca un conjunto de prácticas aprendidas por las personas y dirigidas hacia sí mismas con el propósito de regular los factores que influyen en su desarrollo y en pos de su vida, salud y bienestar personal. Estas mujeres enfrentan condiciones de vida extremadamente precarias, caracterizadas por la falta de un espacio privado y seguro donde puedan satisfacer sus necesidades más básicas de higiene y cuidado personal. En un contexto en el cual las rutinas saludables son casi imposibles, el simple acto de tomar una ducha les proporciona una sensación enormemente satisfactoria, y las pone en contacto con el cuidado y la posibilidad concreta de una mejora en su estado físico con impacto en la salud integral. La higiene personal es fundamental: disminuye los riesgos de enfermedades dermatológicas y la contracción de una infinidad de infecciones que son comunes en situación de calle, con amplio margen y chances de agravarse.

Por supuesto, las profesionales del equipo de LOBE consultadas, a este respecto han expresado su compromiso y acompañamiento en torno a las iniciativas que apuntan al cuidado basado en la higiene personal adecuada, entendiendo la importancia que reviste el hecho de garantizarles el acceso a las instalaciones del dispositivo en términos de promoción del bienestar y APS integral. La Lic. en Terapia Ocupacional comenta al respecto:

La gestión de la ducha siempre fue un elemento simbólico muy importante para trabajar, desde el hospital no nos entendían ¿cómo una ducha? nos decían. Pero trabajar en territorio y desde nuestra perspectiva implica estos elementos que los fuimos consiguiendo de manera informal (Lic. en Terapia Ocupacional).

Desde el discurso institucional, se reconoce la importancia de extender el conocimiento y la conciencia con relación al cuidado y el autocuidado personal de las personas en situación

de calle. Tal como mencionamos más arriba, en este aspecto en particular, en algunas de ellas existe una conciencia a este respecto que surge de manera prácticamente espontánea, sin embargo, no sucede de igual forma en todas las situaciones, por lo cual es necesario reforzar y conceptualizar las rutinas y prácticas de cuidado personal.

Por otro lado, a partir de este análisis podemos dar cuenta de lo que la autora Biaggio (2013), denomina como el *círculo de la calle* (abordado en el Capítulo II). Las mujeres en situación de calle y consumo de SPA, mediante la construcción de relaciones de diversos tipos, ya sea con otras personas en situación de calle y/o con instituciones, crean su propio círculo para cubrir las necesidades básicas de la vida: la higiene, la alimentación y la obtención de ropa, entre otras. Lo que lleva a generar distintos niveles de pertenencia que, en determinados casos, generan un arraigo muy fuerte a esta condición y al entorno, contribuyendo a la construcción de un sentido de pertenencia e identidad.

Ya en un momento se me volvió hasta cómodo estar en la calle. Porque yo dormía y nadie me despertaba. Yo me despertaba a la hora que quería, iba me bañaba y me lavaba los dientes (Elsa, 49 años).

Esta situación se respalda en la narrativa de Elsa, y en lo que hemos podido observar, donde los horarios de las organizaciones barriales muchas veces son los que dan forma al día de las personas en situación de calle, puesto que, por ejemplo, no quieren perderse el almuerzo. A la vez, es paradójico cómo se trata de un círculo desarraigado de los horarios comunes, donde muchas veces el círculo se «da sólo». Si bien no disponen de reloj, se habitan a una especie de rutina influenciada por subjetividades que configuran la toma de decisiones en torno a su situación. Una escena que apoya esta idea, es que en el transcurso de una de las entrevistas, la entrevistada tomó la decisión de retirarse antes de terminar la pauta, argumentando que si no asiste en ese mismo momento al comedor, «se queda sin comer».

El derecho a la salud y las experiencias de atención

A partir del trabajo etnográfico, hemos constatado que son frecuentes las situaciones en mujeres de las ranchadas demoran su acceso a los dispositivos de asistencia hasta encontrarse en situaciones críticas.

Dafne, es una mujer que identificamos en los recorridos por las ranchadas. Entablar un diálogo con ella no resultó fácil. En uno de los recorridos en temporada invernal, Dafne acepta

-de manera renuente- una taza de té. Sin embargo, al estirar su mano para recibir la taza, dejó al descubierto una herida en su cuerpo. Inicialmente, se mostró a la defensiva y evita mostrar signos de vulnerabilidad, hasta que rompe en llanto y nos pide que no la miremos en ese estado. Este patrón de comportamiento ilustra de manera elocuente el proceso de masculinización descrito por Tortosa (2015). Dafne adopta una actitud agresiva ocultando su verdad, teme mostrar sus emociones y cualquier signo de debilidad. Finalmente, cuando acepta recibir asistencia, le presentamos dos opciones: acompañarla al CeSAC para recibir atención médica en su herida, o dirigirse a LOBE para recibir atención médica y una ducha. Dafne enfatizó en su necesidad de higiene personal, y optó por LOBE. Luego de este episodio, volvimos verla en el dispositivo en varias ocasiones.

Un escenario similar al de Dafne presenta la historia de María, una mujer de las ranchadas a quien proporcionamos semanalmente su medicación para el tratamiento por tuberculosis. El tratamiento de María, comienza cuando pierde el conocimiento y sus compañeros de ranchada tuvieron que pedir una ambulancia. Sin embargo, María se niega a tener contacto con hospitales, eligiendo en su lugar, el tratamiento ambulatorio que ofrece LOBE.

Las personas en situación de calle, y las mujeres en esta condición, son proclives a la afección física de la salud, sobre todo en lo que refiere a enfermedades respiratorias y de la piel. La investigación aborda el concepto de la salud integral, comprendiendo que la define una multiplicidad de aspectos y factores desencadenantes: económicos, sociales, culturales, afectivos, orgánicos, genéticos, etcétera. Asimismo, se hace hincapié en la vulnerabilidad psicológica y emocional, y en el padecimiento mental por consumo problemático de SPA, pero aquí se evidencian casos de enfermedades que requieren de atención médica inmediata, e incluso, de hospitalización. De acuerdo a las estadísticas brindadas por CPPSC¹⁷ (2019), referido en el Capítulo I de la presente Tesina, es relevante mencionar que en su edición del año 2019, se refleja que un 39% (n=1188) de personas en situación de calle dicen haber tenido algún problema de salud física, sin haber acudido al sistema de salud. El cuestionario también indaga sobre las enfermedades que sufren las personas en situación de calle, y las menciones son tuberculosis, diabetes, problemas cardíacos, respiratorios, de salud mental, bucales, epidérmicos, patologías infecto-contagiosas, cáncer, dolores crónicos, entre otros. Entre los altos porcentajes, el 83% de quienes sufren problemas bucales no realizan tratamiento, tampoco el 75% de quienes padecen problemas respiratorios, ni el 82% de quienes sufren dolores crónicos (CPPSC, Informe Ejecutivo, 2019).

¹⁷ Censo Popular de Personas en Situación de Calle.

Los relatos de las mujeres entrevistadas -junto con la información que han brindado las profesionales y el trabajo etnográfico- ponen en evidencia que uno de los factores que promueven la reticencia a acercarse a los dispositivos de salud por parte de las mujeres en situación de calle y consumo problemático de SPA, son las barreras de accesibilidad. Estas barreras están relacionadas con la percepción de estigmatización y discriminación, la falta de confianza en los servicios de salud, y la falta de conciencia sobre las opciones disponibles.

En la población de calle y consumo, que debería ser más accesible el acceso a la salud, es más complicado todavía. Las mujeres se han sentido maltratadas, o ninguneadas. Digo, no solo porque se han sentido, sino porque eso sucede realmente. Como que no las quieren ahí, son como medio disruptivas (Lic. Psicología).

Porque el Piñero además tiene un horario que, por ejemplo, no se para hacerte el estudio y sacarte sangre para ver si se te infecto la vejiga, tenes que ir dos días de 7 a 8 de la mañana, son dos días por una hora nomas para tratar de tener el turno, es imposible. Y es muy difícil que lo entiendan, es muy difícil que puedan ofrecer algo distinto y a nuestra población le cuesta mucho ir al hospital, porque los maltratan, como también les cuesta ir a muchas salitas (Lic. Terapia Ocupacional).

La accesibilidad al sistema de salud se define como el vínculo que se construye entre los sujetos y los servicios, el cual se manifiesta mediante una combinatoria entre las condiciones y discursos de los servicios y las condiciones y representaciones de los sujetos (Comes *et al.* 2003). En definitiva, la accesibilidad a los servicios de salud debe ser abordada como un proceso social de carácter estructural, histórico, político, económico, ideológico y cultural (Rossi *et al.* 2007), en el que se tienen en cuenta las particularidades y la contextualización de las situaciones que presentan las sujetas.

Las profesionales consultadas comentan que los servicios de salud, en ciertos casos, se niegan a brindar atención a personas en situación de calle por su aspecto y suciedad, o se apela a una abstención en el consumo de SPA para darles atención como pacientes, negando así las premisas básicas de la LNSM, por supuesto, negándoles el ejercicio del derecho a asistencia y cuidado de la salud, que es un derecho humano indiscutible y de primer orden:

Cuando te dicen, ‘no atendemos consumos problemáticos’, y en realidad cuando dicen eso, en realidad lo que te dicen es no te atiendo a vos, no atiendo a la persona que tiene ese consumo ¿no?. Cómo dejás por fuera una persona que requiere un cuidado por parte del sistema de salud, que si uno lo mira desde la cuestión más diagnóstica y desde ahí vos dividís tu atención, estás dejando por fuera de ese sistema una persona concreta (Lic. Trabajo Social).

Las voces de las mujeres usuarias entrevistadas y de las mujeres de los recorridos por las ranchadas, los aportes de las profesionales, y las observaciones de cada uno de los espacios y

situaciones que han conformado un mapeo en nuestra labor de campo, respaldan persistente discriminación en la asistencia a esta población. Tanto en hospitales públicos como en CeSACs, se han registrado negativas ante la demanda de atención médica.

Algunas de las mujeres del barrio que acudieron en alguna ocasión a los CeSAC, no recibieron la atención médica solicitada. Recurrieron, entonces, al equipo de profesionales de LOBE para que las acompañen por indicación de los médicos del servicio. No obstante, en otras ocasiones, las propias mujeres piden acompañamiento. No desean ir solas por temor a recibir maltrato, o no ser atendidas adecuadamente. Las actitudes discriminatorias y los malos tratos son parte de la atención de los servicios de salud. Es de primera necesidad, que existan espacios de supervisión en tal sentido, para poner un freno a los atropellos y daños mayores que tienen lugar en los hospitales y centros de salud por abusos de poder, especialmente, cuando se trata de grupos sociales vulnerables y excluidos.

Dado que la situación de calle y el consumo problemático de SPA son problemáticas sociales que generan un impacto sustancial en la salud, abarcando los aspectos físicos, mentales y emocionales de las mujeres afectadas, en esta instancia, la intervención de LOBE contribuye en la accesibilidad y la restitución del derecho a la salud de las mujeres.

Acá aprendí que la salud es todo, que sin salud no hay vida. Que la salud mental y física es primordial (Gerald, 25 años).

Yo acá entendí que tengo que hacerme cargo de mi salud, entendí que no puedo ser portadora de HIV, y no medicarme, que necesito expresar lo que me pasa en terapia, en grupo y principalmente con la psicóloga (Elsa, 49 años).

La salud de las personas está intrínsecamente vinculada a sus condiciones de vida, y el bienestar depende, en gran medida, de la capacidad personal y las posibilidades de asistencia sanitaria. En el caso de las mujeres en situación de calle asume características particulares.

Desde una perspectiva comunitaria, el enfoque de la salud adquiere una importancia fundamental, centrado en el reconocimiento de la singularidad de cada mujer teniendo en cuenta sus historias, valores y derechos. Los sufrimientos y trastornos de salud pueden manifestarse de diversas maneras y no pueden separarse del contexto social en el que se desarrollan (Carmona, 2012). En tal sentido, las mujeres dejan de ser objetos pasivos de la atención médica para convertirse en participantes de la toma de decisiones sobre su propia salud. Esta premisa se corresponde con la lógica de LOBE, que se trasluce en la narrativa de la trabajadora social:

Desde LOBE partimos de algunos preceptos básicos de cómo pensamos la salud mental, de intentar tener una línea de intervención que no sea patologizante o manicomializadora, que no estemos discutiendo en función de un diagnóstico, sino que estemos discutiendo en función de vidas particulares, que contemplemos que estas vidas particulares tienen trayectorias muy vulnerables en cuanto a lo económico, a situaciones de violencia, de agresividad (Lic. Trabajo Social).

Hemos identificado que LOBE desempeña un papel fundamental en la promoción de la salud de las mujeres usuarias al proporcionar herramientas de autoconocimiento, prácticas de cuidado, información y oportunidades de acceso al sistema médico a través de la apropiación de hábitos de autocuidado de la salud. Disminuyendo las barreras de entrada al sistema, se busca restituir a las mujeres el derecho a la salud que, a lo largo de la historia, les ha sido gradualmente negado debido a prácticas estigmatizantes y la influencia de poderes religiosos y médicos, entre otros.

Cuando conseguí ese papel, que no sabía si me lo daban o no, porque era mi salud la que estaba en juego. Cuando me lo dieron me sentí feliz, porque el carnet me ayudaba a abrir las puertas para mi salud (Carmina, 56 años).

En el relato de Carmina, se observa como LOBE se convierte en un recurso invaluable al ofrecer a las mujeres el apoyo necesario y la información para acceder a su derecho a tomar decisiones sobre su cuerpo, su maternidad, su participación en cuestiones relacionadas con la salud, el libre ejercicio de su deseo y sexualidad, entre otros aspectos.

No se toma ninguna decisión si la piba no quiere, si no está de acuerdo o no lo considera. Creo que eso ayuda mucho a que vuelvan, no se hacen intervenciones si la persona no lo trae o no quiere hacerlo (Lic. Trabajo Social).

Yo no quise tener a mi hija y él no me permitió en ese momento. Me hizo tener una hija que no quería. Fue un embarazo no deseado (Elsa, 49 años).

Asimismo, las mujeres hacen alusión a mejoras en lo que respecta a su salud mental. Ellas pueden hablar o expresar lo que les pasa, ya sea teniendo una sesión de terapia, o participando en alguna actividad grupal o individual. Mismo buscan contención frente a situaciones de tristeza, ansiedad, temor, etc.

Necesito expresar lo que me pasa en una terapia, en un grupo, principalmente con Sofi. Necesito hablar de mis inquietudes, mis malestares (Elsa, 49 años).

Una a veces viene cargada con otras cosas de la calle y no las suelta, entonces como yo no tenía psicóloga, me enojaba ahí nomás con cualquiera. Ella me convenció de ir con la psico y a mí me sirvió un montón (Carmina, 56 años).

LOBE emerge de manera crucial en la mejora de la salud mental de las usuarias, proporcionándoles un espacio seguro para expresar sus preocupaciones y malestares, y para abordar la cuestión del consumo de SPA. Claramente, esto contribuye a una reapropiación del derecho a la salud y una búsqueda de condiciones de vida más dignas para estas mujeres. Los relatos de las usuarias del dispositivo ilustran el proceso de apoyo y recuperación.

Consumo problemático: intervenciones del dispositivo y la autopercepción de las mujeres consumidoras

En este apartado, y en sintonía con lo previamente abordado, se enfoca la atención en el consumo problemático de SPA. Por un lado, se abordan las intervenciones del dispositivo, y por otro lado, se abordan aspectos de las percepciones y (auto)percepciones de las mujeres consumidoras entrevistadas para este estudio.

Como punto de partida, señalamos, en coincidencia con Romo Avilés y Camarotti (2015), que: las personas que consumen sustancias ilegales, especialmente en barrios populares, representan una población en gran medida invisibilizada y sometida a estigmatizaciones. Esto se traduce en restricciones en el acceso a la atención médica, a causa de la discriminación y exclusión por parte del sistema de salud. Cabe resaltar que esta problemática se agrava aún más cuando se trata de mujeres, dado que el imaginario social en torno al consumo de ciertas sustancias, como el caso del paco, se asocia comúnmente a un consumo realizado por varones.

Recapitulando brevemente lo mencionado en el Capítulo II, el consumo se torna problemático cuanto atenta contra la salud y la construcción de proyectos de vida. Se trata de consumos compulsivos donde se presenta un impulso irresistible por consumir. De acuerdo con Navarro (2016) aclaramos que el consumo problemático incluye tanto sustancias legales como ilegales. Aunque las ilegales son las que causan mayor controversia.

Los relatos de entrevistas permiten constatar que las mujeres usuarias cuestionan su consumo, en gran parte debido a sus experiencias de internación y por su tratamiento provisto por el dispositivo. Ellas han manifestado preocupación por el elevado nivel de consumo, que se evidencia a través de la relación con su propio cuerpo y el reconocimiento como problema de salud. Algunos pasajes de las entrevistas:

La última vez les pedí para internarme acá a las chicas de LOBE, pero porque yo ya no daba más, mi cuerpo no daba más (Gerald, 25 años).

Yo no era de contar que yo era una adicta, yo siempre oculte eso, a mi familia se lo oculte, yo siempre decía: 'no tía estoy bien', no quería hacerme cargo de mi enfermedad. Hoy puedo decir lo que siento realmente, ser yo (Jennifer, 34 años).

Como sabemos, LOBE trabaja desde un enfoque integral que considera a las mujeres no sólo desde una perspectiva biológica, sino como sujetos inmersos en un entorno social. En este sentido, la Lic. en Psicología reflexiona lo siguiente:

Por eso es tan importante no poner el foco solo en lo que se consume si no en la historia de esa persona, que pasó, qué vínculos establece con esa sustancia y ¿por qué esa y no otra? hay toda una historia que hay que abrir; y por eso es tan importante alojar en un espacio y poder abordar a una persona que se acerca en donde no solo hay que concentrarse en la práctica del consumo, por supuesto va a aparecer, pero bueno. A veces el consumo es como una solución, que a veces la persona encuentra, como una especie de automedicación o una salida placentera, hay como una cuestión de ¿por qué me vas a cuestionar esto? Si yo ya encontré la solución, entonces es difícil entrar ahí (Lic. en Psicología).

Siguiendo el paradigma de RRyD, desarrollado en el Capítulo II, el dispositivo establece objetivos intermedios. Se trata de un enfoque que no excluye la abstinencia, sino que la concibe como un paso más en un proceso que involucra la elaboración de proyectos individuales, la implementación de estrategias específicas y la articulación con dispositivos alternativos que contemplan las características subjetivas y posibilidades singulares de cada usuaria. Así lo dejaron expresado las mujeres entrevistadas:

Ellas me ayudaron mucho a mí. Me acompañaron siempre. Yo he venido en estado crítico, re drogada, he venido con el consumo en el bolsillo y yo me siento a hablar con ellas, me desahogo y lloro. Y me contuvieron un montón (Jennifer, 34 años).

Nosotros fumamos porro, eso está permitido acá, porque no hay droga 0, y a mí eso me calma el deseo de la otra cosa, me baja, y me hace comer más (Romina, 58 años).

En cuanto a la implementación del *umbral mínimo de exigencia*, que se refiere a la no imposición de la abstinencia como condición para iniciar el tratamiento o participar en las actividades, el dispositivo habilita el ingreso sin importar las condiciones en las que las mujeres se encuentran. El hecho de eliminar esta barrera es importante para ampliar y favorecer la accesibilidad, cualquier restricción a este respecto hubiera disuadido a las mujeres a la hora de buscar ayuda y atención. Veamos a continuación como fue expresado en el contexto de las entrevistas:

Hablando acá me di cuenta, no como hacía antes cuando estaba mal, que no venía. Me llevó tiempo entender, que cuando más mal estaba es cuando más tengo que venir. LOBE es un pilar para mi recuperación, yo necesito este lugar para sostenerme recuperación, ósea, es la firmeza, para que yo pueda construir (Elsa, 49 años).

Hace dos semanas que no consumo nada. Y hoy mi cuerpo y yo, no quiere consumir. Por eso vine acá. Si no me hubiese ido por ahí. Hoy vengo acá estoy con las chicas, me organizo lo que voy a hacer en la semana, trato de que me den cosas para hacer, que yo pueda sostener (Jennifer, 34 años).

Hay un proceso de apropiación del dispositivo por parte de las usuarias. La prolongada permanencia en LOBE conduce a que se convierta en un punto de referencia y un espacio de contención y pertenencia. Las intervenciones del dispositivo en las trayectorias de las usuarias se manifiesta a través de acciones concretas: la capacidad de postergar el consumo, la solicitud de permanecer en el dispositivo por más tiempo, la recuperación de aspectos vitales del ser, la recuperación de capacidades perdidas, la búsqueda de apoyo para prevenir recaídas, la petición de intervenciones (como la internación), el mantenimiento de tratamientos médicos por secuelas del consumo, la autorregulación, la posibilidad subjetiva de ubicarse en otro lugar social, demandas que reanudan el lazo social, la problematización y solicitud de tratamiento, reapropiación del derecho a la salud, las prácticas de autocuidado, la vivienda, entre otras. En palabras de las entrevistadas, algunos aspectos de sus vidas modificados gracias a las acciones e intervenciones del dispositivo:

Quiero poder tramitar lo que me corresponde a mí, poder tener una pensión, a mí me clavaron un picote en el ojo cuando yo tenía 14 años y yo quiero operarme, quiero mirarme al espejo y decir: 'bueno por lo menos hice algo'. Y quiero hacer todo. Estudiar, si tengo que trabajar también trabajo. Lo que no hice durante todos estos años (Jennifer, 34 años).

Ahora que estoy en el taller de literatura acá el profesor me va guiando, me organiza. Escribo poesía, escribo cosas que me flashean, o cosas del consumo o de cuando estuve sin consumo, lo que siento y lo que se me pasa por la cabeza (Gerald, 25 años).

También la investigación, permitió constatar qué sucede con la población que no se acerca al dispositivo por diversos motivos. En esos casos, la intervención de las ranchadas tiene como objetivo conocer el territorio de las personas en situación de consumo problemático de SPA que no consideran la posibilidad de dejar de consumir, con el fin de diseñar estrategias de aproximación, identificar sus necesidades y, posteriormente, desarrollar intervenciones basadas en la RRYD. El testimonio de una de las profesionales subraya la importancia de la intervención *in situ*. Sus palabras son:

Cuando yo entro al dispositivo, la jefa me dice 'acá no nos quedamos a esperar a los pacientes, los vamos a buscar en las ranchadas'. Y me pareció una frase muy llave, porque yo quería eso, salir al territorio, conocer, escuchar la demanda y a partir de ahí ver cómo construir un dispositivo que ofrezca algo acorde a ese encuentro de lo que se demande (Lic. en Psicología).

En los recorridos de las ranchadas observamos que todas las mujeres que se encuentran en situación de calle, también se encuentran en situación de consumo problemático de SPA. Asimismo, identificamos que varones que nos cruzamos en los recorridos, participan de los espacios que propone el dispositivo. Sin embargo, este fenómeno no se manifestó de igual manera en la población femenina y, es por ello, que el enfoque de las ranchadas se centra especialmente en este grupo. La incorporación de la perspectiva de género en el *Proyecto de Ranchada*, en el contexto de la mudanza del dispositivo, ha llevado a las profesionales a reconocer las demandas específicas de las mujeres, buscando establecer vínculos de referencia entre ellas y el equipo de salud. Este proceso busca promover el acceso de las mujeres al sistema de salud pública y garantizar su derecho a una atención de salud integral.

Antes de la pandemia, la población que mayormente circulaba por el dispositivo LOBE eran hombres. De acuerdo a la indagación realizada, tres de las razones que hicieron que incrementara el porcentaje de la población de mujeres en situación de calle y consumo problemático de SPA que concurre a LOBE son, 1) el crecimiento de los niveles de pobreza e indigencia que han resultado en una multiplicación y diversificación de la población expulsada hacia la situación de calle; 2) el contexto de época actual que ha permitido un mayor protagonismo de la mujer en comparación a épocas pasadas y; 3) las profesionales que han buscado una mayor cercanía con esta población femenina para facilitar su acceso al dispositivo. De este modo, se dio un fenómeno en el que ahora la concurrencia al dispositivo es más equitativa entre hombres y mujeres.

Esta intervención territorial que es particular y específica del dispositivo, por lo que es difícil de encontrar una experiencia similar en el resto del sistema de salud de CABA, deja en evidencia cómo a través de un trabajo sistemático es posible generar un diálogo y nivel de confianza con la frecuencia en el contacto entre el equipo profesional y la población del barrio.

En estas intervenciones las acciones que hemos identificado son: la interrupción en el ritual habitual de consumo mediante la entrega de agua y alguna colación, la transferencia de conductas de autocuidado, con el trabajo sostenido del equipo se observa el planteamiento de demandas en torno a la salud mayormente vinculado a heridas físicas y malestares bucales, entre otros.

En lo que respecta a la autopercepción de las mujeres acerca de su situación de consumo, es notable la diversidad de miradas. Como se hizo mención al comienzo de este capítulo, la sustancia más consumida por las mujeres es la pasta base. Algunas de ellas se identifican con uno de los aspectos señalado por Romina, Camarotti y Nuria Romo Avilés (2015). Las autoras sostienen que las mujeres que consumen paco, una vez que han establecido este hábito, comienzan a percibirlo como una sustancia destructiva con efectos negativos que se vuelven visibles de manera rápida. Asociado a este consumo se erige la imagen de «paquera» cuya característica más evidente es la pérdida de peso.

Aquí, breves y contundentes relatos de las mujeres entrevistadas:

Si no me internaba me moría, pesaba 35 kilos, soy adicta a la cocaína, era, bueno soy, no sé (Romina, 58 años).

Yo estaba lastimada, estaba golpeada, en una situación de calle donde yo ya no comía, no me alimentaba, consumía todos los días (Jennifer, 34 años).

Estaba matándome todos los días, porque me mataba todos los días, fumaba pasta base. No comía. Andaba todo el tiempo peleándome, me rompían la cabeza (Gerald, 25 años).

También señalan lo siguiente:

Acá te llenas de cariño, te miman con solo hablarte, con mirarte, con la atención, con la compañía, con estar sentada, te sentís acompañada, y si estas en consumo eso no lo ves. Capaz si yo me estoy dando un pipazo eso no lo noto, y yo acá me encontré a mí misma, esta gente me hizo escucharme a mí misma, valorarme, llorar, sufrir, gritar, reírme. Todo junto (Carmina, 56 años).

Si bien las experiencias de consumo relatadas aluden a situaciones límites, también destacan que una intervención adecuada y comprensiva puede generar un impacto positivo en sus vidas. En LOBE, las mujeres no solo encuentran un espacio de asistencia y contención, sino que también experimentan una profunda conexión consigo mismas, se abren a la posibilidad de sanar y eventualmente recuperarse en diferentes planos de sus vidas.

Mientras algunas entrevistadas adhieren a la imagen e imaginario de paquera, como etiqueta que denota una degradación acelerada en su bienestar y apariencia física, otras mujeres perciben una imagen diferente de sí mismas. Veamos cómo lo dicen:

Yo era recontra extrovertida, yo me drogaba, iba al banco, a comprar, al chino y todo drogándome, nunca nadie me decía que estaba drogaba porque no se me notaba. Era raro porque era una adicta que estaba en situación de calle, pero a mí me veías limpia y con la ropa limpia porque yo también me bañaba lavaba la ropa, la colgaba. (Elsa, 49 años).

Yo reconocí a mi misma que tenía un problema de adicción muy importante, a mi la droga me producía placer. Yo cuando tomaba cocaína, se supone que no te deja comer, dormir, tener sexo. Yo fumaba paste base, comía, dormía y tenía sexo, me veía completamente normal (Carmina, 58 años).

Vemos cómo algunas mujeres mantienen –a pesar de todo - hábitos de cuidado personal y cuidan la apariencia personal no quedando asociadas al estereotipo común de la consumidora de pasta base. De todas maneras, no son los casos más frecuentes.

También fue posible identificar una diversidad de estrategias adoptadas para garantizarse el consumo: algunas mujeres se involucraron en la venta de sustancias ilegales, otras recurrieron a la prostitución, a trabajos informales o changas, y algunas alcanzaron las actividades delictivas. Jennifer y Carmina ofrecen sus relatos sobre esto:

La policía me rompió los huesos y me torturaron por dos horas, hay todo un negocio en la Zona Roja, le tenes que pagar a la policía. Yo terminé más de cinco (5) veces internada en el hospital. La última vez desnuda ¡Termine desnuda! (Jennifer, 34 años).

Yo era trabajadora, me la ganaba, no robaba, no me prostituía, ni la vendía. Me veías en la calle, pero toda prolija, porque era limpia yo (Carmina, 56 años).

Por último, las mujeres usuarias entrevistadas se han referido a las motivaciones para llevar adelante el tratamiento, para intentar espaciar y/o frenar el consumo, a no abandonarse y comenzar a reparar y/o tender nuevos lazos de sociabilidad. Las entrevistadas lo dicen así:

Ojo, me costó salir del consumo, pero lo que me impulsó y me sigue impulsando, es yo poder estar bien para mi hija. Mi hija necesita una mamá. Yo no puedo ser tan egoísta de no darle la oportunidad de que tenga a su mamá. Es lo que más me impulsa, mi hija, mi orgullo, es lo que me da vida, lo que me hace sonreír (Jennifer, 34 años).

Mi hermano vive cerca de casa y tenemos una relación que recién se está iniciando, de hablar monosílabos ahora hablamos un poquito más fluido. Ahora puedo saludar a mi sobrino y yo quiero ser una tía normal para él (Romina, 58 años).

Yo no escupo hacia arriba con mi recuperación, no me siento una persona recuperada, yo me siento una persona que le tiembla el estómago todavía. Y cada vez que me agarran esos temblores, pienso que tengo muchas figuras en mi cabeza, muchas personas a las que no me gustaría fallar. Primero no me gustaría fallarme a mi misma, y después no me gusta fallar (Carmina, 56 años).

Estos relatos demuestran la importancia de los vínculos y los afectos. El apoyo y la red vincular son fundamentales en la recuperación del bienestar y la funcionalidad social. Éstas mujeres luchan por progresar en todos los frentes: salir de la situación de calle, tratar el consumo problemático de SPA, restaurar y mantener la salud, sanar en lo personal y restablecer vínculos y construir nuevos lazos. Luchan por volver a la vida, ni más ni menos.

La búsqueda de reconocimiento: entre la marginalidad y la inclusión social

Los relatos de las mujeres revelan la necesidad de reconocimiento social. Si bien Honneth (1999) no es un autor incluido en el marco teórico del TIF, se consideran aquí algunos aportes de su teoría del reconocimiento para entender la situación de la población estudiada, dado que se trata de un tópico que apareció sin ser previsto en varias de las entrevistas a usuarias. No hemos encontrado investigaciones acerca del reconocimiento social para esta población específica en CABA.

El autor sostiene que el reconocimiento social es esencial para la formación de la identidad y la autoestima de las personas. Asimismo, propone tres dimensiones interrelacionadas de reconocimiento: a) el reconocimiento de amor, b) el reconocimiento social y c) el reconocimiento del derecho. El reconocimiento del amor se refiere a la importancia de establecer relaciones personales cercanas en las que se recibe y se brinda amor y afecto. Esto implica que una persona sea vista como alguien valioso y digno de amor por parte de individuos significativos en su vida (Honneth, 1999).

La mayoría de las mujeres entrevistadas se han criado en familias disfuncionales, signadas por altos niveles de conflictividad y un deterioro de las relaciones afectivas primarias. En estas situaciones, las mujeres no han experimentado reciprocidad afectiva con familiares y seres queridos cercanos. Una experiencia familiar narrada por una de las mujeres:

Entonces yo necesitaba mucho el cariño de mi tía, y bueno me cerraron la puerta. Pasa mi tía por al lado mío y no me saluda. En principio yo hablaba y lloraba porque me dolía, yo necesitaba de ellas. Les escribía que me perdonen, que yo no lo hice a propósito, que no estaba bien (Jennifer, 34 años).

Otras mujeres refieren falta de figuras maternas y paternas. Carmina, por ejemplo, menciona que nunca conoció a su padre y siempre sintió su ausencia, mientras que Jennifer quedó en situación de calle a los 9 años debido al fallecimiento de sus progenitores. La ausencia de las figuras parentales durante la niñez influye en el desarrollo psíquico y emocional de cualquier niño en esta circunstancia de vida, y con consecuencias para la vida adulta.

Asimismo, al indagar sobre los cambios producidos por el dispositivo en las trayectorias y experiencias de vida de las usuarias, varias de las mujeres refirieron el aprendizaje de la afectividad:

Aprendí un montón de cosas, porque yo no soy una persona de abrazar, de tener contacto, de querer y de amar. Y yo aprendí a querer a las chicas. Aprendí a demostrar cariño y afecto y también a recibirlo (Jennifer, 34 años).

Acá cambié mucho. Ahora abrazo, yo soy muy reacia al abrazo, a esas cosas. Pero ahora doy besos, abrazo, un te quiero mucho, le digo a Lore por ejemplo (Romina, 58 años).

Las palabras de las entrevistadas son claras a este respecto, LOBE les ha proporcionado no solo un espacio de atención, protección, escucha, aceptación y reconocimiento, sino también la posibilidad de entablar vínculos afectivos con pares. El origen y el pasado no pueden modificarse, pero el rumbo de vida puede cambiar y mejorar. En el dispositivo, las mujeres encuentran la posibilidad de vivir nuevas experiencias y nuevos vínculos que no vienen a reemplazar las ausencias ni a cubrir carencias, sino a vivenciar «lo nuevo» para resignificar sus historias, sanar las heridas, reeducarse desde el amor propio y a partir del reconocimiento de los otros.

Yo salía de una relación repleta de violencia, desde puteadas hasta lo que te imagines... en este lugar me trataron como si fuera una reina y me dieron tanto afecto que empecé a salir de a poco (Gerald, 25 años).

De hecho, algunas mujeres han construido y consolidado relaciones socio-afectivas con los integrantes del equipo de LOBE. Encontrando en cada profesional una forma de sostén, el dispositivo representa un refugio para muchas, incluso lo describen como su familia. A menudo, la sociedad enfatiza el papel de la familia biológica como un mandato social incuestionable. La experiencia de las mujeres usuarias de LOBE demuestra que existen lazos de familiaridad que se construyen más allá de las condiciones biológicas y los modelos sociales y culturales de familia tradicionales.

El lazo de familiaridad construido entre usuarias y profesionales es significativo y fortalecedor para ellas. Se reitera que se trata de mujeres que se enfrentan a situaciones de discriminación y marginalidad social pero que, sin embargo, revelan una verdad sobre las relaciones humanas que desafían las convenciones y patrones familiares y sociales que son impuestos. Las usuarias lo expresaron del siguiente modo:

A sentir que vale la pena, que se puede. Si una tiene ganas y tienen las condiciones necesarias alrededor, porque solas no podemos. Pero LOBE me dio eso, una familia y por eso estoy pudiendo (Carmina, 56 años).

Es mi familia esta. Creo que para mi marido y para mí, que no tenemos a nadie. O si bien lo tenes, no lo tenes (Romina, 58 años).

En la entrevista con Romina, nos cuenta que su hermano, si bien la cruza en el barrio, no entablaba relación con ella. Esa situación se revirtió a partir de la recuperación en su situación de consumo problemático de SPA, argumentando que la relación ahora crece lentamente. Se habla no solo de una recuperación de la salud integral, sino también de los lazos sociales. También están las mujeres que crearon vínculos más estrechos en las actividades de socialización del dispositivo y, por ende, han trascendido este espacio social.

Acá conocí a mi marido, hace más de cuatro años que estamos juntos. Tenemos alianza, de oro no alcanzó. Pero mejor, porque podía sacarlo y venderlo así está mejor, está linda la quiero como si fuera de oro (Romina, 58 años).

El reconocimiento social, explicado por Honneth, se refiere al respeto recibido por la sociedad en su conjunto, es decir, al hecho de ser considerado como un miembro legítimo y valioso de la comunidad, independientemente de las características personales y/o circunstancias de vida. La experiencia de entrevista es un buen ejemplo de esto: la posibilidad de expresarse y ser escuchadas respetuosamente por estudiantes, reconocidas como sujetas de derechos, creando un espacio especial para la apertura emocional que supone compartir una narrativa de vida, ha tenido como efecto que las entrevistadas se sientan vistas, reconocidas, valoradas y útiles. Todas las mujeres entrevistadas enfatizaron en su disposición a brindar sus nombres reales¹⁸ y expresaron su deseo de ser identificadas. En ocasiones, incluso hicieron bromas sobre dar autógrafos, evidenciando entusiasmo y alegría por participar en la investigación.

Jeniffer nos solicitó que enviáramos los audios de la entrevista a la Lic. en Trabajo Social, para que pudiera escucharla ella también y apreciar su compromiso y lo bien que había hablado en la entrevista. Romina se acercó, en el espacio de desayuno, para decirnos que no habría ningún problema si le dábamos detalles de la entrevista a la Lic. en Psicología.

Por su parte, el relato de Carmina fue confuso y desordenado, incluso muchas veces no respondía a las preguntas, iba recordando acontecimientos de su vida, y nos consultaba si podía contarlos, eligió darnos información personal que nunca antes había compartido con nadie. Al preguntarle a qué edad había comenzado a trabajar, nos comenta que ella nunca festejó, ni tuvo torta de cumpleaños. Compartir esto es una manera de acercarse, de buscar escucha y comprensión, y también de conectar con la validación de su historia y de sus sentimientos como parte de nuestro reconocimiento social hacia ella.

¹⁸ En concordancia con lo expuesto en el Capítulo III, se ha optado por la utilización de seudónimos en todos los casos. Esta decisión tiene como propósito salvaguardar la confidencialidad y preservar la identidad tanto de las mujeres entrevistadas como de las profesionales involucradas en este estudio.

Las mujeres entrevistadas manifestaron profundo agradecimiento por participar de la investigación. Jennifer estaba especialmente contenta de haber sido seleccionada como primera entrevistada:

Estoy agradecida por ser la primera entrevistada, me gusta. Gracias a Dios puedo expresar lo que siento y lo que me pasa. Muchos años estuve callada. Muchos años me callé y hoy por hoy no me quiero callar más (Jennifer, 34 años).

Carmina, con lágrimas en los ojos, lo expresó así:

Estoy llorando porque estoy contenta, porque estoy emocionada, porque estoy con personas que esto les va a servir y a mí también me sirve. Esto es como dar y recibir. La mejor medicina que hay para los solitarios es la compañía, es la atención de las personas. A mí me sirve que ustedes me escuchen (Carmina, 56 años).

El anhelo de reconocimiento, validación y visibilidad de sus historias, y de ellas mismas, queda expresado en las entrevistas. Como investigadoras/entrevistadoras, lo percibimos -de distintos modos- en los encuentros e interacciones. Esta búsqueda de reconocimiento no se limita a relaciones cercanas, sino que también abarca el ámbito más amplio de las interacciones sociales. Las entrevistadas lo expresan de esta forma:

Me hicieron dar cuenta que se preocupaban por mí, y ahí empecé a venir. Yo pensaba que no me quería nadie, todo mal, y no soy tan poca cosa (Elsa, 49 años).

Todo va mejorando igual. Poco a poco, paso a paso. Los vecinos ahora desde que estoy con él y no estoy en consumo me saludan, a veces me dan cosas para mí, para ver si necesito. Antes ni me miraban y eso fue muy importante para mí (Romina, 58 años).

Aunque es innegable que el proceso de reconstrucción personal a partir de la recuperación de autovaloración y amor propio supone un trabajo arduo, complejo y prolongado consigo mismas; con avances y retrocesos, el relato de todas las mujeres que asisten al dispositivo -en menor o mayor medida- evidencia logros en este sentido, principalmente, asociados a la recuperación del sentido de la vida y la identidad personal. La necesidad de ser vistas, valoradas y reconocidas es parte importante en este camino hacia la reinserción, integración e inclusión social. Sin lugar a dudas, el entorno y la comunidad juegan un papel de importancia en la construcción de identificaciones, la autoimagen y la autoestima de las personas y, en las personas en situación de vulnerabilidad y/o exclusión social, este papel es vital.

Algunas entrevistadas han destacado positivamente conocimientos y habilidades aprendidos e incorporados en otras etapas de sus vidas que, incluso, les ha otorgado la posibilidad de reivindicarse socialmente.

Yo quiero trabajar o perfeccionarme en algo, tengo varios cursos hechos, quiero tener la garantía de que yo hice esas cosas. Hice auxiliar en veterinaria, operadora terapéutica, abordaje en adicciones, hice taller de literatura, refrigeración, taller de costura y tejido (Jennifer, 34 años).

En esta condena me gané un estímulo educativo. Y vos te ganas eso con tus estudios y buenas notas ¿viste? (Gerald, 25 años).

Las mujeres nombran cualidades y habilidades que han ido desarrollando en situación de calle, y, gracias a ello, se han sentido útiles y reconocidas. Honneth entiende la solidaridad como una forma de reconocimiento recíproco donde los individuos se valoran de manera igualitaria y logran desarrollar habilidades dentro del grupo o colectividad.

Me volví tipo la doctora Queen, viste. Me venían los pibes apuñalados y yo los curaba, los medicaba, les daba antibióticos. Una locura mi vida, pero tenía eso de gente, nunca tuve egoísmo (Elsa, 49 años).

LOBE representa un espacio de convivencia que organiza rutinas y reeduca en valores. El dispositivo las hace sentir seguras y cómodas, y allí pueden expresarse con libertad. No obstante, existen normas que diferencian lo correcto y lo incorrecto, y reglas de conducta social. No están permitidos los robos, el consumo de sustancias, las acciones violentas hacia el personal y /o compañeros. Si bien cumplir con estas pautas es un desafío considerando que las usuarias provienen de entornos violentos, donde no se respetan normas ni se les imponen restricciones, las mujeres del dispositivo las aceptan, con compromiso, como un aprendizaje. Hemos observado situaciones en las que tras un episodio de violencia, las usuarias reconocen su error, piden disculpas y participan en conversaciones dirigidas por profesionales para abordar y reflexionar al respecto.

Las normativas institucionales, reglas de convivencia y pautas de comportamiento son muy importantes, en forma conjunta con la cuestión del autocuidado que revisamos más arriba. Tanto la incorporación de rutinas y hábitos saludables, así como el disfrute del tiempo libre mediante la participación en talleres (huerta, arte, lectura, etc.), fomentan la valoración personal, proporcionan escucha creando un ambiente propicio para la expresividad y creatividad, que no solo construye confianza en uno mismo, sino también en los vínculos. Este espacio fomenta la valoración personal, proporcionando, como dijimos, un ambiente de

escucha y reconocimiento mutuo que contribuye a un proceso de empoderamiento y recuperación de la dignidad de las mujeres.

El tercer reconocimiento que plantea Honneth es el reconocimiento del derecho. Éste se refiere a la validación de los derechos legales de una persona en la sociedad. Implica el tratamiento igualitario ante la ley y el acceso a los mismos derechos y oportunidades que el resto de los miembros de la sociedad (Honneth, 1999). El mismo abarca una amplia gama de aspectos sobre el tema, algunos de los cuales han sido abordados en este capítulo bajo el subtítulo: Derecho a la salud y experiencias de atención.

Sin embargo, además, se ha identificado retomando los aportes de Tortosa (2020) una ciudadanía restringida, dado que la vida en la calle se presenta como territorio adverso para el ejercicio pleno de los derechos. Antes de acercarse e integrarse progresivamente en el dispositivo, las mujeres desconocían cuáles son sus derechos y, consecuentemente, no accedían a los mismos.

Estoy tramitando con Carla, la pensión, cosas que yo había dejado porque no me importaba nada. Hoy quiero vivir mejor (Romina, 58 años).

Yo fui NN por 34 años, peleé mucho por mi identidad. Hoy quiero hacer una pensión por mi discapacidad, me quiero operar, y todas estas cosas, esta posibilidad no la tenía antes. Hoy puedo pedirle ayuda a la asistente social, presentarme en un lugar, presentar mis papeles (Jennifer, 34 años).

Hoy desarrollo social me cierra las puertas, pero voy a insistir para que me las abran de nuevo (Carmina, 56 años).

En situación de calle, lo urgente es la satisfacción de necesidades básicas y garantizar la supervivencia diaria (conseguir comida, ropa y un lugar donde dormir, entre otros). La participación en LOBE tiene un impacto positivo en este aspecto. Las mujeres han narrado en entrevistas, también lo hemos observado y ha sido referido por las profesionales, que involucrarse en el tratamiento en el dispositivo, las ayuda a identificar y reconocer sus derechos, exigirlos y defenderlos activamente.

Madres en situación de calle: presencia y ausencia de roles

Inicialmente, la cuestión de la maternidad no formó parte de los ejes de indagación, sin embargo, las mujeres entrevistadas sintieron la necesidad de compartir sus experiencias en relación a este tópico. Además, durante el trabajo de campo, observamos que varias usuarias se acercan con demandas relacionadas con la maternidad. El apartado cobra una relevancia

particular, debido a que se realiza una aproximación a la configuración de un tema sensible y complejo, en una población de mujeres que vive al límite.

Carmina, tuvo a su hijo a los 36 años y vivieron juntas en el barrio del Bajo Flores hasta que el niño tenía aproximadamente 12 años. Debido a su problemático consumo de alcohol, decide dejarlo al cuidado de su cuñada y posteriormente Carmina comienza a consumir pasta base. La entrevistada expresó al respecto:

Cuando fui a entregar a mi hijo. Lo dejé y salí, camine hasta la iglesia y fui a pedir fuego y había unos ahí y les pregunté: y eso que tal es?. Los insulté, ¿esa porquería no hace nada payasos! Y así me fue, quedé convertida en payaso yo (Carmina, 56 años).

Elsa, es madre de dos hijos. Plantea que su primer hijo es producto del amor y que cuando fallece el padre de su hijo y amor de su vida, ella descuida al niño y, finalmente, decide dejarlo a cargo de los abuelos. En sus palabras:

En vez de activar mi lugar, mi parte de que yo también tengo la capacidad de solucionar, me hundí en la droga y me olvidé de mi hijo. Yo pensaba en levantarme, llevarlo al colegio y tomarme el palo para irme a drogar, así que los que estaban pendientes de mi hijo eran mis viejos. Creció así, al padre lo mataron y la madre una falopera (Elsa, 49 años).

En lo que respecta a su segunda hija, Elsa relata un embarazo no deseado que tuvo que llevar a término, debido a que el padre de la niña era miembro de la Iglesia Apostólica Romana y la amenazó con denunciarla en caso de interrumpirlo. Elsa comenta que, al comunicarle a su hijo, quien en ese momento tenía 16 años, que iba a convertirse en madre nuevamente, se produjo una ruptura en la relación, ya que él reaccionó con enojo y disminuyeron gradualmente el contacto.

Yo tuve que traer una hija al mundo, que no es hija del amor. Entonces cuando yo me vi en esa situación de vulnerabilidad de situación de calle, le dije: 'acá tenes a tu hija, no la querías matar porque estabas en contra de todo. Bueno, acá la tenes, ahora hacerte cargo vos'. Suena horrible y egoísta, pero sinceramente fue lo que sentí. Y en esos años de calle yo potencie mi consumo (Elsa, 49 años).

En cuanto a Jennifer, tiene cuatro hijos y su primer embarazo lo transita a los 15 años en situación de calle. Adjudica que no pudo sostener la crianza debido a su situación de consumo problemático de SPA, y que solo tiene vínculo con su hija menor, que al momento de la entrevista tiene 10 años de edad. Sobre este tema, la entrevistada comenta:

Tengo cuatro hijos y yo solamente crie a M. Por consecuencia del consumo no pude ser mamá presente de mis otros hijos. Y ella tiene la esperanza de que su mamá esté con ella todos los días (Jennifer, 34 años).

Todas las madres entrevistadas han delegado la responsabilidad del cuidado de sus hijos a otra persona durante sus experiencias de vida en situación de calle. En el momento de las entrevistas, ninguna de ellas estaba a cargo de la crianza de ellos, a pesar de que algunas manifiestan el deseo de hacerlo. Esta imposibilidad de ejercer el rol materno se encuentra agravada por varios factores. En primer lugar, la situación de consumo problemático de SPA, obstaculizada por condiciones de vida extremadamente precarias que afectan su bienestar integral. Además, sus experiencias de niñez, marcadas por la carencia de vínculos afectivos -como se ha abordado bajo en el subtítulo: El ingreso de las mujeres al circuito de la calle- han influido en su capacidad para desempeñar el papel de madres. La falta de apoyo afectivo durante sus trayectorias de vida dificulta su capacidad para convertirse en sujetos conscientes y responsables de sus propias vidas y de las de sus hijos. Asimismo, las prácticas de cuidado -aspecto abordado a lo largo del análisis- arrojan luz sobre la construcción de la maternidad en el contexto de la calle. Con la intervención del equipo profesional, estas mujeres han comenzado a adoptar prácticas de cuidado, junto con un trabajo emocional que incluye el reconocimiento de sus derechos y el acceso a información relevante. Sin embargo, antes de incorporar estas prácticas, las mujeres no estaban atendiendo adecuadamente ciertos aspectos de sus propias vidas, como su salud, alimentación, entre otros. En este sentido, se comprende que si una persona no es capaz de cuidarse a sí misma, se ve obstaculizada la posibilidad de asumir la responsabilidad de cuidar de otra.

Los relatos de las mujeres entrevistadas, se entrelazan con las situaciones que hemos presenciado a través de observaciones programadas en la atención por demanda espontánea. Se ilustra el caso de Irma, quien para salir de la situación de calle en la que se encuentra con su hijo, se muda a la vivienda de la persona para la que trabajaba en la venta de sustancias ilegales, tras lo cual su hijo revela ser víctima de abuso por parte de esta persona. Irma se dirigió al dispositivo experimentando sentimientos de angustia y desesperación, junto con inquietudes no solo acerca de cómo abordar la situación, sino también con un temor sustancial a ser objeto de juicio público debido a lo acontecido con su hijo.

A modo esclarecedor, el relato de Irma, representa una de las tantas veces que presenciamos a la población usuaria en busca de contención/asesoramiento/asistencia/escucha en pos de temas relacionados a la maternidad. Al mismo tiempo, repensamos cómo la responsabilidad del cuidado es un asunto dirigido específicamente a las mujeres, quienes, en

su mayoría, se encuentran solas intentando llevar adelante la crianza de sus hijos, en un contexto que dificulta aún más la planificación y ejecución de las prácticas de cuidado. En este marco, los roles de género, las prácticas de cuidado y el mandato de la maternidad también están presentes en la realidad de las mujeres en situación de calle.

Como sabemos, el mandato cultural dominante de «ser buena madre» recae sobre todas las mujeres sin distinción de clase social, y es una característica inherente a la feminidad, constituyéndose ésta en un distintivo al cual se apegan las mujeres al ser lo esperado socialmente. El proceso de construcción social de la maternidad implica la creación de mandatos relacionados con la práctica de ser madre que están arraigados tanto en individuos como en instituciones. Estos mandatos se reflejan en discursos, imágenes y representaciones, lo que da lugar a un imaginario complejo en torno a la maternidad basado en una noción esencialista. Los criterios normativos de una buena maternidad se basan en la capacidad de adaptarse a las necesidades del hijo, y la responsabilidad del bienestar del mismo sobre el de la mujer, delimitando el *buen* comportamiento maternal (Lamas, 2001). Es así que, una vez más, esta población de mujeres es doblemente juzgada y la situación de ejercer la maternidad se complejiza de manera severa, dado que, muchas veces, no cuentan con los recursos materiales y simbólicos para hacerlo. Estos recursos se relacionan a dimensiones de lo subjetivo, emocional, económico, etc. A continuación, le damos sustento teórico a estas afirmaciones.

Maffia (2011) señala que, en la sociedad actual, las mujeres que consumen sustancias a menudo se alejan de las expectativas tradicionales de sus roles de género, incluido el estereotipo de la madre idealizada que vive por y para los demás. Es así que las mujeres que son madres y consumen SPA, enfrentan un doble estigma por ser consumidoras de sustancias y por desafiar el modelo socialmente construido de la mujer-madre y protectora. Jennifer lo expresa así:

Durante todo este tiempo que yo estuve en consumo siempre lloré por... mi tristeza, mi bronca, mi dolor es por no poder ser su mamá (Jennifer, 34 años).

En segundo lugar, el sentimiento de culpa se relaciona con el hecho de haber tenido que dejar a sus hijos al cuidado de otras personas. Esto se vincula con la noción de «mala madre» discutida por Vereza (2004): “*El fenómeno de las ‘malas madres’, que son mujeres que no cumplen con las expectativas ideales de este papel social y, como resultado, son estigmatizadas, señaladas, penalizadas o diagnosticadas de diversas maneras y formas, dependiendo de la gravedad de su supuesto incumplimiento*” (p. 17). Esta idea, encapsula la

esencia atribuida a la maternidad, incluyendo el instinto maternal, la paciencia, la capacidad de sanar, de cuidar, de atender, de proteger y de sacrificarse.

No obstante, es esencial subrayar que los vínculos maternos entre las usuarias presentan diferencias; cada una de ellas ejerce un tipo de maternidad y rol materno de acuerdo a sus condiciones de vida y posibilidades de maternar. En consecuencia, el tipo de relación con sus hijos también es diverso, no homogéneo. Siguiendo la perspectiva planteada por Sánchez (2016), la maternidad se revela como una construcción social profundamente influenciada por condiciones históricas y culturales específicas. Además, intervienen factores económicos y políticos que regulan tanto su ejercicio como su relación con el trabajo y la sexualidad. En este sentido, la maternidad no puede ser reducida a un único estándar.

La diversidad de maternidades y de experiencias maternas fue cabalmente expresada en las voces de la población en estudio. Sobre esta situación, Elsa experimenta notables discrepancias en las relaciones con sus dos hijos: Martín y Esmeralda. Con su hijo Martín experimenta profundos sentimientos de angustia y tristeza, cuando lo nombra rompe en llanto porque su contacto con él es limitado. Luego de su liberación, hace dos años, solo intercambió diez (10) mensajes con él. Elsa atravesó una operación recientemente, y cuenta que la comunicación con su hijo, por acotada que fuera, le dio fuerzas en su recuperación.

En contraste, su relación con Esmeralda muestra un matiz diferente. Aunque Elsa manifiesta su disposición a ayudar a su hija si lo necesita, no siente la misma urgencia por mantener comunicación fluida con ella. La entrevistada compartió sus pensamientos al respecto:

Es un vínculo que me cuesta mucho, yo no quise tener a mi hija, y él no me lo permitió en ese momento. Al principio, cuando recupere la libertad, fue una negación total de ir a encontrarme con ella, de verla, de aceptarla, porque con sinceridad te digo, no me generaba nada (Elsa, 49 años).

Por su parte, Jennifer también resalta un vínculo excepcional con una de sus hijas:

Aparte yo estuve en consumo y yo me sentaba y me largaba a llorar, pero mal, se ve que las dos sentíamos lo mismo. No sé cómo se llama eso que madre e hija sienten la misma necesidad, y el mismo sentimiento de estar juntas, de extrañar. Nunca me paso, es re loco, pero con mis otros hijos no me paso, pero con M es como que somos muy... tenemos un lazo muy fuerte (Jennifer, 34 años).

En este sentido, el concepto del ‘mito del instinto maternal’, como lo plantea Sánchez (2016), aplica a muchas de las experiencias de estas mujeres. Las mujeres usuarias enfrentan

una lucha constante contra las expectativas sociales tradicionales sobre la maternidad, que se ven reflejadas en la idea de un instinto materno funcionando por encima de circunstancias sociales, culturales y personales. Desde esta idea de instinto materno, nuevamente, se señala a las mujeres como las únicas responsables del cuidado global de sus hijos. Desde un ideal predefinido de maternidad, que no siempre es realista, las mujeres son sometidas a presión social, al control y la vigilancia del rol y las funciones maternas (Sánchez, 2016). Al respecto Carmina aporta:

Hoy acepto la vida que llevo y me considero una madre que espera, que espera siempre y todos los días de mi vida son así. Siempre espero un mensaje, si no llega a la noche lo saludo, contesta y creo que esos son los pequeños premios de una persona que estuvo ausente por muchos años, enferma de la cabeza. No me desespero, aprendí a quererlo a distancia, se que lo amo (Carmina, 56 años).

Mediante las observaciones sistemáticas en la sede de LOBE, constatamos que las demandas relacionadas con la maternidad son marcadamente heterogéneas. La pluralidad de demandas relacionadas con este tema invita a plantearnos preguntas sobre las presencias y ausencias de roles y funciones maternas, sobre las formas de maternar viviendo en la calle, y también con relación al impacto de la intervención profesional en esta dimensión social y subjetiva fuertemente constitutiva del sujeto femenino. Algunas de las demandas identificadas abarcan: medidas de abrigo con sus hijos, embarazos, situaciones de abuso sexual infantil, madres en busca que asesoramiento por hijos consumidores de SPA, violencias de género, procesos de adopción, entre otros.

Una de las intervenciones del equipo profesional, a la que hemos tenido la posibilidad de llevarle un seguimiento, es la situación de Maite. La usuaria reside junto a su pareja en un rancho frente a LOBE, lo que facilita el contacto continuo ya que recurren en busca de desayuno y, en ocasiones, nos acercamos durante el recorrido de las ranchadas. Maite enfrenta trastornos de salud mental vinculados a su consumo de SPA, que dificultan la comunicación. En el período de desarrollo de la investigación, Maite queda embarazada y toma la decisión de llevar adelante el embarazo. El equipo profesional del dispositivo brinda un seguimiento durante el período de embarazo de Maite, e informa acerca de las medidas que toma el Consejo de Protección de Niñas, Niños y Adolescentes una vez que el bebé nazca por riesgos evidentes.

Inicialmente, la medida del Consejo consiste en que Maite y su hijo se establezcan en un hotel. Sin embargo, dos semanas después del nacimiento del niño, Maite opta por regresar al rancho en el que residía anteriormente con su pareja. Durante conversaciones informales con

las profesionales, se ha transmitido que desde la reubicación del dispositivo -que tuvo lugar en el año 2019- Maite ya habitaba el rancho ubicado frente a LOBE. En este contexto, su decisión de abandonar el hotel asignado en favor del regreso al rancho refleja nuevamente el profundo arraigo que esta población puede experimentar hacia su condición de vida en la calle, como fue previamente planteado en el análisis mediante los aportes de Biaggio (2013). Además, la dificultad que Maite enfrenta al tener que vivir en un lugar que impone límites y normativas de organización a las cuales no está habituada, influye significativamente en su elección de regresar al rancho. De hecho, en varias ocasiones durante las actividades de desayuno, la usuaria desacata las normas del dispositivo, dando lugar a episodios de violencia verbal dirigidos hacia las profesionales o manifestando violencia física hacia su pareja dentro de las instalaciones de LOBE.

La situación de Maite, se vuelve aún más compleja debido a la fragilidad en los vínculos familiares, quienes no están en condiciones de hacerse cargo del niño, por lo cual ingresa en un proceso de adopción. A pesar de que se habían acordado visitas para mantener el contacto entre ambas partes, Maite no asiste a ninguna de ellas.

Es importante destacar que, de acuerdo a el Código Civil y Comercial de Argentina, la adopción es una medida excepcional que se decide cuando un niño, niña o adolescente ya no tiene posibilidad de permanecer con su familia, debido a que no cuentan con la posibilidad de procurar los cuidados tendientes a satisfacer sus necesidades afectivas y materiales. Algunos de los motivos por los que se puede declarar la adoptabilidad son: i) la permanencia en la familia biológica representa un riesgo para la integridad del niño; ii) la familia manifiesta su deseo de no hacerse cargo de su cuidado y crianza; iii) los padres han fallecido y no se conoce su familia biológica o no puede asumir la responsabilidad, entre otros (Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, 2017). En ese sentido, la Convención de los Derechos del Niño señala que, antes de considerar la adopción, deben agotarse todas las posibilidades de re vinculación.

La maternidad de las mujeres usuarias se encuentra inmersa en un contexto de extrema precariedad y vulnerabilidad social. El análisis de las entrevistas, nos convoca al abordaje de esta experiencia particular sobre la maternidad que, más allá de los matices, se asocia a la precariedad absoluta y la carencia de recursos básicos. Desprovistas de *todo*, transitan la maternidad desde el amor y el desamor, la pérdida y la recuperación, la proximidad y la distancia. La maternidad de las mujeres en situación de calle y consumo de SPA, es una experiencia crítica, y la falta de información para la concientización es una constante. En este punto, el dispositivo brinda información pertinente, asesoramiento y articulación con otras instituciones que acompañen los procesos. Un fragmento de entrevista a este respecto:

Entonces, también algo del vínculo con las defensorías, que a veces es complejo y muchas veces difícil para las personas poder acceder a eso, a una comunicación certera con la defensoría, a que puedan entender por qué, digamos, cuál es el proceso. Muchas veces no les explican demasiado bien, porque se toma una determinación, sea que al niño o niña toman la media excepcional y es separado del grupo familiar; o queda a cargo de otra de otra persona de la familia. Entonces, bueno, todo ese proceso también de alguna manera lo acompañamos. Siempre en equipo (Lic. Trabajo Social).

A partir de analizar las intervenciones que llevan adelante les profesionales, se da cuenta de la importancia de contar con dispositivos como LOBE, que implementen un abordaje interdisciplinario e intersectorial para brindar asesoramiento, contención y apoyo emocional a las personas. Se debe considerar un enfoque integral y compasivo, debido a que muchas veces las decisiones en situaciones de vulnerabilidad se ven entorpecidas por la falta de apoyo y la preocupación constante por el estigma social y las cuestiones prácticas. A su vez, es necesario tensionar la intervención que se centra en evaluar únicamente la capacidad o no de maternar que tienen las mujeres, en particular de aquellas que se encuentran en situación de vulnerabilidad y exclusión social, a fin de no recaer en prácticas estigmatizantes que juzgan y culpan a las mismas por no cumplir con las expectativas del rol de buena madre o por no tener ese ‘instinto maternal’ a ojos del resto.

CONCLUSIÓN

A través de estas páginas realizamos una primera aproximación a las experiencias de mujeres en situación de calle y consumo problemático de SPA, usuarias de un dispositivo de salud de CABA. La investigación llevada adelante ha sido el resultado de una articulación de enfoques teóricos, metodologías y materiales obtenidos mediante trabajo de campo activo para dilucidar *de qué manera el dispositivo LOBE interviene y contribuye a transformar la trayectoria de vida de las mujeres en situación de calle y consumo problemático de SPA que concurren al mismo*. Dicho esto, es pertinente retomar el objetivo general de la investigación, para utilizarlo como ordenador de las ideas con las que pretendemos concluir. Éste mismo es: *generar un aporte desde el Trabajo Social vinculado a la intervención sociocomunitaria en salud, a partir del estudio de caso de usuarias de un dispositivo de salud pública de CABA*.

Nos enfocamos en conocer las experiencias de las mujeres en situación de calle y consumo problemático de SPA, adoptando una mirada desde la perspectiva de género para la comprensión del fenómeno, es decir, una mirada que reconoce las desigualdades así como las diferencias de género reproducidas en -y por- el sistema social capitalista y patriarcal. A partir del relevamiento de investigaciones previas del campo problemático y de los relatos de las mujeres usuarias, podemos afirmar que sus vidas están atravesadas por violencias múltiples desde la niñez, es decir, que responden a determinantes sociales generados y reproducidos por la organización social imperante.

Los cuerpos de estas mujeres son territorios atravesados por la violencia. De ahí en adelante, la vida social y personal, y sus trayectorias en el circuito de la calle están signadas por la violencia, la vulnerabilidad y la precariedad material y simbólica.

Si bien la violencia de género es una problemática que afecta a la sociedad en su conjunto, sabemos que recrudece en los sectores más desfavorecidos económica, social y culturalmente. El déficit habitacional y las precarias condiciones materiales de existencia, sustentados en la concentración del capital y atravesados por la desigualdad de género, vuelve a los llamados barrios de emergencia de CABA, escenarios de erosión de los derechos humanos en general, y de los derechos de las mujeres en particular. La falta de acceso a recursos y medios básicos en personas en situación de calle trasciende la problemática habitacional, e incluye la afectación de los derechos a la salud, la educación, el trabajo, los servicios públicos (agua, electricidad, gas), y a una vida libre de discriminaciones y violencias (entre otros).

Esta vulneración constante de los derechos de las usuarias, afecta sus vidas de forma interseccional, dando cuenta de la complejidad que acarrea su intervención, y evidenciando la urgencia del compromiso del Estado en la ejecución efectiva de políticas públicas integrales que impliquen la asistencia y el acompañamiento inmediato, el análisis interdisciplinario de los determinantes y condicionantes de las situaciones, y la capacitación intersectorial para la erradicación de las violencias. En este sentido, destacamos los lineamientos del enfoque de salud comunitaria y la LNSM, como marco normativo vigente, que a través de su perspectiva transdisciplinaria y multisectorial, logran integrar los aspectos sociales (económicos, políticos y culturales), psicológicos y médicos, así como las lecciones aprendidas a partir de experiencias previas; siendo además menester la adhesión activa y comprometida de los profesionales en su implementación.

Uno de los aspectos trabajados en el análisis, a partir de los relatos de entrevista, es la cuestión de la higiene personal como necesidad básica e inmediata. Se sostiene la idea de que el acto de habitar la calle sumerge a las mujeres a un ambiente carente de reglas y privacidad. Entonces, acceder a un servicio como una ducha se convierte en un desafío cotidiano, debido a que esta opción no suele estar disponible en el circuito de la calle.

En este contexto, LOBE emerge como un actor central, porque a través de la elaboración de diagnósticos situacionales, la intervención se orienta a satisfacer las necesidades y demandas particulares de la población del barrio. Se observa que el acceso a esta práctica, así como al desayuno comunitario, allanan el camino de entrada y permanencia en el dispositivo, y producen mejoras tangibles en el bienestar físico, emocional y mental de las mujeres usuarias. Al habilitar un espacio de retorno a lo habitual, las mujeres se encuentran con el ocio, con la interacción con otras y con la (re)incorporación de rutinas saludables. Este análisis subraya la importancia de no subestimar el valor de lo que podría parecer trivial para muchas personas. Un baño o una comida en un lugar protegido, para estas mujeres es un regreso a la comunidad y una oportunidad para cuidar de sí mismas, haciendo hincapié en que alguna vez tuvieron y pueden volver a tener, una vida desligada de la calle.

En lo que respecta al derecho a la salud, existen barreras de acceso a la atención para la población de sectores marginales. Estas barreras no sólo se limitan simplemente a la escasa disponibilidad de centros de salud en el Bajo Flores, sino que existen obstáculos adicionales que afectan a la población en estudio, debido a los estigmas y prejuicios sociales que recaen sobre ellas. Esta negativa a la asistencia sanitaria nos lleva a reflexionar sobre el rol de los profesionales de la salud, y destaca la necesidad de que el Estado garantice supervisión y regulación efectiva para asegurar la coherencia y coordinación entre el marco normativo de

los derechos humanos y el ejercicio de la profesión. Esto incluye promover una atención que sea responsable, ética y equitativa en los organismos públicos de salud. Si bien la LNSM ha generado un aporte significativo en materia de derechos, en las entrevistas realizadas se observa que existe una brecha entre los discursos y las prácticas cotidianas. En conclusión, se evidencia la necesidad de (re)pensar la intervención en los dispositivos de salud, para garantizar que todas las personas, independientemente de sus condiciones de vida y hábitos, tengan igualdad de acceso a los servicios de salud y reciban un trato justo y digno.

En este marco, las mediaciones socio-comunitarias que enmarca LOBE, reconocen la interacción entre los determinantes sociales -trabajados a lo largo de la investigación- y la salud, dando como resultado respuestas orientadas a una intervención que influya de manera integral en las condiciones de vida de las usuarias. En concordancia con la LNSM, se aplican herramientas diversas para abordar los problemas relacionados a la salud de las mujeres, donde efectivamente logran disminuir las barreras de entrada al sistema.

En definitiva, las problemáticas que atraviesan las mujeres en situación de calle y consumo problemático de SPA componen un mapa complejo. Estas sujetas son funcionales a un sistema que, a la vez que las excluye, perpetúa su situación. Sin embargo, este análisis arroja luz sobre la efectividad de la intervención desde la perspectiva de RRYD en relación al consumo. Se identifica que las mujeres usuarias logran problematizar esa habituación, y experimentan notables transformaciones en sus trayectorias de vida.

La intervención desde la RRYD, promueve prácticas de autocuidado y la posibilidad de regular sus conductas. De manera significativa, estas mujeres son conscientes de que, en caso de no poder mantener el tratamiento, tienen la libertad de reiniciar el proceso cuando lo consideren necesario, sin temor a ser objeto de juicios y preservando su autonomía. Este análisis exhibe la necesidad de abordar esta problemática desde las necesidades y trayectorias particulares de cada persona.

En tal dirección, uno de los hallazgos de la investigación se relaciona a la detección de un notable compromiso ético por parte de las profesionales de LOBE. Todas las profesionales del dispositivo son plenamente conscientes y reconocen a las mujeres usuarias como sujetas de derecho, y destacan la importancia de garantizar el cuidado global de la persona como un derecho humano.

Otro hallazgo del estudio, refiere al reconocimiento a partir de la otredad. En primer lugar, el *reconocimiento del amor* es recurrentemente expresado en los relatos de las mujeres entrevistadas. Un denominador común de sus experiencias tiene que ver con haber experimentado desamor, agresiones y violencia intrafamiliar. La concurrencia a LOBE las

acerca a un espacio seguro y de contención, que les brinda la posibilidad de expresarse, sanarse y establecer vínculos afectivos positivos. En segundo lugar, la investigación muestra que las profesionales de LOBE trabajan constantemente en la capacidad de reconocerse a sí mismas como portadoras de derechos exigibles al Estado, y esto se relaciona con el *reconocimiento social*, para exigir el cumplimiento de los mismos.

Por último, otro hallazgo del trabajo de campo es encontrarnos con un discurso sobre la maternidad, las formas de matenar y el amor materno como mandato social. De manera consistente, las experiencias compartidas por todas las mujeres entrevistadas giran en torno a la separación con los hijos, siendo una de sus consecuencias el consumo problemático de SPA. En este aspecto, se destaca que existe una norma tradicional e histórica que asigna a las mujeres la responsabilidad de las tareas del cuidado de sus hijos, muchas veces llevando adelante la crianza solas. Afianzamos la necesidad de, como agentes sociales, fomentar acciones que cuestionen la distribución de las tareas de cuidado como un acercamiento a la construcción de un mayor grado de igualdad. Aunque la atribución de roles de género tiene raíz estructural, es notable abrir la puerta a resignificar las acciones cotidianas para la incorporación de los criterios constitucionales en las intervenciones sociales.

Por otro lado, aquellas mujeres que han logrado salir de la situación de calle, demuestran un interés destacable en restablecer el vínculo con los hijos. Sin embargo, existen obstáculos relacionados a los padecimientos mentales e impedimentos materiales que afectan la restitución de los vínculos de manera peculiar. También, es distintivo como ese interés no es general a todos los hijos por haberlos parido, sino que los vínculos toman formas diversas que irrumpen con la lógica global impuesta.

El dispositivo LOBE, asume una responsabilidad clara y concisa en el desarrollo de una estrategia efectiva que incorpora la lógica territorial e interdisciplinar en el abordaje socio-comunitario de la salud. El proceso investigativo nos permite afirmar que brinda un trabajo integral en el aumento de la accesibilidad y es único por sus características en el sistema de salud de CABA. De algún modo, acercándonos al cierre del trabajo, podemos definir a LOBE como un fenómeno social en sí mismo, como respuesta a las demandas de un grupo social persistentemente vulnerable como lo es el grupo estudiado. El dispositivo -tal y como fue pensado- se constituye en una experiencia modelo para las instituciones que trabajan con una población de estas características, entendiendo que es digno de replicarse no sólo en distintos puntos de CABA, sino también en los barrios del conurbano bonaerense y otras provincias, donde el número de personas en situación de calle, o que bien oscila entre la vulnerabilidad y la exclusión social es también una realidad crítica.

En cuanto a las limitaciones identificadas en nuestra labor, es importante destacar que el dispositivo no cuenta con una inscripción formal en ningún organigrama institucional. Esta falta de reconocimiento se traduce en limitaciones significativas en cuanto a los recursos disponibles, tanto en términos de personal como materiales. Como consecuencia de esta situación, la capacidad de interactuar con otros espacios se ve restringida. Si bien se ha establecido un trabajo en red con instituciones barriales, este es resultado del esfuerzo y compromiso del equipo profesional. Frente a esta situación, la labor interdisciplinaria se ve atravesada por frustraciones y desgastes, a menudo resulta complicado derivar y establecer vínculos con instituciones que compartan una perspectiva similar, porque son las menos. En este sentido, es necesario subrayar que la ausencia de otros dispositivos similares a LOBE constituye una de las limitaciones principales para las profesionales.

En lo personal, como investigadoras, estudiantes y futuras licenciadas en Trabajo Social, consideramos que la implementación de dispositivos basados en la defensa de los derechos humanos y con perspectiva de género continúa siendo un desafío en el campo de la salud y las políticas sociales. El Estado debe actuar como agente de promoción de espacios de integración que ofrezcan la posibilidad de que todas las personas sean incluidas y reconocidas socialmente, sobre todo en un escenario político actual, donde se vuelve a poner en cuestión su papel como garante de los derechos humanos y se vela por la individualidad e unilateralidad de los fenómenos.

Los espacios de supervisión son importantes, en tanto el Estado interviene en frenar situaciones de discriminación y exclusión por parte del propio sistema de salud. A través de propiciar los recursos necesarios, en este sentido, se regulan las intervenciones en lineamiento con el marco normativo que garantiza el ejercicio de los derechos humanos.

Para dar cierre a este apartado, apelamos a la reflexión y diseño de estrategias concretas para acompañar y recuperar mujeres en situación de calle y consumo problemático de SPA, y que en el espacio de los feminismos no sean un eslabón perdido. Desde los estudios de género, cooperar en el diseño de políticas públicas para que la perspectiva se vuelva transversal, no sólo que esté presente, sino que cobre centralidad en la planificación y en la práctica.

Creemos en la militancia de una intervención estatal que se mantenga cercana a los sectores más desfavorecidos, a través de profesionales capacitadas y comprometidas con la construcción de prácticas democráticas, plurales e inclusivas, en pos de la igualdad social.

BIBLIOGRAFÍA

- Abelenda N; Canevari J. y Montes J. (2016). *Territorios de mayor vulnerabilidad social en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Recorrido en perspectiva histórica sobre aspectos estructurales no resueltos*. Revista semestral de datos y estudios sociodemográficos urbanos. Buenos Aires.
- Acuña, C; Kessler, A. y Repetto, F. (2002). *Evolución de la política social argentina en la década de los noventa: Cambios en su lógica, intencionalidad y en el proceso de hacer política social*. Proyecto Self-Sustaining Community Development in Comparative Perspective Coordinado por el Center for Latin American Social Policy. The University of Texas at Austin.
- Anzorena, C. (2011). *La Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito: una experiencia de articulación en el reclamo por el ejercicio de la ciudadanía sexual y reproductiva*. IX Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires. Disponible en: <https://cdsa.aacademica.org/000-034/288.pdf>
- Biaggio, M. (2015). *El movimiento y la espera: análisis de la construcción de los circuitos de la calle a partir de la interacción entre programas, recursos, técnicos y personas en situación de calle en la Ciudad de Buenos Aires*. Revista ISEL: Buenos Aires.
- Boy, M. (2011). *Políticas sociales para personas que viven en la calle: Un análisis comparativo entre el caso de la Ciudad de Buenos Aires y del Distrito Federal*. Revista del área de estudios urbanos del instituto de investigaciones Gino Germani de la Facultad de Ciencias Sociales: Buenos Aires.
- Boy, M. (2012). *Adultos que viven en la calle: políticas públicas, usos y estrategias en torno de la ciudad, Buenos Aires 1997-2011*. Tesis para optar al título de Doctor en Ciencias Sociales. Facultad de Ciencias Sociales: Buenos Aires
- Calcagno (s/f). *Los que duermen en la calle: Un abordaje de la indigencia extrema en la Ciudad de Buenos Aires*. Área de Estadísticas Sociales de la Subsecretaría de Promoción y Desarrollo Comunitario (Secretaría de Promoción Social del GCBA).
- Camarotti, A. y Kornblit, A. (2015). *Abordaje integral comunitario de los consumos problemáticos de drogas: construyendo un modelo*. Revista Salud Colectiva. Buenos Aires.

- Carmona, J. (2012). *El foro de salud mental y la salud comunitaria*. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. vol. 32 no. 114 : Madrid.
- Castel, R. (1995). *De la exclusión como estado a la vulnerabilidad como proceso*. Archipiélago: Cuadernos de crítica de la cultura.
- Censo Popular de Personas en Situación de Calle (2017). Informe preliminar 1º Censo Popular de Personas en Situación de Calle. Disponible en: <https://proyecto7.org/wp-content/uploads/2017/07/Informe-preliminar-1%C2%BA-CPPSC.pdf>
- Censo Popular de Personas en Situación de Calle (2019). Informe Ejecutivo del Segundo Censo Popular de Personas en Situación de Calle. Disponible en: <https://proyecto7.org/wp-content/uploads/2019/07/Informe-Ejecutivo-CPPSC2019.pdf>
- De Souza Minayo, M. C. (2008). *Construcción de los instrumentos cualitativos y cuantitativos*. En: Evaluación por triangulación de métodos. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Dirección Nacional de Atención a Grupos en Situación de Vulnerabilidad (2011). *Grupos en situación de vulnerabilidad y derechos humanos. Políticas públicas y compromisos internacionales*. Disponible en: http://www.jus.gob.ar/media/1129151/31-grupos_vulnerables.pdf
- *Estadísticas sobre femicidios en la Ciudad de Buenos Aires* (2015-2022). Unidad Fiscal especializada en Violencia contra las Mujeres (UFEM). Ministerio Público Fiscal. Disponible en: <https://www.mpf.gob.ar/ufem/estadisticas/>
- Geertz, C. (1987). *La interpretación de las culturas*. México: Gedisa. Disponible en: <https://abacoenred.com/wp-content/uploads/2016/01/etnografi-a-Me-todo-campo-reflexividad.pdf>
- Ghiselli, S. y Castrogiovanni N. (2020). *Trabajo Social y situaciones problemáticas: categoría esencial para los debates sobre intervención profesional*. Buenos Aires: Edunpaz.
- Grandon, P. (2018). *Caracterización de las personas en situación de calle con problemas de salud mental, que se encuentran en la Región del BíoBío*. Rev. chil. neuro-psiquiatria. vol.56 no.2 Santiago jun. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272018000200089#B6
- Greco De Paoli (s/f). *El consumo de sustancias: de lo tradicional a lo moderno*.
- Guber, R. (2001). *La etnografía, método, campo y reflexividad*. Bogotá: Grupo Editorial.

- Gutierrez, A. (2013). *La vieja “nueva pobreza” en Argentina: redes y capital social en un universo heterogéneo*. Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET). Facultad de Filosofía y Humanidades Universidad Nacional de Córdoba. Argentina.
- Hernández-Sampieri R. y Mendoza C. (2018). *Metodología de la Investigación*. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. México: Editorial Mc Graw Hill Education.
- Honneth A. (1999). *La lucha por el reconocimiento. Por una gramática moral de los conflictos sociales*. Crítica: Barcelona.
- Jelin, E. (1998). *Pan y afecto: Las transformaciones de las familias*. Buenos aires, Argentina: Fondo de cultura económica.
- Kessler A. y Assusa G. (2022). *Pobreza, desigualdad y exclusión social*. Informe: Foro Universitario del Futuro. Disponible en : https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/pobreza_y_desigualdad_editado.pdf
- Lamas, M. (2001). *Política y reproducción. Aborto: la frontera del derecho a decidir*, México: Plaza y Janés.
- Lagarde, M. (1996). *“El género”*. Género y feminismo. Desarrollo humano y democracia, España: Ed. Horas y horas. Disponible en: https://catedraunescodh.unam.mx/catedra/CONACYT/08_EducDHyMediacionEscolar/Contenidos/Biblioteca/Lecturas-Complementarias/Lagarde_Genero.pdf
- *Ley de Acceso a la interrupción voluntaria del embarazo N° 27.610* (2020). Disponible en: <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/239807/20210115>
- *Ley de Protección y Garantía Integral de los Derechos de las Personas en Situación de Calle y riesgo de Situación de Calle N° 3.706* (2010). CABA.
- *Ley de Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales N° 26.485* (2009). Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/ley_26485_violencia_familiar.pdf
- *Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones N° 26.657* (2010). Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26657-175977/texto>
- *Ley n° 27654: Situación de calle y familia sin techo* (2021).
- Longo, R.; Lenta, M.; Zaldúa, G. (2017). *Mujeres en situación de calle: invisibilizadas y estigmatizadas. Estudio de caso de un dispositivo de atención innovador*. IX Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXIV Jornadas de Investigación XIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad

de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. Disponible en:
<https://www.aacademica.org/000-067/699.pdf>

- Longo, R; Lenta, M. y Zaldúa, G. (s/f). *Dispositivos de prevención y asistencia frente a las violencias de género*. Disponible en: <https://www.teseopress.com/generosyviolencias/chapter/40/>
- Manes, R. (2012). *Investigación cualitativa y sus influencias teórico-metodológicas sobre el trabajo social*. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Buenos Aires.
- Maffia D. (2011). *El ocultamiento de las mujeres en el consumo de sustancias psicoactivas*. Buenos Aires: Unidad de Seguimiento de Políticas Públicas en Adicciones, Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- Menéndez, E. (1988). *Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria*. Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud. Buenos Aires.
- Menéndez, E. (1994). *La enfermedad y la curación ¿Qué es medicina tradicional?*. México: Alteridades.
- Menéndez, E. (2005). *El modelo médico y la salud de los trabajadores*. En: Salud Colectiva Vol. 1. Buenos Aires.
- Merlinsky, G. (2006). *La entrevista como forma de conocimiento y como texto negociado*. Revista de Epistemología de Ciencias Sociales.
- Ministerio de Justicia y Derechos Humanos (2017). Niñas, niños y adolescentes en situación de adoptabilidad. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/justicia/adopcion/guia/situacion-adoptabilidad>
- Monton C. (2021). *Mujeres con consumos problemáticos de drogas, también presentes el 8 de marzo*. Disponible en: [https://www.drogasgenero.info/mujeres-con-consumos-problematicos-de-drogas-tambien - pesentes-el-8-de-marzo/](https://www.drogasgenero.info/mujeres-con-consumos-problematicos-de-drogas-tambien-pesentes-el-8-de-marzo/)
- Navarro, F. (2016). *Dársela en la pera. Violencia y adicciones en la provincia de Buenos Aires*. Buenos Aires: Marea.
- Orem, D. (1971). *La teoría del déficit del autocuidado*. Concept formalization in Nursing: Process and Product. NDCG

- Organización Mundial de la Salud (1978). *Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud*. Alma-Ata. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>
- Osborne, R. (2009), *El acoso sexual como indicador patriarcal. Apuntes sobre violencia de género*, Barcelona, Ediciones Bellaterra, cap. 4 pp 135-157.
- Oszlak, O. y O'donnell G. (1976). *Estado y políticas estatales en América Latina: hacia una estrategia de investigación*. Buenos Aires: CEDES.
- Parra, G. (2008). *El camino de la investigación cualitativa*. Disponible en : <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/congresos/reg/slets/slets-016-068.pdf>
- Romo Avilés, N. (2010). *La mirada de género en el abordaje de los usos y abusos de drogas*. Revista española de Droga dependencias N°3.
- Romo, N. y Camarotti A. (2015). *Haciendo género en un mundo de varones: El consumo de pasta base de cocaína entre las mujeres de la ciudad de Buenos Aires*. La Aljaba vol.19.
- Romo N; Camarotti A. y Bautista F. (2016). *Vulnerabilidad y prácticas de cuidado en mujeres consumidoras de pasta base del área metropolitana de Buenos Aires*. En Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina Vol. 62. Buenos Aires.
- Rodríguez, L. (2015). *La perspectiva de género como aporte del feminismo para el análisis del derecho y su reconstrucción: el caso de la violencia de género (tesis doctoral)*. Universidad Carlos III de Madrid, Getafe, España.
- Sánchez M. (2016). *Construcción social de la maternidad: el papel de las mujeres en la sociedad*. Opción, vol. 32, núm. 13, pp. 921-953. Universidad del Zulia Maracaibo, Venezuela
- Scribano, A. (2007). *El proceso de investigación social cualitativo*.
- Segato, R. (2003). *Las estructuras elementales de la violencia*. Ensayos sobre género entre la antropología, el psicoanálisis y los derechos humanos. Universidad de Quilmes (Buenos Aires).
- Setien, L. (2018). *Trayectorias de consumo, accesibilidad y adherencia a tratamientos de mujeres consumidoras de sustancias psicoactivas en el Hospital Especializado en Toxicología y Salud Mental de la ciudad de La Plata. Un abordaje desde la perspectiva de género*.
- Simmel, G. (1998). *El individuo y la libertad*. Ensayos de crítica de la cultura. 2da edición.

- Sorbello, M. (2016). *Intervención profesional con chicos y chicas en situación de pasillo en las villas de la Ciudad de Buenos Aires*. Conceptos. Boletín de la Universidad del Museo Social Argentino.
- Svampa M, Pereyra S. (2003). *Entre la ruta y el barrio. La experiencia de las organizaciones piqueteras*. Buenos Aires: Editorial Biblos.
- *Tercer Informe Voluntario Nacional. Argentina 2022*. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/informe_nacional_voluntario.pdf
- Tobar, F. (2013). *Políticas de Salud Centradas en La Familia y La Comunidad*. Capítulo del libro: Arroyo, Daniel (organizador). *Prioridad familias*. Buenos Aires. Fundación Konrad Adenauer.
- Tortosa, P. (2015). *Mujeres en situación de calle en la ciudad de Buenos Aires: trayectorias y devenires posibles*. En *Memorias de VII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXII Jornadas de Investigación Décimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires. Disponible en: <https://www.aacademica.org/000-015/633.pdf>
- Tortosa, P. (2017). *Violencias hacia las mujeres en situación de calle*. IX Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXIV. Jornadas de Investigación XIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires: Buenos Aires.
- Tortosa, P. (2020). *Mujeres en situación de calle. Trayectorias de salud y lucha*. 1er Ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- Vázquez, A. (2008). *El problema de la drogadependencia: modelos de abordaje, dispositivos de atención y paradigmas*. XV Jornadas de Investigación y Cuarto Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires: Buenos Aires.
- Vereza, P. (2004). *Malas madres. La construcción social de la maternidad*. Debate feminista Vol. 30.
- Zaldúa G; Lodieu M; Bottinell Pawlowicz M; Pérez Chávez K; y Nabergoi M. (2010). *Salud Mental: territorios y narrativas entre la reproducción y la transformación*. En *Praxis psicosocial comunitaria en salud. Campos epistémicos y prácticas participativas*. Buenos Aires: EUDEBA.
- Zaldúa G; Longo R; Lenta M; y Bottinelli, M. (2018). *Dispositivos instituyentes sobre géneros y violencias*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

ANEXO 1

A continuación, se adjuntan las pautas de entrevista utilizadas para la obtención de información por fuentes primarias, como complemento al capítulo 3.

PAUTA DE ENTREVISTA 1 | Usuarías LOBE

Perfil de las entrevistadas

1. Nombre:
2. Edad:
3. Nacionalidad:
4. En este momento, ¿Dónde estás viviendo?
5. ¿Cómo está compuesta tu familia?
6. ¿Tuviste hijos?
7. Edad del primer embarazo:
8. Nivel educativo alcanzado:
9. Edad de la primera inserción laboral:
10. Situación laboral actual:
11. ¿Realizas tareas de cuidado de algún familiar/persona a cargo?

Antecedentes personales e ingreso al dispositivo LOBE

1. ¿Cuándo fue la primera vez que estuviste en situación de calle?
2. ¿Hasta cuándo estuviste en esa situación y en qué lugares?
3. ¿Cómo fue tu experiencia de vida en esa situación?
4. ¿Cambia algo esa experiencia por el hecho de ser mujer y estar en calle?
5. ¿Cómo conociste el dispositivo? ¿A través de qué personas, grupo, institución o medio? ¿Hace cuánto?
6. ¿Dónde te encontrabas en ese momento? (dónde y con quienes convive, saber si se encontraba en situación de calle y consumo)
7. ¿Por qué motivo decidiste acercarte?
8. Hasta este momento, ¿Hay algo que quieras agregar que no hayas mencionado y te parezca importante o significativo?

Trayectorias y experiencias de vida de las usuarias

9. ¿Qué actividades realizas en LOBE?
10. ¿En qué espacios del dispositivo has participado hasta ahora?
11. ¿Crees que aprendiste algo en tu recorrido por LOBE? ¿Qué cosas?
12. ¿Qué crees que aportaron en vos las propuestas de este espacio?
13. ¿Crees que haber conocido LOBE te modificó en algún sentido? ¿Crees que encontraste acompañamiento y contención en el dispositivo?
14. ¿Qué representa este espacio en y para tu crecimiento personal?
15. ¿En qué aspectos crees que LOBE te ayudó a mejorar y/o transformar tu vida?
16. ¿Cómo son los intercambios en este espacio? (relación con las profesionales y con el espacio)
17. ¿Crees que esos intercambios y aprendizajes que se dan en LOBE repercuten en tus vínculos con otras personas? (ej: familiares, amigos, pareja)
18. ¿Cómo describirías tu vínculo/relación con las profesionales?
19. Si tuvieras que describir a la mujer que llegó a LOBE ese primer día, y compararla con la mujer que sos hoy. ¿Qué destacarías?
20. ¿Algo que quieras agregar que no hayas mencionado?

Consumo de SPA

21. ¿Cuándo empezaste a consumir? ¿Por qué?
22. ¿Pediste ayuda anteriormente?
23. ¿Recibiste algún tratamiento específico para el consumo de sustancias?
¿Dónde? ¿En qué consistía? ¿Cómo fue la experiencia personal?
24. ¿Sentís que en el presente esa situación está mejor, peor o igual?
25. ¿Te encuentras consumiendo alguna SPA?
26. ¿Cuál fue el acompañamiento que te brindaron las profesionales? ¿En qué medida su acompañamiento colabora con esta problemática?
27. ¿En qué contextos y con qué personas que integran el dispositivo hablan sobre los consumos? ¿Cómo es esta experiencia?
28. ¿LOBE te ayudó en algún sentido con la situación de consumo?
29. ¿Crees que el consumo afectó o afecta algún aspecto de tu vida? ¿En qué sentido? (ej: vida familiar- social-laboral)

30. ¿Te gustaría compartir algo propio o del grupo de pertenencia vinculado a esta problemática?
31. ¿Algo que quieras agregar que no hayas mencionado?

Sobre el equipo de profesionales

32. ¿Cómo definís el trabajo que realizan las profesionales de LOBE?
33. ¿En qué medida te sentís acompañada y contenida por las profesionales?
34. ¿Cuáles son los aspectos positivos del dispositivo? (aquello que funciona bien y es de ayuda)
35. ¿Crees qué hay aspectos a mejorar en la institución? ¿Cuáles?
36. ¿Algo que quieras agregar que no hayas mencionado?

PAUTA DE ENTREVISTA 2 | Profesionales de LOBE

Perfil profesional

1. Nombre:
2. Edad:
3. Profesión:
4. ¿Por qué elegiste esa carrera?
5. ¿Tenés experiencia previa como profesional en otro dispositivo/institución?
¿Cómo fue la misma?

Trayectoria en LOBE

6. ¿Cuándo comenzó tu inserción en LOBE? ¿Qué te motivó y motiva a participar en este espacio?
7. ¿Cuál es tu rol profesional en esta institución? (tareas, responsabilidades, actividades)
8. ¿Consideras que este rol cumple con tus expectativas?
9. Sabemos que el trabajo es interdisciplinario, ¿Cómo se coordinan las tareas con las profesionales de otras disciplinas? (acuerdos, criterio común para atender)
10. ¿Conoces otros dispositivos en CABA que trabajen desde el mismo paradigma? ¿Qué referencias tienen?
11. ¿Cómo se puede visibilizar a nivel comunitario y barrial el dispositivo?

En relación a la población usuaria

12. ¿Cuáles son las demandas con las que se acercan al dispositivo?
13. ¿Cómo describirías el vínculo o tipo de interacción que se construye con las mujeres que concurren al dispositivo?
14. Desde tu invención, ¿La interacción con las usuarias se da en el marco de actividades/espacios grupales o individuales? ¿Cómo cambia esa interacción en un espacio grupal o individual?
15. ¿Consideran que se construye un lazo afectivo? ¿Hasta qué punto?
16. ¿Crees que se trabaja la autonomía de las mujeres por ejemplo en el dispositivo?
17. A partir de tu experiencia ¿cuáles crees que son los riesgos que atraviesa una mujer, específicamente por su condición, estando en calle?
18. ¿Qué efectos/consecuencias tiene en la vida de las mujeres el hecho de formar parte de este espacio institucional?
19. ¿Cuáles son las sustancias consumen mayormente lxs usuarixs que se acercan a LOBE? ¿Varia entre hombres y mujeres?
20. ¿De qué manera el dispositivo tiene efecto en la situación de consumo problemático de SPA? Si te animas puedes comentarme alguna situación concreta que recuerdes y en qué sentido la recibieron y qué resultados se obtuvieron.
21. ¿Tenes conocimiento de si las usuarias han consultado otros tratamientos? ¿Cómo fue esa experiencia?
22. ¿Con qué instituciones articulan para este tipo de intervención? ¿De qué manera articulan?
23. ¿Conoces algún otro dispositivo que intervenga en el tratamiento de esta problemática en el barrio? ¿Qué referencias hay respecto a ellas?
24. ¿Cómo crees que es la accesibilidad a la salud en el barrio, para las mujeres que se encuentran en calle?
25. ¿Cuál es la relevancia de intervenir con la población de este territorio en particular?
26. ¿En qué medida crees que LOBE es favorable para esta comunidad en específico?

27. ¿Cuáles pensás que son los alcances y limitaciones de este dispositivo? ¿Me podés dar ejemplos?
28. ¿Qué medidas se podrían tomar para mejorar la calidad institucional del dispositivo?
29. ¿Querés agregar algo más? ¿Algo que creas que tenemos que tener en cuenta? ¿Te parece que hay alguna pregunta que no te hice que estaría bueno que le haga a otro profesional?

ANEXO 2

-Imágenes que ilustran algunas de las paredes de los espacios de LOBE.



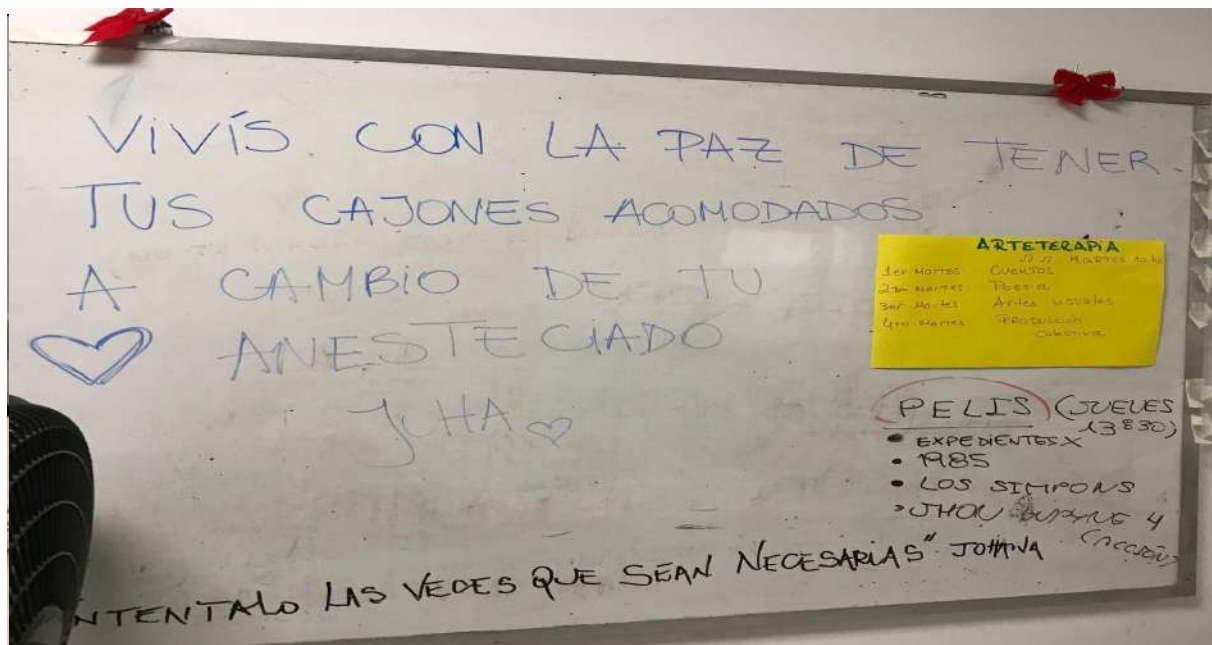
-Fotografías que dan cuenta de las actividades grupales realizadas en la sede de LOBE.

- El **taller de huerta**, es un espacio donde se trabaja en equipo. El mismo está abierto para toda la población y no es necesario contar con conocimiento previo para acceder. A continuación se adjuntan fotos obtenidas en este espacio.





- El **taller de arteterapia** es un espacio creativo utilizado como medio de intervención terapéutica que utiliza la comunicación y expresión mediante el arte, para el bienestar emocional, mental y social de las personas. Asimismo, se proporcionan herramientas para ejercitar la escritura y profundizar en la poética propia. A continuación, fotografías tomadas en este taller.



- El **taller de radio** da lugar a expresar verbalmente los procesos subjetivos. En este se dan conversaciones que invitan a reflexionar sobre temas de actualidad de todo tipo entre los participantes y se visibiliza a una población vulnerable. Los usuaries piensan y deciden de qué manera ser escuchados y que mensajes transmitir, se familiarizan con el lenguaje radiofónico, el uso de la voz, la escucha y la capacidad de formular preguntas. Otra forma de expresión que se da en este taller es a través de la música que los usuaries eligen compartir.



Fotografía extraída del Instagram oficial de LOBE, 2021.



Fotografías tomadas durante una “radio en vivo” con usuaries de LOBE (izquierda) y durante un taller grabado en el ZOOM de LOBE (derecha), 2022.