

UNIVERSIDAD DE PUERTO RICO

Recinto de Río Piedras

Facultad de Ciencias Sociales

Escuela Graduada de Trabajo Social Beatriz Lassalle

TRABAJO SOCIAL, MUJERES CONSUMIDORAS DE DROGAS Y COVID-19:

***Retos, Barreras y Experiencias Relacionadas con la Política Pública del COVID-19 en el
Ofrecimiento de Servicios y Atención en Puerto Rico desde la Perspectiva del Profesional
del Trabajo Social y de Administración***

Alexandra Y. Bárcenas Salgado

Wanda M. Rivera Rullán

**Tesis presentada a la Facultad de la Escuela Graduada de Trabajo Social Beatriz
Lassalle de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Puerto Rico, Recinto
de Río Piedras, como uno de los requisitos para obtener el grado de Maestría en
Trabajo Social.**

(Mayo, 2022)

Esta tesis es propiedad de las autoras y de la Escuela Graduada de Trabajo Social Beatriz Lassalle de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Puerto Rico, Recinto de Río Piedras. No podrá ser duplicada en parte o en su totalidad sin el previo consentimiento de las autoras o Escuela.

Tabla de Contenido

Resumen.....	iv
Resumen Biográfico	v
Dedicatoria.....	2
Dedicatoria.....	3
Agradecimientos	4
Capítulo I	5
Contexto Personal	5
Contexto Personal	6
Planteamiento del Problema.....	7
Justificación.....	11
Revisión de Literatura	14
COVID-19 en América Latina y el Caribe	14
COVID-19 y sus implicaciones en Puerto Rico	17
COVID-19 y la Población Consumidora de Drogas	24
Estigma y Prejuicio: La Mujer Consumidora de Drogas.....	26
Identidad de Género, Mujeres y Consumo de Drogas.....	27
El Derecho Humano a la Salud.....	30
El Trabajo Social y la Intervención con la Población Consumidora de Drogas.....	33
Finalidad de la Investigación.....	38
Marco Conceptual	40
Metodología	45
Objetivos de la investigación.....	47
Selección de Participantes	48
Análisis de los datos cualitativos	49
Protección de participantes humanos en la Investigación	51
Capítulo II.....	51
1era Dimensión: Experiencias en el acceso al servicio de mujeres consumidoras de drogas antes y durante la pandemia de COVID-19	53
Estigma y Discriminación	53
Barreras para acceder al servicio	64
Experiencias desde el servicio directo.....	76
2da Dimensión: Condiciones laborales de los/as profesionales durante el COVID-19.....	81

Cambios organizacionales a raíz de las ordenes ejecutivas.....	82
Condiciones laborales de los/as profesionales.....	88
3ra Dimensión: Recomendaciones desde Profesionales para el mejoramiento social	93
Capítulo III.....	96
Reflexiones finales sobre los hallazgos.....	96
Recomendaciones.....	99
Recomendaciones a la profesión y educación de trabajo social.....	99
A instituciones u organizaciones de bienestar social	99
Para la formulación de política social.....	100
Para futuras investigaciones	101
ANEJOS.....	103
ANEJO 1:	104
Aprobación de la investigación	104
ANEJO 2:	108
Carta invitación para participar de la investigación	108
ANEJO 3:	110
Consentimiento Informado.....	110
ANEJO 4:	115
Cuestionario Perfil Sociodemográfico	115
ANEJO 5:	122
Instrumento de Investigación	122
Referencias.....	126

Ejemplar autorizado por:

Doris Pizarro Claudio, PhD

Directora de Tesis

Resumen

La pandemia del COVID-19 ha afectado las condiciones de vida a nivel socioeconómico, físico y mental de las personas alrededor del mundo. En Puerto Rico, existen múltiples factores sociales que han precarizado las existencias de poblaciones marginalizadas incluyendo, a las mujeres consumidoras de drogas, viéndose aún más complejizadas tras el paso de la pandemia. La profesión del Trabajo Social aspira a fomentar los derechos humanos, brindar espacios para la reflexión crítica y validar la autodeterminación de cada individuo. En esta investigación resaltamos necesidades, experiencias, retos y barreras enfrentadas por profesionales de Trabajo Social y personal administrativo que brindan atención a mujeres consumidoras de drogas, antes y durante los periodos de pandemia por COVID-19. Desde un análisis social se identifican factores como estigma, falta de servicios, traumas por violencia de género y burocracia del sistema que impactan directamente sus vidas. A su vez, los testimonios de profesionales de trabajo social y de administración nos brindan información sobre las situaciones y retos que enfrentan estas mujeres. Las órdenes ejecutivas establecidas por el estado conllevaron cambios organizacionales que agravaron las condiciones de vida de estas personas. En estas condiciones se visibiliza la precarización en los servicios dirigidos a mujeres consumidoras de drogas en Puerto Rico y a su vez las condiciones laborales a las que se exponen profesionales del trabajo social y de administración que ofrecen servicios a la población. Se identificaron las áreas de oportunidad en el ofrecimiento de servicios y se elevaron recomendaciones desde profesionales que aportan al desarrollo de mejores prácticas de servicio en situaciones de crisis.

Resumen Biográfico

Alexandra Y. Bárcenas Salgado se graduó en el 2014, posee un bachillerato en Ciencias Sociales y Justicia Criminal de la Universidad de Puerto Rico Recinto de Carolina. Actualmente se encuentra completando una maestría en Trabajo Social con énfasis en Comunidades. Trabaja como navegadora de participantes en *Intercambios Puerto Rico*. Su énfasis principal es en Enfoques de Reducción de Daños y Personas Consumidoras de Sustancias.

Wanda Rivera Rullán posee un bachillerato en Trabajo Social de la Universidad de Puerto Rico- Recinto de Río Piedras. Actualmente se encuentra completando su maestría en Trabajo Social y Administración de Programa Sociales en la Escuela Graduada de Trabajo Social Beatriz Lasalle. Trabaja en el Hospital Pavía como trabajadora social en el área de medicina conductual donde realiza intervenciones y coordinación de servicios a participantes con condiciones de salud mental. Dentro de sus áreas de interés esta la salud mental, la población de jóvenes y adultos mayores y la arte terapia para el manejo del trauma. Como meta le gustaría poder implementar un programa dirigido a la arte terapia y la población de adultos mayores.

TRABAJO SOCIAL, MUJERES CONSUMIDORAS DE DROGAS Y COVID-19:

***Retos, Barreras y Experiencias Relacionadas con la Política Pública del COVID-19 en el
Ofrecimiento de Servicios y Atención en Puerto Rico desde la Perspectiva del Profesional
del Trabajo Social y de Administración***

Dedicatoria

Dedico esta tesis a mi familia, mi futuro esposo José G. Serrano Maldonado y a nuestra hija Gabriela N. Serrano Bárcenas, mi mamá, mis abuelos y tíos por siempre apoyarme durante todo este proceso. También dedico este proyecto a Intercambios Puerto Rico, la organización que me ha permitido crecer y expandir mi conocimiento sobre la situación de las personas consumidoras de drogas hoy en día. Gracias.

Alexandra Y. Bárcenas Salgada

Dedicatoria

Dedico esta tesis a mi familia, Wanda Rullán Santiago, Javier Rivera Caraballo y Nicoles Rivera Rullán, sin ustedes este logro no sería posible. A nuestra Directora de Tesis la Dra. Doris Pizarro Claudio.

Wanda M. Rivera Rullán

Agradecimientos

Agradecimientos a nuestra familia que creyeron en nosotras para cumplir con este proceso de tesis. A Gabriela N. Serrano, José G. Serrano, Wanda Rullán y Javier Rivera. Sin ustedes esto no hubiera sido real, gracias por su constante apoyo durante este proceso. A nuestra directora de tesis, la Dra. Doris Pizarro Claudio por aportar su conocimiento y mentoría, gracias por sus esfuerzos, sus consejos y su compromiso con este proyecto. Agradecemos también a cada participante que tomó de su tiempo para compartir las experiencias que atraviesan diariamente. Extendemos nuestro agradecimiento a la Dra. Jeannette Rodríguez, por siempre estar disponible para ayudarnos. La construcción de esta tesis y este escrito fue posible gracias al continuo esfuerzo, compromiso y apoyo de cada una de estas personas. Gracias por creer en nosotras y por creer en la importancia de este escrito.

Capítulo I

Contexto Personal

Alexandra Y. Bárcenas Salgado

En el 2009 comencé estudios de Ciencias Sociales y Psicología Forense en la Universidad de Puerto Rico, Recinto de Carolina. Durante mi bachillerato tuve la oportunidad de realizar una investigación relacionada a la perspectiva de seguridad que brindaba la uniformada de Puerto Rico a residentes de la comunidad Luis Llorens Torres de San Juan. Cuando realizo la revisión de literatura para abordar dicho tema conozco las políticas punitivas y de *Mano Dura Contra el Crimen* que impactaron en los años 1990, específicamente a residenciales públicos de la isla. Me interesó el tema de la seguridad pública y la manera en que el prejuicio y el estigma que social y culturalmente se tiene con el tema de las drogas y el narcotráfico protagonizan el marco de política pública que predominaba en ese entonces.

En el 2014 durante mi práctica de bachillerato tuve la oportunidad de colaborar con la Organización No Gubernamental, *Iniciativa Comunitaria de Investigación*, en el proyecto Progresah, ofreciendo servicios a mujeres que usaban drogas y vivían con VIH. Trabajé en dicho proyecto asalariadamente facilitando talleres psicoeducativos a mujeres que vivían con VIH. De ese escenario tuve grandes enseñanzas y experiencias con cada una de ellas. Durante todo este tiempo he podido conocer diversidad de casos donde el estigma, las relaciones violentas, las agresiones físicas y sexuales y la invisibilización ponen en condiciones precarias las vidas de las mujeres consumidoras. Las condiciones de vida que pueden tener se agudizan más cuando se le añade el consumo de algún tipo de sustancias y/o diagnóstico de salud mental.

Por estas razones es que tengo como interés principal dentro de la Escuela Graduada de Trabajo Social Beatriz Lassalle (EGTSBL) y con la exposición de esta tesis profundizar en temas relacionados al Trabajo Social y de administración en su relación o perspectiva del consumo de sustancias en todas sus variantes, el reconocimiento de las complejidades relacionadas al uso y manejo de sustancias en nuestras comunidades más vulnerabilizadas. Es importante a su vez, cuestionar las políticas públicas punitivas referente a las drogas que se perpetúan aún más por imposiciones federales.

Contexto Personal

Wanda M. Rivera Rullán

La función de un trabajador social es ofrecer acompañamiento a toda persona que requiera de servicios y recursos para cambiar y empoderarse en su vida diaria. Somos parte de una profesión que durante nuestro trayecto laboral atendemos a todo tipo de personas, niños, adultos, viejos, familias, grupos y comunidades. Conocemos sus historias, sus necesidades, sus metas, sus deseos y nos damos a la tarea de fortalecer y ofrecer un foro donde sus voces sean escuchadas. Sea desde el servicio directo, la administración, la legislación o el análisis de la sociedad, parte de los enlaces que tiene el individuo hacia los recursos y servicios que le son necesarios. Somos una profesión fundamentada en los derechos humanos, creyendo que toda persona merece el pleno disfrute de estos para una vida digna. En el tiempo que llevo aprendiendo y laborando como trabajadora social he tenido la oportunidad de trabajar con poblaciones diversas marginalizadas que en su diario vivir afrontan problemáticas personales y sistémicas que limitan y obstaculizan su desarrollo.

Una de las poblaciones que más ha marcado mi formación han sido las mujeres. Esta población llena de diversidad y de diferentes interseccionalidades se enfrentan en su diario vivir a las exigencias sociales, a la maternidad, a relaciones de opresión, estigma e

invisibilización dentro de nuestra sociedad. Las necesidades de la población de mujeres en Puerto Rico son altamente invisibilizadas debido a la desigualdad social que enfrentan. He tenido la oportunidad de acompañar, trabajar e intervenir con decenas de mujeres, cada una con una historia que contar; dentro de estas el grupo que más me ha impactado ha sido la población de mujeres consumidoras de drogas. Esta población se ve afectada por altos niveles de estigma, por la escasez de recursos y servicios y por una política pública que no responde a sus necesidades desde una perspectiva de género. Requieren de servicios de salud dignos, apoyos económicos, de servicios de protección o rehabilitación, orientación sobre sus derechos o simplemente alguien con quien hablar. Al ofrecer acompañamiento a esta población, una de las principales barreras enfrentadas es la escasez de servicios y/o programas. Entendiendo las dificultades y barreras que afrontan en la búsqueda de tratamientos y/o servicios me cuestiono como el Estado no ha intervenido para mejorar y restaurar el sistema que impacta a la población. Ahora, durante la pandemia de COVID-19 han aumentado las dificultades en la atención de esta población. Desde mi rol como trabajadora social me pregunto qué podemos hacer desde nuestra profesión. Esta investigación me ofrece la oportunidad de indagar, explorar y analizar cómo los servicios a esta población han cambiado y como se han adaptado durante la pandemia del COVID-19. También, para conocer la perspectiva, opiniones, retos y recomendaciones de los profesionales que directamente impactan a estas poblaciones.

Planteamiento del Problema

En la actualidad 4.4 millones de hombres y 1.2 millones de mujeres de América Latina y el Caribe sufren trastornos—como dependencia y otros padecimientos— causados por el uso de drogas en algún momento de su vida. Las drogas ilegales son usadas con más frecuencia en los países de ingresos altos de las Américas, pero las consecuencias de la dependencia de drogas para la salud —enfermedades, discapacidades y defunciones— se

sienten de manera desproporcionada en los países de ingresos bajos y medios, donde las personas tienen menos acceso a la atención de salud (Organización Panamericana de la Salud, OPS, s.f.). Este dato permite entender la relación que existe entre el consumo de sustancias y el deterioro dramático de la salud de las personas que no cuentan con recursos accesibles. Dentro de este grupo podemos incluir a las mujeres puertorriqueñas quienes actualmente representan el 43% de la población que vive bajo el nivel de pobreza. Dentro de los datos ofrecidos se establece que las condiciones de vida se agudizan cuando una gran parte de estas mujeres atraviesan un diagnóstico relacionado con el uso problemático de sustancias y/o salud mental.

El Observatorio de Salud Mental y Adicción de Puerto Rico, programa desarrollado por la Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción (ASSMCA), auspiciado por el gobierno federal, establece que en el año 2015 se registraron 115 casos de mujeres consumidoras de drogas que recibieron servicios a través de ASSMCA o agencias participantes. Sin embargo, en el transcurso del 2015 al 2018 se registró un aumento en los casos, totalizando 368 casos para el 2018. A raíz de estos datos se puede interpretar que en un lapso de cuatro años en Puerto Rico hubo un alza significativa de mujeres que recibieron servicios relacionados a su consumo de drogas. Se debe resaltar que estas estadísticas son recogidas de los diferentes programas de ASSMCA y agencias participantes, y no necesariamente representan la totalidad de mujeres que recibieron servicios o los programas disponibles en la isla que brindan servicios a la población consumidora de drogas. A su vez en el 2019 se reflejó una cantidad de 348 casos a nivel isla. Sin embargo, durante el año 2020 se reportaron 126 casos activos. Esto refleja una disminución de 222 casos de mujeres que no recibieron servicios durante la pandemia del COVID-19, representando un descenso de más de la mitad de la población de mujeres activas en servicios relacionados a su consumo de drogas en el periodo de dos años. En el transcurso de un año se presentó nuevamente una

disminución de casos con un total de 64 casos atendidos en el 2021 siendo una diferencia de casi la mitad de los casos vistos en el 2020. A pesar de que el Observatorio de Datos no hace señalamientos sobre los factores que explican este declive en la población de mujeres participantes, se debe tomar en consideración las implicaciones de las medidas de seguridad y protocolos tomados para combatir el COVID-19.

Según informes suministrados por el Centro de Control de Infecciones (CDC, 2020) en Estados Unidos y sus territorios, se explica que parte de los riesgos que pueden sufrir las personas que consumen opioides con relación al COVID-19 son el menor acceso al cuidado de la salud, inseguridad habitacional y mayor probabilidad de encarcelación. La problemática del consumo de drogas es multifactorial e impacta aspectos sociales, culturales, económicos y salubristas. Las mujeres con consumo problemático de drogas constantemente atraviesan circunstancias de desigualdad social y así ha sido a lo largo de la historia. La salud de las mujeres consumidoras de drogas ha sido vulnerabilizada desde el nivel macro hasta lo micro de nuestra sociedad.

La Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948), establece, que el acceso a la salud es un derecho de todas las personas, sin importar raza, clase, género, creencias u otras condiciones. Es un derecho inalienable lo cual significa que es necesario para el bienestar y la autorrealización de todo individuo. En el caso de Puerto Rico, inciden factores vinculados a su relación colonial con Estados Unidos y a la falta de poder para establecer políticas públicas basadas en las necesidades del país y su población. Debido a esta realidad, en Puerto Rico la salud al igual que en los Estados Unidos no se considera un derecho humano ya que están condicionados a la Cláusula Territorial del Congreso de los Estados Unidos. La Sección 20 de la Constitución del Estado Libre Asociado de Puerto Rico (1952) solo se limita a “el derecho de toda persona a disfrutar de un nivel de vida adecuado que

asegure para sí y para su familia la salud, el bienestar y especialmente la alimentación, el vestido, la vivienda, y los servicios sociales necesarios”.

Reconociendo la necesidad de acceso a servicios dirigidos a la atención de la salud mental y el consumo de drogas en Puerto Rico se creó la ley Núm. 67, el 7 de agosto de 1993. Dicha ley crea la Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción adscrita al Departamento de Salud la cual tiene entre sus prerrogativas:

Establecer, en coordinación con el Secretario y con la aprobación del Secretario de Justicia y del Administrador de Corrección, convenios, contratos y acuerdos encaminados a traspasar la operación de programas o servicios de salud mental o contra la adicción a entidades privadas, con o sin fines de lucro, sujeto a las leyes y reglamentos aplicables con anterioridad al otorgamiento de cualquier contrato con una entidad privada, con o sin fines de lucro, para operar programas o proveer servicios de salud mental o contra la adicción (Sección 8).

Al momento de plantearnos esta investigación no encontramos directrices o protocolos que emanen de la ley para diferenciar en cuanto los servicios específicos que establezcan orientaciones tomando en cuenta la cuestión de género y otras interseccionalidades. Una manera de comprender esta situación es a través de la mirada hacia la gestión, barreras y retos que han enfrentado el personal de trabajo social y de administración que ofrecen servicios directos a esta población y que operacionalizan la Ley. En el periodo que ha transcurrido desde que comenzó la pandemia, el gobierno de Puerto Rico ha aprobado diversos protocolos de seguridad que incluyen distanciamiento social, el uso de mascarilla, la reducción de la capacidad de personas en espacios abiertos y cerrados, evidencia de vacunación o pruebas negativas, entre otros. La pandemia del COVID-19 ha conllevado cambios en el acceso a servicios esenciales como atención médica, tratamientos, vivienda, acceso a alimentos entre

otros, lo cual ha provocado riesgos y desaciertos en la población en general. Cónsono con ello es relevante conocer las experiencias del profesional del trabajo social y personal administrativo que atiende e impacta a las mujeres consumidoras de drogas, con referencia a los problemas y necesidades de la población durante la pandemia de COVID-19. Dentro de las circunstancias descritas los profesionales del Trabajo Social y el personal de administración de los programas y/o servicios que trabajan con esta población también han tenido que afrontar cambios, barreras y retos que ameritan una mirada reflexiva y crítica desde una perspectiva de derechos humanos de las personas que participan de los programas.

En este estudio se indaga sobre las intervenciones, experiencias y retos desde la profesión de Trabajo Social y personal administrativo en el rol de salvaguardar los derechos humanos de las mujeres consumidoras de drogas para interpretar desde una perspectiva crítica las realidades de Trabajadores Sociales y administradores(as) que ofrecen servicios a esta población, sus implicaciones para las mujeres consumidoras, a la par que se elaboran recomendaciones y contingencias para la prestación de servicios a estos grupos en situaciones de crisis y riesgos como los que ha representado la pandemia

Justificación

La razón principal por la que hemos decidido investigar la problemática presentada, es por las desigualdades y falta de acceso a tratamiento y otros servicios de bienestar que han tenido que afrontar las mujeres consumidoras de drogas en Puerto Rico antes y durante la pandemia del COVID-19. A raíz de la recopilación de información, hemos encontrado que el consumo de drogas en la población de mujeres alrededor del mundo es minoritaria, incluyendo en Estados Unidos donde el “15.4% de mujeres han consumido drogas ilícitas en algún momento” (National Institute on Drug Abuse, [NIDA], 2020, p. 2), las repercusiones y el costo social que implica dejar desatendida a esta población es mucho mayor ya que se

infiltra en muchas ramas sociales. Actualmente no existen políticas públicas que prioricen o consideren las necesidades de las mujeres que consumen drogas. En esta investigación es medular el análisis del rol que ejercen profesionales del Trabajo Social en escenarios de servicios directos, y del componente administrativo que crea y dirige los diferentes programas, servicios y tratamientos que están disponibles a la población consumidora de drogas. Según la Organización de las Naciones Unidas (ONU, 2005) “Al hablar sobre una población en minoría, se debe entender que la mayoría de los programas de tratamiento se han concebido pensando en el sector masculino y no tienen en cuenta diferencias de género” (p.6). Esta problemática nace principalmente de la premisa social, en la que históricamente se le atribuye el consumo de drogas al género masculino. Según Mahan citado por Albizu (2007), nos indica, que “el estigma que se crea socialmente contra las mujeres que usan drogas, comparado con los hombres, es más severo debido a que la conducta de las mujeres está sujeta a mayor regulación social” (p. 80). Dentro de esa misma línea se puede considerar que las exigencias sociales que se le adjudican a las mujeres -entiéndase la buena conducta, la sumisión, la pasividad, la maternidad, entre otras- se descartan de sus vidas al reconocerse a sí mismas y frente a la sociedad como consumidoras de algún tipo de droga.

Reconociendo entonces, las barreras existentes en el acceso a servicios para las mujeres, y la complejidad de los procesos de intervención, sin dejar a un lado el contexto de pandemia por COVID-19 y sus restricciones sociales ante la problemática ya existente. Según Albizu et al. (2009) en Puerto Rico existe una enorme brecha entre la demanda y disponibilidad de servicios para los trastornos de sustancias, habiendo capacidad para tratar a sólo el 8% de las personas que cumplen criterios diagnósticos de dependencia a alguna droga ilegal (p. 1087). A su vez, una publicación, del Instituto de Medicina (IOM por sus siglas en inglés), en el 2005 rescatado de Santiago y Albizu (2007), reporta una enorme brecha entre el

conocimiento acumulado sobre los tratamientos efectivos y lo que transcurre en la prestación de servicios para los desórdenes de sustancias.

Dentro de esta investigación nos proponemos aclarar y promover la discusión sobre las necesidades identificadas durante la pandemia del COVID-19, conocer sobre las vulnerabilidades y limitaciones del servicio y auscultar sobre los cambios organizacionales y las condiciones laborales durante tiempos de crisis en el país. Santiago y Albizu (77) en su escrito recomiendan lo siguiente:

Es esencial que profesionales de Trabajo Social que proveen servicios para personas con trastornos utilicen intervenciones dirigidas a cambiar actitudes, además de conocimiento y destrezas, para que se desprendan de estos estereotipos y para evitar que les asignen a las personas participantes de sus servicios roles que se enmarcan en el prejuicio típico en que el estigma suele encapsularlos.

Según la Organización Mundial de la Salud (2014), la inclusión social es un componente necesario para optimizar la salud de los/as ciudadanos/as. Las condiciones que promueven la exclusión social, como es el caso del estigma, impactan adversamente la salud, ya que limitan acceso a servicios y actividades de la sociedad que contribuyen a estados saludables, como, por ejemplo: el empleo, la educación, la vivienda, los servicios de salud y las redes sociales, entre otras. Es por esto la pertinencia de investigar el rol de profesionales dentro de los servicios que se ofrecen a esta población al igual que la política pública establecida durante el COVID-19, y su efecto en el acceso a servicios y/o programas dirigidos a las mujeres consumidoras de drogas. A su vez queremos explorar la disponibilidad de servicios y las brechas de necesidades experimentadas en centros, clínicas y organizaciones que trabajaron en tiempos de pandemia desde la perspectiva del trabajador social en servicio directo y el personal administrativo.

Revisión de Literatura

Para tener un acercamiento analítico más amplio decidimos revisar literatura referente a distintos temas vinculados a la investigación. Los temas desarrollados son: la pandemia del COVID-19 y sus implicaciones en América Latina, el Caribe y Puerto Rico, el estigma y prejuicio que enfrentan las mujeres consumidoras de drogas a partir de la construcción social, la identidad de género y el acceso de los servicios y/o programas que impactan a la población consumidora de drogas, el derecho humano a la salud y la profesión del trabajo social y el personal de administración en sus procesos de intervención con la población.

COVID-19 en América Latina y el Caribe

El 31 de diciembre de 2019 en China se identificó el primer caso de neumonía sin explicación exacta de su procedencia. Desde ese momento en el mundo se tomaron restricciones que impactaron directamente a los gobiernos, agencias, comunidades y a cada persona de distintas maneras. Se identificó el SARS-CoV-2 como un virus que se sospecha se contagia por humanos originalmente por el consumo de mamíferos como el murciélago en Wuhan, China. Adoptando el nombre de Coronavirus 2019 o COVID-19 rápidamente se convierte en un virus altamente contagioso y más letal que la influenza. El nivel de contagio y de muertes que el COVID-19 ha representado son cifras exorbitantes que han cambiado el orden y la situación mundial. La enfermedad del COVID-19 es una infección causada por un virus que se puede propagar de persona a persona. Las distintas maneras de contagio pueden ser: 1) al entrar en contacto cercano (alrededor de 6 pies) con una persona que tenga COVID-19, 2) por medio de gotitas respiratorias si una persona infectada tose, estornuda o habla, 3) al tocar una superficie o un objeto en los que esté el virus, y luego tocarse la boca, la nariz o los ojos. La información suministrada por el Centro de Control de Diagnóstico y Prevención en Estados Unidos (CDC) es la que ha guiado la prevención del virus en Estados Unidos y sus

territorios. Las recomendaciones que se han ofrecido han estado relacionadas con no tener contacto de menos de 6 pies con las otras personas, evitar ir a lugares con aglomeración de personas y utilizar siempre mascarillas en la boca y la nariz para evitar que se adquiriera o se propague el virus (CDC, 2020). Todo el mundo está en riesgo de contraer el virus de COVID-19, no obstante, el peligro es mayor para personas que tienen el sistema inmunológico comprometido o la población de edad avanzada.

Según el CDC, en Estados Unidos hasta el 29 de mayo de 2021 se han identificado 120.2 millones de infecciones estimadas, 6.2 millones de hospitalizaciones estimadas y 767,000 muertes totales estimadas a causa del COVID-19. En América Latina y el Caribe se han tenido cifras muy altas en cuanto a mortalidad del Covid-19. A finales del mes de febrero, 6 de los 27 países con mayor número de muertes por cada 100,000 habitantes a nivel mundial se encuentran en esta región; México, Perú, Panamá, Colombia, Brasil y Argentina.

El COVID-19 tuvo efectos a nivel de salud, pero también ha tenido implicaciones a nivel social. Los efectos sociales que se han producido en América Latina y el Caribe se pueden reflejar con el aumento en la desigualdad y las cifras de pobreza. Tal lo describe Eduardo Menz (2021) en su escrito: *Impactos Económicos y Sociales a un año de la pandemia por COVID-19 en América Latina y el Caribe*, presenta que se ha tenido un aumento en la desigualdad y las cifras de pobreza eleva un 37.3% y entre éstas, el aumento de la pobreza extrema a un 15.5% de la población.

Una de las situaciones que se ha querido visibilizar desde distintos grupos y organizaciones han sido los efectos de la pandemia en la situación mental y social de los países. Las implicaciones mentales dejadas por la pandemia ocasionan unos efectos a corto y largo plazo que se deben considerar como prioridad dentro de los análisis y planes que se llevan a cabo en distintos países. Según la Organización de las Naciones Unidas para la

Educación, la Ciencia y la Cultura) en el artículo titulado: *COVID-19: Problemas sociales y psicológicos en la pandemia*, explican los síntomas directos que se han tenido en individuos a raíz de la situación del COVID-19. Estas pueden ser altos niveles de estrés, angustia, desconfianza, ansiedad, temor al contagio, enojo, irritabilidad entre otras. Estos han sido efectos psicológicos que han afectado a gran parte de la población incluyendo adultos mayores, adolescentes, niños entre otros. Dentro de este escrito se menciona lo siguiente; “La pandemia afecta a todos, pero no por igual. Las consecuencias son diferenciales según las condiciones de vulnerabilidad individual y social, y también de acuerdo con las capacidades personales e institucionales para afrontarla de manera eficaz” (UNESCO, 2020, p.11). Se puede interpretar que las condiciones de vida preexistentes de la población podrían determinar las maneras en las que se pueda afrontar una pandemia de tal magnitud. De acuerdo con esto podría esperarse que las personas empobrecidas, desempleadas, con menor acceso a servicios esenciales han sido grandemente afectadas. Situaciones que empeoran por interseccionalidades como raza, género y nacionalidad.

Tal y como explica Menz (2021) en su artículo, se hace referencia a que la pandemia ha puesto en perspectiva las fortalezas y las debilidades que existen en el sistema socioeconómico actual. La crisis sanitaria ha dejado en evidencia otras desigualdades sociales como son la falta de acceso a la tecnología de la información y comunicación, posibilidades reales de aislamiento, y de acceso a teletrabajo entre otros elementos (p. 4). Los efectos mencionados anteriormente por el COVID-19 han sido factores que han afectado la calidad de vida en Puerto Rico. Esas desigualdades sociales, los efectos a nivel mental y condiciones económicas marcaron cambios significativos en la sociedad puertorriqueña. Es por esto por lo que se trae literatura relacionada a tales efectos en Puerto Rico.

COVID-19 y sus implicaciones en Puerto Rico

En Puerto Rico el Departamento de Salud ha sido la agencia responsable de liderar e implementar las ordenanzas ejecutivas relacionadas a la pandemia del COVID-19. El Departamento de la Salud fue creado según lo dispuesto en la Ley Núm. 81 de 14 de marzo de 1912, según enmendada y elevado a rango constitucional el 25 de julio de 1952, en virtud de lo dispuesto en el Artículo IV, sección 6 de la Constitución del Estado Libre Asociado. Según la Ley Núm. 81 el secretario de Salud con el aval del gobernador será la persona encargada/o de tomar toda decisión dirigida a atender y resolver cualquier situación de crisis de salud que emane en el país. Según resumido en la Orden Administrativa Número 424 (2020), dentro de sus tareas está la implementación de un “Task Force” compuesto de profesionales de diversos trasfondos y especialidades en campos de salud que ayudarán a guiar los esfuerzos de prevención de contagio del virus del COVID-19. Parte de las responsabilidades de este “Task Force” fue el establecimiento de protocolos de monitoreo e información, esto dirigió parte de los esfuerzos a la recopilación de estadísticas de casos confirmados por COVID en Puerto Rico, así como, las defunciones a raíz del contagio. Desde el 2020 el Departamento de Salud de Puerto Rico, ha reportado un aproximado de 2,565 muertes y 125,718 casos confirmados de contagio del coronavirus y sus variaciones hasta lo que va del año 2022. Desde el comienzo de la pandemia se estableció la política pública a través de múltiples órdenes administrativas con el fin de evitar la propagación del virus a la ciudadanía. Lo que en efecto ha representado de múltiples maneras una alteración social, económica y mental para las personas en Puerto Rico. Esto ha desencadenado una desestabilización en diferentes niveles sociales que en definitiva produjo incertidumbre y paralización de la sociedad puertorriqueña. A continuación, ofrecemos un recuento de las órdenes ejecutivas implementadas en Puerto Rico a causa del COVID-19, que tienen un impacto significativo en nuestro tema de investigación. Estas fueron recuperadas de la *Base*

Cero proporcionada por la Oficina de Gerencia y Presupuesto del gobierno de Puerto Rico (2022):

- *12 de marzo de 2020- Orden Ejecutiva de la Gobernadora de Puerto Rico, Hon. Wanda Vázquez Garced, Para declarar un Estado de Emergencia ante el inminente Impacto del Coronavirus (COVID-19) en nuestra isla.*
 - Dicho estado de emergencia fue declarado en todo Puerto Rico con el fin de llevar a cabo todos los esfuerzos posibles e implementar aquellas medidas necesarias para salvaguardar la salud, bienestar y seguridad pública de nuestra ciudadanía y a su vez minimizar o evitar el riesgo de situaciones que constituya una amenaza a la salud o seguridad pública a consecuencia del brote del COVID-19.

- *15 de marzo de 2020- Orden Ejecutiva de la Gobernadora de Puerto Rico, Hon. Wanda Vázquez Garced para viabilizar los cierres gubernamentales y privados para combatir los efectos del Coronavirus (COVID-19) y controlar el Riesgo de contagio en nuestra Isla.*
 - Ordena el cierre de las agencias gubernamentales y privadas a fin de combatir y controlar los riesgos de contagio. Estos servicios son en gran medida unas de las necesidades más apremiantes para las poblaciones marginalizadas como las mujeres en consumo de sustancias.

- *17 de marzo de 2020- Orden Ejecutiva de la Gobernadora de Puerto Rico, Hon. Wanda Vázquez Garced, para atender las necesidades de la población de Personas Sin Hogar en Puerto Rico ante la amenaza de propagación del Coronavirus (COVID-19)*
 - Crea comités Interagenciales para salvaguardar la salud de las personas sin hogar. Estos comités debían estar compuestos por Departamento de Vivienda,

Departamento de Salud y Departamento de la Familia. El fin era crear espacios sanitarios que salvaguarden la salud de las personas sin hogar.

➤ *23 de marzo de 2020- Orden Ejecutiva de la gobernadora de Puerto Rico, Hon.*

Wanda Vázquez Garced, para crear el comité ejecutivo de Asesoría Médica o Task Force Médico del COVID-19 mientras permanezca en vigor el estado de emergencia declarado Mediante la OE-2020-20 del 12 de marzo de 2020.

- Se crea el comité de Asesoría Médica o Task Force Médico durante el periodo de Emergencia. Este comité estaba compuesto por médicos salubristas que realizaban las debidas recomendaciones para evitar el mayor contagio posible en la ciudadanía. El mismo tuvo reconocimiento del país

➤ *27 de marzo de 2020- Orden Ejecutiva de la Gobernadora de Puerto Rico, Hon.*

Wanda Vázquez Garced, para Enmendar el Boletín Administrativo Núm. OE-2020-022, a los fines de añadir tareas y funciones a ser brindadas por la Guardia Nacional y demás Fuerzas Militares de Puerto Rico.

- Mediante esta orden ejecutiva se incluyó en las labores relacionadas a la emergencia, a la Guardia Nacional y otras fuerzas militares. Muchos de los lugares importantes en la isla como gasolineras, hospitales y carreteras entre otros eran custodiados por personal de la Guardia Nacional. A su vez apoyaron con la gestión de los hospitales y eventualmente con las logísticas para realización de pruebas y vacunación en la isla.

➤ *7 de abril de 2020- Orden Ejecutiva de la Gobernadora de Puerto Rico, Hon. Wanda*

Vázquez Garced, Enmendando el Boletín Administrativo Núm. OE-2020-029 A los fines de Establecer Reglas de Cierre Específicas para el Fin de Semana del 10 al 12 de abril de 2020.

- Esta limitaba durante el fin de semana todo comercio excepto: supermercados, farmacias, gasolineras, bancos, centros de cuidados de ancianos y organizaciones o grupos que provean servicios que atiendan necesidades básicas, tales como refugios para personas sin hogar, bancos de alimentos, entre otros. Estas restricciones continuaron aumentando o disminuyendo de acuerdo con las recomendaciones del Task Force Médico, por cientos de contagios y mortalidad a causa del COVID-19 en la isla. Dentro de los servicios que estaban sujetos a continuar ofreciendo servicios fueron los refugios para personas sin hogar y víctimas de violencia.
- *14 de abril de 2020-Orden Ejecutiva de la Gobernadora de Puerto Rico, Hon. Wanda Vázquez Garced, a los Fines de Enmendar el Toque de Queda Establecido en la OE-2020-033*
 - Se extiende el toque de queda establecido, inclusive se limitaron las salidas necesarias de 5:00 am a 7:00 pm, solo a citas médicas, hospitales, laboratorios, farmacias, compra de alimentos, y lugares de trabajo que sean exentos de toque de queda. También se penalizaron reuniones, fiestas o tertulias en residencias y sus entornos quedando sujetos a las penalidades establecidas. Muchos de los comercios, servicios, establecimientos tuvieron que lidiar con el horario limitado y con el manejo de la exposición en establecimientos y servicios, incluyendo clínicas y en especial servicios sociales.
- *2 de enero de 2021-Orden Ejecutiva del Gobernador de Puerto Rico, Hon. Pedro R. Pierluisi, ordenando al secretario de Salud que diseñe una campaña masiva para administrar pruebas del Covid-19.*
 - El 2 de enero de 2021, con un nuevo gobernador en la isla y como parte de las primeras órdenes ejecutivas dirigidas al COVID-19, se ordena realizar pruebas

masivas por parte del Departamento de Salud. Estas iniciativas incluían logísticas en espacios abiertos como canchas, centros comunitarios, parques donde hubiera poco nivel de exposición y a su vez se utilizaron estrategias tecnológicas para lidiar con registros de pruebas y vacunación por la necesidad en masa que se tenía.

- *2 de enero de 2021-Orden Ejecutiva del Gobernador de Puerto Rico, Hon. Pedro R. Pierluisi, para decretar medidas de responsabilidad fiscal y control de gastos y derogar el Boletín Administrativo Núm. OE-2017-001*
 - Se declara un estado de emergencia fiscal en el Gobierno de Puerto Rico el cual ordena realizar ajustes fiscales en todas las agencias gubernamentales para aliviar el gasto público, haciendo la salvedad de que no debería afectar adversamente aquellos servicios que protegen la seguridad y el bienestar de la ciudadanía.

- *4 de enero de 2021-Orden Ejecutiva del Gobernador de Puerto Rico, Hon. Pedro R. Pierluisi, para decretar como política pública la aceleración del Gobierno Digital, el desarrollo de la intercomunicación e interoperabilidad de los sistemas de tecnología del Gobierno*
 - Dentro de esta orden ejecutiva se establece priorizar los procesos digitales para las gestiones gubernamentales. Esto se traduce en que procesos ya sean con agencias como CESCO, Departamento de la Familia, Departamento de Salud, Departamento de Vivienda atenderán gestiones y situaciones de manera virtual exclusivamente, creando un umbral de acceso más alto para las personas que no tengan los recursos de celulares, computadoras, tablets o internet.

- Muchas de las restricciones establecidas provocaron cambios abruptos en la sociedad. Entre estos se pueden mencionar su impacto en la economía, la salud mental, los servicios en agencias gubernamentales, entre otras.
- *El 25 de enero de 2021- El gobernador de Puerto Rico emitió la Orden Ejecutiva OE-2021-013 en la que declara un Estado de Emergencia ante el aumento de casos de violencia de género en Puerto Rico. Esto es cónsono con la política pública del gobierno de darle prioridad a la prevención y atención de la violencia de género en todas sus manifestaciones y ha sido un reclamo constante de organizaciones que ofrecen apoyo a sobrevivientes de violencia de género.*
 - Se creó el Estado de Emergencia por violencia de género en la isla. Con esta orden se pretendía mantener como un servicio prioritario del gobierno los programas de protección, prevención y orientación, protocolos de acceso a vivienda, servicios de salud, educación y trabajo. Se ordenó a la Oficina de Gerencia y Presupuesto (OGP) priorizar las solicitudes de fondos y presupuesto a estos fines y hacer las gestiones necesarias ante la Junta de Supervisión. También, se ordenó la creación de un Comité de prevención, apoyo, rescate y educación de la violencia de género (Comité PARE) como comité asesor del gobernador.
- *11 de agosto de 2021-Orden Ejecutiva del Gobernador de Puerto Rico, Hon. Pedro R. Pierluisi, para requerir la vacunación obligatoria y el cernimiento contra el COVID-19, en los sectores de los restaurantes, bares, teatros, cines, coliseos, centro de actividades, entre otros.*
 - Se extiende la ordenanza de requerir vacunación obligatoria en otros sectores más amplios de la sociedad.

➤ *7 de marzo de 2022-Orden Ejecutiva del Gobernador de Puerto Rico, Hon. Pedro R. Pierluisi, a los fines de modificar las medidas implementadas contra el COVID-19, y para derogar los Boletines Administrativos núms. OE- 2021-075, OE-2021-082, OE-2021-087, OE-2022-003, OE- 2022-006, OE-2022-009, OE-2022-010, OE-2022-011 y OE- 2022-015*

- Se derogan las órdenes ejecutivas relacionadas con el Estado de Emergencia por COVID-19. El porcentaje de contagio y mortalidad se encontraba en menos de 5% en ese momento. Algunas restricciones continuaron, pero muy superficialmente. De hecho, la OMS desde septiembre del 2021 estimó que marzo sería el mes en que la pandemia llegaría a un nivel controlado alrededor del mundo, por el nivel de adelanto que llevaba el ritmo de vacunación.

La finalidad de estas órdenes fueron la prevención y disminución de los riesgos de salud a raíz de la pandemia. Todas fueron implementadas y accionadas como respuestas a los cambios que han surgido a lo largo del desarrollo del virus y la actividad social en el país. Muchas de estas medidas crearon diferencias y tensiones en el propio equipo. Las proyecciones futuras en relación del gobierno y el Departamento de Salud se dirigieron a partir de este momento hacia la eliminación del estado de emergencia que categoriza al COVID-19 como pandemia. El mejor ejemplo del supuesto éxito de las órdenes ejecutivas en el país se vislumbra siendo la isla uno de los países con un porcentaje mayoritario de personas vacunadas. “Puerto Rico, sin embargo, llama la atención del mundo por su actual manejo de la pandemia. Con un 74.7% de población inmunizada” (Ávila, 2021), superando a los demás territorios de los Estados Unidos. Sin embargo, a pesar de que las órdenes pretendían mitigar los riesgos y salvaguardar la salud de la ciudadanía en general, tuvieron efectos permanentes que afectaron los servicios de salud, educación, agencias gubernamentales, el sector privado, la economía y la sociedad en general de Puerto Rico. Uno de los factores más importantes de estas órdenes,

como se verá más adelante, son las implicaciones que ha tenido en la calidad de los servicios, las consecuencias en la salud mental de la ciudadanía, la situación de vida de las familias y en el bienestar de los grupos marginalizados y precarizados de la sociedad. Lo que ha ocasionado a su vez el encarecimiento del costo de vida, cambios demográficos profundos, pérdidas en vidas humanas y afectación en los servicios de salud. De otra parte, en todo momento se ha visto la falta de participación de la ciudadanía en instancias donde se tomaban decisiones importante. Vale mencionar también que muchas de las disposiciones que tenían que ver con gestiones directas a la población fueron asumidas de forma destacadas por la ciudadanía y por proyectos comunitarios, como fue la entrega de alimentos y orientaciones sobre recomendaciones de higiene y medidas preventivas para evitar contagios. Otra situación importante es como la falta de fiscalización de las agencias de gobierno facilitó actividades de corrupción y delitos de funcionarios(as) o personas relacionadas con las agencias gubernamentales concernidas.

COVID-19 y la Población Consumidora de Drogas

La pandemia del COVID-19 ha afectado a la población a nivel mundial, cambiando el estilo de vida de todas y todos incluyendo a personas que consumen drogas. Las poblaciones marginalizadas como mujeres consumidoras de drogas se han visto gravemente impactadas, enfrentando un agravante en los estigmas sociales que ponen en riesgo su seguridad y salud. Han sido privados de refugios, atención médica, alimentos y de los procesos de apoyo y tratamiento durante la pandemia del COVID-19. La Dra. Nora Volkow, directora de National Institute of Drug Abuse (2020) alerta sobre los riesgos a la salud que enfrenta la población consumidora de drogas. Explica que, debido a la naturaleza del virus y las complicaciones pulmonares que esta causa puede aumentar el riesgo de fallecimiento dentro de la población consumidora de tabaco, marihuana, vaporizadores y cualquier droga cuyo uso esté

relacionado a la inhalación para su consumo. Añade, que debido a su consumo la población es más propensa al encarcelamiento o a la falta de refugio, lo que aumenta su exposición al virus. La misma autora también discute los retos sociales que rodean a la población durante la pandemia, como lo son la disminución del acceso a la atención médica, la inseguridad en la vivienda y una mayor probabilidad de encarcelamiento. El acceso limitado a la atención médica coloca a las personas con adicción en mayor riesgo de contraer múltiples enfermedades, pero si los hospitales y las clínicas son llevados a su capacidad, es posible que las personas con adicción, que ya están estigmatizadas y desatendidas por el sistema de atención médica, experimenten una mayor limitación de acceso a tratamiento de COVID-19 y otros servicios y programas de salud (Volkow, 2020).

En condiciones de aislamiento, el consumo puede verse agravado, lejos de una red socioafectiva o de un tratamiento adecuado, más aún cuando la evidencia muestra que en condiciones previas a la pandemia, los usuarios problemáticos de drogas tienen mayores dificultades para acceder a los servicios asistenciales (Pascale, 2020, p. 333).

Mientras que para muchos los cambios realizados por la pandemia pueden ser manejables, para poblaciones de alto riesgo y marginalizadas estos cambios agravan sus condiciones de vida de manera significativa. El virus del COVID-19 no representa solo el riesgo de contagio sino también dificultades en sus espacios sociales que pueden resultar en un aumento en el consumo como escape de las tensiones y estrés causados por este. A pesar de que aún no hay muchas investigaciones o foros que discuten y estudian los efectos a corto, mediano y largo plazo de las implicaciones del virus en las personas consumidoras se puede asumir el incremento al riesgo en la salud de esta población. Pascale (2020) observa que:

Múltiples factores psicosociales y ambientales inciden en forma significativa en este período de distanciamiento social, desde el miedo o la incertidumbre por nuestro

futuro a otras comorbilidades (ansiedad, depresión, trastornos de la conducta alimentaria, juego patológico, adicción a pantallas, entre otras) que agravan los trastornos por consumo de sustancias, con una mayor tasa de recaídas y complicaciones. (p. 333)

Medidas como el distanciamiento social han tenido un impacto directo en la obtención y efectividad de tratamientos y servicios que por su naturaleza requieren un contacto directo con el consumidor. “El distanciamiento social, rompe en gran medida con modelos terapéuticos paradigmáticos para el consumo problemático de drogas, relacionados con estrategias terapéuticas grupales de pacientes y de sus referentes socioafectivos en forma presencial” (Pascale, 2020, p. 333).

Es imperativo la evaluación de los modelos de tratamiento actuales puesto que no sabemos la extensión o duración de la pandemia como un virus sin tratamiento ni cura. Las telemedicinas, las terapias por videollamada han sido alternativas presentadas para el continuo cuidado, sin embargo, las limitaciones en el acceso a la tecnología presentan su propia problemática. Se cuestiona la capacidad de retención y la continuidad del servicio en sus diferentes etapas.

Estigma y Prejuicio: La Mujer Consumidora de Drogas

El estigma es un concepto traído por el sociólogo Goffman en 1963 que define el término como un atributo profundamente desacreditador dentro de una interacción social. También hace referencia a tres tipos de estigmas, las abominaciones del cuerpo (deformidades físicas), defectos de carácter como falta de voluntad, pasiones tiránicas o antinaturales, creencias rígidas y falsas, deshonestidad y existen los estigmas tribales de la raza, la nación y la religión. Con posterioridad a la obra inicial de Goffman y, especialmente, en las últimas décadas, el estudio del estigma ha ganado cada vez más importancia, no

solamente dentro de las ciencias sociales, sino también en diferentes áreas de la salud, al observarse su importante impacto negativo para la planificación y la provisión de servicios, particularmente aquellos vinculados con las afecciones contagiosas y de transmisión sexual (Leary & Schreindorfer, 1998). De otra manera, el estigma tiene complicaciones de concebir unos grupos superiores a otros, en juicios basados en su cultura o condición social.

En Puerto Rico se realizó un estudio cuantitativo en el 2013 que aborda el estigma de la salud mental entre futuros profesionales en adiestramiento, específicamente estudiantes de medicina, trabajo social y psicología. Las puntuaciones de profesionales en adiestramiento de Medicina fueron significativamente mayores con un tamaño de efecto grande en comparación con los profesionales en adiestramiento de psicología y moderado con los de Trabajo Social. Las y los autores indican que estos hallazgos documentan la necesidad de desarrollar intervenciones para reducir el estigma hacia personas que sufren de problemas de salud mental (Cajigas et al., 2013, p. 250)

De acuerdo con esta investigación se entiende que el estigma continúa siendo una barrera dentro de la provisión de servicios a personas que sufren trastornos de salud mental incluyendo a las mujeres consumidoras de drogas. Indudablemente es necesario incorporar el rompimiento del estigma de profesionales desde la academia y el macrosocial para promover y lograr que los servicios sean culturalmente sensibles hacia las poblaciones a las que se les ofrecen.

Identidad de Género, Mujeres y Consumo de Drogas

La identidad de género se puede definir como una categoría de organización social que estructura el mundo, las personas y la vida en general de manera binaria y jerarquizada (Proyecto Malva, 2021). Situando en una posición de inferioridad a todo lo que no sea masculino. Así lo define el Proyecto Malva en la guía realizada en 2021 para abordar el tema

de perspectiva de género en el ámbito de drogas. Según lo mencionado se puede entender que el género marca las diferencias en el acceso a los recursos de hombres y mujeres. En cuanto realizamos el análisis sobre género y uso de drogas se nos hace pertinente visibilizar que a lo largo de la historia se ha construido un marco de paradigmas, investigaciones y hasta servicios basados en el género masculino. Maqueira en el 2001 nos brinda un análisis sobre la palabra género y los roles sexuales que socialmente se adjudican. Nos explica que la palabra género surge para “acabar con las omnipresentes teorías deterministas biológicas que interpretaban el lugar de hombres y mujeres en la estructura social como consecuencia de características biológicas” (p. 159) y así mismo trae a la discusión el cuestionamiento realizado desde teorías funcionalistas sobre los roles sexuales que naturalmente la sociología y la psicología adjudicaban a hombres y mujeres.

La exclusión de la mujer en la toma de decisiones provoca que no haya servicios acordes con las necesidades de las mujeres consumidoras de sustancias. La exclusión provoca desigualdad; y entre ellas está la salud de las mujeres. Sánchez (2013) explica que el peor estado de salud de la mujer se le acredita a su posición social más desfavorecida y su condición de vida más pobre debido a los roles de género (p.7). Mientras que las complicaciones de salud en los hombres se deben a estilos de vida más arriesgados que conducen a muertes accidentales. “En adición a problemas de salud físicos y psicológicos la mujer usuaria a drogas por lo general carece de apoyo social y experimenta un alto nivel de estigma social” (Vázquez y Meléndez, 2015 p. 49). Esta situación la hemos podido observaren múltiples espacios comunitarios y público en general, incluyendo en la población masculina.

Se entiende que el contexto de la mujer puede verse impactado grandemente según su género, su estatus económico, su raza y en el caso de la mujer consumidora de drogas, debe

lidar con todo lo antes mencionado, añadiendo tener recursos de apoyo accesibles y enfrentar un alto nivel de estigma social. Estos factores inciden directamente en su estado de salud física y mental constantemente. Como alternativa a lo planteado anteriormente, Farapi (2009) nos menciona que

La perspectiva de género consiste en tener en cuenta de manera sistémica que las mujeres y los hombres responden a condicionantes distintos y que la comprensión de la realidad requiere que los aspectos y factores sean analizados separadamente entre unos y otros (p. 50).

Contrario a esta perspectiva se construye un sistema heteronormativo que promueve la criminalización de grupos minoritarios que transgreden lo establecido siendo uno de éstos las mujeres consumidoras de drogas. De esta manera se da por sentado que las condiciones de vida alrededor del consumo deben ser la misma tanto para hombres como para mujeres. Es importante mencionar que Farapi no excluye la relación existente entre los efectos químicos y biológicos de las drogas en el consumidor, sin embargo, establece que estos ocurren dentro de un contexto social.

En un Informe realizado en España para impactar las intervenciones en drogodependencia con enfoque de género se puntualizan varios asuntos que coinciden con el resto de la literatura revisada respecto a las mujeres consumidoras. Se identifican que las problemáticas sobresalientes son: los obstáculos de acceso al tratamiento, la oferta de programas y su escasa adecuación a las necesidades de las mujeres, así como los resultados o abandonos del tratamiento.

Las mujeres tienen mayores dificultades y obstáculos para acceder a la red asistencial que los varones. Las dificultades que se encuentran están relacionadas con el modelo

de atención o tienen que ver con las circunstancias culturales, sociales y personales de las usuarias (Castañas et al. 2007, p. 51).

Ello se debe a las desigualdades que tradicionalmente enfrentan por su condición de mujer, condicionadas por el contexto específico en que residen, según hemos señalado anteriormente.

El Derecho Humano a la Salud

La Organización Mundial de la Salud (2017) reconoce a la salud como un derecho de todos y para todos. Establece que, para alcanzar el máximo nivel de salud, se debe exigir el cumplimiento de aquellos criterios que garanticen empleo, vivienda y alimentación.

El goce del derecho a la salud está estrechamente relacionado con el de otros derechos humanos tales como los derechos a la alimentación, la vivienda, el trabajo, la educación, la no discriminación, el acceso a la información y la participación (OMS, 2017, p.1).

El acceso a la salud es de vital importancia para todo ser humano. Todo individuo debe ser libre a decidir sobre su salud sin ninguna intervención o coerción, así como de tener acceso a aquellos servicios que garanticen la obtención de su mayor grado de salud.

Coincidimos con lo planteado por Humanium (s.f) en el sentido de que es además un compromiso proveer a los ciudadanos la posibilidad de disfrutar del mejor estado de salud, tomando en cuenta, factores históricos, socioeconómicos y culturales correspondientes, basándonos en la Declaración de Derechos Humanos. Esto significa que el estado de salud dependerá de cada cual y que el Estado debe asegurar el mismo acceso a la atención médica al conjunto de su población (Humanium, s.f.). La salud es responsabilidad del individuo, es a este que le corresponde alcanzar su nivel máximo de salud, el Estado se responsabiliza de la

garantía de los medios por los cuales el individuo puede alcanzar la misma. Estos incluyen la creación de coberturas de salud, la redacción y ejecución de políticas públicas que impacten y sacian las necesidades de su población y poder financiar todo proyecto que permita a todos sus ciudadanos acceder a servicios de salud.

Como establecido anteriormente en Puerto Rico y Estados Unidos la salud no es considerada un derecho humano. Utilizando como ejemplo el COVID-19, podemos observar que esta consideración trae repercusiones en el acceso a la salud para la población. En espacios de crisis el aparato gubernamental y sus representantes pueden tomar cualquier medida que mitigue los efectos causados. Podríamos cuestionar ese poder del Estado de asumir de forma absoluta decisiones que afectan a toda la población, solo por el hecho de un poder delegado que sustituye la democracia participativa. Las decisiones del Estado podrían incluir la reducción o eliminación de servicios al igual que la limitación de las poblaciones que pueden acceder a estos. Afectando principalmente a poblaciones marginalizadas como los consumidores de drogas los cuales pueden enfrentar restricciones y prohibiciones de servicios de salud. Evidentemente, las ordenes ejecutivas generan también una tensión en las perspectivas de ciudadanía y en la democracia participativa.

Son muchas las políticas públicas que no sostienen el derecho a la salud, estableciendo criterios excluyentes que impactan directamente a poblaciones vulnerables. El acceso a la salud entonces se convierte en un servicio de privilegio siendo accesible sólo para aquellas personas que puedan sufragarlo.

Las políticas y programas de salud pueden promover o violar los derechos humanos, en particular el derecho a la salud, en función de la manera en que se formulen y se apliquen. La adopción de medidas orientadas a respetar y proteger los derechos

humanos afianza la responsabilidad del sector sanitario respecto de la salud de cada persona (OMS, 2017).

En la actualidad el COVID-19 ha traído grandes retos al espacio de la salud. Los hospitales, clínicas, centros de atención han estado a punto de colapsar debido a un alto volumen de casos que exceden la capacidad y recursos de los sistemas de salud mundialmente. Esto ha resultado en la necesidad de priorizar en algunos países quiénes tendrán acceso a cuidados médicos. Esta decisión es una violación al derecho de la salud, aunque ha sido una decisión forzada no responde al derecho, según la página Human Rights Watch (2020).

Las normas de derechos humanos también reconocen que en el contexto de serias amenazas a la salud pública y emergencias públicas que pongan en peligro la vida de una nación, las restricciones a algunos derechos pueden justificarse siempre y cuando tengan una base legal, sean estrictamente necesarias según evidencias científicas y no sean arbitrarias ni discriminatorias en su aplicación, sean de duración limitada, respeten la dignidad humana, estén sujetas a revisión y sean proporcionales para lograr su objetivo. Podría pensarse que esto tiene peso en las decisiones que se han tomado con respecto a los servicios de salud durante la Pandemia, lo cual ameritaría un cuestionamiento ético al estado.

El estigma que rodea esta población como personas enfermas y criminalizadas ha precarizado su situación de salud, y con ello aumentó las probabilidades de fallecer debido al COVID o complicaciones de su condición física, emocional y mental.

Un enfoque de la salud basado en los derechos humanos ofrece estrategias y soluciones que permiten afrontar y corregir las desigualdades, las prácticas discriminatorias y las relaciones de poder injustas que suelen ser aspectos centrales de la inequidad en los resultados sanitarios (OMS, 2017).

El Trabajo Social y la Intervención con la Población Consumidora de Drogas

El trabajo social es una profesión que promueve el cambio y desarrollo social. Basando su práctica en la defensa de los derechos humanos y la acción social, busca el fortalecimiento y empoderamiento de los individuos y de las comunidades dentro de la sociedad. Esta profesión se fundamenta en los principios de justicia social, derechos humanos, la responsabilidad colectiva y el respeto por la diversidad. Reconoce que las influencias sociales, económicas, políticas, geográficas e individuales representan áreas de oportunidad o barreras en el desarrollo y bienestar de las personas. A través del desarrollo de la conciencia crítica y la reflexión de la realidad social basada en la diversidad por raza, etnia, religión, valores entre otros busca eliminar las barreras estructurales que impiden la autorrealización de las personas. Desempeñándose desde el micro, meso y macro el profesional de trabajo social actúa desde una diversidad de escenarios en la defensa de los derechos humanos, denunciando las desigualdades sociales. Según la Federación Internacional de Trabajo Social (FITS), la profesión se rige por la necesidad de cuestionar y cambiar las condiciones estructurales que contribuyen a la marginación, la exclusión social y la opresión (s.f.). Es una disciplina interdisciplinaria, basada en teorías e investigaciones relacionadas con el desarrollo humano y-con el desarrollo de la sociedad y con otras dimensiones de las ciencias sociales, entre las que figura la economía política, sociología y otras teorías de análisis de la realidad social.

El trabajo social se basa en un desarrollo constante de sus fundamentos teóricos y de la investigación, así como las teorías de otras ciencias humanas, incluyendo sin límite, el desarrollo comunitario, la pedagogía social, la administración, la antropología, la ecología, la economía, la educación, la gestión, la enfermería, la psiquiatría, la psicología, la salud pública y la sociología (FITS, s.f.).

La expansión del conocimiento en la profesión también es condicionada por el individuo en su diario vivir y su contexto. Los desarrollos socioeconómicos, socioculturales, influencias ambientales, experiencias de vida, interseccionalidades e intersubjetividades, así como las perspectivas de cada persona a la cual se le ofrece servicios van moldeando el contenido histórico de la profesión. A pesar de ser una profesión fundamentada en teorías y en la investigación social científica el trabajador social también debe incorporar a su praxis los efectos contextuales y las influencias sociales en el individuo que atiende.

En Puerto Rico, al igual que en muchas partes del mundo, el trabajo social constituye un servicio esencial según se recoge en planteamientos oficiales del Colegio de Profesionales del Trabajo Social de Puerto Rico, aunque no ha sido reconocido como tal. El país cuenta con más de 7,000 profesionales licenciados y colegiados en trabajo social. De estos un 62% cuenta con grado de bachillerato y 38 % con maestría o doctorado, según datos del Colegio de Profesionales de Trabajo Social de Puerto Rico (CPTSPR s.f.). “Estos profesionales se encuentran en diversos escenarios públicos y privados, laborando en contextos comunitarios, educativos, clínicos y forenses, con constante interacción con personas a nivel individual, familiar, grupal, comunitario u organizacional” (P. del S. 1646, 2020, p. 2). En Puerto Rico la profesión es guiada por el Código de Ética Profesional: Colegio de Profesionales del Trabajo Social de Puerto Rico. “El *Código de Ética* es el documento rector para que los profesionales del Trabajo Social evalúen la toma de decisiones al enfrentar dilemas ético-morales” (CPTSPR, 2017, p. 10). El documento sirve como guía para ejemplificar las conductas, deberes y responsabilidades del individuo en su rol como trabajador o trabajadora social. Dicho código, brinda legitimidad y proporciona un marco para la autoevaluación de la profesión y enmarca los principios filosóficos a los cuales debe acogerse el o la profesional. La práctica del trabajo social en Puerto Rico se lleva a cabo desde el Estado, en atención a la cuestión social, principalmente en las intervenciones con poblaciones vulnerabilizadas,

marginalizadas, oprimidas y en riesgo, lo cual incluye a la población de mujeres consumidoras de drogas.

Los roles y responsabilidades que tiene la profesión de Trabajo Social al acceder servicios a la población de personas consumidoras de drogas incluyendo las mujeres deben ser fundamentados en los cánones éticos de la profesión establecidos en el Código de Ética profesional. Específicamente el Canón 2 establece las pautas que debe seguir cada profesional en la relación participante-profesional. La provisión de información confiable y certera, el derecho a la autodeterminación de cada persona que recibe servicios por parte del profesional y evitar las conductas discriminatorias o abusivas contra participantes son conceptos claves que se presentan dentro del Código de Ética Profesional del Trabajo Social en Puerto Rico (CPTSPR, 2017). Desde esta perspectiva el trabajo social se relaciona directamente con los fundamentos de la reducción de daños y la perspectiva de derechos humanos para atender la situación de las personas con diagnóstico de consumo problemático de sustancias. Dentro de los análisis realizados desde el Trabajo Social y los principios de la reducción de daños se logran identificar que la dignidad y el respeto son valores importantes que se deben tener en cuenta al momento de impactar personas consumidoras de sustancias.

La salud pública puede entrelazarse con el Trabajo Social desde esta perspectiva. De hecho, la National Association of Social Workers de Estados Unidos (2000) se inclina a la visión de que:

La adopción de un enfoque integral de salud pública permitirá a los trabajadores sociales concentrarse en la prevención y el tratamiento del alcohol, el tabaco y otros problemas relacionados con las drogas. Este enfoque evitará estigmas innecesarios y combatirá enfermedades, discapacidades y muertes prematuras relacionadas con las sustancias (p. 23).

Como profesionales del Trabajo Social tenemos la responsabilidad de reconocer la importancia de la salud pública dentro de nuestras prácticas e intervenciones. A la par, debe ser prioridad respetar la autodeterminación de participantes, sus necesidades y consumo evitando actitudes, acciones y procedimientos que repercutan negativamente hacia las personas que tienen consumo de drogas. Un aspecto relacionado con esto es las diferentes perspectivas en las cuales se basan los parámetros de la intervención. De ahí, nos permitimos abordar en esta revisión de literatura la perspectiva de reducción de daños en la intervención profesional, ya que es una de consideración en los enfoques de los programas y en las estrategias de acompañamiento a participantes.

En la literatura revisada se pueden identificar áreas de oportunidades dentro del Trabajo Social y la inclusión de intervenciones basadas en reducción de daños. La reducción de daños propone que el acercamiento desde profesionales se realice desde una mirada paralela y no de superioridad. Las estrategias y planes que se realicen deben ser centradas en las necesidades de las personas que reciben el servicio y realizar unas intervenciones libres de prejuicio. Entre estas la National Association of Social Workers (NASW) recomienda a profesionales del trabajo social la responsabilidad de educar a participantes acerca de la reducción de daños. A su vez la justicia social como parte fundamental del Trabajo Social tiene grandes oportunidades de que la profesión incida política y socialmente en los asuntos judiciales que representan injusticias desproporcionadas por razones de consumo e interseccionalidad con raza, género y clase.

Reconociendo que el tema de reducción de daños ha creado dilemas éticos con la profesión de Trabajo Social se identifican dos posturas populares por las cuales en los gremios o grupos se ha tenido resistencia a aceptar la metodología como válida dentro de la profesión. Nos habla de dos razones claras de esa resistencia tales como: 1. El argumento del

aumento de la prevalencia del uso de drogas y por su parte el aumento en daños a la sociedad relacionados con costos en sistema de salud excesivos y el aumento de crímenes violentos y

2. La preocupación de llevar un mensaje erróneo dado que podría interpretarse como una aprobación del consumo de drogas. El temor es que la reducción de daños conduciría a nuevos usuarios y arruinaría los esfuerzos para involucrar a los usuarios actuales en tratar de lograr la abstinencia (Brocato & Wagner, 2003 p. 122).

Dentro de las limitaciones que se identifican para fomentar la reducción de daños en las prácticas profesionales de trabajo social es la visión de la enfermedad en asuntos relacionados a consumo de drogas y la perspectiva teórica moral que se ha establecido desde un entorno de servicios basados únicamente en la abstinencia (Brocato & Wagner, 2003 p. 122). Esta práctica tergiversa completamente el acercamiento que se debe realizar desde el trabajo social ya que es todo lo opuesto a lo que se establece en El Código de Ética de la profesión. Es importante pensar la profesión desde espacios que accedan el mayor bienestar hacia las personas consumidoras de drogas, es decir amplificar prácticas basadas en derechos humanos, reconocimiento, valoración, humanismo y reconocer el alcance de la profesión en el continuo de atención que se pretende ofrecer a la población.

A raíz de la pandemia el Colegio de Profesionales del Trabajo Social de Puerto Rico (CPTSPR), también emitió varios pronunciamientos relacionados con los aspectos éticos de la profesión y medidas recomendadas ante la pandemia del COVID 19. Uno de los comunicados fue referente al uso de la tecnología y los roles del profesional del TS, el uso de tele consultas, las comunicaciones de seguimiento al servicio. enmarcada en los parámetros de confidencialidad esbozados en el Canon III del Código de Ética. También recalcó sobre la continuidad de los servicios mediante la modalidad virtual. Una medida muy importante fue crear un protocolo de intervención en crisis en caso de que durante una sesión virtual el/la

participante experimentar una crisis (CPTSPR, 2022). Algunas de estas medidas han sido recomendadas en otros momentos de crisis y situaciones de tensión en el país. Este estudio nos permitirá conocer las experiencias y significados que asumen profesionales entrevistados, de cara a la pandemia y vinculados a los servicios de salud con mujeres consumidoras de drogas.

Finalidad de la Investigación

El propósito de este trabajo fue explorar las perspectivas del profesional del trabajo social y personal administrativo que brindan servicios a mujeres consumidoras de drogas, con relación a los problemas y necesidades vividas durante la pandemia de COVID-19 y, en segundo lugar, indagar sobre las experiencias, retos, necesidades, y condiciones laborales develadas por estos profesionales. Se sabe que las condiciones laborales son un factor que afecta sobre la calidad del trabajo y que puede generar estrés ocupacional e incidir en su relación familiar y en otras dimensiones sociales. En tercer lugar, analizamos desde las perspectivas de la exigencia de los derechos humanos en qué medida las políticas públicas relacionadas al COVID-19 en Puerto Rico crearon nuevas necesidades para la población consumidora de drogas. Es posible que también, hayan creado nuevas condiciones de discriminación y exclusión de los grupos participantes en programas de servicios directos a usuarios de drogas o agudizado las que ya existían.

Nos propusimos recopilar información sobre experiencias, retos y barreras enfrentadas por los referidos sectores profesionales, lo cual permitió visibilizar el efecto del COVID-19 en la prestación de servicios terapéuticos directos e indirectos. El estudio se enfocó en la problemática existente relacionada con los cambios en la prestación de servicios a la población de mujeres consumidoras de drogas en tiempos del COVID-19 desde la perspectiva del profesional de trabajo social y personal administrativo.

Es sabido, que en el contexto neoliberal colonial que vive Puerto Rico, y ante la transformación del Estado Benefactor el gobierno ha optado por la descentralización y privatización de los servicios esenciales. Junto con ello se aprobaron medidas dirigidas a reducir la estructura de gobierno, la nómina gubernamental y la relocalización de empleados públicos, cuya consecuencia ha sido la precarización de servicios a la población. Medidas como la Ley 7 y la Ley 66 de 2014 -cuyos estatutos siguen vigentes- constituyeron la eliminación de beneficios laborales y salariales, agravando la situación económica de trabajadores y de las familias puertorriqueñas en general (Torres, s.f). Una de las áreas afectadas por esta política neoliberal han sido los servicios de salud, especialmente los dirigidos a la salud mental de la población. Las estadísticas apuntan a que del 2015 al 2018 se registró un aumento en el consumo de drogas, reflejándose además un alza en el consumo de drogas por parte de las mujeres (ASSMCA).

Otro de los propósitos que nos animó para hacer este estudio fue ofrecer recomendaciones para fortalecer los servicios y las estructuras de programas dirigidos a mujeres consumidoras de drogas. El estudio visibilizó la necesidad de la investigación social y la presencia del tema de discrimen por género en la academia, pues como demostramos en la revisión de literatura, las mujeres consumidoras de drogas son una población que va en aumento, y que contradictoriamente, apenas existen servicios. En tiempos de desastres naturales como María e Irma, (huracanes que azotaron a Puerto Rico en septiembre del 2017) o en tiempos de pandemias como el COVID 19- se ha visto la necesidad de visibilizar los efectos causados por las políticas públicas, especialmente aquellas que aumentan el discrimen y profundizan la opresión. Los testimonios de los profesionales entrevistados en servicio directos o administración dan cuenta que se han violentado los derechos humanos durante los protocolos de la pandemia, y que ha aumentado la discriminación y exclusión de grupos vulnerabilizados socialmente, por el sistema, especialmente mujeres.

Marco Conceptual

Esta investigación cualitativa está fundamentada en: a) la teoría crítica, b) el construccionismo social, y c) visión de género y la interseccionalidad.

La teoría crítica ha sido una herramienta de estudio que nace dentro de la Escuela de Frankfurt en la década del 1930. Dentro del análisis crítico se puede observar una línea de pensamiento que enfrenta las dinámicas de poder hegemónico establecidas por otras corrientes de pensamientos dentro de ese contexto histórico. El análisis desde la teoría crítica provee como herramienta el cuestionamiento y el análisis de lo ya establecido y conocido como generalidad y hecho socialmente. Tomando en consideración lo establecido por Cebotarev (2002) se puede interpretar que desde esta perspectiva se pretende ofrecer alternativas y soluciones a los problemas económicos, sociopolíticos y culturales, buscando romper con las visiones dominantes convencionales.

Cebotarev expone (2002):

Las teorías inspiradas por el pensamiento crítico reclaman una posición especial como guías de la acción humana. Confrontando dialécticamente lo ideal con evidencia empírica actual, estas teorías intentan crear comprensiones correctivas del mundo. También buscan iluminar y transformar a los individuos y sus nociones de realidad, con el fin de habilitarlos (empoderarlos) para transformar el mundo en el que todos vivimos. (p. 25)

Se propone el análisis crítico de la sociedad como parte fundamental en el rompimiento de la hegemonía de las clases y sectores dominantes. Actualmente vivimos en una sociedad capitalista patriarcal que propone y adjudica roles basados en el género. Por un lado, el hombre en el rol social participativo (laboral, económico y político) y la mujer en el

no participativo (doméstico, dependiente, sometido). Esta construcción basada en género vulnera e invisibiliza a la mujer dentro de los procesos de desarrollo social. Haciendo necesario un análisis crítico desde una perspectiva feminista que abra paso a una ruptura en los ideales actuales. Para entender las experiencias vividas por las mujeres consumidoras de drogas se debe observar el rol de la mujer históricamente. Ello, debido a que estos roles son los propios que crean el estigma que rodea y excluye a las mujeres del discurso de la sociedad y la drogodependencia. Elimina su realidad de las políticas sociales y dificulta el acceso y la búsqueda de servicios de apoyo, tratamiento y rehabilitación de esta población.

El construccionismo social nos ayuda a explorar y analizar cómo se construyen los roles e identidades de las mujeres consumidoras de drogas en el entorno en el que viven y se relacionan. Gergen, (2005) describe el construccionismo social como “un esquema teórico que reconoce el conjunto de conversaciones que se desarrollan en todas partes del mundo y participan, todas ellas, en un proceso que tiende a generalizar significados, comprensiones, conocimientos y valores colectivos”. Según interpretado, Spink y Frezza (2000) expresan que en el diario vivir somos productos de nuestra época, experiencias, creencias y las normas y valores sociales. El construccionismo social busca entender, analizar y deconstruir estas nociones que adjudican los roles tomados por cada integrante de la sociedad.

Spink y Frezza (2000) explican que:

La investigación construccionista es una invitación a examinar esas convenciones y a entenderlas como reglas socialmente construidas e históricamente localizadas. Es una invitación a aguzar nuestra imaginación y a participar activamente en los procesos de transformación social. Se impone, como contrapartida, la necesidad de explicitar nuestras posiciones: no a la escogencia arbitraria entre opciones que son consideradas

como equivalentes, sino la opción reflexionada a partir de nuestros posicionamientos políticos y éticos.

Así el construccionismo es una teoría dirigida al cuestionamiento de los conceptos e ideas que moldean la sociedad. Utilizando esta perspectiva se puede evaluar y criticar la psicología social que establece cómo se desarrollan los individuos en su entorno y ambiente. Es importante analizar la perspectiva de las mujeres consumidoras de drogas desde la deconstrucción del concepto género y desde los roles que se le asignan a la mujer. Tomando en consideración los efectos de asumir roles adversos a los tradicionalmente impuestos en su diario vivir. Permiten que se reproduzca el estigma social y a su vez estos estigmas se convierten en barreras para lograr una atención adecuada desde el Trabajo Social. Estas herramientas que se nos ofrecen desde el construccionismo social son vitales para argumentar e identificar los factores que se deben replantear socialmente desde una mirada de equidad.

Desde una perspectiva feminista el construccionismo social nos ofrece las herramientas para señalar y deconstruir el concepto de género y aquellos roles asignados a la mujer. “El feminismo es uno de los movimientos sociales más activos en la denuncia de las cuestiones de dominación y exclusión, criticando los efectos de la idea de lo universal en la comprensión de la construcción y naturalización de las diferencias de sexo y género” (Santana & Cordeiro, 2007). Partiendo de la premisa anteriormente establecida se considera que para realizar una práctica ética desde el trabajo social como profesión la misma debe responder a los derechos humanos y dignidad de las mujeres consumidoras de drogas. Es por esto que el construccionismo social se debe acompañar de una base feminista donde se replantee el rol de la mujer en la sociedad, rompiendo con el esquema tradicional. Garantizando una atención y un ofrecimiento de servicios desde un panorama inclusivo y consciente de la realidad social de la mujer.

El consumo de drogas en las mujeres precisamente es un fenómeno que opone a la idea hegemónica de la mujer y es una realidad, en donde, cada vez “son más las mujeres que están usando drogas ilegales y rompiendo los límites de lo impuesto socialmente por el patriarcado, se generan sanciones sociales y rechazo debido a las rupturas en los roles de género asignados” (Avilés, 2018, p. 16). Al explorar la realidad y experiencias de vida de estas mujeres se debe tomar en cuenta aquellos factores que la oprimen no solo como mujer sino como un individuo diverso en condiciones de vidas específicas a ella. La interseccionalidad nos permite evaluar y analizar la realidad de las mujeres consumidoras de drogas tomando en cuenta los factores como su estatus migratorio, su raza, clase, situación económica, entre otras que impactan diariamente en su vida. Ofrece una comprensión extensa de la situación del individuo permitiendo el desarrollo de un mejor proceso de acción y apoyo.

Huechan (2019) explica,

El lente de la interseccionalidad permite que la superposición entre las identidades de raza, sexo, clase, sexualidad, etc. se incorpore completamente en el análisis estructural, proporcionando así un análisis feminista con la perspectiva para abarcar el verdadero rango de la vida de todas las mujeres, y alcance para comprender todas las experiencias de las mujeres. La praxis interseccional evita que las mujeres marginadas se vean aisladas o invisibilizadas dentro del movimiento feminista.

La interseccionalidad en el feminismo pone de manifiesto que no es lo mismo la experiencia de una mujer blanca de clase media que la de una mujer negra de clase negra debido al componente de la raza, así como no lo es el de una mujer negra de clase media que ejerce como médica y el de una mujer negra inmigrante pobre debido al componente de clase. “La interseccionalidad defiende que cuanto más se desvíe un sujeto de la norma, en este caso

hombre blanco rico heterosexual, se verá atravesado por más discriminaciones u opresiones, entrecruzadas entre sí” (Huechan, 2019).

La interseccionalidad es una herramienta que no debe estar ajena en las evaluaciones desde el Trabajo Social. Debe considerarse todas las variables definidas como raza, género y clase para establecer de manera estructurada el análisis y evaluación de cada caso de mujeres consumidoras de drogas. Las interseccionalidades que se identifiquen con cada caso particular proveen una mirada para establecer diferencias valiosas entre cada una y el reconocimiento de las experiencias particulares. Se plantea la idea de que las experiencias son únicas y no se basan en necesidades en común sino diferentes.

Se utiliza la interseccionalidad para fundamentar esta investigación ya que esta permite observar a la mujer desde la diversidad. “El feminismo interseccional no se basa en la premisa de unificar la identidad y buscar los intereses compartidos por todas las mujeres, sino que surge a raíz de reconocer las distintas necesidades y experiencias de todas las mujeres” (Heuchan, 2019). La evaluación del caso de una mujer blanca, madre de clase media en el consumo de drogas no será la misma de una mujer negra, madre de clase media. El factor racial afecta cómo será tratada y cómo el estigma social limitará o afectará su experiencia en la búsqueda de tratamiento y servicios. Es importante reconocer y comprender la realidad de cada mujer consumidora de drogas para identificar las interseccionalidades desde el Trabajo Social profesional en los espacios de servicios, programas y tratamientos que se identifiquen para la atención de estas.

Basado en estas tres teorías se fundamenta esta investigación. Incorporamos la teoría crítica como el resurgir de pensamientos que se estructuran fuera de la hegemonía. Entendiendo que se ha construido un sistema patriarcal que vulnera a las mujeres desde sus roles y posiciones dentro de la sociedad. El análisis crítico de las fallas en los constructos

sociales tradicionales permite el desarrollo de nuevas líneas de pensamiento en los servicios disponibles para esta población. A su vez acogemos el Construccinismo Social como análisis desde el aspecto profesional que permita la incorporación de los sistemas establecidos que afectan el comportamiento de cada individuo. La interseccionalidad nos permite evaluar e identificar las diferencias de cada mujer por raza, género, clase con el propósito de destacar y valorizar las experiencias únicas de vida.

Metodología

Monje (2011), en su libro: *Metodología de la Investigación Cuantitativa y Cualitativa* describe la investigación cualitativa como un proceso de estudio de los eventos sociales desde la perspectiva del actor social, o sea el sujeto y cómo este interpreta su realidad. Vale decir que el concepto sujeto, en la investigación social, puede ser una persona, grupo, organización comunidad u otro colectivo, incluyendo el nivel nacional. Es así, que la investigación cualitativa adopta como referente la hermenéutica, lo cual permie interpretar la realidad desde diferentes marcos teóricos, entre estos, la fenomenología y el interaccionismo simbólico. Desde la dimensión ontológica, el sujeto es un ser pensante y hablante con la capacidad de reflexionar sobre su realidad. Es autónomo e independiente. La fenomenología, en su visión conceptual estudia cómo se relacionan los actores sociales con su realidad y cómo su realidad influye en ellos, estableciendo que los procesos sociales dependen de cómo el observador responde y define (construye) el proceso. Por su parte, Berrios (2003) señala que el foco de atención de la investigación cualitativa son la cualidad de las acciones, relaciones, situaciones, procesos e ideas (p. 4). Tomando en consideración estos tres referentes teóricos, la investigación cualitativa busca explicar y ofrecer modelos de investigación sustentados en los patrones sociales no cuantificables como el comportamiento humano, las experiencias de vida, los cambios en ideales, morales y valores, entre otros.

El diseño de esta investigación es un estudio de caso. Stake, uno de los autores exponentes de este diseño citado en Burgos (2011), propone que “el estudio de caso permite tener diferentes miradas de un mismo fenómeno, el cual, a su vez, utiliza fuentes diversas para su comprensión”. Según explica Berríos (2003), que el “diseño de caso implica un estudio intensivo y a profundidad donde se abordan diversos aspectos de un mismo fenómeno” (p. 234). Se trata de obtener la mayor cantidad de información de cada participante. Este diseño, de acuerdo con Burgos (2011) “se puede utilizar para estudiar comportamientos, personas, organizaciones, comunidades y políticas”. Burgos (2011) menciona que Stake establece tres clasificaciones al referirse al mismo: “el diseño de caso intrínseco, el instrumental y el colectivo”. En el primero, el interés es el caso mismo del que se persigue conocer sobre este a capacidad, y que no se pretende formular teorías. Mientras para el instrumental, se aspira a complementar el conocimiento desde diferentes fenómenos; el interés no es el caso sino lo que este aporta al fenómeno que se estudia, y donde el contexto adquiere relevancia. Por último, en el caso colectivo se estudian varios casos, para conocer un fenómeno, población o suceso mayor.

Siguiendo estas clasificaciones, denominamos nuestro estudio como un diseño de caso *instrumental*. En nuestra investigación, el estudio de caso instrumental como diseño nos permitió investigar el discrimen por género, factores de interseccionalidad, derechos humanos e ideas de profesionales del trabajo social y personal sobre los servicios que se ofrecen a mujeres consumidoras de drogas durante la pandemia del COVID 19, así como las experiencias y retos que enfrentaron durante sus intervenciones y servicios en sus respectivos programas. Lo cual nos permitirá analizar desde el escenario de los derechos humanos si la política pública relacionada al COVID-19 en Puerto Rico responde a tomar en cuenta las necesidades de las mujeres consumidoras de drogas. Vemos así, cómo el estudio de casos nos permitió ver las complejidades de un fenómeno.

Objetivos de la investigación

1. Analizar cómo se han afectado los programas de servicios y tratamiento a mujeres consumidoras de drogas durante la pandemia del COVID-19 en Puerto Rico, desde la perspectiva de profesionales de trabajo social y personal administrativo de estos programas.
2. Explorar cuáles han sido las experiencias en los procesos de intervención con las mujeres consumidoras de drogas en el escenario de trabajo social profesional y personal de administración a raíz de la pandemia.
3. Indagar sobre las necesidades y retos de los Profesionales del Trabajo Social y el personal administrativo que han ofrecido servicios a mujeres consumidoras de drogas durante la pandemia de COVID-19.
4. Explorar las percepciones de profesionales de trabajo social y personal administrativo acerca de cómo se ha visto afectada la población con relación a la política pública del COVID-19.
5. Auscultar recomendaciones de estos profesionales de trabajo social y personal administrativo que atienden a las mujeres consumidoras de drogas para garantizar los derechos humanos a la salud en situaciones nacionales extraordinarias donde el acceso a servicios se ve en riesgo.

Estos objetivos exploraron a través de las siguientes dimensiones: 1) Experiencias en el acceso al servicio de mujeres consumidoras de drogas antes y durante la pandemia de COVID-19 2) Condiciones laborales de profesionales durante el COVID-19 y Recomendaciones desde Profesionales.

Selección de Participantes

Cada profesional del trabajo social y el personal administrativo que participó en el estudio se seleccionó mediante llamadas telefónicas y envío de cartas entregadas por las investigadoras a sus centros de servicios. La participación fue completamente libre y voluntaria a través de un consentimiento informado se le dio a conocer los criterios de inclusión y un breve resumen de la finalidad de la investigación. Una vez la persona aceptó participar en el estudio se le envió el acuerdo de confidencialidad donde se le explica que toda la información resultante o accedida en la entrevista será estrictamente confidencial y se garantizará su anonimato. Se solicitó su autorización para grabar la entrevista. Una vez acordado los parámetros de participación se coordinaron fechas para la entrevista virtual según la disponibilidad del participante y las investigadoras. Para fines de reclutamiento se verificó con cada participante su preparación académica y tiempo de experiencia trabajando con la población como parte de los procesos introductorios de la entrevista.

Criterios de Inclusión y Exclusión.

Todas las personas entrevistadas cumplieron con los siguientes criterios de inclusión, garantizando un proceso de recolección de datos confiable:

1. Las personas participantes pueden estar fungiendo como trabajador(a) social o manejador de casos, siempre y cuando posean formación académica como trabajador(a) social.
2. Estar trabajando directamente con la población de mujeres consumidoras de drogas en Puerto Rico en centros dedicados a tratamientos y servicios directos.
3. En caso de ser puesto administrativo solo se requiere que la organización provea servicios a mujeres consumidoras de drogas.

4. Haber trabajado antes y durante la pandemia del COVID-19, y de esta manera poder ofrecer una comparativa en los cambios que han surgido en los últimos 2 años.
5. El o la profesional participante debe contar con acceso a los siguientes equipos tecnológicos: computadora con cámara y micrófono e internet debido a que las entrevistas se llevarán a cabo de manera virtual para mantener las medidas de seguridad en contra del COVID.

Fueron excluidos de participar en la investigación aquellos candidatos o candidatas que no cumplan con los criterios previamente mencionados.

Análisis de los datos cualitativos

Los datos recogidos de esta investigación se obtienen de las entrevistas semiestructuradas realizadas a siete participantes. Cada participante completó un cuestionario sociodemográfico que respondía a rango de edad, escenario de trabajo, tiempo de experiencia, roles y responsabilidades antes y después del COVID-19, conocimiento de intervenciones con la población, espacio geográfico que impacta y preparación académica. El cuestionario nos proveyó un perfil demográfico de las personas entrevistadas. La entrevista se construyó con preguntas guías relacionadas a cada objetivo de investigación. Las temáticas abordadas en las entrevistas fueron: 1) cambios operacionales y protocolares que se generaron en las agencias y los retos que esto representó al servicio directo y a la administración de los programas en la atención de la población de mujeres consumidoras de drogas, 2) las respuestas emergentes a las situaciones de crisis que se pudieron realizar, 3) cambios en términos de intervenciones realizadas durante el proceso de pandemia y experiencias más significativas que se tuvieron, 4) necesidades en el espacio laboral y condiciones de vida de los profesionales, 5) vulnerabilidades de los derechos humanos de las mujeres consumidoras de drogas y 6) recomendaciones para futuras intervenciones en situaciones de crisis desde el ejercicio profesional.

Para el análisis de los datos recogidos se transcribieron ad verbatim todas las entrevistas realizadas con el fin de facilitar el proceso de depuración. Una vez transcritas las entrevistas se comenzó un proceso de análisis, guiado por los objetivos de la investigación y la interpretación de la información recogida. Se realizaron varias lecturas a los documentos para identificar las dimensiones generales. Para lograr esto se utilizó la técnica de triangulación de pares. Esta es conocida como la acción de reunión y cruce dialéctico de toda la información pertinente al objeto de estudio surgida en una investigación por medio de los instrumentos correspondientes, y que en esencia constituye el cuerpo de resultados de la investigación (Cisterna, 2005). A partir de esas dimensiones generales identificamos categorías de análisis para la estructuración de los datos. El proceso de análisis se realizó identificando las verbalizaciones de las transcripciones más relevantes dentro de la entrevista y adjudicando cada una a las categorías que entendemos pertinente.

Para el propósito de análisis de los hallazgos se establecieron tres dimensiones de investigación, estas son: 1) Experiencias en el acceso al servicio de mujeres consumidoras de drogas antes y durante la pandemia de COVID-19. 2) Condiciones laborales de los/as profesionales durante el COVID-19. 3) Las recomendaciones ofrecidas por profesionales de trabajo social y personal de administración. Bajo la primera dimensión se establecieron las siguientes categorías: estigma y discriminación, barreras para acceder a servicios y experiencias en desde el servicio directo. La segunda dimensión se evaluó con las siguientes características, cambios organizacionales a raíz de las ordenes ejecutivas y las condiciones laborales de los/las profesionales. El proceso de análisis se realizó identificando las verbalizaciones relevantes de participantes y adjudicando cada una a las categorías que entendíamos pertinente.

Protección de participantes humanos en la Investigación

El protocolo de esta investigación fue sometido al Comité Institucional para la Protección de los Sujetos Humanos en la investigación del Recinto de Río Piedras de la Universidad de Puerto Rico. Fue aprobado bajo el número de protocolo 2122-034 el 1 de diciembre de 2021 (véase Carta de Aprobación en anejo). Para asegurar la protección de identidad de las personas participantes, el nombre no fue documentado ni utilizado durante las entrevistas. Para asegurar la confidencialidad, se tomaron las siguientes medidas: 1) explicamos la definición de confidencialidad a los y las participantes del estudio; 2) nos aseguramos que el consentimiento informado fuera discutido en su totalidad y firmado; 3) las entrevistas, grabaciones y el cuestionario sociodemográfico fueron guardadas en las computadoras personales de las investigadoras con sus debidas protocolos de seguridad; 4) Las grabaciones digitalizadas serán borradas al cabo de 3 años de finalizada la investigación.

Capítulo II

En este capítulo se presentan los hallazgos de la investigación. Estos resultan del análisis y discusiones llevadas a cabo a raíz de los datos recolectados. Los datos se obtuvieron de las verbalizaciones de los/as participantes durante los procesos de entrevistas, incluyendo el cuestionario sobre el perfil sociodemográfico. Los/as siete participantes entrevistados trabajan desde diferentes trasfondos laborales, incluyendo el área clínica, comunitaria, religiosa, detox, académica y reinserción social. La investigación tuvo como propósito analizar las realidades, necesidades y retos que surgieron durante la pandemia del COVID-19 desde la perspectiva de profesionales de Trabajo Social y personal administrativo que impactan y ofrecen servicios a mujeres consumidoras de drogas. También, se desea visibilizar las necesidades y condiciones laborales de estos profesionales y a su vez resaltar

las recomendaciones de cada participante para el mejoramiento de los servicios y programas dirigidos a las mujeres consumidoras de drogas en situaciones de crisis en el país. A partir del análisis de datos se recogieron verbalizaciones y reflexiones que responden a la realidad y contexto social en Puerto Rico durante la pandemia del COVID-19 en el servicio a esta población. Para concretar el análisis de los hallazgos se crearon tres dimensiones que engloban las categorías de investigación identificadas. Como parte del proceso de entrevista cada participante completó un cuestionario sociodemográfico donde se exploró el trasfondo laboral y académico del participante, así como los datos demográficos. Adelante se presentan los resultados de éste.

La selección fue integrada por siete participantes. El 57.1% de los entrevistados se identificaron con el género femenino y el 42.9% como masculino. Como se observa, la mayoría de profesionales en el servicio directo es cónsono con la visión que se tiene de la profesión como una integrada mayormente por mujeres. De estos/as el 57.1% contestó estar entre los 31-35 años. También destaca que la composición de las personas entrevistadas fueron esencialmente profesionales jóvenes. Mientras que un 28.6% tiene sobre 41 años y sólo un 14.3% tiene entre 20-25 años. Seis trabajan en organizaciones sin fines de lucro, y uno/a en una organización con base religiosa sin fines de lucro. De los datos recolectados los/as participantes entrevistados en puestos administrativos mencionaron que también ofrecen servicios directos. Con relación a su preparación académica 6 de los/as participantes contestaron tener una maestría, mientras que solo/a uno/a tiene bachillerato. Todos/as reportaron haber tomado cursos o certificaciones relacionadas al consumo de drogas y perspectiva de género haya sido en la universidad o por educación continua. Por otro lado, en el espacio laboral todos cuentan con un mínimo de 2 años trabajando en programas y/o organizaciones dirigidas a atender el consumo de drogas desde diferentes sectores de servicios.

1era Dimensión: Experiencias en el acceso al servicio de mujeres consumidoras de drogas antes y durante la pandemia de COVID-19

Esta dimensión exploró las experiencias, efectos y barreras en el acceso a servicios dirigidos a la población de mujeres consumidoras de drogas durante la pandemia por COVID-19. Se construyó a raíz de las percepciones de participantes entrevistados desde espacios de servicio directo y administrativos de programas que ofrecen servicios a la población. Dentro de esta dimensión se identifican las siguientes categorías:

Estigma y Discriminación

Se define como estigma y discriminación las percepciones y actitudes que nuestros participantes expresaron sobre el contexto social en que viven las mujeres consumidoras de drogas y las repercusiones negativas que crea la construcción social alrededor de ellas. Estos pueden ser elementos que se presentan desde la construcción de políticas públicas, la creación de programas y/o servicios y en las intervenciones directas desde el profesional, así como también en la comunidad y la sociedad en general.

El estigma y la discriminación que rodea a la población de mujeres consumidoras de drogas se puede observar en las tres esferas sociales: macro, meso y micro. Según los hallazgos identificados las percepciones sobre el estigma y la discriminación han sido factores importantes con relación al acceso a servicios para la población. De los datos recogidos los/as participantes hicieron varios señalamientos que supone la presencia del estigma y la discriminación desde el macro y las repercusiones de una construcción social que invisibiliza a la mujer en el servicio.

Para comenzar con esta categoría señalamos las verbalizaciones de varias personas entrevistadas. P4 verbaliza: “Es una población sumamente invisibilizada, estigmatizada y olvidada”. P6 al hablar sobre la población menciona: “La población que nosotros atendemos

es una población que está criminalizada, está perseguida por las agencias represivas, por la familia y por las instituciones”. P3 expresa: “Definitivamente tenemos que hablar del plan de construcción social, de prejuicios y estigmas a nivel de organización y de quienes brindan los servicios”.

Es sustancial hacer la salvedad que nuestros participantes trabajan en programas y organizaciones que ofrecen servicios a hombres, mujeres y toda persona con consumo de drogas. A pesar de que nuestra investigación se enfoca en la mujer consumidora de drogas se reconoce que la existencia del estigma y discriminación generalizados que afecta a toda la población consumidora. El P3 explica:

Hablo de que es la construcción social, donde quedan prácticamente ubicados en lo que es la escala de ingresos y sabemos que dentro de lo que son los estigmas, los estereotipos, los prejuicios, cabe destacar que el gobierno y todavía en la actualidad necesitamos más servicios dirigidos a estas poblaciones, ya sea a nivel federal, pero hablo más a nivel estatal, gubernamental de nuestro país.

Partiendo de la premisa que esto es un problema general que aflige a los consumidores sin observar género, trasfondos o interseccionalidades y según la literatura existente se puede establecer como hecho que la realidad de las mujeres es aún más limitante. La invisibilización de la mujer en la construcción de la política pública relacionada con la población consumidora de drogas se debe en gran parte a la construcción social del rol de la mujer en Puerto Rico. El consumo de drogas en la mujer se observa como una negación de su rol societal, es una conducta que contraría a lo que se espera de ella. Las situaciones por consumo de drogas se complejizan aún más al sumar situaciones como la maternidad, las relaciones de pareja, la violencia de género, el trabajo sexual, entre otras. Un ejemplo específico de esta situación lo trae la entrevista a P4 donde verbaliza lo siguiente:

También de parte del Departamento de la Familia y el Sistema Judicial, el acceso a ellas poder tener relaciones con sus hijos, rápido las discriminan, les quieren quitar la custodia, eso para ellas es super doloroso. Yo tuve una participante que salió con la meta de recuperar la custodia de sus hijas y no pasó y para ella eso fue bien difícil, y cuando miras la historia de vida, es criminalización de la supervivencia.

Este ejemplo habla sobre cómo el estigma y los prejuicios que enfrentan las mujeres consumidoras las persiguen hasta luego de cumplir un proceso de rehabilitación y reinserción social. En la experiencia relatada por P4, su participante enfrenta una realidad que no es específica solamente a ella, sino que es una situación que comparten muchas mujeres y madres con consumo. El estigma se resume en: ¿cómo esta mujer puede cumplir con su rol materno si está, estuvo o pudiese recaer en consumo de drogas? Se le quita la oportunidad antes de permitirle ser madre. Entonces, observamos cómo desde el macro, o sea las agencias gubernamentales legitiman el estigma y discriminan a esta población.

En Puerto Rico no existe legislación que impacte directamente a las mujeres consumidoras de drogas. Es importante analizar cómo se crea la política pública ya que históricamente y según nuestra revisión de literatura el consumo de drogas es una actividad predominantemente masculina. La dependencia y procesos de adicción se reconocen como una aflicción del hombre debido a las presiones sociales que se ejercen sobre ellos. Por tal razón se reconoce el consumo de drogas en el hombre dentro de nuestra sociedad como un problema merecedor de servicios de apoyo. La creación de la política pública, organizaciones, programas y servicios parten de una idea generalizada del consumo de drogas en el hombre, focalizando las intervenciones en la realidad social de este. Estos procesos invisibilizan el consumo en la mujer, obligando a esta a un proceso de adaptación a un servicio que no responde a sus necesidades o realidad y que muchas veces es incompleto.

La especialización en el servicio a la mujer consumidora requiere un conocimiento y entendimiento de que es ser mujer en la sociedad puertorriqueña. Entender cómo se diferencia la realidad de la mujer del hombre y cómo esto repercute en el tipo de servicio que se le brinda. Una perspectiva desde la interseccionalidad de la mujer no solo nos permite entender su situación mejor, pero también visualiza que por ser una mujer con consumo de droga no tendrá las mismas necesidades o preocupaciones que otra mujer también en consumo. Por un lado la mujer enfrenta estigmas y discriminación y por el otro su contexto y realidad social no es considerado al momento de accionar servicios. El análisis de la identidad de género presentado en nuestra revisión de literatura recalca la importancia de que el Estado de Bienestar social establecido reconozca que las mujeres y los hombres responden a condiciones distintas y que la comprensión de sus realidades requiere que sean analizadas de maneras distintas. P6 explica:

Las mujeres llegan al consumo muchas veces bajo condiciones distintas, en el sentido de que son muchas veces bajo condiciones de desigualdad de poder con otra persona versus un varón. Es más usual que uno vea que un varón usuario pues está solo, pero usualmente mujeres usuarias pues vemos mucho que casi siempre tienen pareja. Verdad y hay una relación de las drogas directamente relacionados al consumo de la pareja.

A nivel social se observa que la carga de estigma que se genera hacia mujeres consumidoras no es similar al que cargan los hombres consumidores. Sin embargo, la política pública y legislaciones no hacen este tipo de distinción, trabajando desde una idea generalizada que asume el consumo de drogas como una problemática que afecta a la población de una sola forma, creando una política excluyente que no responde a la realidad social de la población general, mucho menos de la mujer. Esta exclusión y discriminación pueden provocar desigualdades que incluyen la oportunidad de retomar su rol de madre, una

reinserción social que garantice calidad de vida, alcanzar sus metas, salir de relaciones violentas, entre otros retos. Añadiendo a esta situación se debe hablar sobre la interseccionalidad en las mujeres y como las particularidades en la vida de cada mujer también representan otras barreras en el acceso a un servicio dirigido y especializado. P5 menciona:

He estado en espacios donde se puede ver a esta mujer blanca usuaria, y la gente, dice; la gringa se quedó sin trabajo, bendito. Porque la gente hace todo un contexto y un background sin saber, y no es lo mismo con compañeras usuarias negras, no son las mismas reacciones.

El distintivo de raza en la situación presentada trae consigo una serie adicional de estigmas y prejuicios que también influyen en el acceso a servicios. No es lo mismo hablar de una mujer negra consumidora a una mujer blanca consumidora. Esta interseccionalidad de raza establece que el servicio o el acceso a servicios para una mujer blanca pudiese ser un proceso más fácil que el de una mujer negra que además de los prejuicios por su consumo también puede enfrentar discriminación racial por su color de piel. Así que, no es solo accionar un servicio que reconozca a la mujer y las distinciones entre género y consumo, sino que también, se debe entender que no es solo una mujer consumidora, sino que puede ser, una madre consumidora, una víctima de violencia y consumidora, una mujer blanca o negra parte de una clase económica pudiente consumidora, una mujer pobre con problemas de salud mental y consumo entre muchas otras particularidades. Ejemplos de estas interseccionalidades y los retos que se enfrentan al momento de ofrecer servicios se pueden ejemplificar con varias verbalizaciones descritas por nuestros/as participantes.

P4 verbaliza:

He visto muchos retos o muchas discrepancias entre la población de mujeres que salen de la cárcel y mujeres consumidoras de drogas con organizaciones que trabajan

con sobrevivientes de violencia de género. La experiencia con albergues de emergencia por violencia de género ha sido pésima. Hay que ir a través de la policía y mujeres que han estado confinadas no quieren ir a través de la policía, yo no quisiera ir a través de la policía imagínate ellas. Y entonces ellas se desmotivan porque es como, qué diantre... ¿Cuántas barreras para encontrar un lugar seguro? Y pues a veces también, cuando les leen las normas en los albergues, me decían: Yo no quiero ir para allá, yo no quiero estar presa. Salió de una cárcel, para la cárcel de la relación, para la cárcel del albergue.

Actualmente en Puerto Rico existe una alta incidencia de crímenes por violencia de género directamente relacionados a muertes por feminicidios. Esta problemática ha impulsado a crear más legislaciones incluyendo un Estado de Emergencia lo que ha logrado que la política pública se enfatice en prevenir estos casos de distintas maneras. Sin embargo, el acceso a protección por violencia de género para mujeres consumidoras es casi nulo y así lo expresan varias personas entrevistadas en esta investigación. P1 nos menciona:

La situación de violencia doméstica se agrava mucho en este tipo de lockdown y de más y pues, al haber un acceso tan limitado a servicios pues, pone aún más en riesgo la vida de las mujeres que necesitan algún servicio de salud mental o de sustancias.

P5 visibiliza el estigma que se produce desde las interseccionalidades de las mujeres consumidoras de drogas, como una barrera para la atención de servicios:

Yo creo que los espacios donde se ofrecen los servicios tienen unos protocolos y una manera de intervenir no muy propias para las mujeres y uno habla de mujeres, pero incluyen mujeres trans, queers, no binarias, gender fluid porque uno tiene participantes que se identifican con otros género u orientación. Así que dependiendo del contexto de esa mujer va a tener unos servicios.

En comparación con los hombres las mujeres consumidoras cargan una multiplicidad de particulares que no solo las diferencias de los hombres, pero también las diferencian entre ellas. Verbalizan lo siguiente:

Ya para los hombres es limitado de por sí y para las mujeres, es más. Porque para las mujeres suele ser que hay más factores que complejizan el caso y como por ejemplo tener hijos este para mujeres que son usuarias de droga y tienen hijos, no hay ningún albergue, por ejemplo, que la refugie, de una pareja maltratante o que esté amenazando. (P6)

De hecho, hay menos servicios dirigidos a mujeres. Definitivamente, el hecho de que las mujeres entonces, o tienen hijos, o han tenido hijos o tiene otro tipo de situaciones, a veces también legales en la población, le quieren quitar la patria potestad, cosas así. Esto pues estamos hablando de que esas son situaciones reales y que complican el trabajo organizacional. (P7)

Los servicios dirigidos a mujeres en Puerto Rico son limitados, muchos siendo dirigidos a situaciones específicas como víctimas de violencia de género o madres solteras con VIH, entre otros. Esto crea un obstáculo adicional en el acceso ya que en muchas situaciones el servicio no es accesible ya que el participante no cumple con uno o más requisitos de inclusión. De la misma forma, al carecer de servicios que también atienden el consumo de drogas adicional a las otras situaciones que pueda tener la mujer muchas veces terminan enfrentando un mayor nivel de exclusión. Para una población que ya está desprovista de servicios especializados un proceso de pandemia que llevó a un cierre total de las agencias y a un cambio en la manera que se ofrecen servicios solo sirve para vulnerar aún más a este grupo. De hecho, exacerbaron las necesidades y aumentaron la falta de acceso a servicios que ya se estaba experimentando.

Desde esta perspectiva se contrasta lo que establece la política pública sobre la

ubicación de una persona en vivienda y la ejecución de esta en hogares en Puerto Rico. No hay una congruencia de lo macro con lo micro y esto desvía los esfuerzos promoviendo la desigualdad. La P4 nos menciona:

Entonces muchos albergues tienen políticas de prohibición de drogas, y me ha pasado que participantes tienen recurrencias y los sacan de las viviendas.

Desde la perspectiva de profesionales el estigma puede verse reflejado en las políticas institucionales que cada organización maneja y a su vez convertirse en un factor limitante para acceder a servicios necesarios para la población. Hablando específicamente de las mujeres, P2 menciona:

Las mujeres tendemos a afectarnos un poquito más en esta área, cuando son consumidoras de drogas porque son vistas de una forma diferente cuando vemos a un hombre y cuando las órdenes ejecutivas implican cerrar servicios para trabajar a distancia pues esto limita a que las mujeres busquen más ayuda y por eso es por lo que no están llegando las mujeres a tratamientos.

La presencia del estigma y la discriminación en el macro permite que también estén presentes en el meso y en el micro. Las organizaciones, agencias, programas y servicios nacen de las legislaciones, leyes y política pública lo que significa que el estigma, el prejuicio y los elementos excluyentes acogidos en estas también serán acogidos por los servicios. Del análisis de los hallazgos vemos cómo el estigma y la discriminación en los programas marginaliza a las mujeres consumidoras y complejiza el acceso al servicio, existe una idea de que trabajar con mujeres es más difícil y que representan mayores inversiones de presupuestos, recursos y profesionales especializados. P7 verbaliza: “Hay un prejuicio de que trabajar con mujeres con abuso de sustancias es más difícil que los hombres. Este es un prejuicio que existe entre los que hemos trabajado con la población”.

Este prejuicio ha sido infiltrado desde el macrosocial, llega a las organizaciones, la academia y finalmente al profesional en el servicio directo. Las intervenciones directas con las participantes se ven afectadas no solo antes de comenzar algún servicio sino que también al momento de intervenir con analizando las discusiones entabladas en las entrevistas los/as participantes hablan sobre cómo el estigma es uno de los principales enemigos de la población. Continúa bajando por los niveles de atención, impactando cada espacio y precarizando aún más a la mujer consumidora. La persona participante llega a una organización con las esperanzas de recibir apoyo, acompañamiento, comprensión y un servicio que defienda sus derechos y le reconozca como un ser digno de respeto. El P1 uno expresa la preocupación que emana de la situación:

Porque se ha creado un imaginario acerca de los roles que debe cumplir la mujer y hablo de roles, los roles de belleza, como madre. ¿Entonces pues qué pasa? Lo queramos aceptar o no cuando llegan a nuestros centros sin darnos cuenta, verdad y yo digo sin darnos cuenta, pero yo espero nunca haberlo sido verdad, pero podemos llegar a discriminar y sin ni siquiera ver a esa persona.

Entonces, podemos establecer que el estigma, el prejuicio, la discriminación rodean a la mujer consumidora en todos los espacios donde esta interactúa con su ambiente. Una de las verbalizaciones habla sobre cómo dentro de la misma población de consumidores las mujeres se ven con inferiores a los hombres creando una relación de poder donde la mujer vive a merced de un hombre quien fiscaliza sobre esta. Las condiciones de las mujeres para obtener las sustancias pueden estar en desventajas y en mayor vulnerabilidad desde antes de la pandemia del COVID-19. La siguiente verbalización lo explica,

Yo creo que el ejercicio del poder en cuanto a los hombres, ellos son muchas veces los que “mangan” en los espacios, eso es horrible porque ese es su poder y todo ese machismo patriarcal en cuanto a “te mango como me dé la gana y si no te cojo pues

que se chave te hago un cayo”. Acostumbran mucho a “mangarlas” en el cuello y cuando mangan a hombres con más calma pueden buscarse otras alternativas, como que no tienen esa empatía con las mujeres. El abuso de poder siendo agresores con las mujeres. (P5)

El término mangar, se refiere a la acción de inyectar la droga. Estas acciones expresadas reflejan que el entorno en donde algunas mujeres realizan sus actividades de consumo puede representar un nivel de más estigma que el de un hombre consumidor. P1 ofreció otro ejemplo de cómo las relaciones de poder entre hombre y mujeres consumidoras victimizan aún más a la mujer:

La realidad es que todo ese discrimen que sufre la mujer verdad que no está en consumo, lo sufre la mujer en consumo de una manera muchísimo más brutal. Esas mujeres que están en consumo usualmente tienden a ser explotadas por otros consumidores que bien pueden ser hombres e incluso otras mujeres también, ¿incluso también por el mismo mercado de las drogas pues qué pasa? Las explotan de diferentes maneras. Las obligan a realizar trabajo sexual para obtener otros beneficios a cambio ya sean económicos o sexuales cualquiera de ellos, esto definitivamente para mí agrava mucho la situación de la mujer que consume o la que tiene alguna condición de salud mental.

P7 explica que la presencia del estigma monopoliza todos los espacios que rodean la población general, expresando lo difícil que es el manejarlo considerando la magnitud del problema. Incorporando el análisis desde el entorno social se pone en perspectiva que el estigma se promueve desde distintas áreas sociales, entiéndase la comunidad, los centros de servicios, los comercios y desde profesionales. Esto crea limitaciones al momento de identificar recursos de apoyo para las mujeres consumidoras de drogas, como se dice a continuación:

El estigma a nivel de comunidad, a nivel de comercio, a nivel de entidades de ayuda, porque definitivamente, hay más estigma que la realidad de lo que sucede y entonces eso hace que la gente se aleje en vez de querer ayudar. (P7)

A pesar de que esta situación representa uno de los mayores retos en el trabajo con la población, los/as participantes tratan de buscar e implementar estrategias que ayuden a contrarrestar los efectos que se producen a raíz de esta situación desde una perspectiva de derechos humanos. P7 expresa lo crucial que es la valorización de esa vida lejos del consumo. Considera que una estrategia puede ser hacerlos partes del proceso, no tan solo como el receptor del servicio sino como un participante activo en los esfuerzos por mejorar las condiciones de vida de este. Respetar la capacidad de la persona, su autodeterminación y tratarlos como seres humanos son elementos importantes que deben considerarse en toda intervención.

P7 manifiesta: “Ese sentido de que ellos pueden ayudar, ellos pueden colaborar, ellos pueden ser parte del servicio, eso les devuelve un poco de su humanidad, en su vida”.

El apoderamiento de espacios, decisiones, iniciativas y servicios por parte de personas consumidoras es parte importante de la construcción de programas que son enfocados en la Reducción de Daños. El enfoque de pares brinda a las personas consumidoras herramientas para afrontar los estigmas y discriminaciones que se generan por la sociedad y aportar a nivel de educación y abogacía para el mejoramiento de éstos. De nuestro análisis entendemos importante la necesidad de una evaluación crítica desde el macro donde se hagan señalamientos a los elementos y factores que permiten el estigma y la discriminación continúen latente en los servicios que reciben este grupo de personas. Una reestructuración de la política pública donde se tome en consideración la perspectiva de la mujer desde sus

interseccionalidades con la exigencia al profesional de un conocimiento especializado fundamentado en la revisión de literatura y modelos de intervención dirigidos a la defensa de los derechos humanos. Trabajar desde el macro garantizará que en el meso y el micro cambien las intervenciones, los servicios y las organizaciones.

Barreras para acceder al servicio

Esta categoría identifica las barreras percibidas por los/as profesionales en el acceso al servicio dirigido a mujeres consumidoras de drogas antes y durante la pandemia del COVID-19. El COVID-19 trajo cambios al funcionamiento general de la isla. Los riesgos del contagio y las muertes provocadas por la pandemia requirieron de medidas extremas para garantizar la seguridad y salud de la población puertorriqueña. Puerto Rico no contaba con protocolos de contingencia, esto llevo a un cese de todo tipo de actividad social en el país, mientras el Dept. de Salud accionaba un plan para atender la situación. Las medidas implementadas exigieron cambios compulsorios en todas las organizaciones incluyendo aquellas de servicio social. Los programas dirigidos a la población consumidora de drogas no fueron excepción. Los servicios antes de la pandemia ya enfrentaban retos y obstáculos, el COVID-19 trajo nuevos retos y complejizo los ya existentes. La barrera identificada como la más difícil de manejar fue el cambio en la modalidad del servicio. Los/as personas entrevistadas explican como el servicio presencial es crítico para la atención a la población. Verbalizan que la población consumidora más allá de las limitaciones tecnológicas requiere de un acompañamiento que les brinde apoyo mental y emocional al igual que un espacio seguro donde puedan recibir servicios. Es importante mencionar que la mayoría de la población con la cual trabajan nuestros/as profesionales son personas sin hogar. La necesidad de espacios de tratamiento, albergues, hogares, espacio de reunión se hacen indispensables. El acceso a alimentos, vestimenta, artículos de higiene, vivienda, medicamentos y centros de

tratamiento de salud física, mental y la psicoterapia son servicios que ya son escasos y no dan abasto para toda la población. Con la llegada del COVID a la isla se limitaron aún más. Por tal razón, el cambio de servicios presenciales a servicios a distancia o remotos fue el mayor reto en el acceso a servicio expresado por nuestros/as participantes.

Uno de los retos más grande que nos encontramos fue con la implementación de las intervenciones asincrónicas, ya sea telesalud o por teléfono o también las que son como en el caso de esta, por videollamada. La población de nuestra clínica particularmente no necesariamente tiene los recursos o las destrezas para comunicarse por video llamada, muchos no tienen ni siquiera un email y sí, nosotros hemos ido trabajando en eso, ayudando a crear emails, pero comoquiera es difícil. (P1)

Pues mira varias de las barreras que hemos tenido al momento de enlazar es que muchos de los programas están atendiendo de forma virtual y nuestra población no tiene tanto acceso a lo que son celulares o computadoras para quizás una llamada por zoom, es bien difícil hablar de su problema de adicción por teléfono. Para nosotros una entrevista que el manejador de casos le hiciera por teléfono o ella en la oficina y él en otra área era bien incomodo, ellas quieren tener el contacto “face to face” con el paciente y eso se logró verdad, haciéndolo a distancia, ponemos una mesa larga al principio y el paciente estaba al otro extremo, logrando así el distanciamiento y velando por el bien del paciente pero dándole calidad del servicio porque tener el contacto ahí con el paciente es primordial en el manejo de casos. (P2)

Lo que es atender un participante o una población de forma virtual es una. Eso fue un cambio drástico para todas las organizaciones. Se entiende que desde el aspecto de trabajo social sabemos que, de forma virtual a una persona sin hogar, no existe, no cuentan con los recursos necesita ser presencial. Porque además de que se ve lo verbal y no verbal también se ve lo que es el contacto es sumamente importante

en las intervenciones para poder garantizar una buena intervención y un buen plan de servicio. (P3)

Incluso por teléfono que también se intentó, pero fue un reto. Se pudo hacer después de varios meses, pero también fue un reto. Pero al no tener teléfono, pues también crea una brecha en los servicios y en poder darle seguimiento contrario a que hubiéramos podido ir a comunidad con más frecuencia para poderles ver. Eso también se vio afectado por la pandemia. (P4)

Definitivamente el uso de la tecnología durante el COVID-19 con población consumidora de drogas o con personas sin hogar incluyendo mujeres que atraviesan ambas condiciones, no fue una alternativa viable para profesionales que ofrecen los servicios. El continuo de cuidado para los aspectos de salud quedaban interrumpidos poniendo en una situación de vulnerabilidad a las personas. Otra observación importante es la visión de calidad de servicio que procuran explicar cuatro de los/as siete personas entrevistadas. Mencionando la pertinencia de tener una intervención mucho más cercana con cada participante. El trasfondo de estigma y opresión con la que viven las mujeres consumidoras de drogas exige un trato digno por parte de profesionales incluyendo trabajadores sociales y mayormente eso favorece los resultados de esta.

Los cierres de los servicios en donde laboran las personas entrevistadas también representaron una barrera para recibir servicios. Desde el sector clínico se verbaliza que la clínica en donde se ofrecen servicios ambulatorios no operó durante las primeras dos semanas después del lockdown. Sin embargo, este participante nos comenta:

Por agravarse la accesibilidad a servicios de salud y a servicios en general. Estuvimos como una o dos semanas fuera, o sea la clínica quedo inoperante. Decidimos continuar de forma presencial por el hecho de que nosotros reconocemos que un día que la clínica no estuviese abierta era la puerta para la muerte de muchos

de nuestros participantes por sobredosis y casos así. (P1)

El sector de détox informa que estuvo nueve meses aproximadamente sin ofrecer servicios y explica:

Yo tenía capacidad para 32 pacientes ahora tengo cabida para 16 pacientes, así que quizás no vemos que es mucho, pero hay momentos en que yo tenía camas llenas y bajar a 16 pacientes con un país donde muchos de los programas cerraron, incluyendo la Unidad de Alcoholismo pues tú te das cuenta de que la necesidad cada vez es mayor, debido a la pandemia muchas personas tuvieron recurrencias porque no tenían acceso a tratamientos. (P2)

Ambos ponen en perspectiva la gran necesidad que se estaba teniendo el país con acceso a tratamiento y apoyo en tiempos de COVID-19 y los efectos que se produjeron. La limitación provocada por las órdenes ejecutivas presenta la posibilidad de la muerte para una persona que consume drogas, en momentos de crisis como los vividos. P2 verbaliza:

Nuestra población se ve afectada porque no fuimos los únicos que cerramos sino, varios programas en el país como la Unidad de Alcoholismo tomaron la decisión de cerrar los servicios. La unidad de Alcoholismo no ha abierto, son servicios que han cerrado y que no pretenden abrir, quizás porque no hay quien grite por nuestros pacientes, somos muy pocos los que podemos gritar y decir que ellos sí necesitan el servicio.

P3 también identificó barreras por el cierre de servicios que terminaron en la pérdida de la vivienda para algunos de sus participantes:

A nivel administrativo pues obviamente, los cierres de las universidades y del municipio que fueron barreras que limitaban los accesos a otros recursos que nosotros queríamos para poder brindarle los servicios a nuestros participantes de manera más efectiva. Fue bien cuesta arriba, nada más con decirte que muchos de nuestros

participantes perdieron viviendas como te mencioné horita por no tener recursos de apoyo.

Otra de las barreras creadas por el COVID fue a solicitud de pruebas PCR y/o vacunas para recibir servicios. En todos los escenarios de trabajo de nuestros participantes especialmente los clínicos y albergues solicitaban de manera compulsoria que los/as participantes deben realizarse las pruebas de COVID o estas vacunados con refuerzos para ser considerados o admitidos. Estos procesos burocráticos que administrativamente limitaban el acceso a programas solo sirvieron para agudizar la exclusión de la población.

P1 señala como el accionamiento de la política pública en Puerto Rico es una de las barreras más retante en el acceso al servicio debido a que es extremadamente burocrática. Observa que la burocracia y la necesidad de una cantidad extrema de documentación para recibir servicios es muchas veces un impedimento para el participante buscando servicios. La búsqueda de documentos es algunas veces un proceso que puede tardar semanas o meses, durante ese tiempo el/la participante no está recibiendo ningún tipo de servicio. P1: “Muchas barreras surgieron para poder atender esas necesidades, porque vuelvo y repito, la política de este país, es que si tú no tienes un documento tú no puedes recibir ese servicio”. P5 concuerda con P1 estableciendo: “Más todos los papeles que piden para poder entrar, que sabemos que es bien difícil, porque si no tienen ID del estado, certificado de nacimiento más la prueba de COVID, para que puedan ingresar”. P2 comenta:

Tuvimos que modificar, solicitarle al paciente una prueba negativa PCR de no más de 5 días. A nuestros pacientes se les hacía bien cuesta arriba ir a hacerse la prueba y en lo que llega ya estaba vencida para enlazarlo a lo que es su próximo nivel de cuidado, eso nos complicó mucho, lograr que los pacientes continuarán enlazados.

P3 coincide con P2 explicando que al comienzo de la pandemia las pruebas eran escasas y costosas. Considerando que la población atendida tiene una limitación económica

se dificulta el proceso de conseguir servicios:

Cuando surge lo del COVID obviamente retrasa más todavía el proceso de poder coordinar servicios a los participantes ya que las agencias solicitaban más documentación, cuando surgió lo de las pruebas del COVID, que muchos de nuestros participantes el acceso era más limitado cuando hablamos que comenzamos con el proceso tenían un costo, no había pruebas gratis, no había lugares donde se hicieran pruebas. (P3)

El P4, habla desde su perspectiva consiguiendo vivienda para sus participantes:

En este país hay una crisis de vivienda horrible, y si era mala antes de la pandemia, yo creo que ahora está peor. El acceso a los albergues, en general, no solo albergues para sobrevivientes sino para personas sin hogar, no he logrado como tener una solución, porque con la pandemia, lógicamente muchos albergues pedían pruebas de COVID para entrar, pero entonces eso era otra barrera para participantes sin hogar, porque tampoco es que se conseguían tan fácil. Y yo sé que hay una pandemia, pero pienso que el estado pudo haber provisto otras opciones de albergues para personas en lo que se hacen las pruebas, o que les provean las pruebas. Esa fue otra que participantes que salen de la institución con consumo de sustancias el acceso a conseguir sus documentos era bien cuesta arriba. la solicitud de plan médico también se tarda. El seguro Social, las identificaciones, toda esa parte de documentos. Y en general cuando salen eso es lo primero que necesitan para todo.

P4 habla sobre como la burocratización del servicio también represento berreras en el servicio explicando que: “Donde estoy trabajando los procesos son bien burocráticos y tengo que pedir permiso para todo. Hubo momentos en que los participantes estaban sin hogar, comida, transportación y me negaban el poder llevarles la comida” (P4).

De nuestro análisis la burocratización del sistema es un reto para todas las

organizaciones y se convierte en un problema para todas los/las profesionales que brindan o refieren para servicios. Si este proceso es extensivo y desesperante para los/as profesionales, debemos cuestionar cuan agravante es para el practicante esperando un servicio. Adelante otras verbalizaciones relacionadas a esta misma problemática:

Ya en este punto pues estamos un poco más flexibles, pero igual he visto que se me acercan a decirme que necesitan la prueba del COVID, documentos. Son bien cuesta arriba, específicamente el seguro social. Porque el acta de nacimiento es una cosa que después que tengas un contacto te brega, pero el seguro social no cede. (P5)

Porque si te manda hacer la prueba del COVID, muchos de ellos no tienen carros y si no tienen un laboratorio cerca pues había que llevarlos había que entonces hacerse la prueba o a buscarle una orden médica para después ir al laboratorio, sabes una complicación más. (P6)

Vemos que en situaciones de crisis las condiciones precarias para acceder a servicios se complican aún más de acuerdo con las expresiones de los participantes. Las barreras también se identificaron en el nivel administrativos de las organizaciones y/o programas como menciona el P3, explicando que administrativamente hubo una paralización de actividades de enganche como la repartición de alimentos que ayudaban a atraer nuevos y posibles participantes debido al COVID-19 y las medidas de distanciamiento y la no aglomeración es espacios cerrados y abiertos.

A nivel administrativo pues obviamente el acceso a los recursos, para hacer compras que ofrecemos alimentos, hacíamos actividades fuera multitudinarias, se tuvieron que detener, que eran de las actividades en donde se podían atrapar participantes por decirlo así y poder relocalizar a los participantes que estaban recibiendo nuestros servicios, por que en esos momentos todos desaparecieron. (P3)

Las medidas de seguridad relacionadas al acceso a pruebas, vacunas y centros de

vacunación y pruebas desde la población de consumidores de drogas se observaron como un privilegio. El acceso limitado, la escasez de pruebas, la priorización de sectores de la población sobre otros retraso los procesos de referidos y de recibimiento de servicios. Desde nuestros/as participantes se vieron en la dificultad de cómo les cubre las necesidades a sus participantes sino le pueden conseguir los documentos necesarios para llegar al servicio o programa que requiere. Creando una brecha más grande entre el participante y el servicio. Para mujeres esta brecha se hizo aún más grande que los hombres debido a ya marcada escases de servicios que las atienden. P3 confirma la limitación en servicios para mujeres y lo difícil que es conectarles a organizaciones y/o programas que respondan a sus necesidades:

Muchos programas aceptan o no aceptan a estas mujeres realmente desde mi experiencia los podemos contar con los dedos los programas que hay para mujeres a nivel de adicción e inclusive para albergue de emergencia, si no son víctimas de violencia doméstica no tienen un albergue y eso es totalmente preocupante por el hecho de que ya el perfil típico de lo que es una persona sin hogar no es solamente hombre ha aumentado también lo que son las mujeres. Pero básicamente si queríamos contar con los programas que existían es bien cuesta arriba este tipo de problema y la adicción a las sustancias que ellas tengan. Haciendo una comparativa con el perfil del hombre.

P1 visibiliza el pobre acceso a servicios para mujeres también les afecta su salud física y mental: “Al haber un acceso tan limitado a servicios pues, pone aún más en riesgo la vida de las mujeres que necesitan algún servicio de salud mental o de sustancias. Con relación a la adquisición de albergue o vivienda P4 verbaliza como las políticas de prohibición de drogas también limitan los servicios existentes para las mujeres, “Entonces muchos albergues tienen políticas de prohibición de drogas, y me ha pasado que participantes tienen recurrencias y los sacan de las viviendas”.

P5 añade un ejemplo a esta situación donde el resultado para sus participantes fue la muerte. El acceso a servicios para mujeres es tan limitado que a menudo antes de que estas puedan llegar a ellos las trabas y obstáculos relacionados a documentación, de los criterios de exclusión e inclusión, reglamentos y la necesidad de haber dejado el consumo de drogas les imposibilita el acceso. Es impactante como el servicio que se construye con el fin de ayudar es el causante de la muerte de una mujer.

Bueno dos de ellas no están ahora mismo, fallecieron. Porque en plena pandemia querían ingresar a sitios, se hicieron gestiones, pero no hubo respuesta, ellas también hicieron gestiones y no tuvieron respuestas. Ellas mismas decidieron parar de consumir teniendo condiciones preexistentes que había que tener un cuidado, como a los cuatro días consumieron y se fueron en sobredosis. (P5)

La falta de acceso a vivienda y a refugios de emergencias para mujeres representa una barrera estructural muy difícil de derribar. Inclusive en tiempos de COVID-19 donde había una orden de encierro no hubo un plan para las personas que no tienen en dónde protegerse del virus. Esto puede impedir a la población acceder a otros servicios fundamentales para su recuperación. P7 también tocó el tema de la escasez de servicios a mujeres mencionando que el COVID solo ayudó a limitar aún más estos servicios. Nuestros hallazgos demuestran que la pandemia tuvo efectos sumamente adversos en la procuración de servicios a mujeres. En un país donde nadie quiere trabajar con mujeres consumidoras y los pocos que si ofrecen algún tipo de servicio la presencia del COVID representó una crisis, una necesidad y un elemento detrimental en la vida de la mujer que resulto en un mayor nivel de marginalización del sistema.

De hecho, hay menos también servicios dirigidos a mujeres. Definitivamente, el hecho de que las mujeres entonces, o tienen hijos, o han tenido hijos o tiene otro tipo de situaciones, a veces también legales en la población, le quieren quitar la patria

potestad, cosas así. Esto pues estamos hablando de que esos son situaciones reales y que complica el trabajo organizacional. (P7)

Desde los espacios de comunidad que brindan servicios incorporándose al diario vivir de la población el COVID provocó una serie de retos que incluyeron el cese de los servicios de repartición de recursos como alimento, vestimenta y demás debido a orden ejecutiva que prohibía la aglomeración de personas.

De hecho, tuvimos que abogar para que dieran dispensa a los que trabajamos con las personas sin hogar, porque nosotros mismos recibimos literalmente persecución de la policía cuando estábamos dando rondas. Esto porque no para que vieran que sí estábamos incluidos en la orden ejecutiva de que sí se podía, pero fue como para la tercera orden ejecutiva que se incluyó a los que proveen servicio y ayuda, pero al principio no estaban, así que imagínate eso uno porque es arriesgado, ya sabe, pero el que es nuevo, el que no sabe, no se iba a arriesgar que le dieran una multa por tirarse a la calle. Porque no era considerado un servicio esencial. (P7)

P6 también habla sobre como las instrucciones de la no aglomeración y el distanciamiento afectaron la atención a participantes en las calles y comunidades. Explica que de por sí el tiempo que están en cada comunidad que impactan es limitado, durante la pandemia el miedo de los/as participantes del contagio adicional al tiempo limitado de los/as profesionales en la comunidad causó una pérdida en las personas impactadas.

Eso también vimos una reducción bastante heavy en términos de la cantidad de personas que atendemos en la calle, se dificulta mucho el lograr llegar a los lugares donde estaba la gente, como había, como no se podía estar congregado en muchos sitios y nosotros lo que estamos en cada comunidad son como 15 o 20 minutos o una hora máxima. (P6)

Es importante recalcar que en las órdenes expuestas anteriormente en la revisión de

literatura se establece que el 30 de marzo de 2020 fue que se concedió el permiso para ofrecer servicios a poblaciones desventajadas. Es por esto por lo que durante ese periodo de 2 semanas se pudo experimentar persecuciones al momento de realizar intervenciones comunitarias. Otra barrera identificada fue que el acceso a servicios de salud física continuó bien limitado en el momento de la pandemia. P1 menciona que: “Los servicios eran bien limitados, los servicios de farmacia también, pero se dejaron de ofrecer servicios oftalmológicos, se dejaron de ofrecer servicios dentales”. P7 y el P6 al coinciden al decir lo siguiente:

Pero yo te diría que hizo más evidente el problema de no tener servicios integrados. Por ejemplo, que una persona con adicción pueda llegar al hospital y le atiendan su condición de salud a la vez que bregan con su adicción. Porque usualmente te quieren atender lo físico, pero no quieren reconocer que tienes una adicción y terminan yéndose. Tan pronto empieza el síndrome de retirada, salen corriendo. (P7)

A nuestros participantes, por ejemplo, hemos tenido muchas muertes, no por COVID, pero hemos tenido muchas muertes este último año por situaciones de complicación de salud y pues eso se junta con que un problema que tiene más tiempo y es el de acceso a los servicios de salud. (P6)

Se presenta la problemática para acceder a un servicio integral que evalúe salud física y salud mental de manera integrada. Esta es una problemática que surge a raíz del sistema desde el cual está montado el acceso a la salud en Puerto Rico. Este sistema responde a unos intereses económicos que no necesariamente prioriza las necesidades de las personas consumidoras de drogas.

A raíz de la pandemia muchas de ellas perdieron viviendas obviamente por su condición de salud mental o su adicción desalojaron la vivienda porque todos vivimos a raíz de la pandemia un desajuste mental por decirlo así y eso alarmó prácticamente a

nuestra población y creó un desajuste total en lo que son sus condiciones de vida y desde mi punto de vista y experiencias muchos de ellos perdieron viviendas, muchos se desajustan a nivel de salud mental y tuvieron que ser internados u hospitalizados, muchos de ellos se quitaron la vida. El sistema, primero que nada, porque si hablamos de Housing First, que se supone verdad que hay distintos estados y lugares que se trabaja a la persona sin hogar desde un lugar cautivo para después brindar las necesidades. Eso no se hace aquí, eso nunca se ha hecho aquí y está. El sistema debe ser más flexible en cuanto a nuestra población y hablando de mujeres que abusan de sustancias, si tiene la necesidad, lo importante es reconocer que la persona no tenga y que necesite el servicio. Porque aquí lo que estamos queriendo ver el servicio es en forma de dólares. (P3)

Otra de las barreras que mencionaron algunos participantes fue el miedo de la población de consumidores al contagio del virus y sus implicaciones en su salud. Muchas de estas personas ya enfrentan cuadros clínicos de salud física y mental complicados por falta de tratamiento y medicamentos. Los síntomas del COVID como mencionado la revisión de la literatura tiene la capacidad de agravar las condiciones de los/as personas. “Los participantes muchos no querían asistir por temor a ser contagiados”. (P3)

Este se podía ver también que las personas tenían como verdad, cierta suspicacia o cierto temor a salir a la calle a buscar los servicios so, podíamos estar ofreciéndole, pero no necesariamente la gente llegaba a tocar la puerta, verdad, para solicitarlo. (P1)

A raíz de la pandemia acontecieron eventos que aumentaron las condiciones de salud mental y emocional de la población en general. Estos eventos no fueron excluyentes para las mujeres consumidoras de drogas. Se presentaron eventos de pérdidas de hogares, desaliento social, ansiedades entre otras condiciones que podrían exacerbar o provocar nuevamente los

consumos de sustancias.

Experiencias desde el servicio directo

Se define como las experiencias vividas por participante en procesos y análisis de intervención directa. Estas pueden haber ocurrido antes y durante la pandemia del COVID-19.

La mujer consumidora tiende a presentar más factores sociales que pueden agravar sus condiciones de vida. Al momento de que algún profesional de Trabajo Social interviene se pueden identificar determinantes sociales como lo son la nacionalidad, el género con el que se identifica, raza, estatus económico, estatus civil, condiciones de salud mental, condiciones de salud física, entre otras. Todas estas variables se deben considerar al momento de realizar una ponderación y/o plan de servicio. No obstante, la capacidad de los servicios para manejar los casos con un enfoque holístico no se ve reflejado entre las verbalizaciones de participantes entrevistados. De hecho, se expresa sobre el aumento del deterioro de servicios dirigidos a la población, luego de que se establecieron las órdenes ejecutivas acatadas por la pandemia.

Se atendía personas en el lobby, personas en el área de afuera, se trataban de hacer actividades relacionadas para capturar esos participantes y poderlos tener más cautivos porque sabemos que las personas sin hogar nosotros solamente trabajamos con lo que era la coordinación de servicios. A nivel de intervención directa en el espacio donde trabajaba, yo no podía pasar al participante a una oficina cerrada que obviamente se tenía que atender uno a la vez en el área del lobby. (P3)

Muchas cosas ocurrieron a través de la pandemia que verdad a nivel de comunicación, de beneficios que ellos no sabían qué hacer. La mayoría no sabían qué hacer, inclusive con los mismos programas a los cuales ellos querían asistir. Porque muchos

de ellos conocen o quieren asistir a programas y cuando uno les decía, mira el programa no está aceptando personas por el momento pues prácticamente le desarticularán toda su necesidad para poder resolver o prácticamente mitigar esas necesidades. (P3)

Mucha gente tuvo que entrar en procesos de retirada espontánea que sin quererlo tuvieron que reducir drásticamente su consumo, al punto en que algunos de ellos, pues también terminaron, terminaron en la abstinencia verdad, o se mudaron o que se yo, pero poco a poco se fue, se fue cambiando eso. Vimos que aumentó el número de muertes. (P6)

Porque muchos de mis participantes se han quedado sin hogar en este año y ubicarlos es un proyectazo entre listas de espera, protocolos de COVID, que si no hay espacio, que si no cumplen con los requisitos, que si no tiene criterios, que si no es un caso crónico porque estaba en la cárcel y la cárcel la catalogan un techo. Si, definitivamente la vivienda que, para mujeres, los albergues hay mucho menos, para mujeres sin hogar, usuarias. A nivel de servicio directo yo pienso que, injustamente las personas viven en estado de supervivencia, pero más aún con la pandemia, hacer trabajo terapéutico a profundidad, era retante porque las necesidades básicas no están cubiertas. Entonces las necesidades básicas no están cubiertas pues uno hace muchísimas intervenciones en crisis. (P4)

A pesar del COVID y las experiencias vividas durante la pandemia los/as personas entrevistas también hablaron sobre experiencias que han tenido a través de sus años de trabajo con la población de mujeres que consideramos deben ser traídas al foro y visibilizadas. Las experiencias compartidas en muchas ocasiones son desgarradoras, la seguridad, la salud, la paz y los derechos humanos de este grupo de mujeres se violentan exponencialmente. La situación no se puede resumir a solo el consumo de drogas, eliminar el

estigma que las drogas crean es de vitales importancias para salvaguardar las vidas de estas mujeres.

Lo que era peor empeora más y es triste cuando hablamos de rehabilitación, cuando hablamos de que una persona pueda lograr sus metas y realmente tener un buen plan para salir hacia adelante, las mismas estructuras no aportan en nada en la rehabilitación. (P3)

La salud mental es un servicio bien esencial que no le estamos lo que es la prioridad de lo que necesita el país, nos estamos percatando ahora de que los suicidios han aumentado, los problemas familiares, robos, agresiones y todo tiene que ver con salud mental y uso problemático de sustancias. (P2)

Yo no he dejado que las cosas me sean indiferentes porque en el momento que me sean indiferentes dejaré de trabajar con la población, hoy mismo pasé una situación bien fuerte y horita fue que vine a parar de llorar, no puedo. Porque la indiferencia ya ha sido demasiada, entonces como entonces uno puede usar todo eso para hacer un mejor trabajo y en su momento canalizar cambios, porque se nos va la vida. (P5)

Una cosa bien desgarradora y la falta de acceso a servicios, la criminalización de la supervivencia e incluso he visto muchos retos o muchas discrepancias entre la población de mujeres que están en la cárcel y mujeres consumidoras de drogas con organizaciones que trabajan con sobrevivientes de violencia de género. (P4)

Profesionales de Trabajo Social nos compartieron sus experiencias en cuanto a los cambios de intervenciones relacionadas al COVID-19 y como tuvieron que dirigir otros temas que no necesariamente se trabajaban de manera directa anteriormente, por ejemplo:

El cambio también estuvo en que las intervenciones se tienen que ir más dirigidas a darle a la gente estrategias verdad, de afrontamiento, estrategias para el manejo de la ansiedad, estrategias para reestructurar los pensamientos, porque había mucha gente

desesperanzada, mucha gente asustada, desconsolada. Hubo muchos casos de recurrencia, hubo un aumento en los casos de sobredosis. (P1)

Pero como no contábamos con el espacio decidimos informar al participante lo que se iba a estar trabajando de forma directa a lo que concierne a las entrevistas que se iban a ser en el área del lobby. Estudiantes de práctica de Trabajo Social en el mismo consentimiento le informaban al participante porque se está haciendo esa entrevista, quienes están escuchando la entrevista y lo que son los aspectos de autodeterminación y confidencialidad del proceso. Gracias a Dios ninguno desistió y todos entendían lo que estaba pasando y todos aprobaban esa nueva modalidad. Los participantes muchos no querían asistir por temor a ser contagiados. Pero esos retos y barreras fueron a nivel individual y profesional de lo que es el servicio de trabajo social a nivel directo que no se podía omitir a un servicio virtual, casi tampoco a nivel telefónico porque la mayoría no tiene teléfono. (P3)

La gestión de Trabajadores Sociales en intervenciones con esta población puede llegar a ser bastante extensas, inclusive deben realizarse unas estrategias de acompañamientos. El P3 nos lo explica de la siguiente manera:

Hay unos acompañamientos del trabajador social en todas las áreas, no es que el trabajador social trabajó y delegó, no, es que debe haber un acompañamiento porque conocemos cual es el perfil de esta población, conocemos como otras organizaciones pueden tratar a esta población, conocemos como personas o la sociedad ve a esta población y es sumamente importante ese acompañamiento y ese seguimiento constante a esta población y de verdad prácticamente todo eso se vio afectado por el problema de no tener ese contacto directo o no poder acudir a esas agencias que tanto ellos necesitaban. (P3)

Hago hincapié a lo que es el sistema que no aporta ni ayuda a esta población

en particular de mujeres consumidoras de abuso de sustancias que no hay servicios en su totalidad, podemos contar con los dedos para estas mujeres que utilizan sustancias y que no cuentan con ningún recurso que muchas veces son madres solteras y tienen muchas situaciones que tenemos que entender, y es bien preocupante y alarmante, y aunque yo sé que estamos hablando del proceso de pandemia, eso sigue y eso continúa y estaba. (P3)

Por otro lado, la intervención se puede ver afectada por términos administrativos u organizacionales como los que nos trae la P4 en la siguiente verbalización: “Uno de mis mayores retos ha sido que la organización le da demasiada importancia al trabajo administrativos.”

Otra perspectiva traída es la siguiente:

¿Y eso hizo que la intervención se afectara de alguna manera? Pues claro, porque no tenía el espacio que normalmente uno tiene que uno va y escucha y psico educa y canaliza ciertas cosas. Haciéndolo sola. Quisiera ayudar más con las gestiones. El intercambio siempre lo hago, para mantener los espacios comunes, porque estoy sola. Realmente sola es bien fuerte. He tenido unos breakdowns que me han dado bien fuertes. (P5)

En la verbalización anterior se demuestra que la carga administrativa fue prioridad en programas dejando a un lado la necesidad de intervenir e incentivar a mejorar la calidad de vida de la persona que está siendo participante en ese momento.

Otras experiencias importantes fueron:

Suele suceder mucho que la población de mujeres usuarias de drogas tiene, de alguna forma su consumo está vinculado a alguna pareja que han tenido o tienen este, tanto su iniciación como su consumo de ciertas sustancias como su sostenimiento en él. Muchas situaciones donde ha habido traumas por cuestiones de violencia de género.

En muchas ocasiones relaciones de codependencia con parejas varones o también con parejas mujeres. Es algo bastante común el asunto de las relaciones violentas en el entorno de las personas que están en una situación de abuso bien crónico. Puede haber incluso hasta explotación financiera en algunos puntos verdad este lo vemos con participantes mujeres que hacen trabajo sexual y los compañeros le quitan el dinero. Tenemos el asunto de que hay mujeres que son usuarias de drogas inyectables que no se saben inyectar y de repente depende de que su pareja las inyecte. (P6)

Se hace notar la situación tan ligada a la violencia de género. Mientras que las experiencias contempladas de la P7 es la siguiente:

Yo diría que una de las cosas que más me ha tocado ha sido que a pesar de su condición, muchas veces deteriorada en su salud física, mental y emocional. Es que siempre hacen referencia a hijos de alguna manera.

2da Dimensión: Condiciones laborales de los/as profesionales durante el COVID-19

En esta dimensión exploramos como se afectaron las condiciones laborales de nuestros/as participantes durante la pandemia. Se exploró el impacto en la salud física, emocional y mental de los entrevistados/as, también se indago sobre los cambios organizacionales y como estos dificultaron la prestación de servicios. Entendemos que esta dimensión es importante ya que estos son los/as profesionales que se dedican a atender a la población. La eficiencia del servicio depende de ellos/as y es por esta razón que debemos también velar por sus necesidades, entiendo que si estas no se atienden afectan la calidad personal y profesional del profesional muchas veces resultado en el abandono del trabajo o un reflejo en el servicio prestado.

Cambios organizacionales a raíz de las ordenes ejecutivas

Esta categoría se define como aquellas barreras y retos identificados por nuestros participantes que de una forma u otra cambiaron los protocolos de servicios en las organizaciones y/o programas en donde trabajan. Se hace la salvedad que esta categoría responde únicamente a los cambios organizacionales y como los/as profesionales los trabajaron.

A nivel macrosocial que impacta políticas, legislaciones y creación de servicios se ha delegado el bienestar social en cuanto a sustancias y salud mental a organizaciones que componen el tercer sector y/o agencias privadas. Las órdenes ejecutivas implementadas durante la pandemia no solo tuvieron efectos en la población de consumidores de drogas. Como mencionado en la revisión de literatura el COVID-19 significó cambios en todos los sectores del país. Los cambios en la modalidad de servicio, los cierres de otros y los requisitos impuestos como medidas de seguridad no necesariamente fueron efectivos en los espacios laborales de nuestros participantes. Retos como las vacunas compulsorias, el trabajo remoto, la reestructuración del servicio significaron procesos de adaptación extensos y extenuantes para los/las profesionales.

En primer lugar, es importante señalar y según explica P7, los/as personas que ofrecen servicios a poblaciones marginalizadas, sin hogar y condiciones vulnerables no fueron acogidas como personal esencial hasta la tercera orden ejecutiva.

Esto porque no para que vieran que sí estábamos incluidos en la orden ejecutiva de que sí se podía, pero fue como para la tercera la ejecutiva que se incluyó a los que proveen servicio y ayuda, pero al principio no estaban, así que imagínate eso uno porque es arriesgado, ya sabe, pero el que es nuevo, el que no sabe, no se iba a arriesgar que le dieran una multa por tirarse a la calle. Porque no era considerado un servicio esencial. (P7)

Esta situación eliminó los servicios comunitarios como la repartición de alimentos, visitas a las comunidades, visitas a los hogares y la creación de actividades dirigidos a salvaguardar la población durante el COVID-19. Organizaciones con servicios dirigidos a las comunidades se vieron en la dificultad de como continuar las intervenciones y mantener al participante motivado sino tengo un acceso significativo a mis participantes

P2 abunda:

Pero con la pandemia la organización nunca dejó de operar pero hubo mucho tiempo que no había visitas a la comunidad. Hubo un tiempo que no hubo visitas a la comunidad, pero si teníamos que ir a la oficina a trabajar, que era un poco irónico.

Las organizaciones con bases comunitarias dependen de los servicios de voluntarios. Esto debido a la ausencia de fondos que permitan la contratación de personal permanente. El miedo al contagio causó una disminución en la presencia de voluntarios. P5 explica que su labor depende de la presencia de personas voluntarias y estudiantes que la ayuden a llevar a cabo los servicios y como a estos dejar de ir ella tuvo que continuar ofreciendo servicios prácticamente sola. P5 nos explica: “Los voluntarios bajaron mucho con la pandemia, yo recibía muchos voluntarios, la realidad es que con esto de la pandemia ha sido complicado, los voluntarios bajaron a cero”.

Explica también que su servicio depende de donaciones, esto al igual que la contratación de personal se debe a la escasez de fondos dirigidos a este tipo de servicios. Sin embargo, estas donaciones también fueron escasas, relata que para atender la situación del lavado de manos para las personas sin hogar tuvo que ingeniárselas:

Para la pandemia la primera donación que yo recibí de cosas como mascarillas y cosas así bien sencillas fue a mitad de la pandemia y yo nunca dejé de trabajar. Yo lo que hice fue coger unos cubitos de detergente líquido que tiene como una pompa, eso

lavarlos bien, pedir donaciones de la gente que no los botara y hacer como lavamanos portátiles con eso. (P5)

P7, también uno de los/las entrevistadas que labora en el espacio comunitario notó una situación similar a P5 en cuanto a la adquisición de fondos y materiales para la compra de los equipos de seguridad. Entidades mascarillas, face shields, guantes y demás.

Eso fue un reto también de inicio por la misma razón, la entidad, la mayoría de las entidades sin fines de lucro no tienen recursos un montón como para asumir todo el costo que ahora implicaba tener que proveer todo esto a los empleados y al principio era hasta bata, porque ya después nos dimos cuenta de que no había que llegar a tanto. (P7)

P6 explica que el problema principal que vio es que a pesar de que salieron algunos fondos para atender la situación del COVID, fue la siguiente:

Pero durante la pandemia empezaron a salir fondos para cosas relacionadas al COVID y desaparecieron otros fondos que eran relacionados a el trabajo con los programas de reducción de daño e intercambio de jeringuillas para población usuaria droga. Desde julio, nos quedamos casi sin materiales tuvimos que empezar a racionar mucho los materiales porque había problemas de suplido debido a que las fábricas de equipos médicos estaban desviando su producción para elaborar todo lo que tiene que ver con la vacuna de COVID, jeringuillas para vacunas entiéndase contenedores de desperdicios biomédicos para esas jeringuillas. Antes había personas que me traían mil y pico y yo se las cambiaba y le daba un dron lleno de jeringuillas tú sabes llévatelo. Pero ahora no puedo, entonces eso ha sido en drástico, porque a mucha gente, pues su consumo está tan elevado que esa cantidad que le doy no le va a cubrir su consumo (P6).

Esto refuerza el asunto de las categorizaciones a nivel sistemático. Los asuntos sociales no se deben evaluar segmentados, muchas de las problemáticas sociales funcionan bajo sistemas que se entrelazan una con otras y el asunto de uso de sustancias puede estar relacionado con precariedades en niveles de salud, vivienda, educación, seguridad entre otras.

Se debe hacer la salvedad de que la mayoría de los programas que existen son de organizaciones sin fines de lucro que laboran a fuerza de fondos federales, privados y estatales. La pandemia como menciona P7 trajo una reducción de fondos significativas pero una demanda de inversión elevada. Muchas agencias no solo le suplían equipo de seguridad a sus empleados/as, sino que también deben dar materiales a los participantes que no cuentan con el recurso monetario. La siguiente verbalización coincide en el asunto de la financiación:

Bueno mi mayor queja y quizás la queja de todos nosotros que trabajamos en Organizaciones Sin Fines de Lucro es el poco apoyo del gobierno y el no respaldar a lo que son las Organizaciones Sin Fines de Lucro, demoran mucho en lo que es la repartición de los fondos, incluso cuando dan el dinero es por reembolso. (P2)

No solo el COVID, sino también la situación económica. O sea, en los últimos años gran parte de las organizaciones han perdido fondos y eso obviamente tiene repercusiones en todo. Más encima viene el COVID que te pone unas demandas económicas mayores de material para protección personal de los empleados, el mismo riesgo que corrían los empleados al estar en contacto con diferentes personas, así que eso complicó todavía más la provisión de servicios definitivamente. (P7)

Los retos relacionados a la falta de fondos, materiales y a la pérdida del servicio presencial significó un repensamiento del servicio ofrecido. La importancia de acatar las medidas del COVID requirió de procesos de adaptación no solo de la persona que recibe el servicio sino también de quien lo da. A continuación algunas verbalizaciones que lo sustentan,

Pues mira si, además de que teníamos que incluir en todas nuestras intervenciones verdad de las medidas de seguridad para evitar el contagio con COVID-19. Lo más difícil para mí fue eso, ese proceso de verdad de yo diría de hacer una transición o de utilizar la tele consulta, la telemedicina o la telesalud con la comunidad. (P1)

Desarrollar nuevos protocolos para evitar el contagio entre pacientes. Cuando cerramos, habilitamos varias áreas en el centro donde pudiéramos velar que fuera confidencial, pero al aire libre y con acceso a internet porque nuestro equipo de trabajo utiliza récord electrónico, entonces en ese momento pues pusimos un área en la parte de atrás de las facilidades donde los otros pacientes no iban y se hacían las entrevistas. (P2)

Quiere decir que lo más probable de poder atender dos a tres a la misma vez pues se tenían que reducir a 1 a la vez y en mi punto de vista a nivel de experiencia, a muchos de nuestros participantes no les gusta esperar. Les gusta la ayuda inmediata. (P3)

Eso sí, nos dieron teléfonos corporativos a cada persona que antes eran compartidos, para que pudiéramos hacer los seguimientos por teléfonos, eso sí fue un plus, pero siento que se confiaron un poquito de los seguimientos telefónicos y se ha perdido lo presencial y lo entiendo al principio cuando todavía no había vacunas y habían más personas en riesgo, pero pienso que ya a estas alturas todavía como que se están recortando un poco de esto, que ya tenemos más acceso a la vacunación, que ya estamos en proceso de volver más a salir y a vernos pues pienso que tampoco es justo para los participantes. (P4)

Las personas que trabajan en estos espacios tuvieron que aprender protocolos nuevos, orientar a sus participantes, velar por su salud y la de la población. Todo esto significa un aumento en la exigencia laboral, el reto que trajo la pandemia a las organizaciones se puede resumir en: ¿Como continuó dando un servicio de excelencia cumpliendo con unas medidas

de seguridad limitantes que alteran al cien por ciento la forma que realizo intervenciones? La realidad y como evaluado en las entrevistas y la revisión de literatura las ordenes ejecutivas solo dificultaron más el ofrecimiento de servicios. También, hubo retos manejando los brotes de COVID entre el personal, la vacunación compulsoria y el componente administrativos. Varias de las personas participantes relataron como estas tensiones que ocurrieron dentro de la agencia crearon barreras adicionales para los/as empleados/as. P3 nos menciona lo siguiente: “Entonces aumentó la exigencia administrativa, pero disminuyó el contacto con participantes y pues ahí había una discrepancia, porque debes tener la evaluación social, pero no puedes ir a ver a la participante”.

Puedo decir que es un poco más complicado porque cuando existen los brotes entre familiares o con parejas mi equipo pues se tiene que quedar en sus casas haciendo cuarentena a pesar de que tenga prueba positiva y en ocasiones han trabajado a distancia. (P2)

Aparte de eso, medidas que se tomaron durante la pandemia y que han sido un poco complicadas el asunto de la vacunación compulsoria porque tenemos personas de la organización que, por alguna razón u otra verdad, han decidido no deseen vacunarse en este momento. Entonces pues eso ha implicado también mayores complicaciones a la hora de coordinar el programa pues ahí se pide entonces a los empleados que no están vacunados, que se hagan una prueba de COVID semanal y pues esas cosas pues me quitan tiempo del empleado de estar en la oficina. (P7)

En momentos de crisis la organización aumenta la carga referente a procesos administrativos y limita los procesos de intervención directa con participantes creando así unos dilemas profesionales para el Trabajo Social que impide el análisis y evaluación clara de los casos que está atendiendo. A la misma vez que profesionales lidian con la realidad de crisis que se estuvo manejando, se suma un estresor relacionado con los asuntos

administrativos que se deben realizar con exigencia en los espacios laborales. Se añaden unas cargas mentales que pueden afectar el funcionamiento del profesional en su desempeño laboral.

Las personas entrevistadas realizaron una serie de verbalizaciones que confirman que hubo cambios que afectaron negativamente a los/as empleados/as. Esto es una situación importante debido a que cuando añadimos a esto las limitaciones que existen en el servicio a mujeres podemos establecer que las medidas generadas para combatir el virus no respondieron a la totalidad de la población puertorriqueña. Más allá, surge también la impotencia, nuestros/as participantes expresan su pasión y compromiso con trabajar en este sector a pesar de los retos existentes. Se levantan todos los días para luchar y darle una voz a este grupo de personas marginalizada, pero como se lucha contra medidas compulsoria, no negociables. A pesar de que el panorama del COVID ha cambiado al presente y se han flexibilizado y derogado la mayoría de la ordenes ejecutivas ya el daño este hecho. Murieron participantes, otros nunca regresaron, los/as empleados/as se encuentran laborando con cambios que suponían ser temporeros y ahora son permanentes. Se enfrentan también, al cierre permanente de servicios, a menos fondos y a realidad social nueva que amenaza todos los días con continuar precarizando el servicio.

Condiciones laborales de los/as profesionales

Esta categoría se define como las percepciones de participantes en relación con las condiciones laborales a las que han tenido que. habla sobre como los retos traídos por las ordenes ejecutivas traducen a la vida personal de los/as profesionales. Esto no es una situación específica a nuestros/as participantes. Muchas de las verbalizaciones realizadas son sentimientos compartidos en todos los sectores laborales sin importar el servicio que ofrecen. Estos últimos años de pandemia solo agudizaron los padecimientos laborales que afligen a la

población trabajadora. La situación de salud mental a nivel isla ha desencadenado una serie de retos que muchas veces es insostenible para las organizaciones comunitarias. El aumento de necesidades que ha traído la pandemia a nivel de salud mental ha sido notable tanto para profesionales que trabajan cercano a la población como para participantes que se atienden. Es necesario que el apoyo financiero vaya de acorde a las necesidades que se están presentando para lidiar con la estabilización mental y emocional de las personas que necesiten apoyo. Sin embargo, el/la P7 nos expresa lo siguiente:

Este tiempo de pandemia también hizo reducción de fondos. Las agencias gubernamentales no estaban trabajando, por lo tanto no procesaban los cheques, ni los pagos, ni ningún desembolso. La mayoría de las organizaciones fueron afectadas por esa falta de flujo de efectivo, pero a los salarios había que seguir pagando, así que quienes tenían como lo siguieron.

La falta de un salario fijo es raíz de incertidumbre, causa preocupaciones y tensiones en la vida personal de los/as empleados/as. Una persona enfrentando situaciones personales que amenazan su propio acceso a vivienda, alimento y mantenimiento familiar, no puede responder a un servicio de calidad. Más allá, la situación financiera representa una violación a los derechos humanos de los empleados/as y su autorrealización. La necesidad de un salario estable puede afectar la salud mental de la persona. Sin mencionar que la precarización salarial y la crisis económica del país ya ha afectado la fuerza laboral con un éxodo grande de jóvenes a otros países en busca de mejor calidad de vida. Sin embargo este no fue el único factor que influyo en la salud mental de nuestros/as participantes.

P1 resume alguna de las situaciones que afecto las condiciones labores:

Hubo familias en las que tuvieron que decidir dejar un empleo para que uno pueda cuidar a los niños, porque no hay un cuidado o se pusieron difíciles las cosas como te digo, generalmente, todos los servicios. La situación agravó la ansiedad de todo el

mundo, así que se daban situaciones de irritabilidad y esas cosas entre compañeros, y el patrono no necesariamente quiso negociar. Muchas de las personas que están ofreciendo el servicio pues ya están cansadas y nada son víctimas también de la misma situación de la pandemia.

La renuncia de empleados/a también afecta las condiciones laborales, sumando la falta de fondos y las dificultades consiguiendo personal nuevo provoca un aumento en las tareas de las personas que permanecen en las organizaciones. Esto produce que un/a solo/a empleado/a cubra varias áreas desde el servicio directos, asuntos de coordinación, supervisión y/o puestos administrativos entre otros, esto muchas veces sin un alza salarial.

Durante los años de pandemia muchos programas se han visto obligados a añadir servicios nuevos para responder a la emergencia en el país, sumando aún más responsabilidades a su personal. Entonces, tenemos a un personal de trabajo sobrecargado que apenas puede cumplir con las exigencias de su puesto contratado y ahora le corresponde cumplir con tareas de otras áreas. El P3 resume algunas de las tensiones que ocurren dentro de las organizaciones:

Te voy a hablar con toda honestidad, cuando uno es empleado muchos patronos abusan del empleado y a que me refiero, y no es que yo fui abusado de algún patrono, pero me refiero a que el que está constantemente en el Field el patrono obliga a que vayan, pero ellos están en sus casas, ellos no están trabajando directamente con la población, pero tu sí tienes que trabajar por que so hay que hacerlos.

En términos administrativos P4, nos comentó lo siguiente:

La organización a mi entender lo manejó pésimo internamente porque había esta perspectiva de que había que vigilar que ustedes estuvieran trabajando. Es como si solo les importara el vigilar que uno esté produciendo y es producción administrativa porque no es ni dar el servicio de calidad que se supone. Nos piden tienen que trabajar

lo terapéutico pero si la participante está huyendo de una situación de violencia de género, que terapéutico voy a trabajar ahí? Ese fue uno de los señalamientos, que se estaba haciendo mucho manejo de casos, cubriendo esas necesidades, pero es que si uno no tiene esas necesidades básicas cubiertas que tipo de terapia uno va a poder hacer?

Mientras que P6 hace referencia a los procesos de quemazón y trauma vicario dentro de profesionales en la organización:

Como que ha habido en el equipo de trabajo sí burnout y como que mucho de peso emocional por estas pérdidas. Todo lo que ha pasado en este tiempo de la pandemia se ha combinado y ha sido bien heavy esté a nivel personal pues yo también he tenido que coger más tiempo como que para yo poder hacerle un poco de sentido a todo lo que está pasando, y pues sí, es algo que ha surgido de la reunión de staff, el asunto del burnout y el trauma vicario cuando estamos experimentando una carga pesada a nivel emocional, sentimental, psicológico, por el sufrimiento de otra persona. Ese burnout lo que hace es que tú te quieras distanciar de la fuente de esa quemazón hasta que finalmente ya uno toma la decisión consciente de ya no quiero esto más.

La demografía de nuestros/as participantes muestra que casi todos son trabajadores sociales o que laboran mano a mano con estos. Atando las situaciones enfrentadas durante la pandemia también es importante hablar sobre la profesión. El/la trabajador/a social es un/a profesional que ya labora desde un espacio altamente atropellado. La profesión del trabajo social enfrenta situaciones relacionadas a las condiciones laborales que incluyen salarios justos, falta de materiales y recursos para trabajar, falta de fondos que limitan el acceso a recursos, pésimas condiciones de trabajo donde no se valoriza ni respeta a la profesión con una de acción social. Nos quieren en todas partes, pero se niegan a reconocer nuestros esfuerzos.

El P3 posicionándose desde el macro de nuestra profesión verbaliza:

Porque sabemos que somos una profesión que todavía no se nos está dando el lugar que necesitamos en este país, que somos sumamente importantes y que trabajamos con todas las poblaciones”. Se reconoce la necesidad de que se priorice y se reconozcan los servicios sociales como esenciales ante momentos de crisis social. Las condiciones sociales y mentales a las que la población estaba expuesta exigían que el rol del trabajo social ante estas crisis fuera fundamental. No obstante, a nivel de política pública y de atención gubernamental no se tomó como una prioridad.

Continúa hablando sobre la invisibilización de la labor que realizamos en el día a día para garantizar los derechos humanos de nuestros participantes.

Pero porque no se divulgaron los resultados de todos nuestros profesionales y colegas que hicieron un trabajo excelente durante el proceso de pandemia, en todas las áreas, a nivel de salud, clínico a nivel individual, eso no lo dijeron cuántas personas pudimos salvar de suicidio, cuantas personas se pudieron salvar de no estar en la calle, de que sigan abusando con sustancias controladas durante toda esta pandemia, tu sabes, eso no lo dicen y eso es una barrera bien grande y esas son las discusiones que se dan en el espacio laboral y en nuestro espacio que obviamente trajeron problemas porque afectan el servicio que ofreces. (P3)

Sin lugar a duda nuestra investigación arrojó datos que visibilizan la precariedad en las condiciones laborales de los/as profesionales. Estas condiciones no solo afectan en un carácter personal, sino que también, tienen repercusiones en el servicio. Un personal agotado, frustrado y traumatizado no puede cumplir con sus funciones. Pero, más allá que el cumplimiento de la labor esta la protección de nuestros/as empleados/as, el reconocimiento de sus esfuerzos sobre humanos por sobrellevar una situación difícil mientras lucha por brindar un respiro a las necesidades de sus participantes. Se debe problematizar la situación

laboral y evitar la continua invisibilización del profesional.

3ra Dimensión: Recomendaciones desde Profesionales para el mejoramiento social

Esta dimensión abordará recomendaciones realizadas desde profesionales entrevistados para atender la situación de precariedad de servicios, asuntos laborales, manejo de situaciones, protección de derechos humanos entre otras, de la población de mujeres consumidoras de drogas. Las recomendaciones por parte profesionales y expertos fue la siguiente:

En cuanto a política pública yo creo que se debe seguir legislando para expandir los servicios de acceso a tratamiento eso también a las mujeres para brindarles más oportunidades laborales y verdad, vocacionales que le permitan emprender y lograr una mayor autonomía y sobre todo, yo creo que hay que empezar a hablar de relaciones saludables basadas en el respeto, en el amor a la diversidad, en esas cositas. Pues definitivamente seguir trabajando en este proceso socioeducativo verdad al profesional y público en general sobre la diversidad, pero particularmente sobre los temas de género y la desigualdad de género particularmente, porque nada o sea, aunque muchos digan que hemos avanzado grandes pasos, la realidad es que la desigualdad se sigue viendo marcada, se sigue viendo marcada en los cheques de las mujeres, se sigue viendo marcada en las oportunidades laborales. Para que conozcan las diversidades y el impacto de la violencia de género, la diversidad cultural, de la diversidad sexual, pues para que los acercamientos sean "dentro de" libres de prejuicios porque sabemos que nosotros somos contruidos, pero siempre va a haber una influencia ahí. (P1)

En mi organización al igual que otros colegas, trabajaban lo que es el proceso de sensibilización a la sociedad para que entiendan cuales son los debidos procesos y las necesidades que tienen estas personas y cuáles son las barreras que afrontan una vez

al adquirir o recibir un servicio. habilitar más programas para mujeres, no solamente de violencia doméstica que existe es sumamente importante y está comprobado en el país que es un alto volumen de violencia doméstica en el país que es sumamente necesario, pero donde dejamos a estas personas con problemas de abuso de sustancias y persona sin hogar, donde los dejamos? tenemos que un poquito crear más consciencia y sensibilidad y abrir y luchar por los derechos de estas personas. (P3)

La P4 nos trae como recomendación lo siguiente:

De esto se habla mucho en la reducción de daños, yo pienso que posicionarse desde donde se encuentran las personas y yo sé que en teoría eso está probado, pero en la práctica yo no sé si en las propuestas o qué, pero en la práctica es tan difícil que te validen el implementarlo. También pienso que tenemos que deconstruir mucho que no es al ritmo de nosotros que es al ritmo del participante y que eso también he visto que las personas se frustran mucho porque en esta población uno no necesariamente no ve resultados inmediatos ni resultados cuantitativos. Yo creo que si uno crea una relación terapéutica fuerte, aunque no estén listas en ese momento al final van a saber que pueden contar contigo y yo pienso que esa es la base y pienso que desde la profesión, dejen de enfocarse en los resultados, este es el proceso, o sea no siempre podemos estar buscando resultados en la conducta humana porque son personas que tienen años de traumas y que van a esperar que en un año todo eso ya esté bien. No es real.

P5 enfoca en las siguientes recomendaciones:

De primera adiestrar a todo el personal que se pueda adiestrar en derechos humanos reducción de daños en como tener un trato sensible y poder agilizar lo más rápido con los menos documentos posibles. Como se pudiera que estos espacios que dan ciertos servicios pudieran tener un sistema que agilice que las personas que quieran un servicio no tengan que enfrentar tanta barrera. Porque al enfrentar tanta barrera

pueden pasar muchas cosas, pueden desistir, cambiar la tolerancia, morir.

Los pastores deben ser educados sobre la problemática, pero no de una manera errática, sino utilizando cosas, evidence based que podamos entender que esto es una condición de salud, una condición crónica y así está aceptado y clasificado, que esto es una situación de multiplicidad de variables, esto no se trata de voluntad. Y cómo ayudar, también va a ser importante que el servicio yo creo que son indispensables, algo que sea público como baños y duchas, de alguna manera que sea consistente, porque uno de los problemas más grandes que tiene esta población, sobre todo mujeres, es que no tienen un lugar seguro donde puedan ir y se puedan bañar, se puedan cambiar de ropa o que puedan lavar su ropa. (P7)

Estas recomendaciones se realizan desde las experiencias vividas de nuestros participantes en su entorno laboral. Estos/as entienden que la atención a estas recomendaciones permitirá la creación de espacios de servicios que observen los derechos humanos de sus participantes y su dignidad humana. también, entienden que la necesidad de educar y especializar en servicios dirigidos a mujeres es algo que debió haber pasado hace mucho en el país con relación a las mujeres consumidoras, reconocen los déficits actuales desde el macro de la sociedad y exclaman a la reestructuración de una política pública inclusiva. Como investigadoras entendemos que estas recomendaciones son cónsonas con nuestros objetivos de investigación y con los hallazgos que se recalcan en esta tesis.

Capítulo III

Reflexiones finales sobre los hallazgos

Nuestra investigación fue dirigida a explorar las experiencias, retos y barreras de profesionales de trabajo social y personal administrativo que brindan servicios a mujeres consumidoras de drogas. Dentro de los hallazgos hemos podido contrastar la información obtenida con la literatura revisada y existe una similitud entre ambas. Aunque la literatura sea limitada en el contexto de Puerto Rico, es importante destacar que la información coincide con las expresiones que hicieron las personas entrevistadas sobre la realidad y circunstancias de su escenario laboral. Las necesidades de mujeres consumidoras de drogas son atendidas por profesionales que se enfrentan a barreras estructurales que acompañan a esta población durante su vida. Como parte de estos hallazgos todos/as los/as participantes identificaron el estigma y la discriminación como barreras inmensas que obstaculizan proveer servicios de calidad y que aporte a el mejoramiento de la calidad de vida de las personas que reciben servicios. El reconocimiento del estigma y la discriminación reafirma que el servicio desde el macro esta quebrantado. Como expresaron nuestros/as participantes la población es criminalizada y perseguida por su consumo de drogas. Las personas que tiene un uso problemático de drogas en Puerto Rico son vistas ante todo como un criminal merecedor de actos punitivos por parte del gobierno. Se deshumaniza a la persona y se le reduce solo a su consumo. No solo hablamos del encarcelamiento, también, los accesos limitados a servicios integrales y la violentación de sus derechos como seres humanos.

A lo largo del proceso de esta tesis hemos aprendido que el principal rol de los/as profesionales que trabajan con esta población es de defensa, facilitación, abogacía e intercesión. Están constantemente exigiendo y demandando más servicios y una visualización que problematice la estructura social actual. Desde un análisis crítico se hace necesario el rompimiento de la hegemonía actual que coloca a este grupo en una posición desventajada en

comparación con el resto de la población. Manteniendo esto en mente, cuando ponemos nuestra atención a las mujeres la situación se complica más. Como se ha verbalizado anteriormente no pretendemos decir que los hombres no son discriminados o estigmatizados y que no enfrentan retos dentro su contexto social. Más bien, queremos establecer que, si esa es la situación de los hombres y considerando que la política pública en la isla se construye desde la realidad masculina, la situación de las mujeres se agrava.

El constructo social de la mujer la ha marginalizado e invisibilizado desde el macro. El contexto social de esta ha creado un imaginario erróneo que establece que el trabajo con mujeres es más difícil, más desafiante y que requiere de unos gastos e inversiones monetarias que no son factibles para Puerto Rico. Esta perspectiva ha normalizado la creencia de que el atropello de la mujer es parte de la norma social, le responsabiliza de su situación y le exige adaptabilidad a un servicio que no acoge sus necesidades. En comparación con el hombre a quien a menudo se le normaliza el consumo, a la mujer se le culpabiliza y se le reclama por haber caído en él. La falta de servicios especializados en la mujer se justifica por la carencia de un presupuesto adicional para cubrir sus necesidades entiéndase productos de higiene y de uso personal. Esta visión tan ciega y estigmatizada causa que pase desapercibido una población que está en riesgo no tan solo por un consumo de drogas, pero también por la violencia de género, desigualdades y relaciones de poder desventajadas, un atropello de sus derechos y una atención incompleta que les obliga a aceptar “lo que hay” o no recibir ningún servicio. Es interesante también que a pesar de que las personas entrevistadas tienen un conocimiento extenso sobre el tema de mujeres, no han tenido muchas experiencias con éstas. Esto ha resultado en que muchos de los datos recolectados se construyen de una generalización de la población y no necesariamente específico a mujeres. De la misma manera, parte del conocimiento pertinente a mujeres surge de la validación y reconocimiento de las experiencias de las mujeres consumidoras.

No cabe duda de que las medidas relacionadas a la pandemia no respondieron a la realidad de las poblaciones marginalizadas y vulnerables. El mayor ejemplo ofrecido fue la incidencia en el aumento de casos por violencia de género. Esto atado al consumo de drogas creó otra serie de barreras ya que muchos de los albergues que reciben mujeres víctimas de violencia no aceptan mujeres consumidoras. Hay muchos otros ejemplos ofrecidos que confirman la realidad de las mujeres durante el COVID-19, no es solo una problemática de salud, para muchas representó un peligro para su seguridad, la pérdida de servicios cruciales y la pérdida de sus hogares. La realidad social es que las medidas de seguridad para responder al COVID-19 no fueron construidas observando las poblaciones marginalizadas es por esto la pertinencia de un Task Force Social.

A raíz de esto, no podemos olvidar que al presente muchos de los cambios de modalidad en servicios han sido acogidos de manera permanente en muchas organizaciones y esto solo crea mayores barreras en la atención de la población. Sin dejar a un lado a ese profesional que trata en el día a día de mitigar y apagar fuego. Desde la perspectiva de las organizaciones y su personal de trabajo la pandemia causó grandes estragos en los procesos de intervención directa. Aumentó las demandas de cumplimiento mientras disminuían los fondos disponibles. La obligación de cumplir con los protocolos de las órdenes ejecutivas creó tensión en los espacios laborales y en las vidas de los/as profesionales, agudizando los problemas de salud mental, el desgaste físico y el trauma a raíz de la quemazón y el trauma vicario. Se vieron en la tarea de atender a una población con nuevas necesidades que al comienzo del COVID no se habían visualizado. La incertidumbre salarial, el cierre de organizaciones y las discrepancias entre los puestos de servicio directo y los administrativos aumentaron. Este grupo de profesionales que se han dado a la tarea de atender a una población tan compleja comenzaron a pensar en planes de escape para lidiar con stress y las exigencias de un trabajo falto de recursos y servicios.

Recomendaciones

Recomendaciones a la profesión y educación de trabajo social

Desde el marco de la profesión de Trabajo Social se identificaron hallazgos y experiencias que pueden fortalecer las intervenciones que se ofrecen. Validando que la profesión debe promover los derechos humanos, existen estrategias desde profesionales que impactan a la población que deben ser reconocidas, valoradas y promovidas a nivel del marco profesional. Esto con el fin de impactar positivamente a la población de mujeres consumidoras de drogas en un contexto de crisis. Se consideran las condiciones laborales dado que es evidente los cambios a raíz de situaciones críticas que se ha enfrentado en el país y la población. No obstante, los/as profesionales de trabajo social están alerta de crear contingencia en situaciones inesperadas. Es importante reconocer tanto en la academia como en los espacios profesionales de Trabajo Social la pertinencia y necesidad que existe sobre el tema de consumo de drogas y género. Deben ser espacios en donde el Trabajo Social este inmerso y expanda las perspectivas, los conocimientos y los enfoques sobre el servicio que se le brinda a la población. Es por esta razón que se debe educar y analizar los modelos de intervención relacionadas al uso de drogas. Se recomienda la construcción de un currículo educativo que incluya la perspectiva de género e interseccionalidades de las mujeres consumidoras de drogas.

A instituciones u organizaciones de bienestar social

Esta investigación promovió una discusión importante y relevante dentro de las organizaciones dedicadas a ofrecer servicios directos a personas consumidoras de drogas. Es importante analizar a profundidad las experiencias y retos que afrontan las personas empleadas ante situaciones de crisis con la población. Es necesario mantener a cada profesional valorado, respetado e incluso en la toma de decisiones que se realizan para sacar

el máximo provecho de sus conocimientos y a su vez que la organización continúe brindando un servicio de calidad. Promover el autocuidado y la empatía es sumamente necesario cuando trabajamos con aspectos sociales en situaciones de crisis ya que pueden tener efectos en la práctica. Recoger las necesidades de participantes y los cambios que se han producido durante la pandemia de COVID-19 es sumamente importante para elevarlas a nivel de gobierno. La garantía de calidad de vida adecuada no les corresponde enteramente a las organizaciones del tercer sector, sino que se debe exigir al estado el cumplimiento de éstas. Servir de eslabón entre la comunidad y el estado debe ser parte de las organizaciones sin fines de lucro en el país. De hecho, es importante la inclusión de personas que hayan experimentado situaciones relacionadas a la población que se atiende para insertarse más en las experiencias vividas y apoyar en los distintos procesos. Mientras más inherencia desde las comunidades que sufren la guerra contra las drogas en el marco sobre legislación y servicios mayor beneficio para la sociedad en general.

Para la formulación de política social

Una de nuestras inquietudes sobre esta investigación fue la falta de legislación sobre los derechos de las mujeres consumidoras de drogas. No existe actualmente ningún acercamiento en favor de la población que proteja los derechos humanos de las mismas. Por el contrario, los acercamientos en enfoques criminalizantes y punitivos. La población consumidora de drogas son sujetos de derechos cuyas necesidades no son reconocidas. Es por esto por lo que pretendemos visibilizar la necesidad que existe tanto para profesionales como para mujeres consumidoras de que se continúen expandiendo capacitaciones, adiestramientos, servicios y apoyo para manejar las situaciones tan complejas que pueden representar el consumo de sustancias.

Se recomienda la aprobación del proyecto de Ley 683 que propone incluir el Trabajo

Social como servicio esencial en Puerto Rico. Con relación a profesionales es importante responder a la implementación de leyes, legislaciones y una política pública que defienda sus derechos como trabajadores. Esta política debe responder a los problemas en las condiciones laborales actuales. Esto significa un salario justo que responda al costo de vida en Puerto Rico que sea acorde a las tareas, puestos y responsabilidades del profesional. La política también debe responder al acceso de fondos que puedan cubrir salarios, materiales y recursos y cualquier otro equipo que se entienda necesario para la atención de la población. La creación de esta política garantizará la protección de los/as profesionales creando un ambiente laboral seguro y saludable. Es por esto que se recomienda legislar por un proyecto de ley que garantice la protección de fondos federales y estatales y las condiciones laborales de todo profesional que trabaje en organizaciones sin fines de lucro.

La recomendación a la política pública y a profesionales es la creación de un equipo interdisciplinario de investigación bajo el Observatorio de Drogas de Puerto Rico. Este grupo estará a cargo de fortalecer la base de datos donde se incluyan estudios extensos de las mujeres y el consumo de droga basado en análisis crítico de las interseccionalidades y la construcción social del rol de la mujer. Esto permitirá la construcción de una política pública que responda intrínsecamente a la realidad de la mujer y permita la creación de organizaciones y servicios dirigidos a ellas. Sugerimos la especialización del servicio, mantenimiento en mente que no se trata de excluir al resto de la población consumidora, pero sí de atender las necesidades más precarizantes de la población de mujeres.

Para futuras investigaciones

Como recomendación inicial planteamos una investigación que acoja los testimonios de mujeres consumidoras y el acceso a servicios durante el periodo de COVID. Esto debido a que entendemos necesarios la creación de un panorama completo que observe ambas

perspectivas. Recomendamos también una investigación concentrada en la política pública y como se perpetúa la invisibilización de la mujer a distintas escalas sociales incluyendo el macrosocial. A pesar de que nuestra tesis recoge temas sobre la política pública, estos son generalidades y no se enfocan en los detalles e implicaciones específicas. También, recomendamos una mirada a los modelos de intervención que se utilizan en las poblaciones y si a raíz de estos los programas y servicios actuales realmente responden a las necesidades sociales y salubristas de la población. Entender desde dónde se accionan estos servicios nos dará una visión de que estos también requieren de una reestructuración para mejorar la calidad de los programas.

Se recomienda también la inclusión de los principales servicios de drogas en Puerto Rico, ASSMCA y Hogares CREA. Para efectos de nuestra tesis, se nos denegaron entrevistas debido a la falta de acuerdos colaborativos con la institución académica. Esto presentó una limitación en los datos ya que ASSMCA es el servicio gubernamental que no solo ofrece una multiplicidad de servicios, sino que también es el encargado principal de recolectar los datos estadísticos de la población. Por último, se recomienda llevar a cabo una investigación que recoja y compare las respuestas en situaciones de crisis – huracanes, terremotos, pandemia – en Puerto Rico y los efectos en la población consumidora de drogas.

ANEJOS

ANEJO 1:

Aprobación de la investigación

Universidad de
Puerto Rico



Recinto de
Río Piedras

Decanato de Estudios Graduados e Investigación

18 Ave. Universidad STE 1801 San Juan PR 00925-2512

787-764-0000
Ext. 86700
Fax 787-763-6011

Página electrónica: <http://graduados.uprrp.edu>

COMITÉ INSTITUCIONAL PARA LA PROTECCIÓN DE LOS SERES HUMANOS
EN LA INVESTIGACIÓN (CIPSHI)
IRB 00000944

cipshi.degi@upr.edu ~ <http://graduados.uprrp.edu/cipshi>

AUTORIZACIÓN DEL PROTOCOLO

Número del protocolo: 2122-034

Título del protocolo: Trabajo Social, Mujeres Consumidoras de Drogas y COVID19: Análisis de los retos, barreras y experiencias relacionadas con la política pública del COVID-19 en el ofrecimiento de servicios y la atención a la población de mujeres consumidoras de drogas en Puerto Rico desde la perspectiva del Profesional del Trabajo Social y el personal de administración

Investigadoras: Wanda M. Rivera Rullán y Alexandra Y. Bárcenas Salgado

Tipo de revisión: Inicial Renovación

Evaluación: Comité en pleno

Revisión expedita:

Categoría(s) de exención 45 CFR §46.104(d): 2 (iii)

Fecha de la autorización: 1 de diciembre de 2021

Cualquier modificación posterior a esta autorización requerirá la consideración y reautorización del CIPSHI. Además, debe notificar cualquier incidente adverso o no anticipado que implique a los sujetos o participantes. Al finalizar la investigación, envíe el formulario de Notificación de Terminación de Protocolo.



Elithet Silva Martínez, Ph.D.
Presidenta del CIPSHI o
representante autorizado

ANEJO 2:

Carta de invitación para participar de la investigación

Fecha:
Centro:

Estimado (Sr./Sra. A quien pueda interesar)

Nos dirigimos a usted con el propósito de invitarle a participar del proceso de investigación: ***Trabajo Social, Mujeres Consumidoras de Drogas y COVID-19: Análisis de los retos, barreras y experiencias relacionadas a la política pública del COVID-19 en el ofrecimiento de servicios y la atención a la población de mujeres consumidoras de drogas en Puerto Rico desde la perspectiva del Profesional del Trabajo Social y personal administrativo.***

La investigación será llevada a cabo por las estudiantes de maestría de la Escuela de Trabajo Social Beatriz Lassalle de la Universidad de Puerto Rico, Recinto de Río Piedras, Alexandra Bárcenas Salgado y Wanda Rivera Rullán.

El propósito de esta investigación es explorar cuáles han sido los retos, barreras y dificultades que ha experimentado el trabajador social y personal administrativo en su atención a la población de mujeres consumidoras de drogas durante la pandemia del COVID-19 desde sus distintos escenarios de trabajo. Se analizará a su vez las experiencias y necesidades de la población de mujeres consumidoras de drogas durante el COVID-19 desde la perspectiva del trabajo social y personal administrativo. Ello con el fin de revisar la política pública relacionada al COVID-19 y su impacto en los derechos humanos de la población de mujeres consumidoras de drogas desde el escenario de trabajo social y hacer las propuestas correspondientes.

La importancia de la investigación es abrir un espacio de discusión donde se visualice al profesional del trabajo social y de administración como un actor importante en la búsqueda del mejor bienestar social para la población seleccionada. Haciendo énfasis en la labor ardua y extensa que ha llevado a cabo el trabajador social y personal administrativo durante los últimos dos años haciendo su prioridad el servicio continuo a pesar del aumento en barreras y obstáculos que dificultan los esfuerzos de fortalecimiento y empoderamiento de las mujeres consumidoras de drogas.

Su participación aportará al discurso del trabajo social como profesión esencial en momentos de crisis. También, ayudará a visibilizar los defectos en las condiciones laborales y sus consecuencias en la precarización del servicio y la práctica profesional.

Se puede comunicar con las investigadoras para coordinar su participación a los siguientes correos electrónicos: wanda.rivera5@upr.edu ó alexandra.barcenas@upr.edu. Agradecemos su tiempo y atención, esperamos poder contar con su participación en este proceso.

ANEJO 3:

Consentimiento Informado

Hoja de Consentimiento Informado

Trabajo Social, Población de Mujeres Consumidoras de Drogas y Covid.19: Análisis de los retos, barreras y experiencias relacionadas a la política del COVID-19 en el ofrecimiento de servicios y la atención a la población de mujeres consumidoras de drogas en Puerto Rico desde la perspectiva del Profesional del Trabajo Social y el personal de administración.

Descripción

Le invitamos a participar en una investigación sobre las experiencias de Profesionales del Trabajo Social y administradores en Puerto Rico que trabajaron durante la pandemia de Covid-19 con la población de mujeres consumidoras de drogas. Esta investigación es realizada por las investigadoras Alexandra Y. Bárcenas Salgado y Wanda M. Rivera Rullán estudiantes de maestría de Trabajo Social en la Universidad de Puerto Rico. El propósito de esta investigación es explorar cuáles han sido los retos, barreras y dificultades que ha experimentado la profesión del trabajo social y personal administrativo en su atención a la población de mujeres consumidoras de drogas durante la pandemia del COVID-19 desde sus distintos escenarios de trabajo. Además, también se quiere explorar las experiencias, retos y barreras que se han mantenido durante la pandemia del COVID-19 y cómo esto se ha visto reflejado en las mujeres consumidoras que reciben los servicios. Quisiéramos también identificar las necesidades o factores que se han alterado respecto a la población de mujeres y sus implicaciones en su calidad de vida. Nos interesa indagar sobre los efectos de la política pública por la emergencia de COVID-19 en la isla que entró en efecto en marzo 2020 y que continúa vigente hasta la fecha actual. Todo esto desde la perspectiva de la profesión del trabajo social y del personal administrativo que laboran en los diferentes centros y organizaciones que ofrecen servicios a esta población.

Usted fue seleccionado/a para participar en esta investigación porque actualmente trabaja ofreciendo servicio directo ya sea; trabajo social, manejo de casos y/o puestos relacionados y a su vez posee un grado académico en trabajo social. En el caso del personal administrativo, cualifican para participar aquellas personas en puesto de dirección de programas, coordinación de servicios, supervisión de grupos y puestos relacionados. No es necesario poseer un grado académico en trabajo social. Para esta investigación es requisito estar trabajando con la población de mujeres consumidoras de drogas en Puerto Rico y/o trabajar en áreas administrativas de agencias, organizaciones o centros dedicados a tratamientos o servicios directos. A su vez, haber trabajado un mínimo de seis meses

(octubre 2019) antes de la declaración de estado de emergencia por la pandemia del COVID-19, y haber continuado laborando durante ésta en la actualidad (marzo 2020-octubre 2021). Es necesario que el profesional participante cuente con acceso a los siguientes equipos tecnológicos: computadora con cámara y micrófono e internet debido a que las entrevistas se llevarán a cabo de manera virtual para mantener las medidas de seguridad en contra del COVID.

Esperamos que en este estudio participen aproximadamente 12 personas como voluntarias/os. Si acepta participar en esta investigación, se estará llevando a cabo una entrevista semiestructurada en la cual se le estarán haciendo preguntas en relación con las experiencias, roles y retos que se han tenido desde el Trabajo Social o administración en espacios de servicios a mujeres consumidoras de drogas. El análisis de la política pública para el manejo de emergencia por el COVID-19 y su impacto con los servicios y las necesidades de las mujeres consumidoras de drogas.

Participar en este estudio le tomará aproximadamente 1 hora y 30 minutos. Las entrevistas serán grabadas con el propósito de llevar a cabo un análisis exhaustivo de los datos evitando la malinterpretación de estos. Se espera poder contar con el consentimiento y autorización para grabar el proceso de entrevista por parte de cada participante. En caso de no aceptar que se realice la grabación no se podrá continuar con la entrevista.

Riesgos y beneficios

Los riesgos asociados a este estudio son mínimos. Las entrevistas se realizarán de manera virtual y se utilizará la plataforma de "Google Meet". Esta plataforma permite que usted acceda a la llamada de una manera sencilla a través de una invitación enviada por correo electrónico o un enlace enviado a través de mensaje de texto. Si usted decide acceder desde su computadora no tendrá necesidad de bajar la aplicación, solo deberá acceder al enlace que se le enviará por correo electrónico. Si usted desea utilizar su teléfono deberá bajar la aplicación de "Google Meet" y redirigirse a el enlace enviado por correo electrónico. Esto lo puede hacer accediendo al Play Store (si su teléfono es androide) o al App Store (si su teléfono es iPhone) y buscando la aplicación por el nombre de "Google Meet" y descargándola. Una vez descargada solo deberá acceder al enlace de la invitación en su correo electrónico. En caso de utilizar su dispositivo móvil pudiese incurrir en gastos adicionales por el consumo de datos móviles. Es posible que si no conoce sobre la aplicación se pueden presentar dificultades al momento de la entrevista. La descarga de la aplicación debe ocurrir al menos 24 horas previo a la entrevista de esta manera se puede trabajar cualquier imprevisto técnico que pudiese surgir. El proceso de entrevista virtual garantiza que no habrá riesgos de contagio de COVID-19. Esta investigación no conlleva beneficios directos hacia el participante.

Confidencialidad

Su identidad será protegida en todo el proceso de recopilación, análisis y divulgación de resultados. Se creará un archivo protegido para guardar grabaciones, documentos y cualquier dato que pueda contener información sensible en relación con participantes. La información o datos que pueda identificarlo directa o indirectamente serán manejados confidencialmente. Esto significa que solo las investigadoras Alexandra Y. Bárcenas, Wanda M. Rivera y la supervisora de tesis Doris Pizarro tendremos acceso a los datos crudos o que puedan identificarlo, incluyendo esta hoja de consentimiento. Oficiales del Recinto de Río Piedras de la Universidad de Puerto Rico o de agencias federales responsables de velar por la integridad en la investigación podrían requerir al investigador los datos obtenidos en este estudio, incluyendo este documento.

Los documentos, materiales o datos de la investigación serán almacenados en las residencias de las investigadoras en un espacio bajo llave. También se almacenarán los datos y archivos digitales en las computadoras personales de las investigadoras, que serán protegidas con claves que solo las investigadoras reconocemos. Los consentimientos informados y las entrevistas semiestructuradas recopilados durante el proceso investigativo serán conservados por 3 años una vez finalizada la investigación. Los datos digitales serán borrados y los impresos triturados antes de desecharse. Los resultados de la tesis serán conservados permanentemente para ser utilizados en otras investigaciones. Además, serán compartidos con otros investigadores.

La información que comparta electrónicamente en el dispositivo (computadora, celular u otro) o plataforma que utilice puede ser intervenida o revisada por terceras personas. Estas personas pueden tener acceso legítimo o ilegítimo al dispositivo y a su contenido como un familiar, patrono, hackers, intrusos o piratas informáticos, etc. Además, en el dispositivo que utilice puede quedar registro de la información que acceda o envíe electrónicamente.

Incentivos

Esta investigación no conlleva incentivos directos hacia el sujeto de investigación.

Derechos

Sí leyó este documento y decidió participar, por favor entienda que su participación es completamente voluntaria y que tiene derecho a abstenerse de participar o a retirarse del estudio en cualquier momento, sin ninguna penalidad. Al concluir la entrevista usted será orientado de los pasos a seguir para desconectarse exitosamente de la videollamada y del programa "Google Meet". También tiene derecho a no contestar alguna pregunta en particular. Además, tiene derecho a recibir una copia de este documento, se le exhorta a grabar e imprimir el documento en su computadora personal ya que contiene los parámetros de la investigación, así como, sus derechos como participante.

La investigadora, Alexandra Y. Bárcenas es Coordinadora de servicios y Navegadora de Participantes en Intercambios Puerto Rico. El propósito de esta divulgación es para que usted pueda determinar si esta relación afecta su disposición a participar en este estudio. Si tiene alguna pregunta o desea más información sobre esta investigación, por favor comuníquese con:

Alexandra Y. Bárcenas al (787) 444-6144, alexandra.barcenas@upr.edu o Wanda M. Rivera (787) 6369945, wanda.rivera5@upr.edu, o con el supervisor de la investigación Prof. Doris Pizarro al 787-7640000, ext. 87615, doris.pizarro@upr.edu.

Si tiene preguntas sobre sus derechos como participante, una reclamación o queja relacionada con su participación en este estudio, puede comunicarse con la Oficial de Cumplimiento del Recinto de Río Piedras de la Universidad de Puerto Rico, al teléfono 787-764-0000, extensión 86773 o a cipshi.degi@upr.edu.

Su firma en este documento significa que decidió participar en esta investigación después de leer y discutir la información presentada en esta hoja de consentimiento y que recibió copia de este documento.

Nombre del participante	Firma	fecha
-------------------------	-------	-------

Discutí el contenido de esta hoja de consentimiento con el arriba firmante.

Nombre del investigador	Firma	fecha
-------------------------	-------	-------

ANEJO 4:

Cuestionario Perfil Sociodemográfico

**Trabajo Social, Población de Mujeres Consumidoras de Drogas y COVID-19:
Análisis de los retos, barreras y experiencias relacionadas a la política del
COVID-19 en el ofrecimiento de servicios y la atención a la población de
mujeres consumidoras de drogas en Puerto Rico desde la perspectiva del
Profesional del Trabajo Social. y el personal de administración.**

Este formulario pretende recoger la información sociodemográfica de una muestra de participantes que cumplen con criterios de inclusión para la investigación titulada: Trabajo Social, Población de Mujeres Consumidoras de Drogas y Covid.19: Análisis de los retos, barreras y experiencias relacionadas con la política del COVID-19 en el ofrecimiento de servicios y la atención a la población de mujeres consumidoras de drogas en Puerto Rico desde la perspectiva del Profesional del Trabajo Social.

* Required

1. Email *

2. Género con el cual se identifica: *

Mark only one oval.

Masculino

Femenino

Other:

3. Cuantos años tiene: * *Mark only one oval.*

20-25 años

26-30 años

31-35 años

36-40 años

41-45 años

46-50 años

50 años o más

4. Nacionalidad *

5. Municipio donde reside *

6. Municipio donde trabaja *

7. Estatus

Mark only one oval.

- Soltero(a)
- Casado(a)
- Viviendo con una pareja
- Viudo (a)
- Other:

8. Grado educativo completado *

Mark only one oval.

- Bachillerato
- Maestría
- Doctorado
- Other:

9. Actualmente trabaja a: * *Mark only one oval.*

- tiempo Completo
- tiempo Parcial
- Servicios
- Profesionales Otro,

especifique:

10. Cúal es su ingreso mensual? * *Mark only one oval.*

- Menos de \$1,000
- \$1,000 a \$2,000
- \$2,001-
- \$3,000
- \$3,001-
- \$4,000 más de
- \$4,000

11. Posee licencia profesional vigente? *

Mark only one oval.

- Sí
- No

12. Durante su preparación académica y profesional (educación continua) recibió cursos enfocados en uso problemático de sustancias:

Check all that apply.

- Sí
- No

13. Durante su preparación profesional recibió cursos enfocados en género? *

Mark only one oval.

- Sí
- No

Experiencias en el ofrecimiento de servicios a mujeres consumidoras de drogas.

14. ¿Cuánto tiempo lleva ofreciendo servicios a mujeres consumidoras de drogas? *

15. ¿En qué áreas se enfoca el trabajo que ofrece? (Puede seleccionar más de una) *

Mark only one oval.

- Prevención de uso de sustancias
- Tratamiento para uso de sustancias
- Recuperación y mantenimiento de uso de sustancias
- Servicios de Vivienda
- Servicios de apoyo
- Administración de servicios sociales
- Other:
-

16. Su lugar de trabajo se cataloga como:

Mark only one oval.

- Organización sin Fines de Lucro
- Organización Privada
- Agencia Gubernamental
- Otro,
- Other:
-

17. Qué puesto ocupa actualmente en esta organización o agencia?

Mark only one oval.

- Trabajo Social
- Manejo de Casos
- Director / a
- Coordinación de Programa
- Other:

18. Qué roles tenía a cargo dentro de su puesto en el momento que declaran Estado de Emergencia por COVID-19 (MARZO 2020)

19. ¿Cuáles son los servicios de apoyo o tratamiento más solicitados por las mujeres consumidoras que atendías ANTES de la pandemia por COVID-19?

20. ¿Cuáles han sido los servicios de apoyo más solicitados por las mujeres *
consumidoras que ha atendido en el transcurso de la pandemia ¿por COVID-19?

ANEJO 5:

Instrumento de Investigación

Instrumento de Entrevista Semi estructurada

Objetivo 1: Analizar cómo se han afectado los programas de servicios y tratamiento a mujeres consumidoras de drogas durante la pandemia del COVID-19 en Puerto Rico, desde la perspectiva de profesionales de trabajo social y personal administrativo de estos programas.

1. A luz de la implementación de la primera orden ejecutiva relacionada con el COVID-19 en marzo de 2020, ¿Cuáles fueron los cambios operacionales que se generaron en la agencia, organización o centro en donde actualmente usted trabaja? ¿Cuáles han sido los retos más significativos provocados a raíz de estos cambios?
2. Desde el aspecto profesional, ¿cómo entiende que los servicios que se ofrecen en la agencia donde usted trabaja se han visto afectados durante el año 2020-2021 por la pandemia COVID-19 y la respuesta del estado o de su programa o agencia a esta?
 - a. ¿Cuáles han sido los cambios protocolares en los procesos de intervención directa con la población de mujeres consumidoras de drogas?

Objetivo 2: Explorar cuáles han sido las experiencias en los procesos de intervención con las mujeres consumidoras de drogas en el escenario de trabajo social profesional y a nivel de administración a raíz de la pandemia.

1. Dentro de las intervenciones que ha llevado a cabo en estos últimos dos años, ¿Cuál o cuáles han sido las experiencias de intervención más significativas que se han tenido atendiendo mujeres consumidoras de drogas? Alguna historia en particular que pueda compartir.
 - a. Auscultar sobre cambios en condiciones de vida y vivencias en la población de mujeres consumidoras de drogas.

Objetivo 3: Indagar sobre las necesidades y retos de los (as) Profesionales del Trabajo Social y el personal administrativo que han ofrecido servicios a mujeres consumidoras

de drogas durante la pandemia de COVID-19 y sus implicaciones sobre su situación personal.

1. ¿Qué retos han sido los más significativos durante la pandemia de COVID-19, ofreciendo servicios como profesional a mujeres consumidoras de drogas durante la pandemia del COVID-19?
 - a. Cambios a nivel de servicio directo
 - b. Cambios a nivel de administración de programas
2. ¿Ha identificado necesidades dentro de su espacio laboral y personal que han impedido realizar su trabajo de la mejor manera posible? ¿Cuáles?
 - a. Auscultar sobre cambios en condiciones de vida y laborales en profesionales.
 - b. ¿Ha identificado cambios en las dinámicas a nivel del equipo de trabajo?

Objetivo 4: Explorar las percepciones de profesionales de trabajo social y personal administrativo acerca de cómo se ha visto afectada la población de mujeres consumidoras de drogas con la política pública del COVID-19.

2. ¿Considera que los servicios disponibles y los derechos humanos de las mujeres consumidoras de drogas se han visto afectados por las órdenes ejecutivas administradas por el estado en los años 2020-2021? ¿Cómo entiende que se han afectado?
 - a. ¿Qué implicaciones han tenido en la atención de la población?

Objetivo 5: Auscultar recomendaciones que ofrecen profesionales de trabajo social y personal administrativo que trabajan con mujeres consumidoras de drogas para garantizar los derechos humanos a la salud en situaciones nacionales extraordinarias en donde se ponen en riesgo el acceso a servicios.

3. Basado en sus experiencias durante los últimos dos años, qué recomendaciones puede ofrecer para futuras ocasiones cuando el ofrecimiento y acceso al servicio a la

población de mujeres consumidoras de drogas y otras poblaciones vulnerables se vean precarizados y afecten la atención a la población

Referencias

- Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción. Observatorio de Datos.
(n.d.). Recuperado 10 de mayo de 2022, de <http://observatorio.assmca.pr.gov/>
- Albizu-García, Carmen & Negrón Velázquez, Gisela & González, Ángel & Santiago- Negrón Salvador S. (S.F.) Reconsiderando la política de las drogas: Alternativas para Puerto Rico desde un modelo de Salud Pública. *Revista Jurídica UPR*. (p. 1071-1106)
- Albizu, Carmen & Santiago Salvador. (2007). *El impacto del estigma en el tratamiento de la dependencia a drogas ilegales. Estigma y Salud en Puerto Rico: Consecuencias Detrimentales de lo Alterno*. Publicaciones Puertorriqueñas.
- Alegría, M., Vera, M., Shrout, P., Canino, G., Lai, S., Albizu, C., et al. (2004). Understanding hard-core drug use among urban Puerto Rican women in high-risk neighborhoods. *Addictive Behaviors*, (29), 643-664.
- Arroyo, L., Cortés, F., Dávila, K. (2016). *Políticas prohibicionistas de drogas: Influencias en el ejercicio profesional del trabajo social con las personas consumidoras de drogas ilegales en Puerto Rico y sus implicaciones para el reconocimiento, valoración, promoción y expansión de los derechos humanos*. (Tesis graduada, Universidad de Puerto Rico-Río Piedras Campus)
- Asamblea General de la ONU. (1948). *Declaración Universal de los Derechos Humanos* (217 [III] A). Paris.
- Asamblea Legislativa de Puerto Rico. (1993). Ley Núm. 67 de 7 de agosto de 1993.
<http://doi.org/10.3835/plantgenome2014.01.0002>

Asamblea Legislativa de Puerto Rico (1912). Ley Núm.81 de 14 de marzo de 1912. Ley Orgánica del Departamento de Salud.

<https://bvirtualogp.pr.gov/ogp/Bvirtual/LeyesOrganicas/pdf/81-1912.pdf>

Ayuda Legal de Puerto Rico. (2021). *¿Qué incluye la Declaración de estado de emergencia por violencia de género en Puerto Rico?* <https://ayudalegalpr.org/resource/estado-de-emergencia-violencia-de-genero>

Berríos Rivera, Reinaldo, Nydia Lucca Irizarry (2003). *Investigación Cualitativa en Educación y Ciencias Sociales*. Publicaciones Puertorriqueñas.

Beltrán, Elena; Maqueira, Virginia; Álvarez, Silvina; Sánchez, Cristina (eds.) (2008). *Feminismos: Debates Teóricos Contemporáneos*. Alianza Editorial.

Brocato, Jo, Wagner, Eric F. (2003). *Harm reduction: A social work practice model and social justice agenda Health & Social Work*. ProQuest One Academic

Burgos Ortiz, Nilsa M. (2011). *Investigación Cualitativa. Miradas desde el Trabajo Social*. Espacio Editorial.

Campillo, Neus; Barberá, Ester (1993). Feminismo y teoría crítica de la sociedad. *Reflexión Multidisciplinar Sobre la Discriminación Sexual* (pp. 19-38). Editorial Nau libres.

Castañas M, Meneses C, Palop M, Rodríguez M & Tubert S. (2007) *Intervención en drogodependencias con enfoque de género*. Instituto de la Mujer Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

CDC. COVID-19 and Data Tracker. Recuperado de: https://covid.cdc.gov/covid-data-tracker/#cases_casesper100klast7days

CDC. COVID-19. *Lo que usted debe saber sobre el Covid-19*. Recuperado de:

<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/downloads/2019-ncov-factsheet-sp.pdf>

CDC. (2021). *COVID-19 and People Who Use Drugs or Have Substance Use Disorder*. 20 de abr. del 2021.

CDC. COVID-19 Science and Research. Recuperado de:

<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/science/science-and-research.html>

CDC. COVID-19 and Testings. Recuperado de: <https://espanol.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/testing/index.htm>

Cebotarev, E. (2002). El Enfoque Crítico: Una revisión de su historia, naturaleza y algunas aplicaciones. (p. 1-27). *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud (1,1)* (1-27). Manizales Jan. /June 2003.

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1692-715X2003000100002

Correlation European Harm Reduction Network. (2021). Covid-19 and people who use drugs, Essential interventions to save lives and protect people.

Colegio de Trabajadores Sociales de Puerto Rico. (2017). Código de Ética Profesional.

[Código-de-Ética-2017-REV050317web.pdf](#) (cptspr.org)

Constitución del Estado Libre Asociado de Puerto Rico. (1952). <http://www.lexjuris.com/lexprcont.htm>

Covid-19: Problemas Sociales y psicológicos en la pandemia. UNESCO. (2020, December 16). <https://es.unesco.org/news/covid-19-problemas-sociales-y-psicologicos-pandemia>

Departamento de Salud. (2020) Orden 424. Para establecer las normas para la prevención de la transmisión del coronavirus COVID-19 a pacientes durante la evaluación, tratamiento y realización de procedimientos invasivos; y para otros fines relacionados. www.salud.pr.gov

International Federation of Social Workers. (2022). *Definición global del Trabajo Social*. from <https://www.ifsw.org/what-is-social-work/global-definition-of-social-work/definicion-global-del-trabajo-social/>

Farapi S.L. (2009). *Drogas y Género*. (p. 49-76). <https://www.drogasgenero.info/>

Gergen, K. (2005), *Construir la Realidad: El Futuro de la Psicoterapia*, Paidós.

Heuchan, C. (2019), *Interseccionalidad: definición, historia y guía*. Afrofeminas: Nuestra sola existencia es resistencia. <https://www.afrofeminas.com>.

Human Rights Watch. (2020). *Human Rights Dimensions of COVID-19 Response*. <https://www.hrw.org/news/2020/03/19/human-rights-dimensions-covid-19-response>

Menz, Eduardo. (2021). *Impactos Económicos y Sociales a un año de la pandemia por COVID-19 en América Latina y el Caribe*. *Serie Documentos Electrónicos, marzo 2021*. Programa Economía y Políticas Públicas. FLACSO, Chile.

Meléndez, I., Colón, H., Robles, R., & Pulliza, J. (2001). *Puerto Rico substance abuse needs assessment program: Treatment capacity survey results*. San Juan, Puerto Rico. Mental health and anti-addiction services Administration, Commonwealth of Puerto Rico.

Mercè Meroño. (2019). *El 20%, el género ignorado en las estrategias de reducción de daños*. Fundació Àmbit Prevenció.

National Association of Social Workers. (2013). *Nasw Standards for Social Work Practice with Clients with Substance Use Disorders*.

NIDA. (2020). El consumo de sustancias en las mujeres – DrugFacts. Retrieved from <https://nida.nih.gov/es/publicaciones/drugfacts/el-consumo-de-sustancias-en-las-mujeres-en-2022>, June 5

NIDA. Volkow, Nora. (2020). COVID-19: Las posibles implicaciones para las personas con trastornos por consumo de drogas. El Blog de Nora <https://nida.nih.gov/es/acerca-del-nida/blog-de-nora/2020/04/covid-19-las-posibles-implicaciones-para-las-personas-con-trastornos-por-consumo-de-drogas>

Oficina de Gerencia y Presupuesto. Base Cero. Base de Datos para evaluación de Órdenes Ejecutivas. Lexjuris. <https://basecero.ogp.pr.gov/apex/f?p=161:15>:

Organización Mundial de la Salud. 2017. *Documentos Básicos*. Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Ed. 48, pp. 1.

Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito. (2005) *Tratamiento del abuso de sustancias y atención para la mujer: Estudios monográficos y experiencia adquirida*. Viena. Publicación de las Naciones Unidas.

Organización Panamericana de la Salud. (2020). COVID-19 Novel Coronavirus 2019 Representación OPS/OMS. Argentina Actualización 13-07-2020 – 2 PM (GMT-3). https://www.paho.org/arg/dmdocuments/2019-ncov-1/actualizaciones/COVID-ARG_2020-07-13.pdf

Osuna M. (2013). Estigma social en madres puertorriqueñas usuarias de heroína: Una exploración de las voces femeninas y su entorno social. *Revista Puertorriqueña de*

Psicología, vol. 24. pp. 1-17. Asociación de Psicología de Puerto Rico. San Juan, Puerto Rico

Pascale A. (2020). Consumo de sustancias psicoactivas durante la pandemia por COVID-19: implicaciones toxicológicas desde un enfoque integral y desafíos terapéuticos. *Revista Médica Uruguaya* 2020; 36(3):333-334. Uruguay

Polanco-Frontera N, Cajigas-Vargas I, Rivera- Segarra E, Varas-Diaz N, Santos- Figueroa, A, Rosario-Hernández E. Estigma hacia problemas de salud mental entre profesionales de la salud en Adiestramiento en Puerto Rico. *Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud*.

Proyecto Malva. (2020) *Miradas Feministas. Guía breve para la incorporación de la perspectiva de género en el ámbito de drogas*. Fundación Salud y Comunidad, España.

Redacción médica. (2021). La OMS estima que la pandemia de COVID estará controlada en marzo de 2022. <https://www.redaccionmedica.com/secciones/sanidad-hoy/la-oms-estima-que-la-pandemia-de-covid-estara-controlada-en-marzo-de-2022-9229>

Rivera E, Polanco, N, Cajigas I, Varas N, Santos A, Rosario E. (2013). Estigma hacia problemas de salud mental entre profesionales de la salud en adiestramiento en Puerto Rico. *En Salud y Sociedad*. V. 4. No. 3. pp. 250-263. ISSN 0718-7475

Romo Avilés, N. (2006) *Género y uso de drogas: La invisibilidad de las mujeres*. En Monografía Humanitas, Fundación Medicina y Humanidades Médicas, Barcelona, volumen 5 Pp. 69-83

SAMHSA (2020) Carta circular, FAQs: Provision of methadone and buprenorphine for the treatment of Opioid Use Disorder in the COVID-19 emergency.

Sánchez, L. (2013). *Género y Drogas: Una Guía Informativa*. Diputación de Alicante, Área de Igualdad y Juventud.

Santana, L. y Codeiro R. (2007). *Psicología Social, construccionismo y abordajes feministas: diálogos desconcertantes*. *FERMENTUM*, 17(50), 599-615

Santiago Negrón Salvador & Albizu García, Carmen. El Impacto del Estigma en el tratamiento de la dependencia a drogas ilegales.

Spink, M. J. y Frezza, R. M. (2000). Prácticas discursivas y producción de significados: la perspectiva de la Psicología Social. En: M. J. Spink (Ed.). *Prácticas discursivas y producción de significados en la vida cotidiana: enfoques teóricos y*

Tonon G. Reflexiones Latinoamericana sobre investigación cualitativa oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito. Viena. Tratamiento del abuso de sustancias y atención para la mujer: Estudios monográficos y experiencia adquirida

Torres Rivera, Alejandro (2017) Relaciones obrero-patronales en Puerto Rico: Plenitud del modelo patronal neoliberal y la Junta de Control Fiscal. En Carlos Alá Santiago Rivera, Editor. *Comentarios a la Reforma Laboral- Microjuris al Día*. (p.83-98)

U. S. Department of Justice. Drug Enforcement Administration (2020). Carta Circular. DEA Qualifying Practitioners. DEA Qualifying Other Practitioners. São Paulo.

UNESCO. 2021. Covid-19: Problemas sociales y psicológicos en la pandemia
<https://es.unesco.org/news/covid-19-problemas-sociales-y-psicologicos-pandemia>.

Vázquez Colón, Cheryl & Meléndez, Abigail (2015). Mujeres embarazadas con uso problemático de Sustancias: Accesibilidad a Tratamientos Sensitivos al Género. *Salud y Conducta Humana*. (2,1) (49 – 61).

Volkow, Nora. (2020). El aumento de las muertes causadas por los estimulantes indica que estamos ante algo más que una crisis de opioides. NIDA. Recuperado por:
<https://nida.nih.gov/es/acerca-del-nida/blog-de-nora/2020/11/el-aumento-de-las-muertes-causadas-por-los-estimulantes-indica-que-estamos-ante-algo-mas-que-una>

World Health Organization. (n.d.). *Salud y Derechos Humanos*. World Health Organization. Recuperado, 2 de septiembre de 2021, de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>