

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CUYO



**FACULTAD DE CIENCIAS
POLÍTICAS Y SOCIALES**

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CUYO
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES
CARRERA DE TRABAJO SOCIAL

TESINA

**Propuesta para el trabajo con familias
en situación de consumo problemático de sustancias**

SABINO GERARDO STRAFILE

DIRECTORA: Mgter. ELIANA LÁZZARO

CO-DIRECTORA: Mgter. MARCELA OJEDA

Mendoza, 2014

HOJA DE EVALUACIÓN

TRIBUNAL

Presidente:

Vocal:

Vocal:

Profesora invitada: **Mgter. Eliana Lázzaro**

Nota:

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo fue realizado en la provincia de Mendoza, entre los meses de abril de 2013 y julio de 2014, y tiene como objetivos: comparar la red de recursos de grupos familiares en tratamiento por consumo problemático de sustancias, anterior y posterior al mismo; y proponer aportes al trabajo con las familias con consumo problemático de sustancias, teniendo en cuenta las modificaciones logradas, a fin de dar continuidad práctica a las mismas.

En la primera parte se ubicada el marco teórico. Presenta en el primer capítulo, un acercamiento la temática del consumo problemático de sustancias (“*drogodependencias*”, de acuerdo con la O.M.S.): clasificación de sustancias, tipos y vías de consumo, multicausalidad del fenómeno.

En el segundo capítulo se encuentran las conceptualizaciones actuales de Familia, sus continuidades y cambios, identidad, crisis, y la relación con la temática del consumo de sustancias.

El tercer capítulo está dedicado a las Redes: sus concepciones, características y su relación con Trabajo Social.

La temática de redes sociales se revela fundamental como estrategia de trabajo y forma de pensar y hacer en lo cotidiano, como modo de rescatar experiencias y construir saberes con aquellas personas que son destinatarios de las prácticas profesionales, y como alternativa que enriquece el proyecto ético-político de Trabajo Social al brindar la oportunidad de pensar desde prácticas que se alejan de lo preestablecido, de las estrategias y políticas definidas desde el “arriba hacia abajo”, lo jerárquico, lo autoritario. En este sentido, el trabajo con familias es de gran interés dado que se parte de la premisa de la pre-existencia y el constante tránsito por redes de vínculos y recursos de cada familia en la búsqueda de resolución de problemas, y cómo el proceso terapéutico puede, tanto aportar nuevos elementos a esa red como colaborar con la resignificación de los ya existentes.

Trabajar desde la perspectiva de redes abordando la temática del consumo problemático de sustancias permite flanquear la dificultad que se encuentra al momento de trabajar con información que arrojan estudios en la temática que son meramente cuantitativos y no siempre contemplan la relación entre consumidores, sus familias, y las comunidades a las que pertenecen (tomando como herramientas sus recursos y potencialidades). Por otra parte, abre la posibilidad de generar una dinámica de trabajo institucional centrada en los distintos saberes que la integran (profesionales y no-profesionales), de modo de lograr un mantenimiento de los objetivos logrados en el tratamiento a lo largo del tiempo, teniendo en cuenta que los muchos de los factores que contribuyen a lograr la continuidad de dichos logros no siempre son de índole terapéutico, sino del tipo familiar y comunitario.

La institución seleccionada para el trabajo es la Cooperativa de Trabajo “Cable a Tierra” Ltda., dedicada a la prevención, tratamiento, docencia e investigación en la temática de consumo problemático de sustancias, desde el año 1996. Una de sus modalidades de tratamiento incluía (hasta marzo de 2014) la internación en Comunidad Terapéutica, hoy reemplazada por Comunidad de Día. En este contexto, se propone que profesionales de Trabajo Social se interesen por describir y analizar qué recorrido se ha intentado desde la familia como conjunto, y desde lo individual, en la búsqueda de soluciones a la problemática de consumo, qué instituciones y/o profesionales integran la red de ayuda a la que las familias recurren, qué respuesta se les ha dado, qué resultados han obtenido, cómo llegaron a la institución, qué respuesta han encontrado, y si la misma ha sido válida para re-afrontar la complejidad de esta problemática y ampliar la red de recursos familiares.

La investigación que se llevará a cabo es de tipo cualitativa, descriptiva, de diseño narrativo. Se utilizará como uno de los instrumentos de recolección de datos la entrevista semiestructurada, y la posterior sistematización de los datos y diseño de redes, mediante la aplicación del Software UCINET 6.0, un completo paquete de programas informáticos y sus aplicaciones creado para el análisis de los datos de redes sociales.

La unidad de análisis responde a un total de 5 familias que realizaron el tratamiento por consumo problemático de sustancias durante el año 2011 y 2012 en “Cable a Tierra”. El criterio de selección corresponde a que tales familias completaron el proceso de tratamiento.

Algunos de los resultados obtenidos son: las gráficas de redes familiares antes y después del tratamiento por consumo problemático de sustancias, y el recobro y reivindicación de la palabra de los protagonistas de dicha trama.

Por último, se visualiza una propuesta de trabajo que responde a los objetivos planteados en el inicio, a través de pocos lineamientos generales que permiten la adaptación a cada realidad de los grupos de trabajo, de acuerdo con sus posibilidades y recursos.

MARCO TEÓRICO

Capítulo 1: Drogodependencia

1. Conceptos básicos en drogodependencia

La Organización mundial de la Salud¹ define *droga* como “...toda sustancia terapéutica o no, que introducida en un organismo, por distintas vías, es capaz de actuar en el Sistema Nervioso Central y provocar una respuesta física y/o psíquica acorde a su forma de actuar”.

La OMS define también Droga de abuso, cuando la droga es de uso no médico con efectos psicoactivos, siendo la misma susceptible de ser auto administrada.

1.1 Drogodependencia

Estado de intoxicación periódica o crónica producida por el consumo repetido de una droga natural o sintética y caracterizado por: deseo inminente de seguir tomando la droga y obtenerla por cualquier medio, una tendencia a aumentar la dosis, dependencia física o psíquica, con síndrome de abstinencia por retiro o disminución brusca de la droga y efectos nocivos para el sujeto y la sociedad (O.M.S.).

1.2 Uso, Abuso y Dependencia

El *uso* consiste en el consumo esporádico y circunstancial de una droga, sin que esto implique consecuencias negativas en la salud de la persona (O.M.S.)

El *abuso* consiste en el uso excesivo, persistente o esporádico del consumo de una sustancia que dañe la salud física, mental o el bienestar social de un individuo. Es un uso inadecuado y de riesgo por su cuantía o su finalidad (O.M.S.)

¹ OMS. Disponible en www.who.int

A continuación se expondrán los criterios para el abuso de sustancias del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales - versión IV.²

CRITERIOS PARA EL ABUSO DE SUSTANCIAS DEL DSM IV	
A	Un patrón desadaptativo de consumo de sustancias que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por uno (o más) de los ítems siguientes durante un período de 12 meses.
1	Consumo recurrente de sustancias, que da lugar al incumplimiento de obligaciones en el trabajo, la escuela o en casa (por ejemplo: ausencias repetidas o rendimiento pobre relacionados con el consumo de sustancias; ausencias, suspensiones o expulsiones de la escuela relacionadas con la sustancia; descuido de los niños o de las obligaciones de la casa).
2	Consumo recurrente de la sustancia en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso (por ejemplo: conducir un automóvil o accionar una máquina bajo los efectos de la sustancia).
3	Problemas legales repetidos relacionados con la sustancia (por ejemplo: arrestos por comportamiento escandaloso debido a la sustancia).
4	Consumo continuado de la sustancia, a pesar de tener problemas sociales continuos o recurrentes o problemas interpersonales causados o exacerbados por los efectos de la sustancia (por ejemplo: discusiones con la esposa acerca de las consecuencias de la intoxicación, o violencia física).
B	Los síntomas no han cumplido nunca los criterios para la dependencia de sustancias de esta clase de sustancia.

Se habla de *dependencia* cuando alguien “siente o cree que no puede vivir sin una sustancia”, y la utiliza en forma permanente y de manera compulsiva. (O.M.S.)

* *Ibíd*em

² DSM IV. (1995). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: MASSON SA

La Organización Mundial de la Salud define dependencia como aquella situación en la que se prioriza el uso de una determinada sustancia psicoactiva frente a otras conductas consideradas antes como más importantes. Esta puede ser física y/o psíquica.

Desarrollar una dependencia (física y/o psíquica) es haber llegado al final del proceso que se ha comenzado mucho tiempo antes, de manera gradual, casi siempre sin consciencia de ello y por diversos motivos los cuales generalmente son desconocidos o no aceptados por la persona. La patología está dada por la modalidad de búsqueda (PPA; 2009)³.

En la dependencia *física* el organismo se ha habituado a la presencia constante de la sustancia, de tal manera que necesita mantener un determinado nivel en sangre para funcionar. Cuando este nivel desciende por debajo de cierto umbral, aparece el síndrome de abstinencia característico de cada droga (CaT; 2001)⁴.

La dependencia *psíquica* consiste en la compulsión a consumir periódicamente la droga para experimentar un estado afectivo positivo (placer, bienestar, euforia, sociabilidad, timidez, estrés, etc.). Este es el aspecto más trabajoso en lo terapéutico, ya que hay que para desactivar la dependencia psíquica, deben propiciarse cambios en la conducta y emociones de la persona que le permitan funcionar psíquicamente (obtener satisfacción, superar el aburrimiento, afrontar la ansiedad, superar la frustración, establecer relaciones sociales, etc.) sin necesidad de recurrir a las drogas (CaT; 2001)⁵.

A continuación se exponen los criterios de dependencia de sustancias psicoactivas según el Código Internacional de Enfermedades, versión 10.⁶

* *Op. Cit.* OMS

³ Plan Provincial de Adicciones, Ministerio de Salud (2009). *Curso de Adicciones*. (p. 9). Mza.

⁴ Equipo interdisciplinario de Cable a Tierra. (2001). *Manual para operadores terapéuticos en adicciones*. (pp. 23-24) Argentina: Canto Rodado.

⁵ *Ibidem*

⁶ OSM (1992) CIE-10 *Clasificación internacional de enfermedades*. Disponible en www.who.int

CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS SEGÚN EL CIE-10.	
A	Deseo intenso o vivencia de una compulsión a consumir una sustancia.
B	Disminución de la capacidad para controlar el consumo de una sustancia, unas veces para controlar el comienzo del consumo, para poder terminarlo y otras para controlar la cantidad consumida.
C	Síntomas somáticos de un síndrome de abstinencia cuando el consumo de la sustancia se reduzca o cese, cuando se confirme por: el síndrome de abstinencia característico de la sustancia, o el consumo de la misma sustancia o de otra similar con la intención de aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
D	Tolerancia, de tal manera que se requiere un aumento progresivo de la dosis de la sustancia para conseguir los mismos efectos que originalmente producían dosis más bajas.
E	Abandono progresivo de otras fuentes de placer o diversión, a causa del consumo de la sustancia, aumento del tiempo necesario para obtener o ingerir la sustancia o para recuperarse de sus efectos.
F	Persistencia en el consumo de la sustancia a pesar de sus evidentes consecuencias perjudiciales. Debe investigarse a fondo si la persona que consume la sustancia es consciente, o puede llegar a serlo, de la naturaleza y gravedad de los perjuicios.

La *toxicomanía* es un término compuesto por dos raíces: tóxico, del griego: *toxikon* que significa veneno; manía, del latín: *manía* que significa locura parcial con la obsesión de consumir tóxico o veneno. Es la iniciación irresistible o

predilección por sustancias tóxicas y/o estupefacientes*, que causan adicción y/o acostumbramiento y/o dependencia. La O.M.S. utiliza al término toxicomanía como sinónimo de “dependencia”. (PPA; 2009)⁷

1.3 Drogadicción

Enfermedad caracterizada por el abuso de sustancias químicas que modifican el comportamiento del organismo y el estado de ánimo, capaces de provocar compulsión irracional e irresistible de continuar con su uso y generadoras de daño para el individuo y la sociedad. Provoca tolerancia y dependencia (O.M.S.)

1.4 Intoxicación

Tóxico desde su raíz griega significa *veneno*, por lo tanto, el estado de intoxicación es un estado que implica la incorporación de cualquier sustancia capaz de generar la muerte o graves daños al organismo. Es un concepto similar a “uso indebido” y/o “abuso”; no obstante, vale aclarar que el abusar de una sustancia no necesariamente implica intoxicación. (PPA; 2009)⁸

Esta puede ser aguda o crónica⁹:

Intoxicación aguda: puede estar vinculada a un episodio único de uso de drogas.

Intoxicación crónica: cuando la sustancia es de uso continuo o mezclada con otras drogas. Supone una alteración biológica, psicológica y social en una persona permanentemente impregnada de sustancias adictivas.

* Estupefaciente: término utilizado por la Convención de las Naciones Unidas para nombrar a 116 sustancias sometidas a fiscalización. Entre ellas figuran el Opio y sus derivados, la Morfina, la Codeína, la Heroína, la Cannabis, la Cocaína.

⁷ Plan Provincial de Adicciones, Ministerio de Salud (2009). *Curso de Adicciones*. (p. 9). Mza.

⁸ *Op. Cit.* Plan Provincial de Adicciones

⁹ *Op. Cit.* Equipo interdisciplinario de Cable a Tierra. p.26

1.5 Tolerancia

Es un estado de adaptación al consumo de una sustancia con ciertas dosis, la cual tiende a ser aumentada paulatinamente para obtener los efectos que producía en un comienzo del consumo. Acostumbramiento progresivo del organismo a los efectos de las drogas sin que necesariamente implique dependencia. (PPA; 2009)¹⁰. Normalmente se produce con lentitud, permaneciendo el organismo sensible al exceso de tóxico, pudiendo desaparecer al dejar de consumir droga.

1.6 Abstinencia

No consumo o cese tras un periodo más o menos largo de uso, abuso o dependencia de una sustancia. Cuando por alguna circunstancia se disminuye o interrumpe el consumo de una droga de la que se tiene dependencia, aparece un conjunto de síntomas físicos y psíquicos. Este conjunto de signos y síntomas se denomina *Síndrome de abstinencia*, también llamado síndrome de retirada o de privación (CaT; 2001)¹¹.

1.7 Flashback

Término utilizado para definir aquellas situaciones en las que reaparecen los efectos del consumo de ciertas sustancias alucinógenas después de varios meses de haber abandonado el uso. La forma inesperada de la recurrencia puede traer serios trastornos como accidentes o acciones criminales involuntarias (PPA; 2009)¹².

¹⁰ *Op. Cit.* Plan Provincial de Adicciones.

¹¹ *Op. Cit.* Equipo interdisciplinario de Cable a Tierra. p.25

¹² *Op. Cit.* Plan Provincial de Adicciones. p.10

1.8 Efecto y Consecuencias

La alteración que produce la sustancia en el momento de ser introducida al organismo, y en el momento inmediatamente posterior es lo que se denomina *efecto producido por la sustancia*. Algunos de ellos pueden ser: estimular, tranquilizar o eliminar el dolor; ocasionar alteraciones perceptivas de diversa intensidad, alucinaciones; provocar cambios conductuales como aumento o disminución de la agresividad, incrementar la sociabilidad, locuacidad o la desinhibición.

Estos efectos no son constantes: dependen de la dosis, la vía de administración, la personalidad, estado físico y psíquico, la historia personal y el contexto de uso.

Las afecciones que se producen a lo largo del tiempo y con la permanencia del consumo se denominan: *consecuencias producidas por la sustancia*. Estas son físicas, psíquicas, conductuales, sociales, laborales entre otras.

2. Formas de Consumo¹³

Experimental: Consumo fortuito, limitado. Podrían atribuirse, como motivos de este consumo, la curiosidad, el sentirse adulto o parte de un grupo.

Ocasional: Consumo intermitente. La persona discrimina bien qué tipo de droga quiere y dónde usarla.

Habitual: Consumo para aliviar el malestar psicorgánico y/o para mantener un rendimiento determinado.

Compulsivo: Consumo intenso varias veces al día. Presenta un trastorno muy importante del comportamiento que da lugar a distintas consecuencias sociales.

¹³ *Op. Cit.* Equipo interdisciplinario de Cable a Tierra. p.26-27

3. Vías de Administración

Existen seis vías de administración: Oral: en forma de ingestión, mascado o sublingual; Pulmonar: inhalada y/o fumada; Nasal: Esnifada; Intravenosa; Intramuscular o Subcutánea; Rectal.

La vía pulmonar es la que permite que la droga llegue con mayor rapidez al cerebro, en menos de diez segundos en la mayoría de las sustancias psicoactivas. En todo caso, la dosis y la frecuencia de consumo desempeñan un papel importante para pasar del uso al abuso y, finalmente, a la dependencia. En función de la vía de administración y del tipo de drogas, así será el efecto más o menos inmediato de ellas y las consecuencias físicas y psicológicas que produzcan. La vía de administración más problemática es la intravenosa, especialmente en el caso de la heroína¹⁴, dado que implica riesgo de contraer otras enfermedades.

Las vías de administración que producen una absorción más rápida y eficiente en el torrente sanguíneo (por ejemplo: vía intravenosa, fumar o inhalar) tienden a provocar una intoxicación más intensa y un aumento de la probabilidad de un patrón de consumo en escalada, lo que conduce a la dependencia. Las vías de administración que permiten una llegada rápida de una gran cantidad de sustancia al cerebro se asocian también al consumo de grandes cantidades y aumentan la probabilidad de efectos tóxicos¹⁵

4. Clasificación de las sustancias psicoactivas¹⁶

Las drogas se clasifican según diversos criterios, entre ellos: según el origen de la sustancia, efecto sobre el sistema nervioso central, legalidad o ilegalidad, aceptación o rechazo sociocultural.

¹⁴ Becoña Iglesias, E. (2002). Introducción. En E. Becoña, *Bases Científicas de la Prevención de las drogodependencias*. [versión digital] (p.53). Madrid: Ministerio del Interior.

¹⁵ Citado en: Vezzoni, M. (2002). *Autoeficacia y conducta adictiva*. Tesis de grado para la obtención del título: Licenciado en Psicología. Facultad de Psicología, Universidad del Aconcagua. Mendoza

¹⁶ Ministerio de Educación y Ministerio de Salud de Chile (2006). *Sin drogas más libres*. (pp. 267 a 295) Chile: Cobrane – Marianetti, S.A.

De acuerdo a los efectos sobre el Sistema Nervioso Central se pueden destacar tres grandes grupos:

Estimulantes

Actúan acelerando los procesos mentales, haciendo sentir a la persona más alerta, dándole una sensación de euforia, mayor energía, deteriorando la calidad de sus funciones. Algunos de los efectos son: desinhibición, menor control emocional, irritabilidad, agresividad, menor fatigabilidad, disminución del sueño y mayor estado de alerta, excitación motora, disminución de la capacidad intelectual, intensificación de los sentidos, alucinaciones, aumento del pulso, convulsiones. Entre las drogas estimulantes se pueden nombrar al Clorhidrato de cocaína, las anfetaminas, nicotina, cafeína.

Depresoras

Estas actúan como calmantes o sedantes, relajan, *sueltan*, distienden; pero a la vez fomentan en la persona un rol más pasivo, estar como “*ausente*”, “*ido*”.

Los efectos producidos por el consumo de sustancias depresoras del SNC son: relajación, sensación de bienestar, apatía, disminución de la tensión, desaparición de la angustia, confusión, somnolencia, alteración de la coordinación motora, inestabilidad emocional, agresividad, psicosis, convulsiones. Algunas de ellas son: alcohol, inhalantes, tranquilizantes, opiáceos.

Distorsionadoras

Estas drogas producen cambios en la forma como se percibe y/o interpreta la realidad, la persona entra en su propio mundo diferente de la realidad exterior, similar a lo que ocurre en las psicosis.

Algunos de los efectos son: aumento o disminución del tamaño de los objetos, sensación de “*volar*” – “*flotar*”, percepción del mundo más bello,

sensación corporal diferente, alucinaciones, ideas de persecución, alteración temporal y espacial, agresividad. En este grupo se encuentran los alucinógenos, pasta base, inhalables, marihuana.

5. Características clínicas de las distintas sustancias psicoactivas¹⁷

A continuación se detallarán las características principales¹⁸ de algunas sustancias psicoactivas, siendo éstas destacadas por su uso y abuso habitual en nuestra sociedad.

5.1 Cannabis Sativa*

Conocida como *Marihuana*. Su origen parece situarse en Asia, su consumo penetra en la cultura occidental a mediados del siglo pasado, destacando anecdóticamente el famoso Club de Fumadores de Hachís, fundado en París. Movimientos del siglo XX, como el *beat*, *hippie*, etc., se identificaron totalmente o en parte con el consumo de marihuana (Escohotado, 1998. Citado en Becoña, 2002).

Proviene de las hojas secas de una planta cuyo nombre botánico es cáñamo sativo (*cannabis sativa*). Está compuesta por 421 sustancias químicas, se han identificado 60 cannabinoides, siendo el más importante y principal componente psicoactivo el Tetrahidrocannabinol (THC).

Sus efectos dependen de la cantidad de THC, la que determina la potencia de la marihuana. Es una planta de la que se pueden fumar sus hojas, en este caso se habla de *marihuana* (“grifa”, “maría” o “hierba”) o fumar su resina, el *hachís* (“haschís”, “chocolate”, “costo”, “goma”), recibiendo el cigarrillo de hachís

¹⁷ Becoña Iglesias, E. (2002). Introducción. En: *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. [versión digital]. (pp. 27-46). Madrid: Delegación de Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. & Ministerio de Educación y Min. de Salud de Chile (2006). *Sin drogas más libres*. (pp. 270 – 295). Chile: Cobrane – Marianetti, S.A.

* *Op. Cit.* Min. de salud y educación de Chile

¹⁸ *Op. Cit.* pp. 267 – 295 & Vallejo Ruiloba, J. (1997). *Introducción a la psicopatología y a la psiquiatría*. (pp. 678 – 696). Barcelona: Masson, S.A.

* *Op. Cit.* 16

nombres como “porro”, “canuto”, “petardo”, etc. El hachís es más potente que las hojas de marihuana y se elabora por agitación, presión o raspadura de las hojas y flores de la planta. Produce dependencia física media y psíquica alta.

Los principales efectos que producen son: inyección de las conjuntivas, dilatación pupilar, aumento del pulso, resecamiento de la boca, aumento del apetito, disminución de la coordinación muscular, deterioro de la memoria, disminución de la atención y la concentración, alteración del funcionamiento del pensamiento, alteración de la dimensión temporoespacial, produce sueño y relajación, risa, síndrome amotivacional, efecto desinhibitorio. Puede producir ansiedad, reacción de pánico, confusión, depresión y trastornos severos del comportamiento.

En los casos donde el consumo fue sostenido durante el embarazo, horas después del parto se presenta irritabilidad, llanto agudo, hiperreflexia, tono muscular normal, temblor, reflejo foto – motor lento.

El uso frecuente (y/o abuso) de Marihuana puede producir afecciones en el Sistema Broncopulmonar, entre ellas: faringitis, sinusitis, bronquitis, aumento de riesgo de contraer cáncer de boca, esófago y pulmón.

5.2 Inhalantes*

Son productos químicos volátiles, que introducidos al organismo disminuyen el funcionamiento del SNC, por lo que pertenecen al grupo de los depresores; aunque también pueden producir distorsiones en la percepción y pensamiento. Estas sustancias volátiles se encuentran contenidas en algunos de los siguientes productos: esmalte de uñas, disolventes, insecticidas, quitamanchas, pinturas, pegamentos, colas, nafta, barnices, desodorantes, cementos plásticos y aerosoles; se caracterizan por contener productos químicos como acetona, alcohol butílico, tolueno o bencina.

* *Op. Cit 16*

La forma de consumo es por aspiración buco – nasal. Los productos químicos ingresan a los pulmones, desde donde se incorporan a la sangre, y esta los distribuye por todo el organismo.

El bajo costo y la insuficiente reglamentación para su adquisición y utilización han facilitado el uso indebido de estos productos.

Los efectos que producen son: pérdida del apetito, disminución de la sensación de frío, visión borrosa, salivación, secreción nasal, mareos, náuseas, hipersensibilidad a la luz, zumbidos de oídos, excitación psicomotora, torpeza de movimientos, aumento de movilidad, convulsiones, pérdida de peso, problemas cardíacos, anemia, problemas renales, trastornos de la percepción espacio – temporal, alucinaciones, sensación de alegría, relajación y soltura, fantasías negativas y angustiosas.

El daño en el organismo es principalmente neurológico y en ciertos casos se presenta Necrosis (muerte de los tejidos).

5.3 Anfetaminas*

Drogas estimulantes del S.N.C. inhibidoras del apetito. Sintetizadas por primera vez en 1887. La vía de administración es normalmente la oral o intravenosa y, en ciertos casos, por vía intranasal (como sucede con las metanfetaminas). La dependencia física y psíquica es alta.

Los efectos físicos observados en el organismo, producidos por las anfetaminas son: sensación de energía y menor fatiga, aceleración de la respiración y ritmo cardíaco, aumento de la presión arterial, disminución del apetito, disminución de las horas de sueño, aumento de la tensión muscular (temblores), dilatación de pupilas. Los efectos psicológicos observados son: euforia, aumento de la atención, aceleración del pensamiento, aumento del habla, disminución del juicio, aumento de la confianza en sí mismo, sensación de

* *Op. Cit. 16*

potencia y superioridad, irritabilidad, angustia, distorsiones del pensamiento, ilusiones del movimiento.

El uso prolongado de esta sustancia produce una serie de graves complicaciones: desnutrición, susceptibilidad a las infecciones, tolerancia, dependencia, agresividad, miedo, insomnio, ilusiones, alucinaciones. Al dejar de consumirlas por síndrome de abstinencia provocan estados depresivos, sueño, fatiga y apetito en exceso.

5.4 Benzodiazepinas*

Pertenecen al grupo de tranquilizantes, con efectos ansiolíticos e hipnóticos. Son depresores del S.N.C. Poseen una buena actividad terapéutica de reducción de la ansiedad. Disminuyen la tensión emocional, ansiedad e inducen al sueño. En cantidades mayores puede producir un estado de sopor y coma.

Son indicados en estados de ansiedad generalizada, trastorno de pánico, reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación, trastornos no orgánicos al sueño, síndrome de abstinencia al alcohol.

Algunos de los efectos negativos producidos por benzodiazepinas son: somnolencia, enlentecimiento de los reflejos, entorpecimiento de la coordinación motora, fallas en la memoria, atención y concentración, reacciones agresivas.

Algunos nombres con las que se comercializan: DIAZEPAM; VALIUM; ALPRAZOLAM; LEXOTANIL; AMPARAX; TRIAZOLAM, LOPRAZOLAM, DIACEPAM.

El recién nacido de madre dependiente a benzodiazepinas, presenta síndrome de abstinencia con hipertensión, irritabilidad, llanto, taquipnea y temblores.

* *Op. Cit. 16*

5.5 Pasta base de cocaína

Droga extraída de las hojas del arbusto de la Coca (*Eritroxilon coca*), nativo de la región andina de América del Sur. Se debe destacar que en toda la región andina, el consumo mascado de hojas de este arbusto (“acuyico”) no se encuentra penado dado que responde a pautas culturales, por lo tanto socialmente aceptadas. Al ser mascadas o preparadas en infusión produce un efecto estimulante que ayuda a sobrellevar los efectos de la gran altura sobre el nivel del mar, baja presión atmosférica y escasa humedad ambiental propios de estas regiones. Sí comienza a ser tóxico al ser mezclado con bicarbonato de sodio, que genera la liberación de la toxina presente en la hoja.

La *Pasta Base* resulta de la maceración o pulverización de las hojas secas de Coca, posteriormente tratadas químicamente por un conjunto de sustancias tóxicas, tales como: solventes (alcohol, nafta, parafina, acetona), ácido sulfúrico, ácido benzoico, metanol, bicarbonato de sodio, amoníaco, cal.

Para el tráfico de Pasta Base, por lo general, se altera su composición mediante la aplicación de otras sustancias como: harina, cal, sal, yeso, talcos, pastillas (tranquilizantes o estimulantes), alcohol etílico, heces blancas de perro. Al residuo de Pasta base de muy mala calidad se lo conoce como *Paco*.

Por consiguiente, al fumar Pasta Base se inhalan una serie de sustancias tóxicas que producen efectos breves e intensos en el organismo; la duración de la “*volada*” dura alrededor de 3 minutos. Durante este lapso se producen: sensación placentera muy intensa, alegría, sensación de claridad mental y ligereza física, locuacidad, aceleración del pensamiento, disminución del hambre, fatiga y sueño, aumento de frecuencia del pulso y de la presión arterial.

Debido a la brevedad y potencia de los efectos, la vuelta al estado inicial, generalmente se manifiesta en una caída súbita llamada “*bajón*”; este produce un estado de ansiedad, lo que lleva a reiniciar nuevamente la experiencia de consumo. El uso repetido puede llevar en horas o días a una psicosis con alucinaciones tanto visuales, auditivas, cutáneas y olfatorias.

Posee un alto potencial adictivo, la dependencia puede producirse entre tres y seis meses de consumo.

Entre los daños físicos ocasionados en el organismo por consumo de Pasta Base se observa: insomnio, palidez, temblores, anorexia, excesiva necesidad de orinar y defecar, broncoespasmos, inmunodeficiencias, infartos cerebrales, muerte por paro cardíaco. Los efectos psicológicos sensorceptivos son: alteración de la percepción de las distancias y del tiempo, alucinaciones, pérdida de la memoria, disminución de la capacidad de concentración, desorientación y confusión, falta de coordinación, aumento de conductas agresivas y violentas, sensaciones de angustia y ansiedad, tristeza y depresión.

5.6 Cocaína*

El clorhidrato resulta de la mezcla de pasta base de coca con ácido clorhídrico y éter. Se presenta en forma de polvo fino blanco. La vía más habitual de administración es por aspiración nasal, aunque también es consumida por inyección endovenosa, en infusión, mascada o fumada (crack).

La cocaína modifica intensamente la afectividad de quien la consume, provocando inicialmente una serie de sensaciones agradables. Tiene dos acciones farmacológicas fundamentales, como anestésico local y como estimulante del S.N.C.

Los efectos inmediatos son: sensación de placer, estado de euforia, disminución de la fatiga, lucidez intelectual aparente, aceleración de los procesos de pensamiento, disminución notable de hambre, fatiga y sueño. Otros efectos son: leve temblor, midriasis, sudoración, aceleración cardíaca, aumento de la presión y del ritmo respiratorio, aumento de la temperatura basal, aparición de pensamiento paranoídeo. A largo plazo los efectos que se presentan son: erosiones y ulceraciones en la mucosa nasal, irritabilidad, intranquilidad, desgano,

* *Op. Cit. 16*

depresión, alteraciones de la percepción y el juicio, cuadros de paranoia, disminución del peso corporal, aumento de presión arterial, enfermedades al corazón, daño cerebral.

La dependencia es alta a severa. El uso crónico puede desarrollar una psicosis cocaínica.

El recién nacido de madre consumidora puede presentar cianosis, convulsiones focales múltiples, taquicardia intermitente e incremento y disminución de tono muscular en forma coexistente. Accidentes cerebrovasculares ocurridos intraútero pueden determinar daño cerebral permanente.

5.7 Opiáceos*

Obtenida de la savia seca de la amapola (*Papaver Somniferum*), contiene más de 20 alcaloides, entre los cuales el más representativo es la *morfina*. Otros de los alcaloides también obtenidos directamente del opio son la *codeína*, utilizado ampliamente en medicina como analgésico; la *metadona*, opiáceo sintético utilizado en tratamientos de desintoxicación en adictos a la heroína; la *heroína*, derivado semisintético de la morfina, más liposoluble y con mayor poder analgésico que ésta.

El consumo regular de heroína provoca niveles considerables de tolerancia. La administración intravenosa produce un cuadro de euforia que puede durar de 10 a 30 minutos. Luego aparece letargia, somnolencia, apatía o disforia, que pueden durar de 2 a 6 horas. En la sobredosis se produce una depresión respiratoria y edema agudo de pulmón que puede provocar la muerte.

El recién nacido de madre dependiente a opiáceos presenta irritabilidad, llanto excesivo de tono agudo, temblores, succión frenética de puños, movimientos reptantes y de rotación del tronco.

* Op. Cit. 16

5.8 Alucinógenos

Sustancias que se caracterizan por producir, a dosis subtóxicas, alteraciones de las funciones psíquicas básicas de la sensopercepción y de los procesos cognoscitivos.

Algunos son sustancias de planta consumidas desde la antigüedad por sus actividades psicoactivas. La *mescalina* se obtiene del cactus mexicano “peyote”, la *psilocina* de los “hongos sagrados” de América Central. Otros como la *LSD 25* (dietilamida del ácido lisérgico) derivado del comezuelo del centeno (“cucumelo”), y la *fenciclidina* o “polvo de ángel”, sustancia alucinógena atípica.

Actualmente los alucinógenos más importantes tanto por su nivel de consumo como por la intensidad de los efectos tóxicos asociados a su uso son: la LSD y las nuevas drogas de diseño.

La LSD es el prototipo de los derivados del ácido lisérgico y produce efectos clínicos virtualmente idénticos a los de la mescalina y la psilocibina. Los síntomas son: vértigo, debilidad muscular, temblores, náuseas, somnolencia, visión borrosa, trastornos de la sensopercepción con hiperactividad a la estimulación sensorial y fenómenos alucinatorios múltiples, fenómenos de despersonalización y vivencias de tipo delirante.

5.9 Cafeína*

Es una xantina (1,3,7 – trimetilxantina) categorizada como un estimulante del S.N.C. Produce estimulación del metabolismo, aceleración del ritmo cardíaco, y aumento de la capacidad de vigilancia. Se consume habitualmente en forma de infusiones de café o té, en alimentos como el chocolate o el cacao, en bebidas de cola, bebidas estimulantes (en gran cantidad y combinada con otros estimulantes sintetizados como la taurina) y en fármacos antigripales, antimigrañosos, analgésicos, etc. Su consumo está extendido en todo el mundo y es de venta legal.

* *Op. Cit. 16*

La intoxicación por cafeína (cafeinismo) es producida por el excesivo consumo de cafeína; la sintomatología característica incluye: insomnio, intranquilidad, nerviosismo, excitación, congestión facial, contracción muscular, taquicardia, arritmia entre otros. Este cuadro puede aparecer tras la ingesta de 250 mg/día.

5.10. Alcohol

Cuando químicamente hablamos de alcohol, nos estamos refiriendo al alcohol etílico o etanol (C_2H_5OH). Existen otros tipos de alcoholes que no pueden ser ingeridos por su alta toxicidad, como es el caso del alcohol metílico.

El alcohol etílico deriva del término árabe “*al-huhl*”, que significa “el colirio”. Se obtiene de la fermentación del almidón y glucosa que se encuentra en las frutas, cereales, caña de azúcar y otras sustancias. Hasta el siglo X sólo existía tecnología para producir bebidas alcohólicas de baja concentración (menos de 15%) como cerveza, chicha y vino; alquimistas árabes introdujeron la destilación, permitiendo así la elaboración de bebidas con mayor contenido de alcohol (30 a 55%), como aguardiente, coñac, pisco, whisky, etc.

El alcohol se distribuye con gran facilidad hacia el S.N.C. ejerciendo un efecto depresor en sus funciones. La vía de administración es la oral.

Existen 4 etapas del recorrido del alcohol en el organismo:

ABSORCIÓN: el alcohol no requiere ser digerido, ya que es absorbido rápida y directamente en su estado original a través de la mucosa del estómago y del intestino delgado. La velocidad de absorción para llegar a la concentración máxima varía entre 10 y 60 minutos, dependiendo de la cantidad de alimento que se encuentra en el estómago al momento de la llegada del alcohol a éste.

DISTRIBUCIÓN: El alcohol viaja por la sangre a todos los lugares del organismo, difundándose fácilmente hacia las células de los distintos órganos y tejidos. La cantidad de alcohol que pasa a las células, y por ende su efecto en el

organismo, depende de su concentración en la sangre o alcoholemia. Es así como al llegar al S.N.C. el alcohol deprime sus funciones.

METABOLIZACIÓN: El hígado metaboliza alrededor del 90% del alcohol absorbido, gracias a la acción de enzimas que lo transforman en acetaldehído, ácido acético, y finalmente en anhídrido carbónico y agua. La velocidad de desintoxicación depende en gran medida, de esta función hepática.

ELIMINACIÓN: El 10% de alcohol restante es eliminado directamente, sin transformación, a través del aire expirado y la orina. Cantidades pequeñas son eliminadas también por la transpiración, las lágrimas y la leche materna. Esto ha permitido desarrollar métodos de detección usando para ello el aire expirado, la orina y lágrimas, pudiendo estimar así aproximadamente el nivel de alcoholemia.

Los efectos que produce el alcohol en el organismo dependen del nivel de concentración en la sangre y de la sensibilidad del S.N.C. El alcohol deprime las funciones de este sistema; primero deprime la corteza del cerebro, para luego afectar progresivamente niveles más inferiores del S.N.C. produciendo distintos niveles de embriaguez, e incluso estados de coma y muerte.

La alcoholemia es todo el alcohol que el hígado no es capaz de absorber, pasa a la sangre y de allí va directamente al cerebro, afectando al S.N.C. El rango de alcoholemia se mide en gramos por cada 1000 ml. de sangre. Sólo se necesita ¼ litro de vino en un estómago vacío para tener una alcoholemia superior a 0,5 gr. 0/00 (lo permitido por la Ley de Tránsito en nuestro país, aunque a partir de 0,1 gr. 0/00 ya se produce enlentecimiento en la capacidad de reacción motora).

Los efectos a corto plazo, en el estado de intoxicación aguda son: disminución de la capacidad de comprensión, lenguaje confuso, andar vacilante, adormecimiento. Los daños producidos por el uso repetido (abuso/dependencia) aumentan la incidencia de cáncer (esófago), gastritis aguda y crónica (a veces hemorrágica), disfunción en la absorción de vitaminas, minerales, grasas, pancreatitis aguda y crónica, polineuritis, hepatitis aguda, hígado graso, cirrosis,

taquicardia, hipertensión arterial, miocardiopatías, atrofia cerebral y demencia, ataques epilépticos, disminución de la fertilidad, atrofia testicular, dependencia, depresión mayor, ilusiones y alucinaciones (parte del síndrome de abstinencia), alucinosis alcohólica (psicosis paranoide grave), delirium tremens¹⁹.

En el recién nacido de madre alcohólica los síntomas de abstinencia son: irritabilidad, chupeteo compulsivo de los puños, llanto. Es infrecuente la presentación de convulsiones.

5.10.1 Dependencia al alcohol

Se manifiesta como un deseo impetuoso y compulsivo por ingerir alcohol, puede tomar diferentes modalidades:

Incapacidad de detenerse: una vez iniciada la ingestión la persona siente la necesidad de continuar bebiendo hasta llegar a la embriaguez. Esta es la manifestación central del alcoholismo intermitente, en el cual la persona bebe en forma esporádica, con días o semanas de abstinencia y horas o días de ingestión.

Incapacidad de abstenerse: la persona no puede pasar más de algunas horas sin ingerir cierta cantidad de alcohol. La persona bebe todos los días durante meses o años.

Síndrome de abstinencia o de privación: se caracteriza por la aparición de una serie de síntomas al disminuir o suspender el consumo de alcohol después de uno o más episodios de embriaguez, o después de semanas o meses de consumo diario. En su forma leve se presenta con intranquilidad, temblor, malestar. En casos más severos se agregan náuseas, vómitos e insomnio, e incluso se puede complicar con episodios deliriosos, alucinaciones, delirium tremens y ataques compulsivos.

¹⁹ Delirium Tremens: comienza entre 3 y 4 días después de interrumpir la ingesta y se acompaña de temblor en manos o lengua, sudación, ansiedad y taquicardia. Los trastornos perceptivos visuales vívidos y corpóreos poseen muchas veces un contenido terrorífico y suscitan una intensa reacción emocional.

En la dependencia al alcohol también se pueden presentar: tolerancia aumentada; amnesia, negación, cambios en la personalidad; abandono progresivo de otras fuentes de placer y/o diversión; persistencia en el consumo a pesar de las consecuencias perjudiciales evidentes.

Para la O.M.S.²⁰ serían alcohólicos, aquellos bebedores excesivos cuya dependencia del alcohol hubiese alcanzado tal nivel que diera lugar a claros trastornos mentales y somáticos o a conflictos en sus relaciones interpersonales, sus funciones sociales y laborales. Considera como población de riesgo aquella que consume más de 80 gr. 0/00 de alcohol diario.

5.11 Nicotina

El tabaco (*Nicotiana tabacum*) es originario de América, fue introducido en el siglo XVI en Europa sólo con fines medicinales. Sin embargo, su uso social se extendió masivamente, cultivándose en la actualidad en casi todos los países del mundo.

Es la sustancia psicoactiva más extendida actualmente, y produce un deterioro en la conducta laboral y social, y fuerte estado de intoxicación. La vía de administración es la oral – nasal (fumado, mascado y aspirado).

La nicotina tiene efectos periféricos y centrales. Es estimulante del S.N.C. y es altamente adictiva. El síndrome de abstinencia aparece durante las primeras 24 horas después de dejar de fumar y tiene una duración de 30 a 120 minutos.

Los efectos a corto plazo son: mal aliento, dientes manchados y daños en las encías, tos, aumento del pulso y presión arterial, aumento de la frecuencia respiratoria, insomnio, cefaleas. El monóxido de carbono presente en el humo de cigarrillo empuja hacia fuera el oxígeno de la sangre forzando al corazón a trabajar más para conseguir el oxígeno que necesita. La nicotina del humo de

²⁰ OMS. Disponible en www.who.int

cigarrillos actúa como estimulante, por eso en vez de calmar, acelera y pone más ansiosas a las personas.

A largo plazo se observan: resfríos frecuentes, mala circulación, arrugas en la piel, bronquitis y efisemas, mayor riesgo de paros cardíacos, cáncer pulmonar, úlcera de estómago, mayor riesgo de fracturas por la descalcificación de los huesos.

Los niños de madres consumidoras de tabaco durante el embarazo presentan bajo peso, disminución de la talla y mayor probabilidad de trastornos respiratorios que perduran durante su desarrollo.

6. Multicausalidad de las consumo problemático de sustancias

El consumo problemático de sustancias constituye es multicausal, su abordaje exige miradas amplias y criterios flexibles. Por lo cual se incluye una serie de factores, cuya interrelación aumenta la posibilidad de aparición. Si bien cada uno de ellos actúa como causa única, la interacción de los mismos puede aumentar la probabilidad de desencadenar diversas situaciones conflictivas de consumo. (PPA; 2009)²¹

Entre los factores que interactúan se destacan²²:

Factores psicológicos

Existen variables individuales que constituyen zonas vulnerables asociadas a la problemática del consumo. Una de ellas se relaciona con los rasgos de dependencia que, cuando se presentan de un modo excesivo en un trastorno de personalidad, lleva a las personas a establecer relaciones de dependencia con diferentes objetos de la realidad para la satisfacción de sus propias necesidades. En un momento de mayor vulnerabilidad, transformación y desajuste en la forma acostumbrada de funcionar, cuando los recursos habituales con que cuenta el

²¹ *Op. Cit.* Plan provincial de adicciones.

²² *Op.Cit.* Plan provincial de adicciones p.9. & *Op. Cit.* Equipo Interd. de Cable a Tierra.

individuo le resultan insuficientes o poco adecuados, aumenta la angustia incrementándose las conductas de búsqueda de objetos que la calmen.

Otros factores son: baja tolerancia a la frustración, dificultad para comunicar sentimientos y pensamientos con palabras; imposibilidad de sostener proyectos personales, dificultad en planificar el uso del tiempo libre, inadecuada internalización de normas, establecimiento de vínculos superficiales y cambiantes.

Factores familiares

Si bien las configuraciones familiares predisponentes de consumo problemático pueden ser muchas, la ausencia de límites claros puede considerarse como el elemento nodal en la mayoría de las situaciones. Los modelos de adultos propuestos, en lugar de ser previsibles y coherentes, aparecen inconsistentes, confusos o ausentes.

Los factores que se observan son: dificultades en la relación conyugal para establecer reglas claras y poner límites adecuados; establecimiento de relaciones simbióticas que no permiten una real independencia padres – hijos, debilitamiento de los padres para asumir un rol de adultos, abandono moral y/o material, disfunción en la comunicación; a veces, violencia familiar.

Factores Sociales

En la sociedad actual, los cambios vertiginosos tienden a desarticular los vínculos de pertenencia, lo que lleva a las personas a realizar permanentes esfuerzos de reacomodación para sentir que pertenecen a las diferentes instituciones o grupos y no quedar excluidos de sus ámbitos habituales.

Crisis relacionadas a factores económicos, sociales, ambientales, cambios bruscos y repentinos en la cotidianidad, consumismo, individualismo, fácil acceso a las drogas, presión de pares y amigos, crisis del sistema educativo, sistema económico inequitativo, son algunos de los factores observables.

Factores Culturales

La cultura valoriza y significa de modo especial determinadas interacciones entre las personas, y entre estas y los objetos. En nuestro medio, por ejemplo, se desarrolla la creencia de que la mayoría de las necesidades pueden ser aliviadas en plazos cortos, con mínimos esfuerzos, y a través del consumo y adquisición de objetos materiales, en detrimento de aquellos valores que proponen un esfuerzo a través del tiempo.

6.1 Factores de Riesgo – Factores Protectores

La evaluación previa de estos factores permite conocer la situación en donde es efectivo desarrollar trabajos preventivos. Los factores de riesgo nos muestran el camino conveniente a seguir y los protectores nos dan la pauta acerca del cómo y con qué hacerlo (PPA; 2009)²³. Estos conceptos se encuentran en revisión permanente debido a que responden a la existencia, incidencia y combinación de variables individuales y sociales presentes en cada situación, y a partir de ello se puede evaluar la posibilidad de que se dé un consumo problemático, pero su existencia no implica de manera alguna determinismo con respecto a la aparición de la conducta de consumo.

FACTORES PROTECTORES	FACTORES DE RIESGO
INDIVIDUALES	
<ul style="list-style-type: none">- Sensación de logro y valoración frente a lo que uno hace (autoestima y autoeficacia).- Adecuada capacidad para comunicar sentimiento e ideas.- Planificación y ejecución de proyectos personales.- Sentido de pertenencia y compromiso con diferentes grupos o instituciones.- Uso eficaz del tiempo libre.	<ul style="list-style-type: none">- Baja autoestima y poca valoración personal- Escasa tolerancia a la frustración y poca capacidad de espera.- Escasez de proyectos personales.- Sensación de insatisfacción frente a lo vital – cotidiano.- Uso precoz de sustancias adictivas.- Dificultad para aceptar las normas y límites.- Actitud permisiva hacia el consumo.

²³ *Op. Cit.* Plan provincial de adicciones (2009).

FAMILIARES	
<ul style="list-style-type: none"> - Grupo familiar estable, contenedor, con capacidad para resolver conflictos cotidianos. - Adecuado nivel de comunicación. - Protagonismo y compromiso social. - Existencia de una red social de apoyo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Inestabilidad, desintegración familiar. - Violencia y/o conductas de abuso. - Dificultad en la integración, contacto y expresión de afectos. - Disciplina laxa o muy autoritaria. - Sobreprotección o abandono. - Historia familiar de consumo de sustancias.
COMUNITARIOS	
<ul style="list-style-type: none"> - Oportunidades para implicarse en la comunidad. - Refuerzos por la implicación individual y familiar en la comunidad. - Existencia de diferentes actividades recreativas barriales. - Normas de protección frente a la venta y consumo en el barrio. - Presencia de efectores públicos de salud en la comunidad. 	<ul style="list-style-type: none"> - Disponibilidad de las sustancias. - Deprivación económica extrema. - Desorganización barrial – comunitaria. - Influencia de pares. - Leyes y normas favorables al uso de sustancias.

La información más actualizada con respecto a esta problemática en nuestra provincia nos la brinda el Observatorio Mendocino de Drogas del Plan Provincial de Adicciones, que elaboró, en 2012, un cuadro epidemiológico provincial sobre la temática del consumo problemático de sustancias psicoactivas, mediante indicadores indirectos que permiten inferir la situación provincial. Estos indicadores refieren a las distintas modalidades de consumo.

En primer lugar, la población de riesgo frente al consumo de sustancias psicoactivas, como son los adolescentes, motivo por el cual se analizan las prevalencias de consumo en estudiantes secundarios, de 13, 15 y 17 años, los niveles de ofrecimiento de sustancias ilegales, los niveles de percepción de riesgo, factores protectores y factores de riesgo que hacen más o menos vulnerables a los adolescentes frente al consumo de drogas. De esto se concluye que en la provincia

de Mendoza, la edad de inicio en el consumo de sustancias psicoactivas legales se ubica entre los 13 y 14 años, y entre los 16 y 17 años para drogas ilegales, valores similares a la media nacional. En el análisis de prevalencias, han consumido bebidas alcohólicas alguna vez en la vida el 68,6% de los estudiantes secundarios de la provincia de Mendoza, y son consumidores actuales el 44,3%; han fumado tabaco alguna vez en la vida el 43,7%, y han fumado en el último mes el 21,4% de los estudiantes. Respecto a la marihuana, han consumido alguna vez en la vida el 12,6% de los estudiantes y son consumidores actuales el 5,6%; han declarado consumo de cocaína alguna vez en la vida el 5,1% y actualmente el 1,2%. Las prevalencias de consumo diferenciadas por sexo indican niveles algo mayores en varones que en mujeres pero no siendo estadísticamente significativas.

En segundo lugar, otro indicador informa sobre el consumo abusivo, e identifica los ingresos a sala de guardia del Hospital Central que están relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas, y se realiza a través de una ventana epidemiológica donde se registran todos los ingresos a sala de guardia durante una semana que no se vea afectada por factores externos que provoquen un aumento o disminución del caudal de ingresos. Del total de ingresos a la Sala de Guardia del Hospital Central de la provincia de Mendoza, en el año 2009 el 12,4% está relacionado con el consumo de sustancias psicoactivas (en el año 2007 fue del 13,9% y en el 2005 el 9,38%). En el último estudio, del total de ingresos de pacientes varones, el 15,3% y en los ingresos de pacientes mujeres el 8,3% está relacionado con el consumo de sustancias psicoactivas. Las franjas etarias donde se registran mayores ingresos relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas es entre los 21 y 30 años y en menores de 21 años, con 16% y 15,3% respectivamente; a edades más adultas los porcentajes de ingresos relacionados a sustancias son decrecientes. Individualizando las sustancias que se encuentran en los ingresos a Guardia Hospitalaria, el alcohol supera el 81%, el tabaco aparece en el 27% de los ingresos, la marihuana en el 16,1%, los psicofármacos en el 11,8%, la cocaína en el 8,6% e inhalantes el 7,5%, estos valores no son excluyentes ya que muchas situaciones refieren a poli-consumo. En los ingresos a la sala de guardia relacionados con alcohol, marihuana, cocaína e

inhalantes los porcentajes son mayores en pacientes varones; en los ingresos relacionados con psicofármacos el porcentaje se invierte siendo superior el dato de pacientes mujeres. Vale aclarar que dicha encuesta fue realizada nuevamente en noviembre de 2012 pero aún no se cuenta con los resultados definitivos.

El tercer indicador significativo se refiere a población ya asistida por el consumo problemático de sustancias, es decir, pacientes en tratamiento. En ellos obtenemos datos referidos a su perfil sociodemográfico y los aspectos más relevantes de su historial de consumo, edad de inicio en el consumo, droga de inicio, cantidad y tipo de drogas consumidas, frecuencia de consumo, edad en la que dejó de consumirla, droga que motiva tratamiento, droga que más daño le ha provocado, tanto en el ámbito personal, familiar y social. En la provincia de Mendoza el 90,6% de los pacientes que reciben tratamiento por consumo problemático de sustancias psicoactivas son varones y el 9,4% mujeres. El promedio de edad de los pacientes es de 28,5 años; el 50% de los pacientes tiene menos de 25 años de edad; y 1 de cada 4 pacientes a nivel provincial tiene entre 15 y 19 años. En la provincia el 41% de los pacientes tiene un nivel de instrucción de primaria completa o inferior. La principal droga por la que se demanda tratamiento es el alcohol, seguida de la cocaína y la marihuana en tercer lugar. Los pacientes en la provincia de Mendoza muestran un consumo problemático superior a la media nacional en sustancias como marihuana y cocaína y valores inferiores en lo referido a pasta base y tranquilizantes.

En el ámbito provincial inferimos que el alcohol es la sustancia psicoactiva con las prevalencias más altas de consumo en adolescentes. La mayor cantidad de ingresos relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas detectados en la sala de guardia del Hospital Central se da por intoxicación aguda alcohólica; y es la principal sustancia que motiva la demanda de tratamiento. Además, su consumo provoca situaciones de violencia física, accidentes de tránsito, y otras consecuencias que la muestran como la sustancia de mayor significancia problemática.

Capítulo 2: FAMILIA

1. Conceptualizaciones

Elizabeth Jelin enuncia un concepto clásico de familia, al concebirla como: *“la institución social ligada a la sexualidad y a la procreación, que regula, canaliza y confiere significado social y cultural a las necesidades de sus miembros, constituyendo un espacio de convivencia cotidiana, en el hogar, con una economía compartida y una domesticidad colectiva”*. (Jelín, 1994 en De Jong y otros; 2001)²⁴

En la actualidad, este concepto entra en crisis al destacar estos tres ejes centrales (sexualidad, procreación y convivencia) que han variado significativamente como producto de las nuevas relaciones familiares. Estos ejes hacen referencia a funciones históricas asignadas a la familia.

Otro concepto define a la familia como: “aquella que opera por medio de roles que cambian y se modifican durante el curso de la vida familiar. La organización familiar es de fundamental importancia: se diferencia de la de otros sistemas por la estrecha relación y la intensa dependencia que se establece entre sus miembros; la eficacia de la organización familiar depende del grado de satisfacción de sus objetivos, es decir de los objetivos de sus miembros y los de la sociedad.” (Anderson; 1994)²⁵

En un sentido similar en cuanto organización, una autora mendocina, Liliana Barg la entiende como: “organización grupal producto de múltiples relaciones, donde existe un vínculo afectivo perdurable que permite diseñar un proyecto

²⁴ De Jong, E. (2001). Trabajo social, familia e intervención. En: De Jong, E.; Basso, R. y Paira, M. (Comp.). (2001). *La Familia en los albores del Nuevo Milenio. Reflexiones interdisciplinarias: Un aporte al Trabajo Social*. (p. 15). Bs.As.: Ed. Espacio.

²⁵ Anderson, R (1994) *La conducta Humana en el medio social*. (p.229) Barcelona: ed. Gedisa.

biográfico conjunto. La tarea del grupo es la reproducción social de la vida según funciones y roles”. La estructura familiar es la síntesis lograda entre lo sociocultural y lo individual en una familia particular; es un argumento que relata la forma de vivir en la familia. Pueden cambiar las personas, pero el argumento central subsiste. (Barg; 2009)²⁶

Otra definición, a la que se adhiere en el presente trabajo, es la de familia como “un conjunto de individuos emparentados por alianza, matrimonio, filiación, adopción y que viven bajo el mismo techo” (Barg; 2009)²⁷. En esta oportunidad, la autora señala como requisito para la constitución de las mismas, la convivencia. Partiendo de este punto, cabría preguntarse si existe la posibilidad de que se den esos lazos familiares sin estar presente la variable de la convivencia, como en el caso de las familias separadas.

En otra referencia a aspectos teóricos en relación a la intervención con familias, Barg²⁸ realiza algunas apreciaciones a partir de conceptos de Pierre Bourdieu, y afirma que las familias han sido modificadas a partir de los escenarios políticos y económicos en los que se desarrolla la cotidianeidad. Es así que nos aporta lo siguiente:

“Una familia no es una unidad homogénea, por el contrario, es heterogénea y abierta al intercambio; la sociedad de consumo apunta a homogenizar a todos como sujetos de demanda, como clientes o nichos de mercado, priorizándose al consumidor por sobre el ciudadano.

El acceso a la tecnología, internet y las comunicaciones, han modificado las relaciones con los otros sustancialmente. Las personas se informan por esta vía, compran mercaderías, leen (...) y los más jóvenes chatean, estudian,

²⁶ Barg, L. (2009). *Las tramas familiares en el campo de lo social*. (p. 92) Bs. As.: Ed. Espacio

²⁷ *Op. Cit.* P. 60

²⁸ Barg, L. (2012). Familia un campo de relaciones. En: *Revista Debate Público. Reflexión de Trabajo Social*. Extraído el 8/11/2013.

En:http://trabajosocial.sociales.uba.ar/web_revista_3/pdf/20_barg.pdf

escuchan música y mandan mensajes de texto todo en forma simultánea ante los ojos asombrados de los más grandes. (Bauman, Z.; 2010. En Barg, L.; 2012)”

Coincide con Bourdieu (quien hace suyo un concepto de Marx) al afirmar que *“en la actualidad la sociedad no se compone de individuos aislados, más aún en la era de internet, sino que expresa la suma de los vínculos y de las relaciones en que están insertos los individuos y lo hace patente en el hecho de que sus dos conceptos centrales, habitus y campo, designan nudos de relaciones. Destruye así la noción hueca de sociedad sustituyéndola con las de campo y espacio social.”*

Según Bourdieu (2005):

“una sociedad diferenciada no forma una totalidad única integrada por funciones sistemáticas, una cultura común, conflictos entrecruzados o una autoridad globalizante, sino más bien consiste en un conjunto de esferas de juego relativamente autónomas que no podrían reducirse a una lógica societal única. Más aún en esta época donde no existen fronteras y es la era de las comunicaciones, se da el intercambio entre personas a veces muy distanciadas geográficamente. Así, un campo está integrado por un conjunto de relaciones históricas objetivas entre posiciones ancladas en ciertas formas de poder (o de capital) mientras que el habitus alude a un conjunto de relaciones históricas depositadas en los cuerpos individuales bajo la forma de esquemas mentales y corporales de percepción, apreciación y acción.”

Cada campo prescribe sus valores particulares y posee sus propios principios regulatorios. Estos principios definen los límites de un espacio socialmente estructurado donde los agentes luchan en función de la posición que ocupan en dicho espacio, ya sea para modificarlo, ya sea para

conservar sus fronteras y configuración. El campo familiar es, simultáneamente un espacio de conflictos y competición, en analogía con un campo de batalla en el que los contendientes rivalizan por establecer un monopolio sobre el tipo específico de capital eficiente en él: la autoridad cultural en el campo artístico, la autoridad científica en el campo científico, la autoridad sacerdotal en el campo religioso, la autoridad familiar en la familia, etc.

Conforme progresan estas luchas se modifica la distribución y el peso relativo de las formas de capital y se modifica la estructura del campo. Esto le da a cualquier campo un dinamismo y una maleabilidad histórica que escapan al rígido determinismo.”

Es en función de estas consideraciones que Bourdieu sostiene que *“la familia es una ficción, un artefacto social, una ilusión en el sentido más corriente del término, pero una ilusión bien fundada porque nos ha sido inculcada a través de una labor de socialización llevada a cabo en un universo organizado según la división en familias.*

Este principio de construcción es uno de los elementos constitutivos de nuestro habitus. El habitus no es propiamente un estado del alma, es un estado del cuerpo, es un estado especial por el cual las condiciones objetivas se incorporan y se convierten así en disposiciones duraderas, maneras duraderas de mantenerse y de moverse, de hablar, de caminar, de pensar y de sentir que se presentan con todas las apariencias de la naturaleza. El habitus es producto de la historia, perdurable, pero no inmutable.

El habitus es lo que permite a los agentes enfrentar situaciones muy diversas. Lejos de ser una invariante antropológica esta estructura profunda es una matriz generativa históricamente constituida con arraigo

institucional y por lo tanto socialmente diferenciada. Las estrategias por él gestionadas son sistemáticas pero son desencadenadas por el encuentro con un campo particular. El habitus es creador, inventivo, pero dentro de los límites de sus estructuras.

Los conceptos de habitus y campo son relacionales, puesto que solo funcionan a plenitud uno en relación con el otro. Un campo no es una estructura muerta o sea un sistema de lugares vacíos, sino más bien un espacio de juego que solo existe como tal en la medida en que existan igualmente jugadores que participen en él, que crean en las recompensas que ofrece y que persigan activamente el juego.

Pensar en términos de campo significa pensar en términos de relaciones. Lo que existe en el mundo social son relaciones, no interacciones o vínculos intersubjetivos entre agentes, sino relaciones objetivas que existen independientemente de la conciencia y de la voluntad individuales, como diría Marx.

En términos analíticos, el campo familiar puede definirse como una red o configuración de relaciones objetivas entre posiciones. Estas posiciones se definen objetivamente en su existencia y en las determinaciones que imponen a sus ocupantes, ya sean agentes, miembros de un grupo familiar o instituciones. Estas relaciones se establecen ya sea por su situación actual y potencial en la estructura de la distribución de las diferentes especies de poder (o de capital) cuya posesión implica el acceso a las ganancias específicas que están en juego dentro del campo y de paso por sus relaciones objetivas con las demás posiciones (de dominación, subordinación, de igualdad etc.)

El campo familiar se constituye en base a relaciones afectivas y de parentesco y en donde se juegan diferentes

posiciones en función del capital de que dispone cada uno de los miembros del grupo. En el caso de la familia, para existir y subsistir debe afirmarse como cuerpo (integrado, estable constante), tender a funcionar como un campo, manteniendo sus relaciones de fuerza física, económica y sobre todo simbólica (vinculadas, por ejemplo al volumen y la estructura de los capitales poseídos por los diferentes miembros) a través de las luchas por la conservación y por la transformación de esas mismas relaciones de fuerza.

La familia entonces es producto de un verdadero trabajo instituyente, al mismo tiempo ritual y técnico, procurando instituir sentimientos y pautas que aseguren la integración, lo que le da condición de existencia, cohesión y persistencia a esa unidad. Los ritos de institución (el casamiento, las celebraciones, los viajes, las fotos) van a constituir a la familia como una entidad unida, integrada, unitaria y por lo tanto estable, constante, indiferente a las fluctuaciones de los sentimientos individuales. La familia es el lugar por excelencia de la acumulación de capital de diferentes especies y de la transmisión entre generaciones: la transmisión del nombre de familia, el apellido, elemento principal del capital simbólico hereditario; la transmisión del patrimonio, elemento central del capital económico y simbólico.

La construcción de un espíritu de familia, del sentimiento familiar como principio afectivo de cohesión social es un principio construido socialmente que instituye el funcionamiento como cuerpo a un grupo que, de otro modo, tiende a funcionar como campo. Tan solo a expensas de un trabajo constante las fuerzas de fusión (ante todo, afectivas) llegan a contrarrestar o a compensar las fuerzas de fisión o de ruptura.” (Bourdieu, 2011)

La familia cumple un rol determinante en el mantenimiento y reproducción del orden social, porque el Estado tiende a favorecer una determinada forma de organización familiar a través de sus mecanismos de socialización. Esta orquestación objetiva es la que funda la creencia de que la familia es lo más natural y universal de la experiencia humana. Esta naturalización de la familia oculta lo que tiene de creación arbitraria, que ha dado lugar a los modelos que sostienen el orden social y sobre los que se apoyan las estrategias de reproducción social. Entre todos los grupos humanos, la familia desempeña un papel primordial en la transmisión de la cultura, en el mantenimiento de ritos y costumbres, en la conservación de las técnicas y del patrimonio.

Otra autora de referencia, Eloisa De Jong (2001), aporta lo siguiente:

“En la actualidad resulta necesario entender en los nuevos modos de organización familiar, qué se preserva y qué cambia. La estructura familiar está sometida a condiciones socioeconómicas, culturales, geográficas, ecológicas, políticas y sociales en las que es producida y productora en un sistema social de relaciones, donde cada persona que la integra significa estas relaciones desde sus condiciones concretas que se expresan en la vida cotidiana y desde su particular manera de pensar, sentir, valorar, de ser, de entender y de actuar. Cada familia también es vehiculadora de normas, valores y sistemas sociales de representación, construyendo así ‘su mundo’, sus modos de interacción, que le da sentido y un modo de entender las funciones y roles vinculados a la sexualidad, a la reproducción, a la socialización, al cuidado de sus integrantes en relación a necesidades socio-culturales materiales y necesidades intangibles tales como el afecto, participación, creación, aprendizaje. Estas funciones y roles familiares guardan relación con la posición social de sus integrantes, como un producto histórico cultural particular. Se constituye a

partir de la internalización recíproca por parte de sus integrantes de su condición de tal y cada uno de ellos se reconoce en un nosotros, “nuestra familia”, respondiendo a la vez a las condiciones materiales y simbólicas de un orden económico, cultural, social en las que se produce y reproduce su vida...”²⁹ “Es importante conocer el concepto que tiene de sí cada familia. Entender que cada una se constituye ‘como puede’, históricamente, en relación a un tiempo y un espacio determinado, a un contexto. Cada familia responde a modos culturales particulares del sector o grupo del que forma parte, de las condiciones concretas que le toca vivir. Es necesario descubrir en cada grupo familiar y en cada integrante los modos de sentir, pensar, actuar, valorar, intuir.”³⁰

2. La familia como sistema

Desde un pensamiento basado en las epistemologías sistémica y constructivista, se centra el estudio y la observación ya no en el individuo como objeto sino en la familia como sistema. El concepto de sistema remite a la integración de las partes con el todo; como lo definen Hall y Fagen, el sistema es un conjunto de elementos en interacción dinámica en función de una finalidad. Vista como sistema, la familia es dinámica, está gobernada por reglas, sus miembros se conducen entre sí de manera organizada y repetitiva y las reglas pueden ser inferidas de esas secuencias repetitivas. Es decir, la familia opera a través de pautas transaccionales que regulan la conducta de sus miembros.³¹

²⁹ De Jong y otros (2001). *La Familia en los albores del nuevo milenio*. (p. 19 y 21). Bs. As. Ed. Espacio.

³⁰ *Op. Cit* p. 21

³¹ Del Pópolo, L. (2003). *Adicción: Una lectura Interaccional*. Tesis de Maestría para optar al título de Magister en Psicoterapia Sistémica N°491: (p. 5). UDA. Mendoza.

Esta definición constructivista nos acerca a considerar que cada familia sostiene un mapa o modelo de mundo que genera una manera peculiar de actuar, pensar y sentir; como también su mapa de mundo incide en los síntomas que se manifiesten y hasta en el modo peculiar de sufrir. El mapa de mundo, o construcción internalizada de creencias, rige el pensamiento y la acción que a su vez refuerzan aquellas creencias y conducen a pautas estables de interacción, propias de cada familia.

Pensar en sistemas supone pensar en relación, en unión, en interacción; en los sistemas las causas se vuelven sobre sí mismas y los efectos son necesarios, nutrientes, causales de las causas, apareciendo entonces la retroalimentación.

Existen, pues, distintas formas de funcionamiento familiar. En general, se pueden distinguir dos: el de las familias funcionales y el de las familias disfuncionales. Las características de unas y otras se advierten cuando se focaliza la atención en los siguientes parámetros:

- Capacidad de la familia para resolver problemas.
- Clima emocional de la familia.
- Capacidad de cambio en el curso del ciclo vital de la familia.
- Capacidad para regular la proximidad y distancia en las relaciones interfamiliares.
- Formación de fronteras generacionales funcionales.

Por tanto las familias funcionales son aquellas capaces de abandonar conductas que les han resultado ineficaces, y de formular creativamente estrategias nuevas.

Virginia Satir (Del Pópolo; 2003)³² afirma que “*las familias que funcionan bien resuelven con éxito los problemas y evitan paralizar o fijar procesos interaccionales.*” Los conflictos suelen ejercer en ellas un efecto positivo en

³² *Op. Cit.* (p. 24, 25)

cuanto estimulan los cambios necesarios para el desarrollo, y no hace falta un chivo expiatorio que sea portavoz denunciante de alguna disfunción. Es también esta autora quien propone reglas de comunicación que garantizan la funcionalidad de la familia, estas son:

- Las transacciones que son iniciadas deben ser terminadas.
- Las preguntas se formulan y se responden con claridad.
- La hostilidad y los conflictos son reconocidos e interpretados
- Los miembros de la familia tienen conciencia de sí mismos y de cómo son percibidos por los demás.
- Cada miembro es capaz de expresar opiniones diferentes sobre los demás y de comunicar las esperanzas, los temores y expectativas que tiene con respecto a las partes interactuantes.
- Se admite la diferencia de opiniones.
- Los miembros de la familia son capaces de elegir entre varias alternativas de conductas, cada uno de ellos tiene capacidad de aprender de la experiencia y rechazar modelos obsoletos.
- Los mensajes que los miembros de la familia se envían mutuamente son enunciados con claridad y la conducta correspondiente es coherente con el mensaje.

Cuando el sistema se torna rígido, es porque la incapacidad para cambiar roles y funciones pesa sobre las necesidades de diferenciación de sus miembros. Así, se estructuran relaciones rígidas que conducen a una progresiva disminución de las energías disponibles y a un empobrecimiento de la comunicación con el afuera. Al interior del grupo familiar disfuncional se instituye una red de funciones que se refuerzan recíprocamente y que cristalizan las relaciones en roles estereotipados, en detrimento de experiencias nuevas y diferenciadas que son

vividas como amenazantes para el equilibrio familiar. La consecuencia de esto es una confusión creciente entre el espacio personal y el espacio interaccional de cada individuo, es decir, entre el lugar de la definición del propio ser dentro de sí y el lugar de los intercambios con el afuera.

3. Identidad Familiar

Continuando con los conceptos de De Jong (2001), aporta en su trabajo la noción de *identidad familiar*, y expresa: “*La identidad de todo grupo familiar se va constituyendo en la vida cotidiana, en la relación familia – contexto social, a partir de una historia vincular – social, mediado por las representaciones sociales del grupo, de los sujetos que la integran y de los vínculos que se constituyen a partir de relaciones, los propósitos y las capacidades de cada grupo familiar y de cada persona en la materialidad de la existencia.*”³³. Luego, define y compara dos formas de organización de las relaciones al interior de la familia: Organización Familiar Objeto y Organización Familiar Sujeto; aclarando que “*no se dan en forma pura, pero el modo en que se establecen el juego entre los dominios de las relaciones, los propósitos u objetivos individuales y grupales y las capacidades subjetivas, dan cuenta de los procesos de salud y enfermedad de un grupo familiar, y de las posibilidades o no de preservar la organización en función del crecimiento personal de sus integrantes.*”³⁴

Cuando la identidad de la Organización Familiar se da como Objeto, se observa que el discurso propio es construido desde afuera y pretende tener una identidad fija, siendo “*una estructura rígida, con roles y funciones estereotipados, con menos logros y productividad, (...) menor reconocimiento de las necesidades, (...) poca participación y cooperación, con obstáculos importantes en la comunicación.*”³⁵ Algo parecido a lo mencionado anteriormente como “familias disfuncionales”.

³³ *Op. Cit* p. 29

³⁴ *Op. Cit* p. 31

³⁵ *Op. Cit* p. 30

En contraposición a lo anterior, cuando hablamos de identidad de la Organización Familiar Sujeto, *“la familia construye su propio discurso, su propia trama argumental. Es un modelo familiar dinámico, creativo, flexible, mediado por el querer y el poder ser con un movimiento firme de lo instituyente del grupo. (...) El poder es ejercido democráticamente en la distribución de funciones y roles. Tiene movilidad y capacidad de sustituir roles ante las necesidades del grupo. Se reconocen las necesidades de los integrantes. (...) Es una organización productiva, privilegiando los vínculos entre sus integrantes; revalorizando y promoviendo sus capacidades.”*³⁶ Esto se acerca más al concepto de “familia funcional”.

Si el modo de mirar la familia va a depender del lugar teórico desde donde se posicione el profesional, es importante definir la *visión crítica*: es decir, aquella que *“ubica a la familia como una organización de carácter universal en tanto existe en todas las sociedades y culturas pero a la vez adquiere en cada contexto formas particulares, como una organización témporo - espacial en el movimiento histórico cultural. (...) Desde esta visión la familia es particular y concreta, productora y producida en un sistema social de relaciones materiales y simbólicas, guarda relaciones internas y externas, comparte de un espacio determinado de existencia desde la vida cotidiana y desde el mundo de la vida de cada persona. No prevalece un criterio de ‘normalidad’, sino que la familia se constituye históricamente en relación a un espacio socio-cultural y en un tiempo determinado en el que los roles familiares son móviles, de acuerdo a los movimientos de la realidad, como así también los modos de funcionamiento y las formas de integración.”*³⁷

³⁶ *Op. Cit* p. 31

³⁷ *Op. Cit* p. 35

4. Crisis familiares. Enfoque evolutivo.

García (2011)³⁸, en el documento de cátedra “Trama vincular en Conflicto: “Crisis Familiares”, señala que: “Las crisis familiares han sido abordadas por autores de diversas disciplinas debido a la importancia que le atribuyen en la estabilidad de la estructura familiar, que se pone en juego ante la ocurrencia de los eventos antes mencionados, e incluso en situaciones de la cotidianidad familiar como puede ser los cambios laborales, económicos y financieros, eventos relacionados con la salud, etc., y que no hacen más que poner a prueba dicha estructura familiar en cuanto a su dinámica y capacidad de sobreponerse a estos eventos.

Al término *crisis* se le han dado diferentes significados, según la intencionalidad de los estudios de los diferentes autores. Es una palabra que arrastra, desde siglos, un significado dramático y negativo, del cual, recién en los últimos tiempos y con el desarrollo de las nuevas concepciones sobre las crisis evolutivas, se ha tratado de dar un concepto más positivo. Derivada etimológicamente de un vocablo griego, crisis significa separación y elección, definiéndose con estas dos acciones un proceso dinámico compuesto por un período en el que debe producirse una separación (de algo – alguien) antes de que pueda darse una elección (de algo – alguien) como expresión de una evolución madurativa; y entre ambos un tiempo, un antes y un después. (...)

Se considera entonces a las crisis “como un fenómeno evolutivo que da lugar a nuevos estados organizacionales, (...) considerándola como una expresión de interrelación, en la que no se puede concebir un tiempo sin el otro, y no hay elección si no hay separación y esta tiene que ser previa en aquella.

Otra conceptualización de las crisis remite a un “aumento de la disrupción, desorganización o incapacidad del sistema familiar para funcionar. La familia en crisis se caracteriza por la inhabilidad a retornar a la estabilidad, y a la constante presión a hacer cambios en la estructura familiar y en los modelos de interacción.

³⁸ García, S. (2011). *Trama vincular en Conflicto. Crisis Familiares*. Documento de Cátedra. Facultad de Ciencias Políticas y Sociales. U.N.Cuyo. (p.2)

También se plantea que “la crisis familiar se caracteriza por una desorganización familiar, en la que los viejos modelos y las capacidades no son adecuados por largo tiempo y se requiere un cambio. Son crisis familiares normativas que requieren cambios en la estructura y reglas familiares.”

Otras crisis son previamente promovidas por decisiones familiares para hacer mayores cambios; por ejemplo, cuando se hace un plan para mejorar el funcionamiento familiar y lograr una mejor satisfacción de las necesidades individuales y familiares. En otras situaciones la familia es impulsada hacia la crisis por la ocurrencia de eventos estresores no normativos, tales como un accidente fatal en un miembro de la familia. Este modelo ve las crisis familiares como una variable continua que refleja la total ruptura del sistema, como por ejemplo cuando ocurre un divorcio; también considera que existen crisis menores, que son virtualmente imperceptibles por la familia. Las crisis familiares representan el final del viejo sistema familiar, emergiendo nuevas formas de interacción.

También se define la crisis como una situación vital que incluye cambios, amenazas o dificultades, que originan desequilibrio personal. Puede derivarse de factores del desarrollo, como la pubertad, embarazo o edad madura; o de factores accidentales (...) o desastres naturales.

Existen entonces diferentes acepciones del término crisis, “algunas más próximas al significado de catástrofe, disrupción, destrucción, con mayor énfasis en los aspectos negativos de éstos, y otros que le dan un valor positivo que implica maduración, desarrollo y crecimiento.”³⁹

Ambos puntos de vista pueden complementarse al dar cuenta de la trama que recorren las familias al hacer frente a diversas dificultades vitales (derivadas tanto de su dinámica interna como de factores externos, de circunstancias esperables como de eventos fortuitos) y de los recursos que ponen en práctica, en función de definir su particular *nosotros-aquí-y-ahora*. Es así como las crisis no siempre resultan negativas a la familia ni se derivan de eventos traumáticos,

³⁹ *Op. Cit.* p. 3

desagradables, catastróficos. Las crisis relacionadas con el tránsito por las etapas del ciclo vital, las llamadas normativas, son situaciones que demandan cambios en el sistema, que generalmente significan contradicciones, desacuerdos, separación de viejos modelos de interacción, o asimilación de nuevas formas organizacionales; modificaciones que contribuyen a la maduración, desarrollo y crecimiento del sistema familiar.

“El vocablo crisis no implica la vivencia de circunstancias negativas o la máxima expresión de un problema, sino también la oportunidad de crecer, superar la contradicción con la consiguiente valencia positiva. Las crisis no son señales de deterioro, sino que suponen riesgos y conquistas, son motores impulsores de los cambios. La familia en crisis no es necesariamente una familia disfuncional o problemática. El hecho de vivir en crisis no es necesariamente la causa de disfunción familiar, sino el modo cómo se enfrenta.”

La misma autora continúa explicando: “Durante las diferentes etapas del desarrollo familiar, la familia enfrenta diferentes momentos críticos del ciclo evolutivo, que implican cambios tanto individuales como familiares, y que pueden constituir un período de crisis. En estos períodos de transición de una etapa del ciclo vital a otra hay indefinición de las funciones, porque los miembros de la familia están asumiendo un nuevo rol. El querer conciliar ambos funcionamientos produce en ocasiones fluctuaciones, inestabilidades, transformaciones, que se expresan en ciertos niveles de desorganización de la familia, y es lo que se denomina como ‘crisis evolutiva’. Estas crisis son llamadas evolutivas porque están en relación con los cambios biológicos, psicológicos y sociales de cada uno de los miembros de la familia, y con los cambios, en consecuencia, de las pautas de interacción en el contexto familiar. En estas crisis evolutivas se cambian las viejas pautas de interacción por otras nuevas que posibilitan, a cada uno de los miembros de la familia, el desempeño de nuevas funciones en sus roles, poniendo de manifiesto un desarrollo cada vez más acabado de individuación y de una estructura familiar cada vez más compleja y diferente a la anterior, lo que da lugar al crecimiento y desarrollo de la familia. En este proceso de cambio predominan las tareas denominadas *de desarrollo*, las que están relacionadas con las etapas del

ciclo vital que necesariamente tiene que atravesar la familia para desarrollarse, crecer y madurar. Cuando cada uno de los miembros de la familia tiene bien definidas sus funciones y los roles en correspondencia con el ciclo vital cronológico, va creándose una estructura familiar organizada que le permite tener un desarrollo en su identidad familiar y en la individualidad personal de sus componentes.

Ahora bien, si en el esfuerzo de reorganización familiar la propia estructura familiar, por su falta de flexibilidad, no lo permite, aparecen entonces las crisis denominadas *normativas* o *transitorias*. El término “transitoria” está utilizado en un sentido cinético y no en el sentido temporal de la palabra; esto es: una crisis es transitoria en función de que posibilite o no el paso de una etapa a la otra del ciclo vital y no se refiere en ningún sentido al tiempo de duración de la crisis.⁴⁰

Sin embargo, la dinámica familiar, como todo proceso en desarrollo, no es lineal y ascendente sino que se ve afectado en muchas ocasiones por situaciones que introducen cambios en su estructura y funcionamiento, y por la existencia de hechos que actúan como fuentes generadoras de estrés, como pueden ser las situaciones de divorcio, padecimiento de una enfermedad crónica, o el fallecimiento de un miembro de la familia, los cuales tienen una expresión particular en cada familia en dependencia de su historia, su propia dinámica, de la significación que asigna al evento o situación, y de los recursos con que cuenta para hacerle frente. En este caso las tareas que debe desarrollar la familia, son tareas *de enfrentamiento* que se derivan de las llamadas crisis *no transitorias* o *paranormativas*.”

Las crisis familiares están asociadas tanto a la ocurrencia de determinadas situaciones transitorias de la vida familiar como el matrimonio, el nacimiento de un hijo, la jubilación, que dan lugar a las llamadas *crisis normativas*; como también por situaciones o hechos accidentales, que desencadenan las *crisis no transitorias* o *paranormativas*, que generalmente tienen un mayor costo para la salud.

⁴⁰ *Op. Cit.* p. 1

En otra parte del texto la autora señala: “Tanto los eventos normativos como los paranormativos, tienen algunas especificidades que los caracterizan: por ejemplo, algunos eventos normativos se pueden prever, lo que permitiría hacer análisis con antelación, y redundaría en una preparación mejor para enfrentarlo; mientras que algunos eventos paranormativos pueden ser esperados, como es el caso de una hospitalización planificada, o una muerte después de un período largo de enfermedad. Muchos no se pueden prever, como las muertes súbitas. (...) En ambos existen experiencias previas con algunos eventos: en los normativos se transmiten las experiencias de una generación a otra, como es el caso del embarazo, o la adolescencia; en los eventos paranormativos, la experiencia previa es menor, aunque en el divorcio, o la muerte de un miembro de la familia, es posible la existencia de experiencias anteriores en la familia.

La persistencia en el tiempo de las crisis que desencadenan los diferentes eventos, varía en dependencia del evento. Generalmente en los normativos el tiempo de la duración de las crisis es más breve, aunque por las características de algunos eventos, como la adolescencia, (...) pudiera considerarse con mayor tiempo de duración. En el caso de las paranormativas el período de duración de las crisis puede ser más prolongado y su recuperación más tardía. Esto no descarta que por la forma de enfrentamiento positivo de algunos de estos eventos se recuperen más rápido de la crisis.

El sentido de pérdida se tiene que ver también en dependencia del evento, aunque normalmente los normativos son menos drásticos en cuanto a la pérdida, hay que tener en cuenta la viudez, que sí tiene un gran sentido de pérdida. En los eventos paranormativos, el sentido de pérdida es más impactante en los eventos de desmembramiento, y no así en el resto. El impacto emocional y el daño a que se expone la familia, en los eventos normativos, puede tener menor intensidad que en los paranormativos.⁴¹ (...)

Existen distintos tipos de eventos que desencadenan estas crisis:

⁴¹ Op. Cit. p.5

1. Eventos de desmembramiento: son aquellos eventos vitales familiares que constituyen separación de algún miembro y que provocan crisis por esta pérdida familiar (hospitalización, separación, divorcio, muerte).
2. Eventos de incremento: son aquellos que provocan crisis por incremento a causa de la incorporación de miembros en la familia (adopciones, llegadas de familiares, nacimientos).
3. Eventos de desmoralización: son los que ocasionan crisis de este tipo por constituir hechos que rompen con las normas y valores de la familia, entonces al interior de la familia se consideran deshonorosos (alcoholismo, infidelidad, farmacodependencia, delincuencia, encarcelamiento,).
4. Eventos de desorganización: son aquellos hechos que obstaculizan la dinámica familiar, y que por su naturaleza y repercusión facilitan las crisis familiares por desorganización (pareja infértil, divorcio, accidentes, enfermedades psiquiátricas, graves e incapacitantes).”

En el caso de la familia es importante, no sólo tener en cuenta la ocurrencia del evento vital familiar, sino la vivencia que tiene la familia del evento. Un evento vital no genera por sí solo crisis familiar, sino que éste es un proceso en el cual se implican otros elementos:

- La significación que la familia asigna al evento vital familiar.
- Los recursos con que cuenta la familia para hacer frente a las exigencias de ajuste del evento vital familiar.

El significado que la familia asigna al evento va a depender de cómo esta la perciba. La repercusión del evento varía en dependencia de la atribución del significado que tenga en cada familia. Tanto la significación como los recursos pueden hacer variar la dimensión y el sentido de la crisis.

Entre los recursos familiares más importantes se encuentra la cohesión, que se expresa en el nivel de apoyo mutuo, afecto y confianza entre los miembros de la familia. Cuando la familia puede contar con esta posibilidad de decisión conjunta, cuenta con un recurso muy positivo para el enfrentamiento a las diferentes problemáticas de la vida familiar.

Otro puntal importante es la flexibilidad, ya que en la medida que la organización interna de la estructura familiar sea más flexible, permitiendo adoptar nuevos roles y reglas, se facilitará la solución de los conflictos. Esta capacidad del sistema da lugar al recurso de adaptabilidad, que no es más que la capacidad de la familia para enfrentar los cambios y adaptarse al medio social; es decir, la habilidad para cambiar de la estructura de poder, las relaciones de rol y las reglas en dependencia de la nueva situación.

La permeabilidad es otro recurso familiar que se refiere a la capacidad de la familia de abrirse hacia otras instituciones de la sociedad, permitiendo la relación prudente de sus miembros con otros subsistemas. Se manifiesta en la posibilidad de solicitar y permitir la ayuda desde fuera del sistema familiar. La apertura del sistema facilita el apoyo social de otras familias, de los amigos y compañeros más cercanos, y de otras instituciones sociales.

El apoyo social es un recurso que se puede referir al propio sistema cuando es la familia la que actúa como sistema de apoyo, brindando ayuda a todos sus miembros, o cuando la recibe de otras personas, grupos o instituciones.⁴²

A partir de lo citado anteriormente, la autora expone una propuesta de intervención ante las crisis familiares:

“Antes de poner en práctica los procedimientos que apoyen y guíen a la familia a la recuperación, es necesario hacer una evaluación de la situación familiar, donde se deben tener en cuenta los siguientes aspectos:

1. Tipo de evento ocurrido, experiencias previas, intensidad de los factores estresantes.

⁴² *Op. Cit.* p. 4

2. La forma en que afectó a la familia, grado de desorganización y la conducta familiar reactiva ante el evento.
3. La historia de otras crisis familiares, los mecanismos de resolución de las crisis usuales, y los métodos de que dispone la familia para enfrentar las crisis.
4. Habilidad para adaptarse a la nueva situación, grado de flexibilidad del sistema familiar.
5. Nivel de apoyo disponible y de recursos familiares en general.
6. Nivel de aceptación de la ayuda.

Estos elementos pueden brindar, en alguna medida, una valoración de los posibles pronósticos de la capacidad adaptativa de la familia.

Entre los objetivos fundamentales, a los que deben ir encaminados la intervención podemos citar: reforzar o fomentar los mecanismos adaptativos de la familia; ayudar a reordenar y a organizar el funcionamiento familiar; y ayudar a la familia a reconocer sus propios recursos protectores, que le permitan el reordenamiento familiar.

La resolución de la crisis está dirigida a la adaptación y a la recuperación del equilibrio familiar y los pasos a seguir para lograr esa resolución de la crisis son los siguientes:

1. Identificación de la fuente de estrés, detallar las causas que llevaron a la familia a la crisis.
2. Analizar la situación como un problema de toda la familia, y no de algunos miembros nada más.
3. Redimensionar la situación, manejando el significado y la gravedad del problema; ayudar a minimizar los efectos de la desorganización.

4. Buscar opciones para la solución del problema con los propios recursos de la familia, alentarlos en la búsqueda de nuevas soluciones.
5. Reforzar las soluciones positivas y destacar las habilidades familiares en la solución de los problemas.
6. Tratar de que la familia integre las nuevas situaciones a los acontecimientos cotidianos de la vida familiar.
7. Ayudar a la familia a recuperar la sensación de control, disminuyendo las sensaciones de impotencia, y las creencias de la carencia de habilidades para resolver los problemas.
8. Flexibilizar el sistema familiar.
9. Guiar y regular los esfuerzos adaptativos de la familia.”⁴³

Concluyendo, el enfoque evolutivo de las crisis familiares ha permitido cambios en su conceptualización: “Las crisis familiares no siempre tienen consecuencias negativas, ni son referidas siempre a circunstancias traumáticas, sino que están relacionadas también con acontecimientos normales del desarrollo familiar. La familia en crisis no es siempre una familia disfuncional, son situaciones de cambio, que implican transformaciones en el sistema familiar, pero si la familia es capaz de asimilar estas reestructuraciones, pueden ser fuente de crecimiento y desarrollo familiar (...) El evento familiar, por sí solo, no genera crisis, depende siempre del significado que le otorga la familia, y su repercusión va a estar relacionada, tanto con la capacidad adaptativa de la familia, como con el resto de los recursos con que cuenta la misma. Las acciones de prevención estarían orientadas fundamentalmente a fomentar la capacidad adaptativa de la familia.”⁴⁴

⁴³ *Op.Cit.* p. 5

⁴⁴ *Op. Cit.* p. 5, 6

5. Familia y consumo problemático de sustancias⁴⁵

Como se mencionó anteriormente, en el apartado de Familia como Sistema, se desprende que las familias con un miembro consumidor problemático claramente son familias en crisis, y en la mayoría de los casos, familias disfuncionales.

De acuerdo con el autor mexicano Torres García, L. (2007), “la familia es un complejo de roles y funciones (biológica, económica, espiritual, educativa, social, solidaria, psicológica), en donde la convivencia, sus integrantes, la manera en que se transmiten los valores, sentimientos y emociones, cómo se viven y como se manifiestan en sus miembros, son parte de un modelo interactivo que representan un factor importante en la tendencia de consumo de las sustancias psicoactivas.”

La familia es una parte elemental en la historia del uso y abuso de sustancias, en su detección, aceptación, orientación, canalización, tratamiento, rehabilitación y mantenimiento de abstinencia, y asimismo disminuye o provoca recaídas; es pues, un elemento clave en la generación y recuperación del consumo problemático.

Observa el autor: “La misma forma de negación usada por la persona que presenta consumo problemático se puede utilizar por sus familiares. Ellos sufren a menudo de una condición conocida como “co-dependencia.” En muchos casos, los pensamientos y las sensaciones de esposas, hijos y hermanos son controlados por el comportamiento y las emociones del consumidor y esto causa fuertes crisis en la unidad familiar. Los miembros de la familia pueden sentirse responsables por el problema, ya que puede darles esperanza equivocada que ellos pueden “curar” a su ser querido.

La co-dependencia se revela en muchas formas. La situación de consumo problemático de sustancias puede hacer que la familia oculte el problema, quizás

⁴⁵ Torres García, L. (2007). El adicto y la familia en recuperación. En: *Familia y Adicciones*. Consultado el 08/11/2013 en: http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/cecas/qro/anud43_adicto.pdf

no permitiendo a visitantes en el hogar o prohibiendo discusiones sobre esta temática y otras relacionadas entre integrantes de la familia. Cuando la persona que consume está intoxicada, los familiares pueden intentar proteger a su ser querido diciéndole al jefe que la persona no puede ir a trabajar ese día porque está enfermo/a cuando en realidad está intoxicado/a. Otro problema relacionado a la co-dependencia se presenta cuando un integrante de la familia intenta controlar el comportamiento de quien consume, ocupando su tiempo libre, intentando impedir que él o ella beban alcohol o usen drogas.”

El tratamiento de la familia con un miembro que presenta consumo problemático de sustancias es necesario para poder restablecer de manera integral el daño producido por el consumo en el sistema familiar. Uno de los aspectos más importantes en la trama del tratamiento de quien consume es el trabajo o intervención que debe realizarse con el grupo familiar. Al igual que quien consume puede recuperarse y vivir una nueva vida, más saludable y con una mejor calidad de vida, la familia tiene derecho y necesidad de recuperarse. La mayoría de las veces es primero un familiar el que detecta y toma dimensión del problema, y da los primeros pasos en búsqueda de ayuda. Esto, a decir de Torres García, se desarrolla de la siguiente manera: “Al principio, el co-dependiente está tan obsesionado con ayudar a su familiar, que necesita apoyo para poder enfocarse en sí mismo y comenzar su proceso de recuperación. Pronto será evidente para el co-dependiente, que sólo puede ayudar si él mismo está en tratamiento, pues esta situación (como toda crisis) afecta a toda la familia.

La co-dependencia se caracteriza por un sentido de urgencia por el control de la conducta de otros, especialmente hacia la persona que consume. Por esto, una de las primeras metas a trabajar en el tratamiento de la familia, es el desarrollo del “desprendimiento emocional”. Este desprendimiento se hace a través del cambio de formas de pensar y de actuar que vienen con la recuperación. El co-dependiente se desprende de su obsesión por el control, y de los patrones de conducta compulsivos, que le causan dolor.

Desprendimiento no es desentendimiento, sino más bien la vía más razonable para enfrentar el problema del consumo. Nadie que este “enganchado” en una dinámica de co-dependencia, puede ayudar a quien consume a recuperarse. El consumo problemático de sustancia debilita, y hasta a veces daña, las relaciones familiares, haciendo muy difícil la expresión del amor sano. El desprendimiento emocional habilita al co-dependiente para poder ejercer y brindar el amor que siente, a la misma vez que le permite establecer límites saludables con claridad y firmeza.

Para poder lograr el desprendimiento saludable, es necesario trabajar intensamente en la superación de la co-dependencia. Es una capacidad que llega a lo largo del tiempo. La terapia familiar o la terapia de pareja pueden ser de utilidad, pero a veces su uso se restringe a etapas específicas del tratamiento de cada familia

Los co-dependientes en tratamiento también pueden sufrir recaídas en su proceso de aprendizaje. Muchas veces la recaída viene porque el consumidor finalmente presenta mejorías, y ya el co-dependiente deja de cuidarse a sí mismo. Otras veces, las recaídas vienen como producto del desánimo que resulta de una recaída del consumidor. De todos modos, el co-dependiente es responsable por su propia superación y no de la del consumidor. Una recaída no debe ser interpretada como fracaso total, sino que deben aprender de ella y reiniciar o continuar el proceso de tratamiento lo antes posible.”

Desde la experiencia personal de trabajo en comunidad terapéutica con personas con consumo problemático de sustancias, y también con sus familias, se puede agregar que el aprendizaje de la familia durante el tratamiento por consumo de sustancias debe dirigirse, en primera instancia, a identificar alteraciones que derivan en importantes aspectos de disfuncionalidad. Uno de los problemas más serios que deben enfrentar son las intensas y frecuentes manipulaciones que reciben del consumidor. Por otra parte, se distorsionan los sentimientos del grupo, generándose en algunos sobreprotección, rabia, angustia, temor, todo lo cual

favorece en uno o varios miembros del grupo el fenómeno de la co-dependencia que ha sido descrito por diversos autores.

Es importante remarcar que la familia organizada y bajo la guía de un profesional entrenado, puede convertirse en una herramienta de intervención sumamente valiosa para romper la negación del consumidor. Sin embargo, para poder iniciar esa trama, es necesario que los integrantes estén dispuestos a iniciar y mantener su propia recuperación personal como co-dependientes.

Es común que después de que una persona que consume entra en un centro de rehabilitación y es visitado por la familia, se mencionen frases como: “Me tratan mal”, “No me dan comida”, “Me piden hacer aseo y cocinar”, “Me roban las cosas”, “Esto no es para mí”, “Yo no estoy tan enfermo como para quedarme”, “Ya es suficiente, aprendí la lección”, “Pierdo el tiempo”. Los familiares deben identificar diferentes formas y situaciones de manipulación a las que estaban sometidos por los consumidores. Dice el autor: “La manipulación es uno de los síntomas y conductas más característicos del paciente consumidor; y consiste en despertar en el interlocutor (por lo general un familiar, un amigo, compañeros de trabajo o incluso el terapeuta), emociones de protección, lástima o comprensión que lo lleven a obtener su deseo de mantenerse en el consumo y evitar las consecuencias de sus actos sin asumir las responsabilidades que ello implica.

Es importante para la familia analizar los sentimientos y emociones en torno al familiar. Un factor importante en el aprendizaje de los familiares es preocuparse de las emociones y afectos que les genera el familiar, diferentes emociones entre las que destacan: pena, lástima, dolor, tristeza, rabia, culpa, desconfianza y temor. En esta etapa se manifiestan emociones y sentimientos que son comunes a la mayoría de las familias: confusión y ansiedad, temor al juicio social y familiar, sensación de fracaso como padres o como pareja y temor a enfrentar los problemas dejándolos al equipo clínico o a los profesionales a cargo.

El desafío de los familiares es aprender y generar conductas orientadas a que la responsabilidad de mantener la abstinencia es del familiar en tratamiento, que la institución y los terapeutas sabrán enfrentar el problema, y que son los

familiares mismos quienes deberán mantener una firme actitud de que, en caso de una recaída, el residente debe volver al tratamiento. Se le llama “amor responsable” al tipo de afecto que es más apropiado y útil en las relaciones con consumidores. Como familiares, a veces el cariño puede evitar que se estipulen límites adecuados, ya sea para protegerse o para evitar colaborar con la conducta de consumo. Sin embargo, el amor de la familia combinado de manera balanceada con la firmeza necesaria para establecer límites saludables, es una herramienta vital en el proceso de convivir con un consumidor activo.

Este cambio de actitud deriva en que la persona que consume pueda comprender y enfrentar las consecuencias de sus actos y perciba que no tiene la opción de seguir manipulando a la familia, y es este el punto de partida de su recuperación y el comienzo de una resignificación de sus vínculos con la familia y su entorno desde una perspectiva saludable.

Capítulo 3: Redes

“El acto real de descubrimiento no consiste en encontrar nuevas tierras sino en ver con nuevos ojos”

Marcel Proust

1. Etimología

En muchas oportunidades se han planteado interrogantes y se han formulado repuestas acerca de qué es una red, cómo definirla, qué tipos de redes existen, incluso hasta llegar al artificio del “cómo se arma” una red. La autora argentina Elina Dabas orienta en algunas de estas inquietudes a través de abundante bibliografía, basada en su amplia experiencia teórica y, sobre todo, práctica.

Como refiere la autora en su libro *Viviendo Redes*: *“No hay vía privilegiada para entrar a una red, ni caminos prefijados, podemos llegar a ella en cualquier sitio y recorrerla de muchísimas formas diferentes. No existe ni puede existir, una única y verdadera definición de red. En el caso en que precisemos una definición, y vale la pena sospechar siempre de esta “necesidad”, será provisoria y tendrá fines operativos, nunca normativos.”*. Y continúa: Cada cual ha llegado a pensar la “red social” inmerso en su propia red, gracias a otros, con otros, contra otros, a pesar de otros, influidos por otros. Cada cual va recorriendo la red en función de problemáticas, estilos de conocimiento, de competencias profesionales y hasta gustos diferentes.⁴⁶

Considerando la genealogía del término “redes sociales”, este fue utilizado por primera vez (en el mundo académico) por John Barnes en 1954, un antropólogo que estaba desarrollando un trabajo de campo en relación a los vínculos en una aldea de pescadores de Noruega y tenía grandes dificultades para dar cuenta de la multiplicidad y variedad de prácticas sociales que encontraba en

⁴⁶ Dabas, E. (2010). *Viviendo Redes*. (p. 40). Bs. As.: ed. CICCUS

su trabajo de campo (...) Esta situación lo impulsó a crear la noción de red social (...) ligando lo que estaba separado por las categorías rígidas que el estructuralismo y el funcionalismo habían utilizado para cuadrricular la realidad social, y forjando la posibilidad de dar cuenta de realidades sociales multidimensionales y dinámicas.⁴⁷ Un gran caudal de valiosos aportes a este nuevo pensamiento contribuyeron Kurt Lewin, Jacob Levy Moreno y Robert Castel.⁴⁸

La “forma red” da cuenta de un modo de conexión no formalizado ni instituido, de las interacciones no planificadas, de los acontecimientos inesperados, de las erosiones en las arquitecturas formales, de las circulaciones no previstas, de la potencia de la multitud, de la densa trama de relaciones que escapan, se superponen, eluden, burlan, atraviesan el control de los ingenieros sociales.

Otra vertiente proviene desde la teoría General de Sistemas, la Cibernética, las teorías de auto organización y autopoiesis, parientas cercanas y precursoras de los desarrollos a la concepción de Edgar Morin sobre el pensamiento complejo.⁴⁹

La red, por su arquitectura variable y su capacidad de extensión, deformación, transfiguración puede aportar múltiples formas en su devenir vital, y cuando la exploramos tenemos siempre que tener en cuenta el “zoom” o grado y modo de focalización, la escala de relación, la profundidad del campo que estamos considerando, la forma de movilidad de nuestro punto de vista: en suma, debemos siempre tener en cuenta que somos parte de la red que pretendemos conocer y que la forma de nuestra interacción en/con ella es la que la hace emerger de una manera específica. “*No hay una única forma-red como no hay una única forma de concebir los sistemas*”. Como enseña Edgard Morin, siempre corremos el peligro de que “la idea de unidad global se nos imponga hasta tal punto que ciega, lo que hace que a la ceguera reduccionista (que no ve más que los elementos constitutivos) le suceda una ceguera holista (que no ve más que el

⁴⁷ Dabas, E. (2010) *Op. Cit.* p. 41

⁴⁸ Castells, M. (2009) *Comunicación y Poder*. Alianza. Madrid.

⁴⁹ Morin, E. (1994) *Introducción al pensamiento complejo*. Gedisa. Barcelona.

todo). Se ha remarcado muy a menudo que el todo es más que la suma de las partes, pero muy raramente se ha formulado la proposición contraria: el todo es menos que la suma de las partes; y que yo sepa ni siquiera se ha soñado en unir las dos proposiciones: el todo es más y menos que la suma de sus partes”⁵⁰.

Gregory Bateson (1990)⁵¹ ayuda a descubrir que “las redes son pautas de conexión, y que están allí, tejiendo el universo en una dinámica inagotable. Su estética busca siempre la conexión y no la escisión entre el sujeto y el mundo precisando cultivar una curiosidad abierta, sin fronteras, afectiva, emotiva, a la vez que racional para poder aprehender y desplegar las formas, los patrones de conexión”⁵².

En Gilles Deleuze y Felix Guattari (1977, citado en Dabas, 2010) se encuentra la noción de rizoma⁵³ para enriquecer este recorrido en/por las redes siendo tal vez la mejor analogía para pensar la red social. Para conocer un rizoma “no hay método, no hay receta, solo una larga preparación” (Deleuze; 1980). Lo mismo ocurre con las redes sociales, que a pesar de que todos nacemos, vivimos y crecemos en ellas, “su conocimiento no ha sido legitimado sino mas bien eludido, sustraído, inhibido por la omnipotencia de la razón analítica, de la pretensión metodológica positivista y de la unicidad de discurso implícita en toda concepción que suponga la posibilidad de una verdad independiente de aquellos que la producen y sostienen”⁵⁴.

Esta perspectiva anteriormente citada, supera la actitud moderna que llevó a un modelo de investigación y producción de conocimiento monológico, a imagen y semejanza de una religión monoteísta pero eliminando a dios como hipótesis

⁵⁰ Dabas, E. (2010) *Op. Cit.* p. 48

⁵¹ Bateson (1990) *Naturaleza y espíritu*. Amorrortu. Buenos Aires.

⁵² Dabas, E. (2010) *Op. Cit.* p. 48

⁵³ El **rizoma** es un modo de extensión superficial ramificada en todos los sentidos, con concreciones en los bulbos y tubérculos. Algunos de sus caracteres son: *Principio de conexión*: cualquier punto del rizoma puede conectarse con otro cualquiera; no hay un orden a-priori, no hay diseño, no hay deber ser. *Principio de heterogeneidad*: el rizoma es por naturaleza diverso en su itinerario. *Principio de multiplicidad*: la multiplicidad nada tiene que ver con la suma ni con la unidad “una multiplicidad no tiene sujeto ni objeto, sino tan solo determinaciones, grandezas, dimensiones que no pueden crecer sin que ella cambie de naturaleza”. *Principio de ruptura asignificante*: todo rizoma contiene líneas de segmentariedad según las cuales es estratificado, territorializado, organizado, significado, atribuido, etc.; pero también líneas de desterritorialización por las que huye sin cesar.

⁵⁴ Dabas, E. (2010) *Op. Cit.* p. 50-51

prescindible (Laplace Dixit), y reemplazándolo por una razón metódica universal, tan celosa e irascible como Jehová pero “políticamente correcta”. El tránsito desde una perspectiva intelectual que privilegia la simplicidad a los enfoques que pretenden abreviar en la complejidad está signado por una transformación radical del sistema global de producción, validación y circulación de conocimientos. Un abordaje complejo de la complejidad implica desembarazarse de las pretensiones de mantenerla cerrada, de formalizarla, de atraparla en un modelo; de constreñirla a un paradigma.

Desde la *perspectiva de la complejidad*, por el contrario, esta no se visualiza ni impone como una meta a la que arribar, sino como una forma de cuestionamiento e interacción con el mundo, que constituye a la vez un estilo cognitivo y una práctica rigurosa que no se atiene a “estándares” ni a “modelos a priori”. No se trata de un nuevo sistema totalizante, de una teoría omnicomprendensiva, sino de un proyecto siempre vigente y siempre en evolución. Para que su potencia se extienda y la metáfora que implica se encarne en múltiples figuras del pensamiento, para que insemine distintas áreas y cruce las fronteras disciplinarias, en suma, para hacer honor a la complejidad, es preciso tomar en serio la advertencia de Deleuze: “*No hay método, no hay receta, solo una larga preparación*”. (Deleuze y Guattari, 1990)⁵⁵

2. Atributos

De esta manera, haciéndonos eco de la perspectiva de la complejidad se está en condiciones de especificar algunos atributos de las redes: intensidad de los vínculos, diversidad de experiencias, historias de vida, trayectos, distintos escenarios donde estas se desarrollan: son los “lugares donde acontecen sucesos”, quebrando las divisiones clásicas de disciplinas, sectores, programas o jurisdicciones que impiden el fortalecimiento del lazo social.

⁵⁵ Deleuze, G. y Guattari, F. (1977) *Rizoma*. Pre-textos, Valencia.

“Así, cualquier práctica social puede ser pensada desde el enfoque de redes, aunque esto no implica solamente una dimensión cognitiva sino una perspectiva multidimensional. La dimensión ética, implica incluir a cada uno desde sus saberes, vivencias, percepciones y hacerse responsable del propio accionar y discurso; la dimensión afectiva, porque privilegia los vínculos; la dimensión estética, porque admite, a pesar de la tensión que nos produce, distintas formas que redefinen la noción de “belleza” instalada en nuestra sociedad; la dimensión política, en el sentido de que con cada una de las acciones produce sociedad”. (Dabas, 2010)⁵⁶

Mientras se espera que las estructuras de poder se transformen a favor de la vida, se debe tomar mayor conciencia de que el cambio depende de nosotros. Porque no hay nadie que sepa cómo-hacer fuera de las prácticas sociales históricas, no hay quien represente a los otros o interprete desde sitio alguno fuera de la trama que teje lo cotidiano, que ayude a visibilizar lo oculto para colaborar a desarrollarlo, fortalecerlo, potenciarlo. La red social, en tanto forma la trama de la vida, no es una sino múltiple, está en perpetuo flujo, cambia su configuración y permite diversos modos de trabajo, tanto conceptualmente como en la práctica profesional y vital de cada cual. Cada uno alumbra su red al recorrerla y es fecundada por ella en su caminar.⁵⁷

Sebastián Bertucelli deja muy en claro que *las redes preexisten a cualquier intervención*, lo cual contrasta fuertemente con la penosa idea que circula de que las redes se arman. Es una penosa idea ya que a partir de ellas se considera la intervención como una intromisión en la vida de las personas y las comunidades desde el lugar hegemónico del operador, quien posee, además de los títulos universitarios y credenciales diversas la capacidad de “armar redes”.

⁵⁶ Dabas, E. (2010) *Op. Cit.* p.21

⁵⁷ Dabas, E. (2010) *Op. Cit.* p.26-27

Se reconoce como significativo el aporte de Robert Castel (1997)⁵⁸, quien desarrolla la noción de desafiliación y de zona de vulnerabilidad, que historizadas desde diversos contextos aportaron aperturas a la dimensión política de la perspectiva de redes. Este aporte y las experiencias de trabajo apuntan a la noción de *restitución comunitaria*, la cual acentúa el acto político que esta acción conlleva en el sentido de producir sociedad, y que implica invertir a la comunidad de la capacidad de sostén, activación, desarrollo, potenciación y solución de problemas que atañen a todos sus miembros.

Esta noción se vincula también con las de habitus y práctica, desarrolladas por Pierre Bourdieu. Siendo el habitus “un sistema de esquemas adquiridos que funciona en estado práctico como categoría de percepción y apreciación y como principios de clasificación al mismo tiempo que como principios organizadores de la acción”, posibilita constituir al agente social como un operador práctico que transforma constantemente su contexto, transformándose a sí mismo. El lugar privilegiado otorgado a las prácticas sociales fue abriendo la presencia de otra noción: la construcción de la memoria social. Esta facultad, esencial para la vida, cobra un papel mayor en la vida social. Esta noción está considerada como ciertas formas de conciencia del pasado, aparentemente compartidas por un grupo de individuos, generalmente inscripta en un espacio, en un lugar, y la reubicación de los sujetos en un contexto de aprendizaje, lo que posibilitaría la evocación. Sin memoria el sujeto vive únicamente el instante, pierde sus capacidades conceptuales y cognitivas.⁵⁹

Por el momento, se trata de decir, al mismo tiempo que se construyen, “estrategias para fortalecer la trama social”.

⁵⁸ Castel, R (1996) *Las metamorfosis de la cuestión social*. Paidós. Buenos Aires. Y Castel, R. (1977) *La gestión de los riesgos*. Anagrama. Madrid.

⁵⁹ Dabas, E. (2010) *Op. Cit.* p.35

3. Red Social

Uno no escoge

*Uno no escoge el país donde nace;
pero ama el país donde ha nacido.
Uno no escoge el tiempo para venir al mundo;
pero debe dejar huella de su tiempo.
Nadie puede evadir su responsabilidad.
Nadie puede taparse los ojos, los oídos,
enmudecer y cortarse las manos.
Todos tenemos un deber de amor que cumplir,
una historia que nacer
una meta que alcanzar.
No escogimos el momento para venir al mundo:
ahora podemos hacer el mundo
en que nacerá y crecerá
la semilla que trajimos con nosotros.
Gioconda Belli (1974)*

Se toma en este punto la nociones expresadas por Dabas, E., en su libro “Haciendo en redes”. En el mismo la autora explica: “La red social, en tanto forma la trama de la vida, no es una sino múltiple, está en perpetuo flujo, cambia su configuración y permite diversos modos de abordaje, tanto conceptualmente como en la práctica profesional y vital de cada cual. Por eso no podemos – ni queremos – presentar una teoría, o un modo de red, sino tan solo presentar una cartografía viva e implicada en nuestra relación, de nuestros recorridos en y con las redes sociales. Cada cual visualiza su red al recorrerla y es transformado por ella en los diversos itinerarios. Las redes, como nosotros las pensamos y vivimos, son dinámicas, muestran diversidad de afluentes y admiten caminos singulares. El pensamiento y las practicas con enfoque de red no tienen un solo modo correcto o verdadero de desarrollarse o expresarse, un solo afluente que deba ser recorrido por todos y por cada uno, un único modelo adecuado desde el cual estemos

obligados a pensar. La propuesta no es imponer un paradigma sino mostrar posibilidades, desplegarlas, recorrerlas. (Dabas, 2006; en Dabas, 2011)⁶⁰

El trabajo desde el enfoque de redes se vincula con *la promoción de prácticas saludables*, ya que la experiencia ha demostrado que la prevención surge de una aproximación del sentido y significado de la vida.

Si hablamos de prevención, siguiendo con Dabas, tenemos que citar la Carta de Ottawa⁶¹, promulgada en 1986; ésta consiste en proporcionar a la gente los medios necesarios para mejorar la salud y ejercer un mayor control sobre la misma. En 1990, la OMS concibe la promoción de la salud, cada vez en mayor grado, como la suma de las acciones de la población, los servicios de salud, las autoridades sanitarias y otros sectores sociales y productivos encaminados al desarrollo de mejores condiciones de salud individual y colectiva.⁶²

Las estrategias basadas en el enfoque de red tienden, fundamentalmente, al fortalecimiento del lazo social, promoviendo nuevos aprendizajes a partir de una práctica social diferente. Esta promueve la *restitución comunitaria* como un modo de recuperar las modalidades sociales de resolución de situaciones que son percibidas como problemas y genera nuevos procesos de producción de subjetividades como el desarrollo de *organizaciones que se visualicen a sí mismas como redes y trabajando en red*.⁶³

4. Concepciones de Red

La red es una metáfora que permite hablar de relaciones sociales (...) Las redes son un grupo de personas, miembros de una familia, vecinos, amigos y otras personas capaces de aportar una ayuda o apoyo a un individuo o una familia. (Chadi, M., 2000 en Dabas, 2011)⁶⁴

⁶⁰ Dabas, E. (2011) *Haciendo en redes*. (p.11, 12). Bs. As: Ed. CICCUS

⁶¹ OMS (1986) *Carta de Ottawa para la promoción de la salud*. Disponible en: <http://www.fmed.uba.ar/depto/toxico1/carta.pdf> Consultado 10/11/2013

⁶² Dabas, E. (2011) *Op. Cit.* p. 14

⁶³ Dabas, E. (2011) *Op. Cit.* p 40

⁶⁴ Dabas, E. (2011) *Op. Cit.* p 41

El término es aplicable a dos fenómenos diferentes: por una parte a un grupo de interacciones espontáneas que pueden ser descritas en un momento dado, y que aparecen en un cierto contexto definido por la presencia de ciertas prácticas más o menos formalizadas; por otra parte, puede también aplicarse al intento de organizar esas interacciones de un modo más formal, trazarles un frontera o un límite, poniéndoles un nombre y generando, así, un nuevo nivel de complejidad, una nueva dimensión (Pakman, 1992, en Dabas, 2011).⁶⁵

La forma “red” implica ante todo una geometría variable con un alto grado de interconexión y posibilidades diversas de establecer itinerarios y flujos. La forma red no tiene recorridos ni opciones predefinidas (aunque desde luego pueden definirse y también congelarse). Es fundamentalmente ad-hocrática, fluida, autotransformadora. Toda red puede crecer, transformarse, reconfigurarse. Las redes dinámicas, como lo son todas las redes sociales no instituidas, no tienen origen ni finalidad, estas se hacen “camino al andar”. Las redes dinámicas, como el rizoma, atraviesan fronteras, crean nuevos dominios de experiencia, perforan los estratos, proveen múltiples itinerarios. (Najmanovich, 2003. En Dabas, 2011)⁶⁶ Esta posición señala una elección vital, establece un modo de existencia, concreta una elección epistemológica: la opción por el pensamiento complejo, por una producción de sentido responsable que sólo puede darse desde una mirada que se reconoce como enredada, partícipe, productora.⁶⁷

La configuración RED SOCIAL implica un proceso de transformación permanente tanto singular como colectivo, que acontece en múltiples espacios y (a)sincrónicamente. Podemos pensarla como un sistema abierto, multicéntrico y heterárquico, a través de la interacción permanente, el intercambio dinámico y diverso entre los actores de un colectivo (familia, equipo de trabajo, barrio, organización, tal como el hospital, la escuela, la asociación de profesionales, el centro comunitario, entre otros) y con integrantes de otros colectivos, posibilita la potencialización de los recursos que poseen y la creación de alternativas

⁶⁵ Dabas, E. (2011) *Op. Cit.* p 41

⁶⁶ Dabas, E. (2011) *Op. Cit.* p 42

⁶⁷ Najmanovich, D. (2005). *El juego de los vínculos: subjetividad y redes sociales figuras en mutación.* Bs. As.: Ed. Biblos.

novedosas para fortalecer la trama de la vida. Cada miembro del colectivo se enriquece a través de las múltiples relaciones que cada uno de los otros desarrolla, optimizando los aprendizajes al ser estos socialmente compartidos (Dabas, E., 2006).

Conjunto de seres con quienes interactuamos de manera regular, con quienes conversamos, con quienes intercambiamos señales que nos corporizan, que nos hacen reales y cuya razón de ser más frecuente es el apoyo social (Sluzki, C., 1996).⁶⁸

Las definiciones citadas dan cuenta de que para que exista la red como tal debe existir un tránsito por las experiencias vitales que permite a las personas, grupos, familias ir configurándola de acuerdo con las relaciones que establecen en la cotidianidad, y, dentro de esta, en la búsqueda de apoyo social para la resolución de problemas. Dice Elina Dabas (2011): “*Visibilizar redes significa poder buscar prácticas que se sumerjan en el pasaje de las decisiones por mayoría a la generación de consenso; de las estrategias de intervención a estrategias co-operativas que promuevan ligaduras; del orden preestablecido a una organización coordinada, de un saber único a múltiples saberes con posibilidad de ser compartidos, de una unívoca modalidad del hacer a la posibilidad de aprender de diversas prácticas*”.⁶⁹

Lo que se intenta es describir la singularidad de tal tránsito, búsqueda, y alternativas a la solución de problemas. Se destaca así la concepción de un mundo construido por todos, lo que da cuenta de responsabilidades compartidas, asumiendo el efecto de nuestras acciones y que nuestro mundo no es “tal como nos es dado”.

Esta acción de visualizar las vinculaciones parte de concebir que *la red preexiste* a nuestra intervención. Las redes se visualizan, no se construyen. Una vez visualizadas, con nuestro accionar podemos potenciarlas, fortalecerlas,

⁶⁸ Sluzki, C. (1996) *La red social. Frontera de la práctica sistémica*. Gedisa. Madrid.

⁶⁹ Dabas, E. (2011) *Op. Cit.* p. 43

desarrollarlas. O, por el contrario, podemos debilitarlas, quebrarlas, intentar detener su flujo dinámico.⁷⁰

5. Principales características de las redes⁷¹

- *Heterarquía*: se refiere a la posibilidad de coexistencia de jerarquías distintas, tanto sucesivas como simultáneas, en el funcionamiento de un sistema determinado. No implica la negación de la jerarquía sino la coexistencia y el reconocimiento de una variedad de las mismas.
- *Asimetría productiva*: apela a la noción de igualdad, negadora de las diferencias, de la diversidad. Implica que las diferentes posiciones que sujetos y organizaciones poseen en el entramado social, en tanto reconocidas en su potencialidad, habilitan una producción novedosa y creativa.
- *Flujo dinámico*: esta característica posibilita comprender que las redes no poseen límites, salvo que operativamente se necesite delinear una configuración en función de un accionar determinado, y a sabiendas de que esta operación es momentánea, coyuntural y objetiva.
- *Asociamiento*: implica la reunión de dos o más personas para co-operar (hacer en conjunto), co-laborar (trabajar en conjunto), o co-ordinar (ordenarse de un modo diferente) en función de resolver un problema o lograr un objetivo.
- *Flexibilidad*: esta característica pertenece a la actitud del operador, quien al intentar trabajar desde este enfoque necesitará tanto aceptar la imposibilidad de consensos absolutos, como admitir futuros alternativos; aceptar las contradicciones, comprenderlas y convivir con ellas; saber y hacer en el desorden.

⁷⁰ Dabas, E. (2011) *Op. Cit.* p. 47

⁷¹ Dabas, E. (2011) *Op. Cit.* p. 49-50

- *Reciprocidad*: es una característica que amplía la noción de solidaridad. Implica adherirse a la causa de otro, sin que resulte necesario que este lo sepa o participe.
- *Activación por problemas*: las redes preexisten a una intervención y el operador se constituye en un buscador de lazos; entonces, ¿qué es lo que determina la emergencia de la red? Un problema determinado. Luego, otro problema volverá a activar otros nodos.
- *Multidimensionalidad*: esta característica nos muestra la riqueza y la complejidad del enfoque en redes. No se trata solo de una técnica o una nueva teoría. Cada acción de buscar la pauta que conecta, de incluir a los actores protagonistas, se constituye en acciones que producen sociedad, fortalecen el entramado, y potencian la dignidad de las personas. Las características de la multidimensionalidad se entrelazan y no pueden ser concebidas por separado: nos referimos a las dimensiones pragmática, ética, estética, cognitiva, afectiva, política, ecológica.

La dimensión *pragmática* nos señala la importancia de “hacer de otro modo”; el enfoque de redes no es una técnica nueva, sino que posee un modo de hacer diferente. Considerar este enfoque como una metodología aislada del contexto y de los vínculos arriesga la posibilidad de un hacer entramado e historizado. Este accionar no soslaya la *ética*, porque indica la decisión del actor social de hacerse responsable de su discurso y de sus acciones. La *afectiva* nos conecta con las emociones, sin las cuales lo *cognitivo* carece de significatividad. Esto se plasma en la dimensión *política*, en el sentido de construir sociedad con una perspectiva *ecológica*, que nos pone sobre aviso acerca del valor indiscutible de la vida (dado que todos los organismos vivos están organizados en forma de red). La dimensión *estética* reconoce la importancia del contenido de la forma y de los vínculos específicos que esta crea; fundamentalmente porque la noción de belleza encarnada en la subjetividad moderna apelaba al ideal grecorromano, y desde esta perspectiva nuestras acciones pueden estar teñidas de prejuicios y valoraciones que excluyen a los diferentes.

6. Mapeo de redes⁷²

En un intento de “ordenar” la visibilidad de las redes, se desarrollan algunas clasificaciones, con el consiguiente riesgo que estas conllevan, ya que toda categorización invisibiliza la perspectiva multidimensional en el trabajo y detiene el flujo dinámico del transcurrir de las redes.

Se encuentran clasificaciones que designan a los sujetos actores. Más recientemente han surgido otras categorizaciones en las que se produce un salto del sujeto hacia una “agrupación” que aparece subjetivada. Se habla, así, de redes de *disciplinas y/o sectores; institucionales; regionales*. Aparecen entonces, las redes como una nueva “moda”, como si el cambio estuviera dado solamente en una denominación, y no en las prácticas mismas, que en muchos casos continúan con una lógica piramidal en la que los actores sociales son ignorados y los operadores actúan como externos al campo de intervención. Entonces, desde esta lógica del *arriba-hacia-abajo* se proponen soluciones sin tener en cuenta aspectos importantes como son:

- Revisar la historia del problema,
- Listar los actores implicados,
- Proponer o imaginar cuáles serían los diversos puntos de vista sobre el problema de cada uno de los diferentes actores,
- Describir escenarios en los que se desarrolla o despliega el foco-problema,
- Listar recursos disponibles y no disponibles y, respecto a los primeros, comentar como se sostendrían y, a los segundos, con quienes habría que contactarse para obtenerlos,
- Plantear iniciativas que podrían contribuir a resolver el problema planteado,
- Etc.

⁷² Dabas, E. (2011) *Op. Cit.* p. 97

Tomando en cuenta lo anterior, podemos decir que “*conocer es resolver*”, siempre en asociación y cooperación con otros, produciendo reciprocidad en los aprendizajes y logros, de manera que el respeto por la historia, por lo que los actores han podido o no realizar y la clara conciencia de que no se puede trabajar sin los que habitan y transitan, se transforma en principios éticos y pragmáticos al mismo tiempo.

Desde el enfoque de redes se propone lo siguiente: el *mapeo de recursos* con que la comunidad cuenta para realizar adecuadamente prácticas saludables y resolver los problemas que se presentan en su desarrollo, así como la vinculación entre estos últimos, tomado como una herramienta eficaz para recuperar las experiencias que resultaron adecuadas, así como para plantear nuevas acciones, actores y escenarios.⁷³

El mapeo desde el enfoque de redes sociales permite:⁷⁴

- ✓ *Visibilizar otros mundos que quedan dentro de nuestro propio mundo*: descubrir modos diferentes de realizar prácticas similares, experiencias que nunca se nos hubieran ocurrido.
- ✓ *Construir escenarios posibles*: un escenario es el lugar donde se desarrolla un suceso, es el mejor lugar para realizar actividades que potencien el encuentro entre las personas que tienen un problema similar.
- ✓ *Procurar asociaciones entre diversas organizaciones y personas*: eso posibilita intercambiar recursos y realizar experiencias de conjunto.

Sluzki las llama “nuevas historias”⁷⁵, las cuales surgen de las historias alternativas anteriores y señala algunas características: incluyen una dimensión temporal, ya que marcan aspectos de evolución y cambio; implican una actitud

⁷³ Dabas, E. (2011) *Op. Cit.* p. 97

⁷⁴ Dabas, E. (2011) *Op. Cit.* p. 99

⁷⁵ Dabas, E. (2011) *Op. Cit.* p. 100

constructiva; dan intensidad a las conexiones con otras organizaciones del contexto; contienen reglas explícitas e implícitas tales como el respeto por los intereses y necesidades de todos los actores sociales, evitación de la opresión y sufrimiento, y sentido de la responsabilidad colectiva entre otras.

Para la generación de una red es imprescindible que exista una finalidad explícita de interés para las instituciones y las personas que han de conformarla (**ideario compartido**). *Estos fines no reemplazan ni colisionan con los fines de las organizaciones participantes, ni con las funciones o estructuras formales existentes, sino que en general los complementan, aunque introducen cambios profundos en su concepción y funcionamiento.*

La intención del trabajo en red en aunar esfuerzos, evitar duplicaciones, alcanzar por complementariedad una mayor capacidad resolutoria, ser más eficaces y eficientes en lo que se hace como producto del intercambio y la colaboración.

La entrada en esta cultura de la complejidad nos lleva a visualizar el universo como una red de interacciones. Surgen otras formas de concebir la relación entre las personas: las redes y las concepciones heterárquicas. Desde esta nueva perspectiva, el conocimiento es el producto de la forma singular de la relación entre las personas y su mundo. Es el resultado de la interacción global del hombre con el mundo de la diversidad, donde la integración solo puede aspirar a legalizar la legitimidad de las diferencias, reconocerle el territorio de lo polimorfo, de lo multiforme, la diversidad de sentido.⁷⁶

Hace varias décadas que Edgar Morin (1981)⁷⁷ planteó que “*Se ha tratado siempre a los sistemas como objetos, en adelante se trata de concebir a los objetos como sistemas*”.

La metáfora de la red nos ubica en que las singularidades no son las partes que se suman para obtener un todo sino que construyen significaciones en la

⁷⁶ Dabas, E. (2011) *Op. Cit.* p. 213

⁷⁷ Morin, E. (1981) *El método*, vol. 1 al 5, Cátedra, Madrid.

interacción; en que una organización compleja es un sistema abierto de altísima interacción con el medio; donde el universo es un entramado relacional.

La mirada sobre las organizaciones sociales desde esta perspectiva permite pensarlas como redes sociales. En ese sentido las redes sociales han existido desde siempre dentro de una realidad dinámica y cambiante, asumiendo diferentes formas de relación, interacción, comunicación e intencionalidad. Lo importante es que los propios actores involucrados en esas organizaciones tomen conciencia de la existencia de esas redes, al igual que los administradores que generan intervenciones para su mayor efectividad.

El punto clave de este modo de pensar el mundo es el de reflexionar permanentemente con otros; replantear nuestra propia red de relaciones para no padecer la paradoja de *querer trabajar en redes mientras vivimos aislados*.

La red como sistema abierto implica que admite el ingreso y egreso de las singularidades que lo componen así como la posibilidad de cambios en las funciones que estas desempeñan. Esta característica hace que la red rechace la compartimentación.

La multicentralidad de la red modifica el paradigma de la pirámide, donde todo debía converger a, y a partir de, un centro único. También cuestiona el *paradigma del archipiélago*, según el cual cada unidad, aislada de otras, funciona por sí misma sin ninguna conexión entre sí.

La propuesta de pensar una organización en red remite a la noción de heterarquía. Debemos entonces remarcar que la red apela permanentemente a la reciprocidad: esto es, se debe asumir que cuando se convoca a la red se debe esperar ser a la vez convocado.

Surge el gran interrogante ¿cómo trabajar en las redes, como fortalecerlas, cómo reconocerlas, cómo definirlas? Si bien existen recursos metodológicos para implementar una estrategia de trabajo en red, las mejores intervenciones se realizan cuando se produce una opción sobre articulaciones y vínculos

preexistentes. Es por ello que, para este momento explicativo, se consideró conveniente reconocer los siguientes niveles de redes (no obstante debe tenerse en cuenta que estos recortes se consideran sólo a los fines de exposición): red personal y familiar, comunitaria, institucional, red de servicios y red intersectorial.

Si se continúa tratando de definir “la red”, debe apelarse a metáforas, en las que la red nos ubica en singularidades que no son las partes que se suman para obtener un todo sino que construyen significaciones en la interacción, en que una organización compleja es un sistema abierto de altísima interacción con el medio; donde el universo es un entramado relacional. En su conocimiento y definición ya no se busca la certeza sino la creatividad; la comprensión resulta más importante que la predicción; se revaloriza la intuición y la innovación.

Un apartado que no deja de llamar la atención en cuanto a las metáforas comúnmente utilizadas para tratar de definir y/o graficar las redes, es que dichas metáforas remiten a imágenes relacionadas con la muerte: la red de pescar, la tela de araña, etc. En este punto cabe destacar que la noción de red a la que se adscribe presenta a la misma como un camino, un itinerario a recorrer, no exento de dificultades, pero siempre con posibilidades de superar las mismas a través de alternativas. Más aún debemos cuidar estos términos metafóricos cuando las redes a las que hacemos referencia corresponden al ámbito de la salud.

7. Redes y Salud

Son muchas las definiciones posibles de salud. En 1996, la OMS⁷⁸ definió el concepto de *Calidad de Vida* como la “*percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive, y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones*”.

La salud es un **proceso**, no un estado; es un valor básico de las personas, constituye una necesidad fundamental para su desarrollo. En la formulación de los

⁷⁸ Organización Mundial de la Salud (OMS). Disponible en <http://www.who.int>

objetivos de la estrategia *Salud para todos*, en el año 2000 de la OMS, ya no aparece la palabra *completo*, sino que sus objetivos serán:

“...que todos los habitantes de todos los países del mundo tengan el nivel de salud suficiente para que puedan trabajar productivamente y participar activamente en la vida social de la comunidad donde viven”. (OMS; 2000. Citado en Colomer Revuelta y otro.; 2001)⁷⁹

Por ello “salud para todos” sólo será posible si se concreta la absoluta participación popular, lo cual significa que sólo se alcanzará la salud para todos, *si la abordamos entre todos* (Videla; 1998)⁸⁰

Se acuerda finalmente con la conceptualización que propone la Lic. Elina Dabas a partir del enfoque de salud pública, cuyo objeto del trabajo teórico-técnico es el proceso de salud-enfermedad y todos sus emergentes – priorizando cada vez más los de salud positiva – y el campo de acción es el campo social – sociedades, agregados sociales, comunidades, vecindarios, etc. (Saforcada, 2001 citado en Dabas, 2011)⁸¹

Es importante entonces, que el profesional de la salud, en su función de formador de opinión inserto en una trama social, debe reconocer cuál es el significado que otorga a la noción de salud. Su posicionamiento epistemológico, y sus actitudes hacia la promoción, prevención o asistencia repercutirán en su particular modo de desempeñarse, funcional o no al orden socio sanitario vigente, reforzando o no ciertas representaciones sociales instaladas en la red social.

7.1 Salud, redes y consumo de sustancias

Tomando como referencia lo citado en “Redes y salud”, en el presente trabajo se opta por una visión que integra las nociones de salud-enfermedad como

⁷⁹ Colomer Revuelta, C. y otros. (2001) Promoción de la salud: concepto, estrategias y métodos. En: Colomer Revuelta y Álvarez: *Bases conceptuales*. (pp. 27-45). Barcelona: MASSON S.A.

⁸⁰ Videla, M. (1991/1998). *Prevención, intervención psicológica en salud comunitaria*. (p. 27) Bs. As.: CINCO editorial.

⁸¹ Dabas, E. (2011) *Haciendo en redes*. (p.112). Bs. As: Ed. CICCUS

un proceso, con la posibilidad de trabajar la problemática del consumo abusivo de sustancias desde una perspectiva de red dentro de la misma trama terapéutica. Esto quiere decir, realizar una inserción en tal problemática como protagonistas desde el propio rol y saberes profesionales, a la par de la persona que consume y su familia para rescatar sus aprendizajes y visibilizar en conjunto su red de recursos, pero sin perder de vista que se constituye para ellos un punto de referencia, un rizoma, en medio de tal problemática y debemos poner nuestro saber en juego, en todas sus dimensiones (ética, pragmática, estética, política, etc.).

De esta manera se considera que es posible el trabajo a partir de la red de recursos ya recorrida y puesta en práctica por la organización-familia, y su resignificación, que sumados darán por resultado una *nueva historia* (al decir de Sluzki) que tenga como base la co-construcción de vínculos saludables, en función de poner en práctica, mantener y extender la red de recursos que se reconstruye a partir del tratamiento por consumo de sustancias.

*Casi todas las redes en salud tienen entre sus fines la actualización, la nivelación y la educación continua de sus miembros*⁸², y es así como a partir de dicho tratamiento se propone la continuidad de los logros alcanzados a nivel individual y familiar, a pesar de que en muchas ocasiones el contexto inmediato de la persona y la familia continúa presentando variables adversas. Es aquí cuando se transita la red como *camino alternativo*, en el que comienzan a ponerse en práctica, tanto a nivel individual como familiar, distintos recursos y formas de resolución de los problemas (que pueden ser similares o no a los que se presentaban al inicio del trabajo en conjunto), y en los que también se puede incluir como recursos a otros aspectos saludables de esa trama social en la que se hallan insertos.

⁸² Dabas, E. (2010) *Viviendo redes*. (p. 233). Bs. As: Ed. CICCUS

8. Trabajo Social

Lejos de circunscribir al Trabajo Social tratándolo desde un solo concepto que lo abarque y defina completamente, se trata de construir una aproximación acerca de qué es Trabajo Social, una pregunta cuya respuesta ha sido tantas veces re-pensada y tratada de esclarecer a lo largo de la carrera. A tal fin, se toma como apoyo bibliográfico a autores como Margarita Rozas Pagaza, Nora Aquin, Saúl Karsz, Carlos Eroles, entre otros, quienes abordan a esta profesión desde su qué-hacer y cómo-hacer: la intervención profesional, su objeto de intervención, su raigambre histórica, sus obstáculos y distintas perspectivas teóricas, etc.

Aquin, N. (1995) propone una definición: *“Profesión que orienta su intervención a la atención de necesidades (materiales y no materiales) de personas, familias, grupos y poblaciones que tienen dificultades para la reproducción de su existencia, promoviendo su vinculación con instituciones públicas y privadas que disponen o pueden crear satisfactores”*⁸³.

A partir de la misma, la autora elabora y desarrolla tres hipótesis:

“(...) 1. El campo del Trabajo Social es el campo de la reproducción cotidiana de la existencia.

2. En los procesos de reproducción cotidiana de la existencia, Trabajo Social interviene en tanto se presenten obstáculos a dicha reproducción, y sean socialmente reconocidos como tales, estableciendo vinculación entre las necesidades y carencias y los satisfactores involucrados en la intervención.

*3. Los procesos de vinculación entre necesidades y carencias por un lado, y satisfactores por otro, tienen una dimensión material y una no material; esta última incorpora las representaciones o saberes y las relaciones entre los sujetos”*⁸⁴.

⁸³AQUÍN, Nora. *Acerca del objeto de intervención*. En Revista Acto Social, Año 1995, N° 10. Córdoba, 1995, p.3

⁸⁴ *Op. Cit.* p.3

Y agrega luego:

*“Estamos afirmando a través de estas tres hipótesis –en esto no somos los únicos ni los primeros- que nuestro objeto de intervención se sitúa en procesos –expresión con la cual apelamos a la idea de tránsito, de movimiento, de encuentro entre sujetos, hechos, fenómenos y cosas – a través de los cuales se redefinen situaciones materiales, pero también vinculares y simbólicas.”*⁸⁵

Planteo teórico que remite a la categoría de *necesidades*, y se toma como referente en este punto a Agnes Heller y su estructura de necesidades: Necesidades necesarias (Necesidades existenciales de sobrevivencia y Necesidades necesarias propiamente dichas) y Necesidades propiamente humanas (Necesidades alienadas y Necesidades no alienadas o ´radicales`).

Y a partir de las mismas, Aquin realiza una pregunta fundamental: “¿en qué nivel de la estructura de necesidades interviene Trabajo Social?”. Se acuerda con su respuesta en el presente trabajo: “Nosotros creemos que lo hace a nivel de las necesidades necesarias a la reproducción del particular, y las necesidades necesarias –algunas de ellas- a la reproducción social...”⁸⁶. Esto es: aunque es cierto que en muchas oportunidades el quehacer del profesional de Trabajo Social debe ocuparse del nivel de necesidades existenciales de sobrevivencia, dado que es insoslayable del resto de las prácticas y derechos por ser el más básico nivel (del que depende la vida misma), debe centrar su acción en aquellas necesidades que hacen a la reproducción social, ligada a satisfactores que “producen sentido”, es decir, aquellas instituciones y actividades que hacen que las personas tengan acceso y pertenezcan a su historia, su cultura, esparcimiento, y puedan sentirse gozosos de sus derechos, al reconocerlos (a la salud, educación, justicia, esparcimiento, ocio, etc.)

⁸⁵ *Op. Cit. p.3*

⁸⁶ *Op. Cit. p.9*

Continúa Aquin:

“Trabajo Social, en sus múltiples intervenciones, se topa diariamente –y conflictivamente- con aquello que Sartre ha denominado ‘lo que hace el hombre con lo que han hecho de él’, e incide no solo en la solución o redefinición de la situación de carencia, sino también en los modos en que este hombre significa a sí mismo, a los otros, a su práctica, a su lugar en la sociedad. Y su intervención en esta dimensión puede ser de dos tipos: aportando información que el sujeto desconoce, o criticando los contenidos de su esquema de interpretación a partir de sus propios resultados. Cualquiera de las dos orientaciones exige al Trabajador Social un conocimiento de la estructura de los saberes cotidianos que cristalizan en sentido común. Aquí solamente mencionamos algunas características sobresalientes:

- Su historicidad: En cada momento histórico varía el contenido, ya que son distintos los conocimientos que los sujetos deben internalizar para poder moverse en su ambiente. Hay cambios en cuanto al contenido y a la extensión.

- Su pragmatismo: El saber cotidiano está destinado a resolver problemas cotidianos: responde a objetivos prácticos, no se independiza de los problemas a resolver, sólo adquiere sentido en relación con el problema a resolver. Para el saber cotidiano es verdadero el conocimiento que permite actuar adecuadamente.

- Su gran estabilidad y cristalización: Sus contenidos son sumamente consistentes, precisamente porque el único criterio de verdad es la acción. Su resistencia es menor cuando se trata de introducir nuevos elementos, pero aparece en toda su

*magnitud cuando se trata de recibir críticas o impugnaciones”.*⁸⁷

Finalmente sintetiza:

*El objeto de Trabajo Social se sitúa en la delicada intersección entre los procesos de reproducción cotidiana de la existencia, los obstáculos o dificultades que tienen los sectores subalternos para su reproducción, y los procesos de distribución secundaria del ingreso –entendidos éstos en sentido más amplio que el estatal-. Trabajo Social interviene en los procesos de encuentro de los sujetos con los objetos de su necesidad, y en ese tránsito modifica no sólo condiciones materiales, sino también representaciones y relaciones sociales cotidianas– familiares, grupales o comunitarias- y con otras instancias de la dinámica social.*⁸⁸

Ahora bien, antes de continuar con otras contribuciones teóricas, conviene destacar la visión acerca de tales necesidades y su relación con una perspectiva de derechos de las personas que son parte del actuar de Trabajo Social. En este sentido se toman aportes de Carlos Eroles quien propone algunas cuestiones a tener en cuenta acerca de las necesidades⁸⁹:

- Se excede la simple descripción del estado de necesidad, surgiendo la cuestión de su satisfacción y cómo alcanzarla;
- Se afirma que funciona como causa última que justifica las intervenciones sociales, a riesgo de caer en un abuso del término que naturaliza políticas acerca de “cómo satisfacer adecuadamente las necesidades.

⁸⁷ *Op. Cit.* p.11

⁸⁸ *Op. Cit.* p.12

⁸⁹ Eroles, C. (2005) *Glosario de temas fundamentales en Trabajo Social.* (p.132,133) Bs. As.: ESPACIO

- El concepto de necesidad implica un primer juicio de costo-beneficio, en la medida que describe un bienestar a alcanzar y los modos alternativos y el despliegue de recursos necesarios para tal fin.
- Además implica otro juicio de carácter normativo, dado que al definir una necesidad es porque se cuenta con el potencial para atenderla y se determina que debe ser satisfecha.
- Sumado a esto, aparece un tercer juicio que es social, ya que constituye un horizonte desde el cual las personas perciben, califican y resignifican sus necesidades y sus formas de satisfacción.
- El alcance de tal satisfacción se verá como un resultado cuantitativo (“nivel de vida”) o cualitativo (“calidad de vida”), que involucran otros niveles del bien-estar.
- La conceptualización de las necesidades es una construcción histórica y social (es en este punto en el que el autor se acerca al pensamiento de Agnes Heller): “... *Tanto la experiencia de vida como las expectativas sociales son un fuente permanente de discrepancia, de modo que siempre lo obtenido debe ser traducido al lenguaje del sistema personal de necesidades. Por eso las necesidades no pueden definirse en función de un individuo aislado, sino que adquieren sentido en el conjunto de relaciones sociales.*”⁹⁰

La necesidad trata, por lo tanto, de un conjunto de relaciones: de las personas con los recursos; de las personas con otras personas; y entre las organizaciones creadas para la producción del bienestar. Pero más allá de esto, se puede conceptualizar que para atender las necesidades en la dinámica de una sociedad capitalista deben superarse algunas premisas que el autor enumera⁹¹, a saber:

⁹⁰ Eroles, C. (2005) *Op. Cit.* p.134

⁹¹ Eroles, C. (2005) *Op. Cit.* p.136

- *Que la satisfacción nunca se alcanza, porque la escasez junto a la inequidad conforman la única explicación para la continua reproducción de la demanda económica, puesto que el crecimiento de la economía se funda en la posibilidad de producir necesidades más rápido que su satisfacción;*
- *Que desde la visión dominante de la teoría económica, la noción de necesidad hace dupla con la de escasez, (...) no resulta otra cosa que la identificación en el sistema de bienes de la desigualdad (...)*
- *Que el paradigma de consumo nos hace creer que la satisfacción deriva de los objetos, es decir que es externa al sujeto, y por ello también lo serían las causas de su insatisfacción (...)*
- *Que en dicha visión dominante tenga sentido que un tercero ayude al sujeto o al grupo a distinguir sus reales necesidades (...)*

Seguindo a Eroles (2005), se comprende la relación entre las necesidades expresadas como derechos, y que su satisfacción depende en gran medida del cumplimiento de estos últimos. Es por esto que se propone que Trabajo Social debe definirse como praxis social de los Derechos Humanos consagrados en distintas Declaraciones, Cartas y Leyes, que garantizan un nuevo contrato social que valore la lucha por la plena integración social y desarrollo humano desde la complejidad que se expresa en dimensiones como la socio-política, cultural, socio-económica, psico-social, espiritual, etc. Afirma este autor que “*para Trabajo Social los Derechos Humanos constituyen un criterio de interpretación de la realidad, eje de referencia de una percepción de la realidad y de la intervención profesional*”.⁹²

⁹² Eroles, C. (2005) *Op. Cit.* p. 48

Otra autora, Rozas Pagaza, M. (2001)⁹³, realiza importantes aportes desde la mirada de la intervención en Trabajo Social, analizando su relación con la Cuestión Social mediada por el proceso socio-histórico en el marco de los tipos de Estado que la instituyeron. Al tratar directamente con la intervención profesional, aborda la temática del que-hacer propio de la profesión, que la define y distingue de otras.

Desde una perspectiva materialista-histórica, la autora afirma: “... *la intervención profesional es un proceso que se construye a partir de las manifestaciones de la cuestión social y que dichas manifestaciones son las coordenadas que estructuran el **campo problemático**. El concepto de coordenada está pensado en el sentido de apropiarse de elementos y datos necesarios referidos a las manifestaciones de la cuestión social que nos posibilita definir un punto de partida en la direccionalidad de la intervención. Es decir que atendiendo al origen de la cuestión social, en tanto relación contradictoria entre capital / trabajo, consideramos que la particularidad que adquiere dicha relación en sus manifestaciones específicas en cada momento histórico, constituye el punto de partida que permite desentrañar las condiciones en las cuales se explicita la cuestión social y, por lo tanto, su relación con el **campo problemático**. Al mismo tiempo, dichas manifestaciones se expresan en la vida cotidiana de los sujetos generando un conjunto de tensiones que afectan sus condiciones de vida y que se constituyen en obstáculos para el proceso de reproducción social*”.⁹⁴

Continúa la autora con su desarrollo, del cual puede inferirse también su postura frente a lo que considera debería el profesional de Trabajo Social realizar en su intervención y cotidianeidad profesional, expresando un cómo-hacer e incluso un cómo-ser, diciendo: “... *la intervención como campo problemático invierte la lógica de una perspectiva individual, pragmática, rutinaria y autonomizada del conjunto de las relaciones sociales. Este proceso de inversión*

⁹³ ROZAS PAGAZA, M. La intervención profesional en relación a la cuestión social: Escenarios emergentes y estrategias de intervención. XVII Seminario Latinoamericano de Escuelas de Trabajo Social “Familia, ciudadanía y transformación social desde la dimensión humana: desafíos para el Trabajo Social Latinoamericano”. Lima, Perú. En: *Documento de Cátedra Trabajo Social V.* (2008). Facultad de Ciencias Políticas y Sociales. U.N.Cuyo. Mendoza.

⁹⁴ *Op. Cit.* p.1

*implica una ruptura con la lógica de su constitución; a su turno, ella se funda en bases teóricas que cambian los términos de dicha constitución; al mismo tiempo, restituye el carácter político de lo social que es necesario para toda acción profesional. Dichas bases teóricas (...) señalan que la **cuestión social** debe ser analizada como producto del modo de organización y funcionamiento de la sociedad capitalista y que tiene una implicancia directa en la vida de los sujetos a través de los cuales se desarrolla la intervención.*

Esta postura permite comprender que las manifestaciones de la cuestión social constituyen el despliegue de un conjunto de contradicciones que dicho sistema no resuelve, siendo el límite en el cual transcurre y se potencian dichas manifestaciones; éstas son las coordenadas que se entrecruzan en la intervención profesional; ellas se complejizan en la medida que dicha cuestión social se agrava y constituyen la forma como el neoliberalismo asume dicha cuestión. En tal sentido consideramos que estas manifestaciones operan a modo de coordenadas y que definen los términos en la que se debe problematizar las trayectorias de los sujetos que transcurre desde el empobrecimiento hasta los procesos de exclusión.

A partir de esta comprensión la intervención profesional debería salir de los marcos clasificadorios, de puntualización y de naturalización de los “problemas sociales” contruidos desde la lógica de transitoriedad; de lo contrario, se seguirá en el registro positivista de ocultamiento y fragmentación de la cuestión social, así como la del conocimiento y la acción, rutinizando una práctica sin horizonte teórico y político”.⁹⁵

*Luego explica la autora: “(...) la intervención no es “sobre los problemas sociales” o “sobre la realidad”; es, por el contrario, el desentrañamiento de las manifestaciones de dicha **cuestión social** y es la reconstrucción analítica de esas manifestaciones en la particularidad que adquiere la relación contradictoria entre los sujetos y sus necesidades. Entendemos que dichas necesidades no se reducen a la crisis de la materialidad de los sujetos sino también a las marcas*

⁹⁵ *Op. Cit.* p. 4-5

más significativas de la degradación de la condición humana. A nuestro juicio esta es la modificación sustancial que debería alcanzar la intervención profesional en relación a la cuestión social contemporánea.”⁹⁶

Rozas Pagaza, M. propone la idea de intervención en Trabajo Social entendida como *campo problemático*, explicando la misma a partir de algunas premisas⁹⁷:

“(…) Ella se constituye a partir de la comprensión crítica e histórica de la cuestión social contemporánea cuya particularidad es la expresión agravada de sus manifestaciones que desde su origen, responden a la relación capital-trabajo generada en la organización de la sociedad capitalista (...)

(...) la particularidad que adquiere la cuestión social debe ser problematizada y mediada por las condiciones socio -históricas de cada sociedad. Estas condiciones constituyen el contexto inmediato que permite reconocer las coordenadas de la cuestión social. Al mismo tiempo dichas coordenadas se manifiestan en la vida cotidiana de los sujetos que son operacionalizadas como demandas y constituyen la expresión más específica de la relación contradictoria sujeto-necesidad (...)

La visibilidad pública que adquirió la cuestión social se fundó sobre el reconocimiento de las desigualdades sociales existentes a partir de la cual se construyeron los “problemas sociales” vistos de manera estática y clasificatoria teniendo como base la consideración de su carácter transitorio (...) ello define la orientación de las decisiones, las reglas de juego y las prioridades en la definición de la importancia de los problemas sociales que el Estado debe enfrentar.

En esta perspectiva el vaciamiento del lugar del sujeto como constructor de relaciones sociales lo ha convertido en un consumidor y, lo que es más grave, sin la mediación del Estado, sometido a la barbarización de su existencia (...)

⁹⁶ *Op. Cit.* p.7

⁹⁷ *Op. Cit.* p.15-17

La comprensión de campo problemático, en tanto, expresión de las manifestaciones de la cuestión social, establece un conjunto de relaciones entre sujetos, instituciones y saber profesional (...) la definición ético- política y teórica es una dimensión central que atraviesa el campo problemático. Esta perspectiva implica, al menos, direccionar la intervención hacia la comprensión de la cuestión social en el lugar de la instancia pública del Estado y la sociedad, aún cuando sabemos que ello no significa la resolución definitiva de dicha cuestión social.

La perspectiva teórica que desarrollamos para la comprensión de la intervención profesional en tanto campo problemático sienta las bases para entender la particularidad de la cuestión social como apropiación teórica de la realidad. En tanto tal no existe una lógica interna que se formalice en una metodología de intervención o en implementación de modelos de intervención que puedan ser aplicados, su efectividad no depende de la adecuada aplicación de dichas metodologías. (...)

Las herramientas operativas de la intervención será eficiente (...) en tanto constituya parte una perspectiva teórica que haga a la comprensión del campo problemático. Es más, el profesional de Trabajo Social (...) necesita incorporar instrumentos operativos; sin embargo la consideración que la intervención se reduce a ellos es una manera de debilitar el campo disciplinar (...)

Continúa explicando la autora: “(...) Este posicionamiento nos permite sentar las bases teóricas sobre las cuales se construye un campo problemático; el mismo está atravesado por las manifestaciones de la cuestión social y pensado como parte de los procesos sociales. Desde este lugar el para qué de la intervención alude a los objetivos y fines de la intervención que deben ser analizados en dos niveles de abstracción: uno, desde la perspectiva teórico-ideológica que sustentamos, se refiere a la construcción de un pensamiento crítico que desentrañe el carácter de opacamiento de la cuestión social (...); el segundo corresponde a construcciones de objetivos pertinentes en relación a la estrategia profesional más inmediata, sin dejar de plantear la citada perspectiva

anterior, a fin de no quedarse en objetivos inmediatistas en los cuales se pierda el horizonte de la intervención.

En esta perspectiva la importancia de repensar el carácter social de las necesidades vinculadas a los derechos sociales en contraposición a la individualidad de los satisfactores a partir del consumo permite valorar la significación de la intervención en la construcción de las relaciones sociales desde los espacios diversos en los cuales ella se desarrolle.

Respecto al cómo, reconociendo que es importante para la intervención contar con herramientas e instrumentos operativos, es necesario remarcar que ellos derivan de la perspectiva teórica que fundamenta el campo problemático. En esta dirección consideramos que el cómo es necesario en tanto aporta a la competencia teórico – metodológica del Trabajador Social. Cuando decimos que él deriva de la fundamentación del campo problemático estamos haciendo referencia a que dicho campo expresa, en términos generales, el escenario particular resignificado del Trabajo Social. En consecuencia sus procedimientos técnicos y metodológicos están orientados por esta comprensión. El cómo desvinculado de esta comprensión responde a un registro teórico de tendencia instrumentalista.

La profesionalidad a la que hacemos alusión se refiere a la argumentación teórica del campo problemático, a sus objetivos y a sus procedimientos; por lo tanto, la autoafirmación de la identidad deja de ser una declaración de principios y la pretendida autonomía de la intervención, así como el vacío teórico que existe para argumentar el campo problemático, dejarían de resolverse a través de la implementación de metodologías formalizadas que se consideran propias del Trabajo Social (caso, grupo y comunidad).

Respecto al tema con quiénes se trabaja responde a la fundamentación del campo problemático, en el sentido que la direccionalidad del análisis del campo problemático orienta nuestra intervención no sólo a un único sujeto, dado que las manifestaciones actuales de la cuestión social expresan diversas desigualdades

*sociales, las cuales se multiplican, se diversifican y no sólo afectan a la clase trabajadora sino también a los sectores de la clase media y a los pobres estructurales. Dicho de otro modo, la comprensión del campo problemático direcciona la intervención en términos generales a los sectores sociales que acumulan mayores desventajas y posiciones de vulnerabilidad. Este reconocimiento implica la necesidad de comprender por dónde pasa hoy la cuestión social y cuáles son las coordenadas centrales que la cruzan.”*⁹⁸

Otro de los autores seleccionados en este punto, Karzs, S. (2006), proporciona una mirada acerca de otro ámbito de desempeño de la profesión: la investigación en Trabajo Social, instando a los/as profesionales de Trabajo Social a realizar un reivindicación constante del asumir posturas teóricas, ideológicas y políticas como sustento de las técnicas del quehacer profesional. Se transcriben a continuación algunos párrafos, dado que se trata de la desgrabación de una de sus conferencias⁹⁹:

*“Se trata de comprender qué teorías obran en mi practica y qué practicas son posibles o imposibles según la teoría con la que se está operando. El problema real – para nada fácil – consiste en comprender cómo y por qué, en la vida cotidiana, en lo concreto del trabajo, teoría y práctica están siempre unidas. No se trata de llegar a ligarlas, sino de ver cómo lo están ya. Como lo están ya porque el trabajador social no puede – digo: no puede, no debe – ver a la gente sin categorizarla (...) tratar de comprender cómo las situaciones son construidas (significadas, calificadas).”*¹⁰⁰

⁹⁸ *Op. Cit.* p.19-20

⁹⁹ Karzs, S. (2006). La investigación en Trabajo Social. Volumen V, Publicaciones post Jornadas. Paraná, Facultad de Trabajo Social-UNER. (pp. 9-28) PERO ¿QUE ES EL TRABAJO SOCIAL? Este trabajo es la desgrabación de la ponencia presentada por el autor, corregida y ampliada por el mismo para su publicación.

¹⁰⁰ *Op. Cit.* p. 12

Para lograr esto último, propone el autor la importancia de accionar en base a una teoría:

(...) De ahí mi insistencia sobre la reivindicación teórica, la reivindicación de trabajo teórico, tanto en el plano individual como en el de los equipos y los servicios (esto también forma parte del trabajo clínico) (...) “yo ya llegue”, “ya tengo diploma”, “he finalizado mi formación”, son enunciados perfectamente anti-democráticos. Necesidad entonces de una cierta modestia. Estamos en las antípodas de esta soberbia que consiste en creer que uno sabe realmente qué es bueno para la gente. Aprender, en efecto, implica ajustar cuentas con lo que uno sabe y/o creía saber; imposible aprender cosas nuevas, sobre todo su son importantes, significativas, sin cuestionar lo que uno creía que era la verdad última.¹⁰¹

(...) Si el trabajador social convierte el estudio y la formación en tareas cotidianas, es probable que llegue a ayudar de otra manera, probablemente más operativa y concreta.¹⁰²

En las páginas siguientes, Karsz continúa explicando la importancia de Trabajo Social como mediador del saber de otras profesiones, caracterizándolo como un saber especializado que cuestiona las divisiones entre las mismas:

(...) ¿Por qué digo entonces que el Trabajo Social es una práctica sin teoría, un conjunto de dispositivos, intervenciones, instituciones y servicios sin teoría? Porque se trata de prácticas transdisciplinarias. Transdisciplinarias, por el contrario, constituye un punto de vista completamente diferente (...) El trabajo social se ocupa de gente con problemas de salud psíquica y /o física, pero sin poder curarla (los trabajadores sociales no son ni psicólogos ni médicos); (...) acompañan a personas en busca de alojamiento, que generalmente no pueden procurarle. Acompañan toda clase de gente en todas clases de cosas – en intervenciones caracterizadas por una mezcla constante de elementos psicológicos, elementos sociológicos, elementos económicos. Una mezcla tal que

¹⁰¹ Op. Cit. p. 14

¹⁰² Op. Cit. p. 15

*es imposible distinguir por aquí lo psicológico, por allí lo social, más acá lo sexual, mas allá lo político. Las prácticas del Trabajo Social funden aquello que en las disciplinas legitimadas se separa, precio sin duda de su especialización y de sus miopías. Cuestionan numerosos tabiques, y hasta varios de los muros que separan las construcciones disciplinarias (psicología, sociología, etc.).*¹⁰³

*(...) Ciertas confusiones son sumamente interesantes. Es por esto que si aportaciones de sociólogos, psicólogos y otros especialistas son absolutamente necesarias para comprender el Trabajo Social en diferentes aspectos de su quehacer concreto y cotidiano, resultan al mismo tiempo perfectamente incompletas y parciales, para desentrañar que pasa allí. El Trabajo Social dispone de preciosos elementos teóricos, sociológicos, psicológicos u otros, pero no de la teoría de su objeto social ni, en consecuencia, de la teoría de qué es una práctica social. Demasiado a menudo representadas como inconsistentes, las prácticas sociales tienen en realidad el gran merito de ser transdisciplinarias. A la vez más allá y más acá de las fronteras disciplinarias.*¹⁰⁴

Luego, advierte el autor acerca de tres formas de ver la profesión, ligadas a antiguas y actuales prácticas, y que coexisten en su quehacer y trascienden al imaginario popular acerca de qué es Trabajo Social; se relaciona este punto con las protoformas de la profesión (caridad y filantropía) y una visión final como profesión crítica y transformadora.

(...) Tres figuras típicas las atraviesan, tres figuras a la vez históricas, porque se suceden en el devenir del Trabajo Social, y estructurales. (...) lemas de cada una de esas tres figuras: la 'salvación', el 'hacerse cargo', y el 'tomar en cuenta'. El primer lema es típico de la caridad. Esta no tiene porque ser obligatoriamente religiosa. (...) es cuestión de caridad, incluso laica, sobre todo laica, cuando el objetivo es que la persona se convierta en lo más completa posible; tan armoniosa con tan pocos clivajes, contradicciones y tensiones como el interviniente; tan bien con ella misma como se supone que el trabajador social lo

¹⁰³ Op. Cit. p. 16

¹⁰⁴ Op. Cit. p. 17

es ya. Muy preocupada por el deber ser, por la prescripción moral, para la caridad importa menos lo que la ente es de hecho que, sobre todo, lo que la gente deber ser, lo que debe llegar a ser. El problema es toparse con individuos y grupos que consientan ser considerados como criaturas (...) quien se supone que él o ella no sabe buen qué le pasa, cuál es su problema, en qué mundo vive. El benefactor les explicara lo que es bueno para ellos. Las criaturas están sometidas a la necesidad (necesidad de vivienda, de comida, de medicamentos, de marido que la quiera sin golpearla). Un vez satisfecha la necesidad, saturada, el beneficiario tendrá todos los elementos para su realización humana.¹⁰⁵

(...) La segunda figura del Trabajo Social es el hacerse cargo. Ya no se dirige a criaturas, sino a personas. (...) El diagnostico difiere, el tratamiento practico también. Es por tanto un honor y un posicionamiento progresista esto de considerar al otro como una persona. Es aquí donde el trabajador social interpreta, no sin riesgos de inventar lo que el otro tal vez pide y sin escuchar lo que este otro pide efectivamente. De hecho, la demanda es una necesidad de interviniente, sin la cual le es difícil trabajar, disponer de una puerta de entrada en el universo ajeno.¹⁰⁶ (...) Hacerse cargo quiere decir hacer cosas por la gente. Tomar en cuenta es hacer cosas con la gente. La diferencia no es puramente nominal. En la caridad se trata de salvar, en hacerse cargo se trata de ayudar de acompañar resignándose al hecho de que la gente de la que un se ocupa nace su nacimiento, vive su vida, y muere su muerte: sola. Se puede acompañar, que ya es mucho, hacer algunos pasos con el sujeto, a su lado pero no en su lugar. (...) En la medida en que el trabajador social no comprende las estrategias conscientes e inconscientes; deliberadas e informales, con las que individuos y grupos tratan de organizar su vida y de sobrevivir en el mundo en el que han caído, dicho profesional no está todavía en una relación de ayuda, esta mas bien en la caridad y se propone salvar al chico, salvarlo de la droga que escribirán con una D mayúscula, la Droga.¹⁰⁷

¹⁰⁵ *Op. Cit.* p. 18

¹⁰⁶ *Op. Cit.* p. 20

¹⁰⁷ *Op. Cit.* p. 21-22

(...) Las intervenciones sociales no son neutras y por eso son eficaces. Tampoco todas las intervenciones son neutras para el que interviene, cada uno tiene razones conscientes e inconscientes para hacer el oficio que hace y para hacerlo de ciertas maneras, razones que en parte conoce y que en parte ignora. (...) Estoy diciendo que en la intervención social no está en juego solo la persona de quien me ocupo, sino también yo: yo mismo. (...) Tampoco hay neutralidad porque el ejercicio profesional moviliza ciertos ideales, principios, valores: cada uno practica su profesión con ciertos intereses psíquicos y también con ciertos posicionamientos ideológicos. Desde ese punto de vista no es indispensable afiliarse a tal o cual sindicato o partido político para que la política esté presente: alcanza con ejercer una profesión social. ¿Por qué? Porque no se trata simplemente de ayudar a la gente.¹⁰⁸

A partir de lo anterior, Karsz advierte acerca de la importancia de mantener coherencia entre teoría y práctica a través del ejercicio de la vigilancia epistemológica (a pesar de que él no la nombra):

(...) Todo dispositivo técnico esta ideológicamente cargado, políticamente sobredeterminado. En una entrevista no escucho lo que quiero, sino lo que puedo; y escucho lo que puedo según las convergencias y divergencias, con las ideologías, los valores de los que soy portador. Lo más frecuente es que los trabajadores sociales vengan con buenas intenciones, con muy buenas incluso – que a veces son, por cierto, particularmente mortíferas. Cuando se quiere el bien del otro pese al otro, este ejercicio de la bondad puede conducirnos demasiado lejos (‘¡haga lo que le digo, ya comprenderá más tarde!’).¹⁰⁹

Para finalizar con la construcción propuesta al principio de este capítulo, se toma un párrafo de Aquin, N.¹¹⁰, que resume de buena manera un gran desafío frente a la cuestión de la identidad profesional, en el que la ética ocupa un papel fundamental, diciendo:

¹⁰⁸ *Op. Cit.* p. 23

¹⁰⁹ *Op. Cit.* p. 24

¹¹⁰ Aquin, N. (2003). *El Trabajo Social y la Identidad profesional revista prospectiva*. Universidad del Valle. N°8 Disponible en: <http://bibliotecadigital.univalle.edu.co/bitstream/10893/1183/1/Prospectiva%208,p.99-110,2003.pdf> Consultado el: 10/04/2014

(...) Nuestra utopía, no prometeica sino razonable, radica, precisamente, en estar a la altura de la exigencia de los tiempos, aportando, tanto desde el campo de la investigación como de la intervención, ideas para hacer frente a esas asimetrías desde las nociones constitutivas de nuestra profesión, que son aquellas nociones relacionadas con los derechos sociales de ciudadanía. Y lo digo reiterando mi convicción de que los trabajadores sociales somos modernos, porque nuestra profesión surge como expresión de los postulados de la modernidad.¹¹¹

Modernidad; entonces la ética seguirá constituyendo una dimensión ineludible de nuestro accionar. Esto equivale a reconocer a la ética su carácter conceptual y argumentativo, su inmenso potencial como crítica de lo dado, y por lo tanto su ineludibilidad en la agenda de quienes queremos un mundo mejor. Y por otro lado, equivale a reconocer a la ética como un espacio de ejercicio de la libertad. Entonces intentamos preguntarnos ¿qué implica la constitución de una instancia crítica hoy para nuestra profesión? Recordemos que los sujetos sociales asignan un sentido a su práctica, y estos sentidos son diferentes, porque se construyen en un horizonte histórico, cultural y conceptual particular. Si ignoramos al otro no hay posibilidad de palabra y de razón. De ahí que el reconocimiento del otro exige que nuestra propia razón reflexione sobre las formas asumidas, en medio de la tensión entre el ser y el deber ser.

¿Qué pueden en este aspecto los profesionales, los intelectuales? En el plano de nuestros compromisos societales, hay que proponerse quebrar el monopolio del pensamiento tecnocrático, restituyendo la importancia de las distintas racionalidades en el debate sobre las necesidades, esto es, la importancia de un espacio común a distintas lógicas. En segundo lugar, comprometernos con nuestras asociaciones, que en tanto sujetos colectivos pueden hacer públicas las condiciones de vida de inmensos sectores de nuestra población, entablar compromisos sostenidos en que se comparta la responsabilidad de análisis rigurosos y propositivos en torno a la actual cuestión social. Es necesaria una solidaridad social con aquellos grupos que en distintos frentes de lucha se batan

¹¹¹ Op. Cit. p. 108

*por cambiar aspectos de nuestra sociedad. En este camino estaremos fructificando nuestra identidad, y a la vez preservando la esencia de nuestro oficio y el sentido de nuestra profesión, que es la construcción de justicia”.*¹¹²

Concluyendo, se puede decir que existen numerosas formas de caracterizar al Trabajo Social, muchas de las cuales son vistas, estudiadas y releídas a lo largo de la carrera universitaria, y sin embargo cada una resulta novedosa e inacabada al mismo tiempo, dado que la definición de nuestra profesión (si bien hay bases ineludibles presentes en diferentes paradigmas) está en relación con aspectos histórico-culturales, éticos, filosóficos, políticos, ideológicos y prácticos de cada colectivo profesional y hasta de cada profesional en ciertos casos; sin entender lo anterior como una in-definición de la profesión en sí, sino como un particular modo de “hacer Trabajo Social” de acuerdo con las *coordenadas* en las que se debe desarrollar la práctica profesional.

Desde el presente trabajo, se considera como fundamental una visión acerca del quehacer de Trabajo Social definido como una praxis social e histórica, situada desde una perspectiva de cumplimiento de los Derechos Humanos de las personas, grupos, familias y comunidades. Se revela como fundamental el cumplimiento del derecho a la salud en todas sus facetas, desde las más simples a las más complejas, teniendo en cuenta que el fenómeno del consumo problemático de sustancias afecta a las personas, familias y comunidades enteras desde sus múltiples dimensiones (relacional, económica, socio-cultural, etc.) Se considera que no hay posibilidad real de democracia y desarrollo si hay algunos que no tienen la oportunidad de ser protagonistas en la solución de sus problemas, de “plantarse” haciendo oír su voz. El Trabajo Social debe desarrollar la capacidad de “actoría social”, promoviendo la organización, la capacidad de acción colectiva, poniendo en relieve que tales personas, familias y comunidades revelen sus puntos de vista, sus intereses y objetivos, sus estrategias de negociación frente a las problemáticas que se les presentan y que generan necesidades que reclaman ser satisfechas. Se debe orientar la acción profesional, como dice Eroles, “a la

¹¹² *Op. Cit.* p. 109

construcción de procesos de ciudadanía y a la acción por la afirmación de derechos, hacia la necesidad de modificar sus estrategias de intervención social, redescubriendo los nuevos sujetos sociales que han comenzado a transformar su desesperación en esperanza, a través de acciones de protesta colectiva y otras formas de acción comunitaria, orientadas hacia la superación de las modalidades actuales de exclusión social”¹¹³.

¹¹³ Eroles, C. (2006). Los procesos de extinción-exclusión social afectan en América Latina a los grupos más vulnerables, considerados población sobrante. En: PERSPECTIVAS N° 17, 2006, 135-142 • ISSN 0717-1714. (p.139). Disponible en: http://ww3.ucsh.cl/resources/descargas/landing/revistas/Perspectivas_17.pdf#page=135http://ww3.ucsh.cl/resources/descargas/landing/revistas/Perspectivas_17.pdf#page=135 Consultado el 15/04/2014

MARCO METODOLÓGICO

MATERIAL Y METODO

1. Objetivos

Los objetivos del presente trabajo son los siguientes:

Objetivos Generales:

Comparar la red de recursos de grupos familiares en tratamiento por consumo problemático de sustancias, anterior y posterior al mismo.

Proponer aportes al trabajo con las familias con consumo problemático de sustancias, teniendo en cuenta las modificaciones logradas, a fin de dar continuidad práctica a las mismas.

Objetivos Específicos:

Describir el circuito de resolución de conflictos al que apelaba cada familia en la búsqueda de soluciones frente al consumo problemático de sustancias antes del tratamiento.

Construir y comparar los mapas de redes de recursos anteriores y posteriores al tratamiento por consumo problemático de sustancias.

Proponer, desde la perspectiva de Trabajo Social, un modelo de trabajo con las familias en tratamiento basado en el enfoque de trabajo en redes.

Supuesto: Las familias con un integrante en tratamiento por consumo problemático de sustancias que logren visibilizar, activar, reconstruir y utilizar una red de recursos distinta a la que poseían antes del tratamiento, o resignificar la existente, podrán ampliar sus estrategias de resolución de conflictos, como también sostener los logros terapéuticos a mayor plazo en el tiempo.

2. Categorías

Las categorías fueron construidas teniendo en cuenta que, en la investigación cualitativa, es el investigador quien le otorga significado a los resultados de su investigación, por lo tanto, las mismas se presentan como tópicos a partir de los que se recoge y organiza la información.

Estas categorías son:

- Referentes intrafamiliares (antes y después del tratamiento).
- Referentes extrafamiliares (antes y después del tratamiento).
- Soluciones intentadas ante el consumo problemático de sustancias.
- Recursos que aportó el tratamiento por consumo problemático de sustancias.

3. Material

En el presente trabajo, las fuentes de información utilizadas son:

- *Rastreo Bibliográfico*: recolección de material bibliográfico de los contenidos temáticos y conceptuales que dan marco al presente trabajo.
- *Análisis de datos*: obtenidos a partir de la administración de una Entrevista Semiestructurada a cinco familias que realizaron el tratamiento por consumo problemático de sustancias en “Cable a Tierra”; y la posterior sistematización de datos con el Software UCINET 6.0

4. Método

La investigación será de tipo *Cualitativa*, que posee fases que no tienen un principio y un final claramente delimitados, sino que se superponen y se mezclan unas con otras. Los datos cualitativos encierran un contenido informativo,

soportar una información acerca de la realidad interna o externa a los sujetos estudiados. (Hernández Sampieri, 2006)¹¹⁴.

Se utilizará un tipo de estudio *Descriptivo*, el cual consiste en describir fenómenos, situaciones, contextos y eventos; esto es, detallar cómo son y se manifiestan. Es decir miden, evalúan o recolectan datos sobre diversos conceptos, aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno a investigar. (Hernández Sampieri, 2006)¹¹⁵.

El diseño de investigación es el *Diseño Narrativo* en el cual el investigador recolecta datos sobre las historias de vida y experiencias de ciertas personas para describirlas y analizarlas. Resultan de interés los individuos en sí mismo y su entorno, incluyendo, desde luego, a otras personas. El diseño narrativo en diversas ocasiones es un esquema de investigación, pero también una forma clara de intervención. (Hernández Sampieri, 2006)¹¹⁶.

5. Instrumentos de recolección de datos

Se utilizará la Entrevista Semiestructurada, caracterizada porque “*se determina de antemano cuál es la información relevante que se quiere conseguir, se hacen preguntas abiertas dando oportunidad a recibir más matices de la respuesta, permite ir entrelazando temas, pero requiere de una gran atención por parte del investigador para poder encauzar y estirar los temas (actitud de escucha)*”.¹¹⁷

Este tipo de entrevista es cualitativa “*más íntima, flexible y abierta. Esta se define como una reunión para conversar e intercambiar información entre una persona (el entrevistador) y otra (el entrevistado) u otras (entrevistados). En el*

¹¹⁴H. Sampieri, R. Collado, C y Baptista, L. (2006). *Metodología de la investigación*. México: Mc. Graw Hill.

¹¹⁵ *Op. Cit.*

¹¹⁶ *Op. Cit.*

¹¹⁷ Pelaez, A.; Rodríguez, J. y otros (no citado) *Entrevista*. Disponible en:

http://www.uam.es/personal_pdi/stmaria/jmurillo/InvestigacionEE/Presentaciones/Curso_10/Entrevista_trabajo.pdf

último caso podría ser tal vez un grupo pequeño, como una pareja o una familia... ”¹¹⁸.

Continuando con este tema, se concuerda con Vélez Restrepo (2003), quien se refiere a la entrevista como: *“un evento dialógico propiciador de encuentros entre subjetividades que se conectan o vinculan a través de la palabra permitiendo que afloren representaciones, recuerdos, emociones y racionalidades pertenecientes a la historia personal, a la memoria colectiva y a la realidad sociocultural de cada uno de los sujetos implicado (...). La situación de la entrevista coloca a la experiencia en el centro de la acción, y el contacto dialógico y narrativo se desenvuelve en ella, de manera reflexiva, con razón y corazón. El tipo de interacción presente en la entrevista da cuenta de una compleja trama de relaciones humanas y sociales configuradas mediante juegos de antecedentes o precedentes que están atravesados por la ética y la experiencia”*.¹¹⁹

La entrevista diseñada y utilizada tiene por objeto reconocer a la persona que participa de la investigación y su familia, las relaciones entre ellos y con ámbitos extrafamiliares, y ofrece información sobre el proceso investigativo. Contiene una serie de preguntas en referencia a la etapa de búsqueda de soluciones anteriores al tratamiento en “Cable a Tierra”, y otra serie de preguntas relacionadas a la etapa posterior a dicho tratamiento. Tiene por objeto poder conocer las categorías de análisis construidas a partir de los objetivos y supuesto de investigación para poder contar con el material necesario para la utilización y análisis del instrumento cualitativo seleccionado. Estas preguntas tienen una función orientativa y no al modo de cuestionario para guiar al investigador y asegurarse contar con el material empírico necesario para el estudio, por lo que las entrevistas fueron flexibles, establecida como una serie de preguntas que actúan a modo de guía de la conversación entre el entrevistador y los entrevistados, seleccionando preguntas que aporten datos que luego puedan ser sistematizados a través del software.

¹¹⁸ *Op. Cit.* p. 418

¹¹⁹ Vélez Restrepo, O. (2003) *Reconfigurando el Trabajo Social*. Espacio. p. 104-105

A continuación voy a realizarles unas preguntas referidas al momento anterior al inicio del tratamiento de.....; Y luego otras preguntas referidas al momento posterior al tratamiento hasta el día de hoy.

Fecha:

Quiénes están presentes en la entrevista:

Antes del Tratamiento

¿Cuánto tiempo pasó desde el inicio del consumo y el comienzo de la búsqueda de soluciones?

¿Con quién vivías y cómo era la relación con cada una de esas personas?

¿Habías comentado con alguna persona de la familia acerca de tu consumo? ¿Por qué esa persona y no otra? ¿Cuál fue su reacción al enterarse?

¿Con qué otras personas te relacionabas? (referentes familiares, grupos, organizaciones, etc.)

¿Habías comentado con alguna otra persona fuera de la familia acerca de tu consumo? ¿Por qué esa persona y no otra? ¿Cuál fue su reacción al enterarse?

¿Cómo era un día de tu vida seis meses antes de comenzar el tratamiento?

¿Cómo fue la reacción de Ustedes (de ellos) cuando se enteraron que consumía?

¿Era esto un problema para Ustedes? ¿Cómo era esto un problema para Ustedes?

¿Cuánto tiempo pasó entre este momento y el comienzo de búsqueda de soluciones? ¿Cuándo decidieron consultar por este problema?

¿Qué soluciones intentaron?

¿Cómo/quien(es) decidieron consultar por este problema? (a quién acudieron; qué respuesta obtuvieron, etc.)

De las personas nombradas anteriormente, ¿Quiénes te acompañaron en el tratamiento?

Después del tratamiento

¿Con quién (es) vivís actualmente? ¿Cómo es tu relación con ellos?

¿Con qué otras personas te relacionas? ¿Realizas alguna actividad, asistes a algún grupo, organización, trabajo, estudio, etc.? (¿y en familia?).

¿Cómo es un día de tu vida hoy, luego del tratamiento?

¿Cómo te hacen sentir tus actividades de hoy?

Las personas con las que te relacionas hoy, ¿son las mismas de antes?

¿Colaboran con los logros que has obtenido en el tratamiento? ¿De qué manera?

¿Qué fue diferente de este tratamiento con respecto a otras soluciones intentadas?

¿Qué consideran ustedes que hicieron de diferente con respecto a tratamientos anteriores?

¿Cómo advirtieron que el tratamiento estaba dando resultado?

Luego de haber finalizado el tratamiento, ¿hubo cambios en las relaciones familiares? ¿Cuáles? ¿Y con el resto de las personas referentes?

¿Qué recursos nuevos les aportó el tratamiento como grupo familiar?

¿Cuáles reforzó?

Luego de haber finalizado el tratamiento ¿qué sugerencias harían con respecto al mismo?

Para realizar la sistematización de los datos y los gráficos de redes se utilizará el Software Ucinet 6.0¹²⁰, para investigaciones de tipo cualitativas, que consiste en un completo paquete de programas informáticos y sus aplicaciones creado para el análisis de los datos de redes sociales, que trabaja a partir de la teoría elemental de grafos y permutación de relaciones. El programa Ucinet 6.0 está concebido para un ambiente Windows y es una de las herramientas computacionales con más difusión en el Análisis de Redes Sociales. Ucinet 6.0 es un paquete de herramientas que cumple roles diferentes y complementarios. Los tres módulos centrales y su descripción son:

- **Ucinet.** Programa central que calcula los indicadores del Análisis de Redes Sociales y que, a partir de su barra de herramientas, es posible acceder a los otros programas. Tiene una amplia gama de rutinas y algoritmos de cálculos y operaciones sobre las matrices relacionales.
- **Spreadsheet.** Planilla que permite capturar los datos relacionales bajo forma de matrices de adyacencia o de atributos y que cuenta con herramientas para el análisis matricial, previo al cálculo de indicadores y análisis gráfico. En general se utiliza Spreadsheet siempre que se quiere modificar una matriz directamente, y para la carga inicial de los datos.
- **NetDraw.** Planilla que permite capturar los datos relacionales bajo forma de matrices de adyacencia o de atributos y que cuenta con herramientas para el análisis matricial, previo al cálculo de indicadores y análisis gráfico. En general se utiliza Spreadsheet siempre que queremos modificar una matriz directamente, y es la herramienta que grafica las redes a partir de los datos de Spreadsheet.

Otro de los instrumentos utilizados, en menor medida, es el Análisis documental, debido a que algunos datos correspondientes a la composición de las familias entrevistadas y a la modalidad de trabajo institucional, fueron extraídos de las respectivas Historias Clínicas.

¹²⁰ Borgatti, S.P., Everett, M.G. and Freeman, L.C. (2002). *UCINET for Windows: Software for Social Network Analysis*. Harvard, MA: Analytic Technologies.

6. Unidad de Análisis y Procedimiento

La *unidad de análisis* responde a un total de 5 familias que realizaron el tratamiento por consumo problemático de sustancias durante el año 2011 y 2012 en “Cable a Tierra”. El criterio de selección corresponde a que tales familias completaron el proceso de tratamiento y son a las que se tuvo acceso y que accedieron a participar de la investigación.

El *procedimiento* consiste en la toma de la entrevista semiestructurada a cada familia, y la posterior sistematización de los datos con el software UCINET 6.0, a través de la composición de una grilla de vínculos a partir de los datos aportados en la entrevista y gráfica digital de las redes familiares antes y después del tratamiento.

PRESENTACION Y DISCUSION

DE RESULTADOS

PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Durante los meses de abril y mayo de 2014 se llevó a cabo la selección de familias participantes. Quedaron seleccionadas cinco familias que habían completado el tratamiento en “Cable a Tierra” entre el último trimestre de 2011 y el primer semestre de 2012.

En el mes de junio del 2014, se realizaron las entrevistas, teniendo como criterio la presencia de la persona que realizó el tratamiento por consumo problemático de sustancias, acompañado de al menos un miembro de la familia que haya participado del desarrollo del mismo. Otro requisito fue que las entrevistas fueran realizadas en el domicilio de la familia, a modo de mantener la privacidad y el clima de la entrevista.

Caracterización general de las familias entrevistadas

Las familias participantes son residentes de distintos departamentos del Gran Mendoza (3 de Guaymallén, 1 de Las Heras, 1 de Luján de Cuyo). Dos (2) de las familias poseen Obra Social, una (1) posee servicios de salud prepagos, dos (2) no poseen cobertura de Obra Social (su tratamiento fue costado mediante una beca del Plan Provincial de Adicciones).

Al comenzar el tratamiento, presentan diversa composición en cuanto a cantidad de miembros (desde 1 hasta 5), y pueden clasificarse: dos (2) de ellas como familias nucleares tradicionales, una (1) como ensamblada, una (1) como familia ampliada y una (1) como familiarización de amigos; luego de finalizado el tratamiento, las configuraciones familiares se presentan de la siguiente manera: 2 como familia nuclear tradicional, 2 como familiarización de amigos, y 1 hogar unipersonal.

Estas familias presentan nivel educativo heterogéneo en sus miembros (desde primario incompleto hasta universitario completo, incluso dentro de la misma familia); tienen inserción laboral en campos diversos que abarcan desde el trabajo diario en tareas de albañilería, docencia particular, profesionales independientes, trabajadores por cuenta propia, empresarios, etc., lo que genera distintos niveles de ingresos económicos (desde \$4000 hasta más de \$15000 mensuales en la actualidad).

Análisis reticulares

A continuación se presentan los gráficos de redes de las familias antes y después del tratamiento. A modo de ayuda y orden visual, se ha modificado el tamaño de las etiquetas asignadas a cada nodo por el software; además, se ha modificado en la forma y colores de los nodos de las redes, teniendo en cuenta el siguiente criterio:

Antes del tratamiento:

- Forma circular de color rojo: corresponde a la persona que realiza el Tratamiento.
- Forma circular: SÍ participa del Tratamiento, citado a participar de entrevistas/grupos/actividades, por parte de la institución.
- Forma triangular: NO participa del Tratamiento. En este punto se incluye a los nodos que no son convocados por parte de la institución a actividades relacionadas con el Tratamiento, o deciden no tener vínculo con la persona mientras este dure. Incluye a aquellos nodos que desconocen que la persona se encuentra realizando Tratamiento
- Color anaranjado: integrantes de la familia. Se considera a las personas que conviven junto a la persona en Tratamiento.

- Color azul: apoyo extrafamiliar. Se considera a las personas que, sin pertenecer al núcleo conviviente, participan del Tratamiento visitando a la persona, llamando telefónicamente durante su internación, realizando un aporte económico o en especies, etc.
- Color verde: apoyo terapéutico. Se consideran las soluciones intentadas por la persona y su familia frente a la problemática del consumo de sustancias.
- Color blanco: compañeros de consumo.
- Color gris: proveedor de la sustancia.

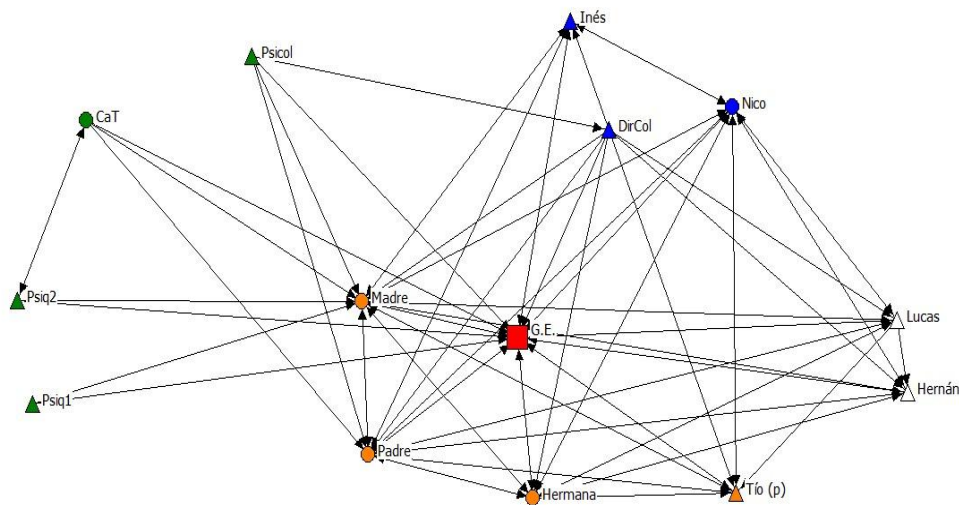
Después del tratamiento:

- Forma circular de color rojo: corresponde a la persona que realiza el Tratamiento.
- Forma circular: SÍ continúa pautas del Tratamiento, es decir que es una persona con quien el paciente mantiene un vínculo de acuerdo a pautas saludables en cuanto a las actividades, horarios, comunicación, etc.
- Forma triangular: NO continúa pautas del Tratamiento. Son personas que, siendo familiares o no, mantienen un vínculo que entra en conflicto con las pautas propuestas y aprendidas durante el Tratamiento, generando un vínculo contrario a pautas saludables en cuanto a las actividades, horarios, comunicación, etc.
- Forma romboidal: se incluye a las personas que tienen un vínculo con la persona, sin conocer que la misma ha realizado Tratamiento. Por consiguiente, sus interacciones no pueden calificarse de acuerdo o en contrario con las pautas del mismo.
- Color anaranjado: integrantes de la familia. Se considera a las personas que conviven junto a la persona después del Tratamiento.

- Color azul: apoyo extrafamiliar. Se considera a las personas que, sin pertenecer al núcleo conviviente, son parte de la red de la persona y establecen un vínculo desde actividades que no tienen relación directa con lo terapéutico: deportivas, estudiantiles, religiosas, de ocio, etc.
- Color verde: apoyo terapéutico. Se considera a las personas o instituciones con las que la persona establece un vínculo específicamente terapéutico.

A continuación se presentan los análisis reticulares y cualitativos realizados a partir de los datos aportados por las familias en las entrevistas, y su posterior sistematización con el paquete de software Ucinet 6.0

Gráfico 1: red de G.E. antes del Tratamiento



Descripción: G.E. es un joven de 19 años que vive en Guaymallén junto a su familia, que está compuesta por su padre, su madre, su hermana y un tío materno quien esporádicamente consume marihuana y le suministra a G.E. Refiere en la entrevista que sus vínculos más cercanos los mantiene con su madre y su tío (con ambos mantiene un vínculo de sobreprotección), y en menor medida con su hermana. La relación con su padre es conflictiva (como dato significativo puede mencionarse que el padre es miembro activo de la fuerza policial, lo que lo hace caracterizar a su hijo como “al margen de la ley”, “víctima de la vagancia”, “potencial delincuente”, etc.). G.E. realiza tratamiento por policonsumo de sustancias (alcohol, cocaína, marihuana), refiere vinculación a situaciones delictivas, tales como hurto y haber realizado distintos tratamientos por episodios de angustia, intento de suicidio, crisis epilépticas, desde alrededor de los 12 años.

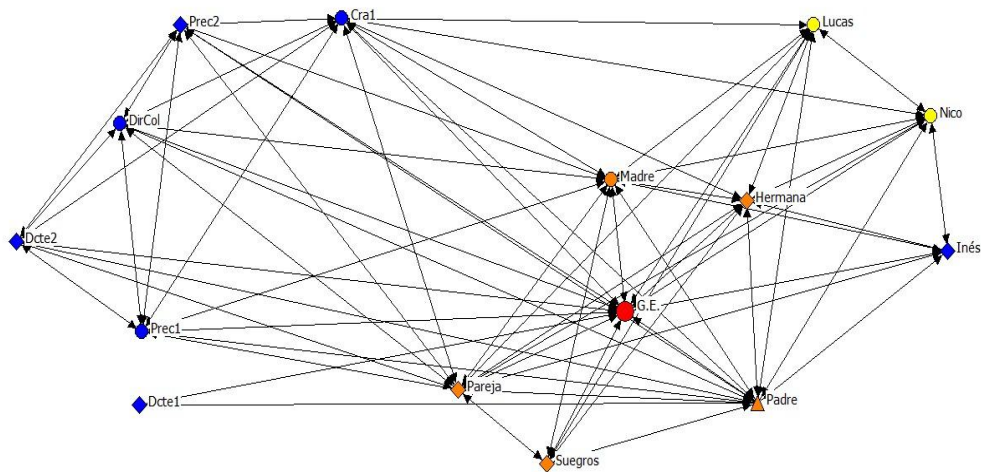
En el gráfico puede observarse que posee apoyo extrafamiliar de parte de Nico (amigo del barrio que no consume), el director del colegio al que asiste (cuyo apoyo se realiza a través del diálogo y el alerta a los padres en las ocasiones en que G.E. asiste al colegio con signos de consumo o consume en el colegio), e Inés (una referente de la iglesia católica del barrio, amiga de sus padres, que cita a

G.E. a dialogar y rezar en su casa, proponiéndole un apoyo de tipo axiológico). G.E. reconoce que la mayor parte del tiempo transcurre “en la calle, consumiendo... y a veces bardeando... y los fines de semana, peor...”, con un grupo de entre 5 y 15 consumidores entre los que identifica como referentes a dos de ellos. Entre las soluciones intentadas ante la problemática del consumo de G.E. (apoyo terapéutico) se encuentran 2 psiquiatras y 1 psicólogo con los que realizó tratamientos sin encontrar los resultados esperados, antes de comenzar un periodo corto de tratamiento ambulatorio en Cable a Tierra y su posterior internación.

Durante el transcurso de la internación asistieron a entrevistas, talleres para familiares y visitas en la comunidad terapéutica su madre, su padre, y su hermana (en pocas ocasiones).

Con respecto a la red que resulta del gráfico puede observarse que las relaciones presentan mayor densidad y cercanía en el plano familiar que en el resto. Se destaca que las relaciones de la madre son casi idénticas a las de G.E., al igual que las de su padre (excepto algunos nodos de apoyo terapéutico) debido a su conocimiento del resto de los nodos (actores), y de cómo interactúan con su hijo. Puede observarse que las relaciones del tío y hermana no abarcan los nodos de apoyo terapéutico (a excepción de Cable a Tierra, en el caso de la hermana). En cuanto al grupo de pares, menciona a dos de sus amigos que se incluyen en la red como compañeros de consumo, que tienen relación con él y con su tío, siendo estos el nexo al grupo de consumo, jóvenes que sus padres aceptan ya que en su imaginario ellos “no son los drogonés”.

Gráfico 2: red de G.E. después del Tratamiento



Puede observarse en el gráfico que las relaciones de G.E. presentan mayor densidad y cercanía tanto en el plano familiar como en la red de apoyo extrafamiliar (ahora vinculada a actividades estudiantiles). Se destaca que las relaciones de los nodos correspondientes a madre, padre, hermana y pareja son casi idénticas a las de G.E., debido a su conocimiento del resto de los nodos (actores), y de cómo interactúan con G.E. Esto genera una mayor densidad en las interacciones que puede interpretarse como un mayor apoyo por parte de cada nodo, especialmente significativo en la red de apoyo extrafamiliar.

Continúa apareciendo el apoyo de tipo axiológico (Inés) y el de amigos/pares que ya no consumen sustancias (Lucas, Nico) promoviendo el crecimiento de la red hacia vínculos de tipo afectivo, y a actividades relacionadas al deporte y uso del tiempo libre, con la posibilidad que ello da de ampliar la red de vínculos saludables. Es de importancia resaltar que tanto la pareja como sus suegros desconocen la historia de consumo de G.E, generándose un “secreto familiar”. Otro punto a tener en cuenta es que el padre, aun habiendo participado del tratamiento a través de entrevistas, talleres informativos y de reflexión,

continúa caracterizando a su hijo como un “adicto por siempre” “con tendencia a delinquir”, etc., generando que las interacciones entre ellos continúen siendo sumamente conflictivas, más todavía teniendo en cuenta que G.E. vive junto con su pareja en casa de sus padres.

Categorías:

Referentes intrafamiliares: “...al principio mi mamá y mi tío... eran los que yo sentía que me cuidaban y defendía (ella)... y el otro además me acompañaba, pero siempre viendo que no me metiera en quilombo... cuando mi tío no estaba, yo me la echaba... después los referentes empezaron a ser más mi mamá, mi hermana, mi viejo, aunque no me lleve bien...”

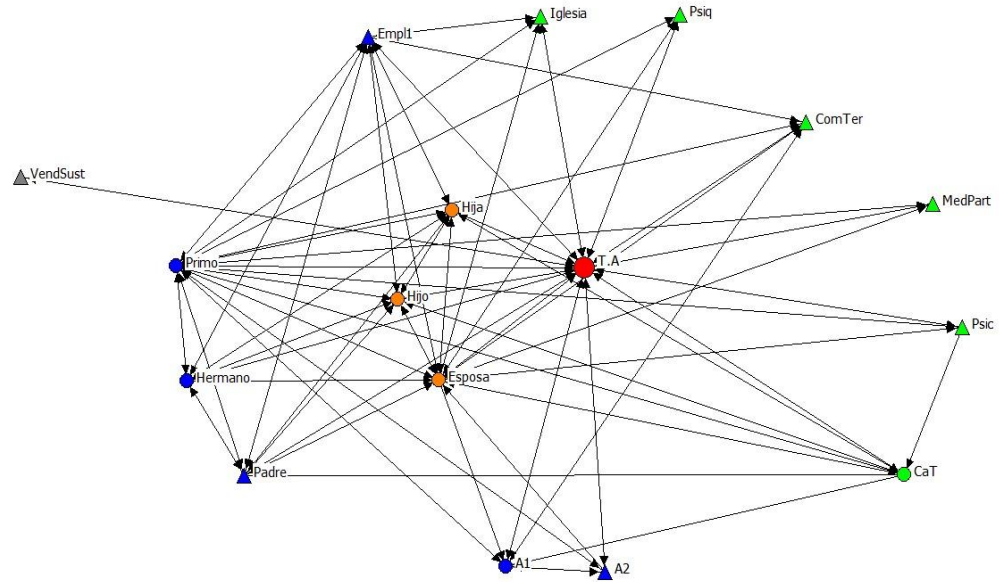
Referentes extrafamiliares: “...los pibes de la cuadra, eran los únicos que tenía, si nos la pasábamos ahí todo el día... tomando y haciendo algún que otro bardo...después (del tratamiento) los pibes que se rescataron... y algunos operadores de *Cable a Tierra*... la gente de la escuela también, los preceptores que estuvieron siempre...”

Soluciones intentadas ante el consumo problemático de sustancias: habla la madre “...no sabíamos qué hacer, porque de la escuela ya nos habían dicho que tenía que hacer terapia... por el comportamiento... pero esto (el consumo) no lo imaginamos nunca... pero buéh, la cosa estaba así y había que hacer algo porque me lo iban a traer muerto o preso... así que empezó a ir a psicólogo primero y después a psiquiatra, pero no pasaba nada, hasta que otro psiquiatra nos recomendó *Cable a Tierra*, y ahí nomás nos dijeron que se tenía que internar...”
Agrega G.E. “...no me daba resultado nada porque yo no estaba ni ahí... no me cabía los que me decían el psicólogo y el psiquiatra... iba para ver si pasaba algo... pero en *Cable a Tierra* ya en la primera entrevista me di cuenta que esto venía en serio... que me cantaron la posta y me la tenía que bancar...”

Recursos que aportó el tratamiento por consumo problemático de sustancias: “poder entender que el problema era de todos... de toda la familia”, “poder comunicarnos mejor, escucharnos, respetarnos... hasta conocernos, porque entre

nosotros vivimos y a veces no nos conocemos...”, “hacer las cosas de otra manera, ser más creativos para solucionar los problemas”, “entender que estábamos tapando los problemas...”.

Gráfico 3: red de T.A. antes del Tratamiento



Descripción: T.A. es un hombre de 43 años, empresario (administra más de 15 locales céntricos de su propiedad), vive en un barrio privado de Las Heras junto a su esposa, su hijo de 13 años y su hija de 17.

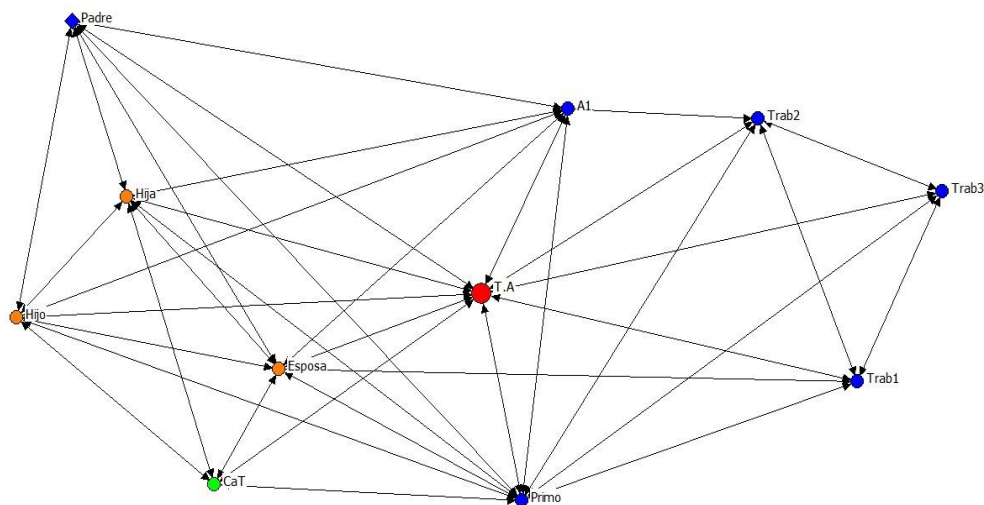
Consumo cocaína en grandes cantidades durante 10 años aproximadamente, y, si bien tiene un proveedor local, la mayoría de las veces (debido a su alto poder adquisitivo y los continuos viajes que realiza a países limítrofes) opta por “hacerla traer” o la trae él mismo a escondidas, con todos los riesgos legales que ello implica. Refiere que siempre consumió en soledad, ya sea en su casa o en alguno de sus locales céntricos (en su última etapa de mayor consumo refiere que sólo salía de su casa para buscar los hijos del colegio).

Su red de apoyo extrafamiliar está compuesta por su padre, con quien mantiene una relación distante (cabe además destacar que su padre consume alcohol, generalmente sin salir de su domicilio), su hermano y su primo, a quienes T.A. refiere como sus grandes sostenes (“son mis socios... ellos llevaron los

negocios y se encargaron de todo cuando estaba mal...”), y dos compañeros de trabajo (empleados de su confianza que lo ayudan en la administración de los locales). Es destacable la figura de la trabajadora doméstica, que trabaja en la casa durante más de 15 años, quien se categoriza como nodo de apoyo extrafamiliar al vincular a T.A. con una de las soluciones terapéuticas intentadas (grupos de una iglesia evangélica para consumidores y familiares), puede ser identificada también como un apoyo de tipo axiológico.

Con respecto al resto de las soluciones terapéuticas intentadas refieren haber asistido a terapias psicológicas y psiquiátricas, a un médico particular (al que concurría con el fin de que le receten ansiolíticos que le permitieran “dormir al menos un par de horas al día... bajar un poco la locura de la sustancia...”, según refiere), y a una comunidad terapéutica en la provincia de Córdoba a la que lo llevaron su hermano y su primo e internaron con su consentimiento. Antes de realizar Tratamiento en Cable a Tierra los hijos desconocían su consumo, hasta que luego fueron informados e incorporados a los talleres de familiares, y visitas en la comunidad terapéutica. El hermano, el primo y uno de los compañeros de trabajo de T.A. participaron también de las visitas en la comunidad terapéutica.

Gráfico 4: red de T.A. después del Tratamiento



Puede observarse que luego del tratamiento la red es similar a la anterior, destacando que ya no aparecen los nodos correspondientes a soluciones terapéuticas (a excepción de “Cable a Tierra”) y al vendedor de sustancias. Se distingue que todos los nodos de esta nueva red mantienen pautas acordes al sostenimiento de la abstinencia. No puede calificarse de igual manera al padre, al no haber participado del tratamiento. Destaca como vínculos importantes en la actualidad a su familia (esposa e hijos), dado que él considera que tiene “una nueva vida con ellos... con salud... con actividades juntos... poder acompañarlos en todo... ahora vivo con ellos...” (el subrayado es propio, denota el énfasis en la frase durante la entrevista). Continúa con apoyo extrafamiliar de su primo, un amigo y compañeros del trabajo (son su red de confianza en la administración de sus negocios).

Categorías:

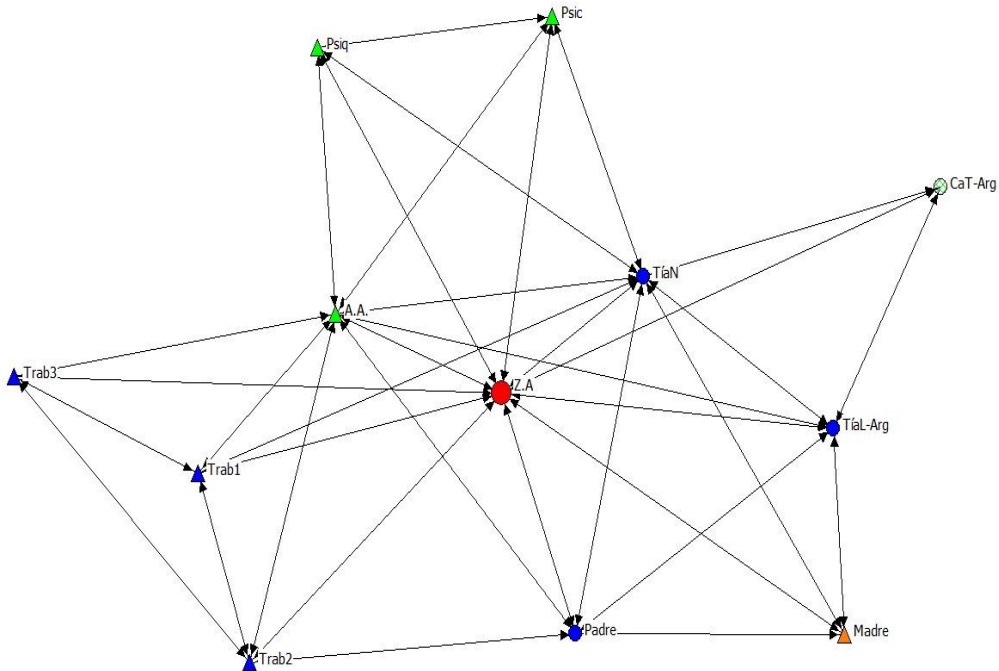
Referentes intrafamiliares: “siempre la mayor referente fue mi esposa... ella siempre estuvo al lado mío... y organizó todo en mis peores momentos para que yo no me haga más daño del que me estaba haciendo... aunque al principio ella no podía hacer nada porque encima tenía que laburar... y a mis hijos, pobrecitos la vida que les di, ni los veía, sabía que estaban pero ni los veía... después (del tratamiento) mi familia en su totalidad, son lo primero en lo que pienso antes de hacer cualquier cosa... son mi sostén, son lo único que tengo...”

Referentes extrafamiliares: “mi primo y un amigo... que son los que me ayudaban con los negocios.... mi hermano también, que quería ayudar y yo no le daba confianza... pero de la puerta para afuera de mi casa, el *transa*, yo salía de mi casa y pasaba siempre por ahí...Después (del tratamiento) mi primo y mi amigo, y otros en los que yo fui confiando para atender los negocios y para que no metan a laburar gente que consume... porque eso me pone en riesgo a mí... me apoyo mucho en ellos... y *Cable a Tierra* porque sé que es un lugar al que siempre puedo volver, pasar a saludar, llamar algún operador para charlar...”

Soluciones intentadas ante el consumo problemático de sustancias: “empecé con psicólogo y psiquiatra, me diagnosticaron depresión y me daban pastillas... me venían fenómeno para *bajar* y poder hacer algo durante el día... después lo mismo pero con un médico particular... la empleada que trabaja en casa me invitó a unas reuniones en una iglesia evangélica, pero a mí la religión no me interesa... mi primo y mi amigo me subieron a un auto y me llevaron a internar a Córdoba, en una comunidad terapéutica, pero a los días me vine... y llegué a *Cable a Tierra* y me interné porque me gustó el lugar, y me fui convenciendo los primeros días que tenía que aguantar, y ahí repunté y me sentí tan bien que terminé el tratamiento... ahí me sané...”

Recursos que aportó el tratamiento por consumo problemático de sustancias: “darme cuenta que era un muerto en vida... que estaba matando a mi familia... después como familia nos unió... me hizo ver que me puedo mover en el mundo y hacer las cosas que me gustan y disfrutarlas...”. Agrega la esposa “nos hizo ver que a los problemas hay que encararlos y encontrarles la forma de solucionarlos, por dolorosos que sean... que lo primero es comunicarse bien, con claridad, y tener paciencia y esperar los resultados”.

Gráfico 5: red de Z.A. antes del tratamiento



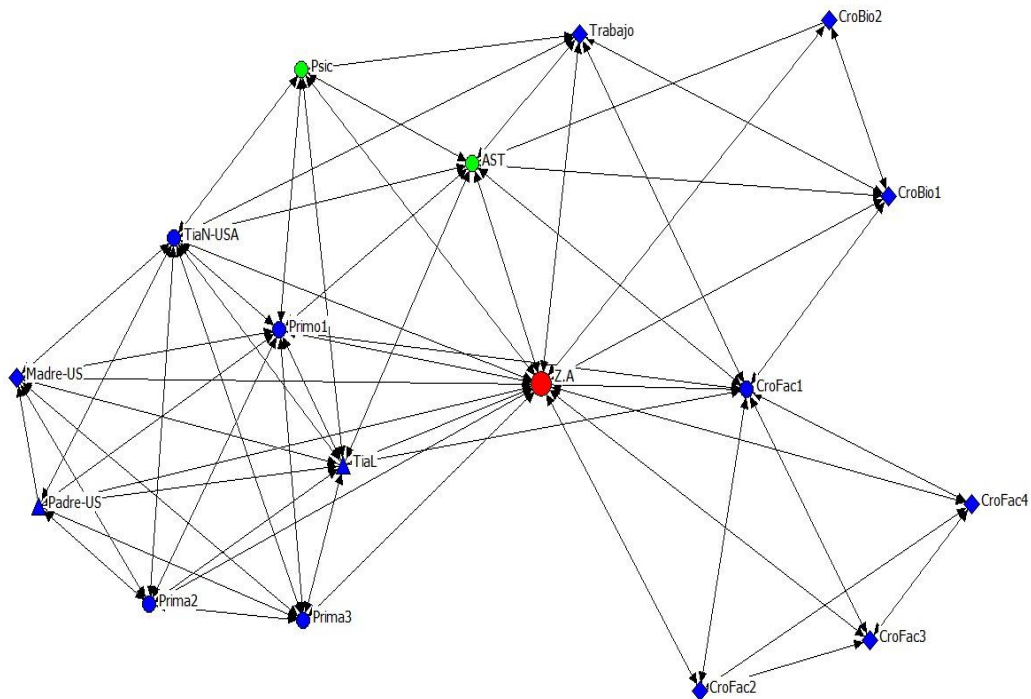
Descripción: Z.A. es un hombre de 37 años, residente en Estados Unidos. Allí trabaja como policía voluntario en la ciudad de Nueva York. Convive con su madre en un departamento en el centro de la ciudad. Comienza a consumir alcohol a los 14 años hasta aproximadamente los 33, al que luego suma el consumo de diversos psicofármacos que sustrae a su madre, quien se encuentra con internación domiciliaria por enfermedad psiquiátrica. Menciona que nunca asistió con signos de consumo a su trabajo.

Su red de apoyo extrafamiliar está compuesta por: su padre, quien posee un restaurant en la ciudad de Nueva York, ambos mantienen una relación en la que el afecto se entremezcla con momentos de consumo en conjunto; Nicki, tía paterna que reside en la misma ciudad, abocada al cuidado de la madre y a brindar apoyo en la búsqueda de soluciones al consumo (luego también participará del tratamiento por medio de entrevistas telefónicas y vía Skype, como también llamando a Z.A. por teléfono); los compañeros de trabajo de Z.A., quienes no conocen acerca de su problemática de consumo, pero constituyen un referente

afectivo y axiológico (comparten y refuerzan los valores que representa la institución a la que pertenecen y su ligazón a valores ciudadanos, patrióticos, cumplimiento de las leyes, etc.); y Lucy, tía que reside en Guaymallén y quien oficia de nexo con “Cable a Tierra”.

Las soluciones terapéuticas intentadas fueron: psicólogo y psiquiatra particular, y reuniones de Alcohólicos Anónimos, a las que también asistían Nicki y el padre. Luego de estos intentos, y teniendo en cuenta el apoyo familiar en Mendoza, Z.A. viaja para realizar tratamiento en “Cable a Tierra”.

Gráfico 6: red de Z.A. después del tratamiento



Descripción: la red después del tratamiento está situada casi en su totalidad en la provincia de Mendoza, dado que decide residir, trabajar y estudiar en la provincia. Luego del tratamiento vive solo, alquila una habitación en una casa cercana a su referente local, Lucy (tía). Al finalizar el tratamiento comienza el cursado de la Lic. en Idioma Inglés de la UNCuyo, lo que le aporta un ámbito de nuevas relaciones interpersonales y se caracteriza como una red de apoyo extrafamiliar

(sus 4 compañeros de estudio, de los cuales solo 1 conoce la historia de consumo y apoya las pautas del tratamiento realizado); otro nodo de apoyo extrafamiliar es su trabajo en clases particulares de inglés, lo cual le representa un apoyo económico; otros nodos de apoyo extrafamiliar de tipo afectivo son sus primos e hijas de sus primos en Guaymallén, con quien comparte actividades familiares los fines de semana; paradójicamente, su tía Lucy, quien había participado activamente en las instancias del tratamiento (grupos, entrevistas, visitas, apoyo económico, etc.), comienza a discontinuar su apoyo a las pautas del mismo, sin dejar de ser un nodo de referencia del tipo afectivo.

Por último, un importante nodo de apoyo extrafamiliar es la actividad de biodanza, que elige como espacio de expresión y sostén afectivo.

Sus familiares en Estados Unidos continúan prestando apoyo de tipo económico para solventar algunos gastos, pero la única que continúa las pautas del tratamiento es Nicki, quien por momentos podría considerarse un apoyo cuasi-terapéutico además de afectivo.

Z.A. continúa con apoyo terapéutico por parte un profesional de psicología y un acompañante terapéutico.

Categorías:

Referentes intrafamiliares: “antes, en Estados Unidos, nadie... porque vivía con mi madre los dos solos... estaban mi padre y Nicki, ellos son mi familia también, pero sólo sabían lo que sucedía cuando nos veíamos o hablábamos por teléfono... después (del tratamiento) entendí que ellos sí son mi familia aunque vivan en la otra punta del mundo, y pueden ayudarme, tanto como Lucy, mis primos y todos los que viven acá...”

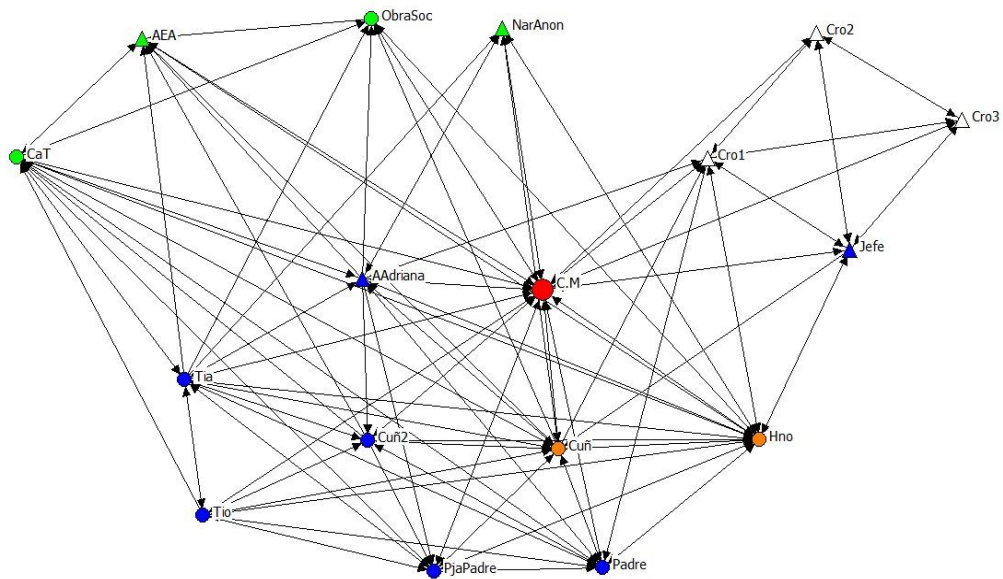
Referentes extrafamiliares: “antes eran mis compañeros del trabajo, ellos me apoyaban mucho, me sentía bien ahí... pero ellos no conocían mi problema... después (del tratamiento) mis primos sobre todo, porque con ellos puedo salir y

divertirme y me cuidan... también es importante para mí estudiar, y mis compañeros... y el grupo de biodanza, me contienen, me ayudan sin saberlo...”

Soluciones intentadas ante el consumo problemático de sustancias: “primero fui a reuniones de Alcohólicos Anónimos, estuvo bien durante un tiempo, pero después cuando empecé a mezclar alcohol y medicamentos, tuve que ir a psicólogos y psiquiatras... quería internarme, pero en Estados Unidos es caro y mi plan de salud no lo cubría... así que hablamos con Lucy y ellos encontraron *Cable a Tierra* y me vine a internar...”

Recursos que aportó el tratamiento por consumo problemático de sustancias: “...darme cuenta que soy un hombre adulto que ha resignificado sus proyectos (estudiar, trabajar y ser independiente) y tiene que estar fuerte para ponerlos en práctica... y para eso hay que tener salud... y no tener miedo de enfrentar al mundo, los problemas, la gente, de expresar mis ideas... darme cuenta que hay gente que me quiere y quiere ayudarme... y darme cuenta que tengo mucho para dar de mí...”

Gráfico 7: red de C.M. antes del tratamiento

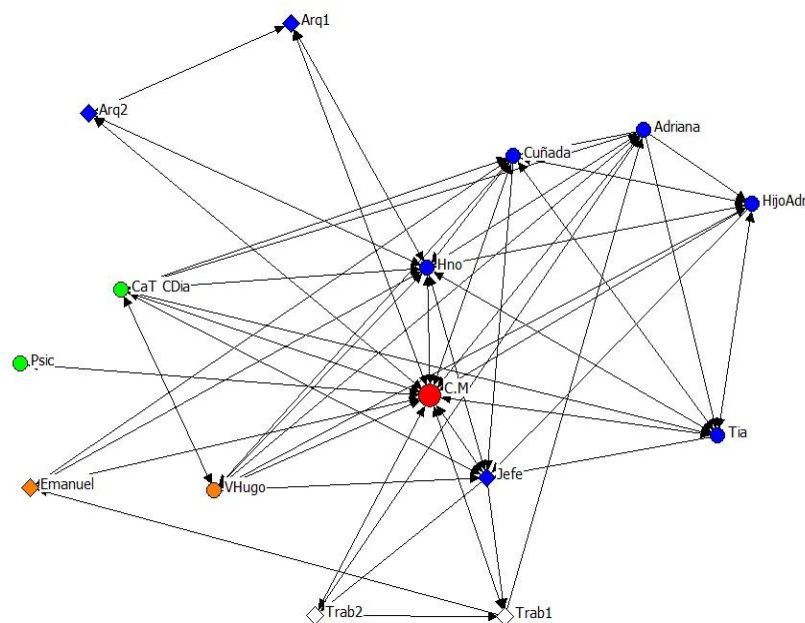


Descripción: C.M. es un hombre de 34 años, reside en Guaymallén y trabaja como técnico electromecánico. Presentaba consumo problemático de cocaína y alcohol. Antes de realizar tratamiento en “Cable a Tierra” convivía con su hermano y su cuñada. Refiere que su mayor ámbito de consumo era en el trabajo, debido a que 3 de sus compañeros también lo hacían. Esta situación era desconocida por su jefe, quien representa un apoyo afectivo para C.M. dado que es amigo del hermano, pero nunca él le contó de su consumo.

Otros nodos de apoyo extrafamiliar son: su padre y la pareja de su padre, con quienes mantiene una relación superficial debido a la situación de juego problemático de ambos, pero que prestan apoyo económico y habitacional esporádico; el tío paterno, quien presta apoyo afectivo; la tía materna, residente en la provincia de Córdoba, quien presta apoyo afectivo, económico y cuasi-terapéutico debido a que C.M. concurre a visitarla en sus licencias laborales de invierno y verano, y que también oficia como “lugar de desintoxicación”; una persona que presta apoyo axiológico y afectivo es Adriana, una amiga de la infancia que conoce del consumo de C.M. desde su inicio.

Las soluciones terapéuticas intentadas fueron: la asistencia a grupos de Nar-Anon durante 4 meses; el tratamiento por distintos profesionales de la Obra Social; luego derivación a AEA (terapia grupal ambulatoria) durante 8 meses; y por último la internación en la comunidad terapéutica de “Cable a Tierra” ante la imposibilidad de mantener la abstinencia en tratamiento ambulatorio. Las personas que participaron de esta última instancia terapéutica fueron: su padre, la pareja del padre, el hermano, cuñada, hermana de la cuñada, el tío y la tía.

Gráfico 8: red de C.M. después del tratamiento



Descripción: una vez terminado el tratamiento en “Cable a Tierra”, C.M. convive con un compañero de internación, V. Hugo. Luego de un tiempo, retorna a “Cable a Tierra” bajo la modalidad de comunidad de día, hasta que regresa a convivir con un amigo, Emanuel. Continúa trabajando en el mismo ámbito, pero pudiendo limitar sus interacciones con sus compañeros de trabajo; su jefe continúa siendo un apoyo importante en el ámbito extrafamiliar.

Los nodos de apoyo extrafamiliar que continúan las pautas de tratamiento son: el hermano de C.M., la esposa del hermano, Adriana, el hijo de Adriana

(quien se constituye en un importante referente para el uso saludable del tiempo libre), y la tía (residente en Córdoba). En conjunto con su hermano comienza a practicar con mayor asiduidad arquería tradicional (tiro con arco y flecha), teniendo como referentes de apoyo afectivo a 2 compañeros que comparten dicha actividad.

Categorías:

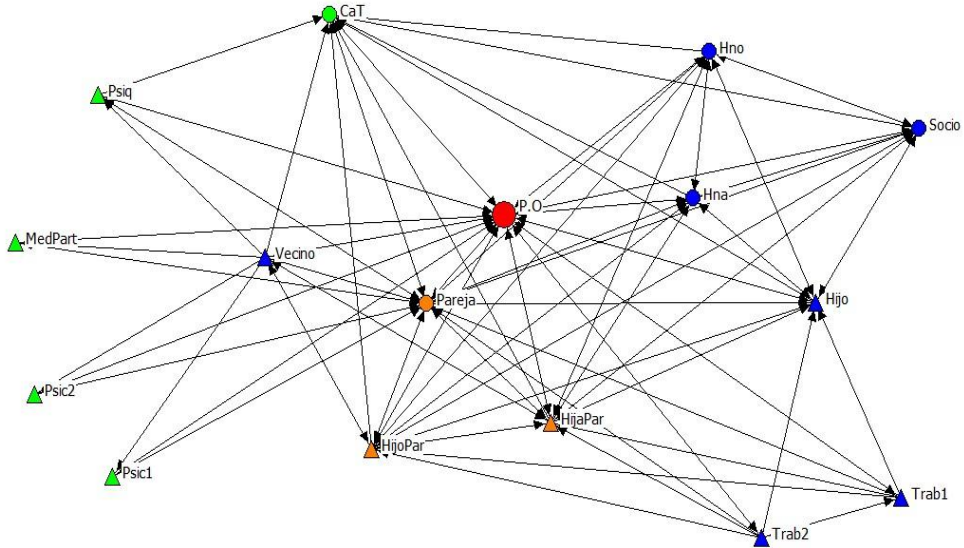
Referentes intrafamiliares: “con mi viejo y su pareja nunca conté mucho, sólo para lo económico y la vivienda... pero mi real apoyo han sido mi hermano, su esposa y mi cuñada... ellos se han preocupado por mí al punto de sacarme de mi casa y llevarme a vivir con ellos... Después (del tratamiento) me di cuenta que al vivir solo te tenés a vos y no podés ya esperar a que alguien venga y haga lo que vos no hacés... tenés que estar más fuerte si elegís estar solo...”

Referentes extrafamiliares: “mis tíos y Adriana (amiga)... y después (del tratamiento) hay que sumarle a mi hermano, mi cuñada y su hermana, el hijo de Adriana y los compañeros de arquería...”

Soluciones intentadas ante el consumo problemático de sustancias: “fui a la Obra Social y me dijeron que vaya a AEA, pero hubo problemas y ya no me cubría el tratamiento... así que empecé a ir solo a los grupos de Narcóticos Anónimos, pero no me llenaba... hasta que me recomendaron *Cable a Tierra* y empecé primero con ambulatorio y después internación...”

Recursos que aportó el tratamiento por consumo problemático de sustancias: “...darme cuenta que puedo tener un proyecto de vida, pensarlo y ponerlo en práctica... y entender que si ese proyecto de vida es con consumo, los objetivos se alejan cada vez más hasta no cumplirse... que es lo que me pasó cuando consumía...”

Gráfico 9: red de P.O. antes del tratamiento



Descripción: P.O. es un hombre de 43 años. Vive en Luján de Cuyo junto a su pareja y los hijos de su pareja, un varón de 18 años y una mujer de 15. Trabaja como chef junto a un socio, en emprendimientos particulares, caterings privados en bodegas y empresas; además es profesor de música y miembro de una orquesta (toca el contrabajo). Tiene un hijo de 23 años, fruto de la relación con una pareja anterior.

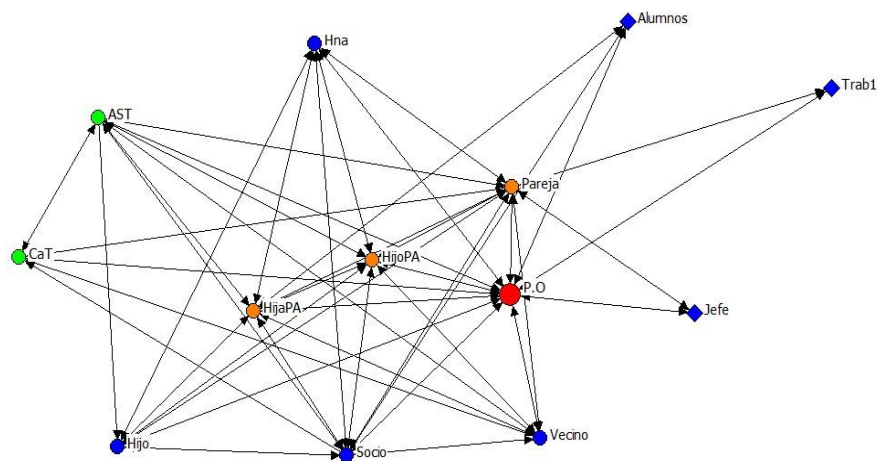
En un primer momento, los hijos de su pareja desconocían la problemática de consumo, por lo que se les fue informando de tal situación en instancias previas a la internación en “Cable a Tierra”, sin tener contacto con la institución. Presenta una primera fase de consumo social de alcohol (relacionado con su profesión de chef) que luego se torna problemático y al que le suma consumo de antidepresivos.

La red extrafamiliar está compuesta por los hermanos, quienes viven fuera de la provincia y desempeñan un rol de apoyo afectivo, ya que concurren a visitas

en la comunidad terapéutica, entrevistas e instancias grupales en tales ocasiones; su socio en los emprendimientos laborales (chef), quien también participa de instancias terapéuticas institucionales; su hijo mayor, quien reside fuera de la provincia, no convocado a instancias terapéuticas institucionales pero que presta apoyo afectivo a través de visitas y llamados telefónicos; sus compañeros de trabajo (orquesta), prestan apoyo afectivo mediante llamados telefónicos; y una persona que se revela importante como nodo de apoyo afectivo y cuasi-terapéutico (que sin embargo no fue convocado a participar de instancias terapéuticas institucionales): un vecino que observaba cómo caminaba largos recorridos consumiendo, y al que le comenta acerca de su problemática de consumo, recibiendo la propuesta de caminar en compañía y sin consumo.

Dentro de las soluciones intentadas P.O. refiere: 2 periodos de terapia psicológica individual, terapia psiquiátrica, consultas a médico particular (que recetaba la medicación antidepresiva), hasta que finalmente realiza tratamiento en modalidad de internación en “Cable a Tierra”.

Gráfico 10: red de P.O. después del tratamiento



Descripción: se observa que continúa viviendo con su pareja y los hijos: estos últimos continúan pautas saludables, ya que la hija comienza a trabajar como ayudante en sus tareas de chef (junto al socio) y el hijo a compartir actividades deportivas con aquel. (clases de chi-kung y caminatas); la hermana y el hijo de P.O. se constituyen en nodos de apoyo afectivo importante, ya que, en el caso del hijo, comienzan a compartir más tiempo juntos así como actividades deportivas anteriormente citadas; P.O. comienza a dar clases grupales de cocina en su domicilio particular (junto a la hija de su pareja), y continúa con su carrera artística, constituyendo estos últimos sus apoyos de tipo económico (se destaca que tanto en su trabajo particular como en la orquesta, P.O. prefiere no dar a conocer su historia de consumo problemático).

Los nodos de apoyo terapéutico están constituidos por la asistencia a entrevistas de seguimiento en “Cable a Tierra” y por un Acompañante terapéutico, en función de continuar fortaleciendo la abstinencia en su trabajo particular.

Categorías:

Referentes intrafamiliares: “... antes era solo mi pareja, porque ni siquiera los chicos (hijos de su pareja) sabían lo que me pasaba... después (del tratamiento) ellos siguen siendo grandes referentes para mí, mi pareja sobre todo... me sostienen en mis actividades cotidianas, Irene (hija de su pareja) como mi ayudante en la cocina, y Juan (hijo de su pareja) en las actividades físicas...”

Referentes extrafamiliares: “siempre fueron muchos, por mis actividades... antes el tratamiento puedo nombrar a mis hermanos y mi hijo, pero con ellos no nos veíamos mucho porque viven lejos, y no estaban al tanto de lo que me pasaba... mi socio me ayudaba mucho y me sostenía, me sacaba de la casa, me llevaba a trabajar... y mis compañeros de la orquesta, que tampoco sabían mucho pero me veían que no estaba bien... el que sí me acompañaba y veía cómo me iba decayendo, me aconsejaba, era mi vecino, me acompañaba a caminar porque sabía que si me iba solo deambulaba por cualquier lado y hasta cualquier hora y volvía a

duras penas a mi casa... Después del tratamiento mi hijo se convirtió en referente porque descubrimos que nos gustan las mismas cosas, salimos mucho juntos, a actividades culturales... mi vecino, como siempre, seguimos caminando juntos, nos juntamos a comer, charlamos, se ha convertido en un verdadero amigo... mi socio también es importante, seguimos trabajando juntos, ya no soy un peso para él, y me lo dice, y estamos felices que nos acompañe Irene en nuestros proyectos laborales porque ella nos aporta orden e ideas nuevas...”

Soluciones intentadas ante el consumo problemático de sustancias: “primero que nada fui a un médico particular, amigo de la familia, y él me dijo que estaba depresivo, por eso tomaba alcohol... pero después cuando empecé con los antidepresivos y no podía cortar con el alcohol, me asusté, porque la mezcla me dejaba muy mal, tenía miedo de morirme... así que fui a un psiquiatra y algunos psicólogos... como veía que no avanzaba, el psiquiatra me había nombrado a *Cable a Tierra* y fuimos a consultar y me interné para cortar con todo... fue lo mejor que pude haber hecho...”

Recursos que aportó el tratamiento por consumo problemático de sustancias: “nos hizo ver como familia que los problemas no se pueden esconder, que hay que enfrentarlos... con comunicación, creatividad, paciencia, esperanza... personalmente, me hizo ver que el consumo estaba debilitando mis relaciones, y yo soy sociable y tengo como modo de vida actividades en las que estás en contacto permanente con mucha gente, y tengo que estar bien, porque si no, es rifar mi presente y mi futuro... el tratamiento nos contactó con la idea de que estar saludable y tener vínculos saludables entre nosotros y con los demás, te hace disfrutar más de lo que hacés cotidianamente...”

A continuación se presenta un cuadro y algunas orientaciones de sentido que surgen de la comparación del material obtenido en las entrevistas, en relación a las categorías que guían la investigación. Se marcarán con color amarillo las similitudes en las respuestas, y en verde las particularidades de cada respuesta, a modo de que sean mejor visualizadas.

CATEGORÍAS	ORIENTACIONES DE SENTIDO	CITAS TEXTUALES
<p style="text-align: center;">REFERENTES INTRAFAMILIARES</p>	<p>La mayoría reconoce como referentes a mujeres de la familia. En el caso de G.E. se observa que la función materna, antes del tratamiento, era cumplida también por su tío.</p> <p>En las 5 familias entrevistadas existen antecedentes de consumo problemático de sustancias o enfermedades psiquiátricas.</p> <p>Puede observarse, después del tratamiento, la desaparición de los nodos relacionados a antecedentes de consumo intrafamiliar.</p> <p>La problemática es la misma para todas las familias, el recorrido es diferente y el relato por tanto de cómo impacto es distinto en cada familia.</p>	<p>G.E.: "...al principio (antes del tratamiento) mi mamá y mi tío... eran los que yo sentía que me cuidaban y defendía (ella)... y el otro además me acompañaba, pero siempre viendo que no me metiera en quilombo... cuando mi tío no estaba, yo me la echaba... después (del tratamiento), los referentes empezaron a ser más mi mamá, mi hermana, mi viejo, aunque no me lleve bien..."</p> <p>T.A.: "siempre la mayor referente fue mi esposa... ella siempre estuvo al lado mío... y organizó todo en mis peores momentos para que yo no me haga más daño del que me estaba haciendo... aunque al principio ella no podía hacer nada porque encima tenía que laburar... y a mis hijos, pobrecitos la vida que les di, ni los veía, sabía que estaban pero ni los veía... después (del tratamiento) mi familia en su totalidad, son lo primero en lo que pienso antes de hacer cualquier cosa... son mi sostén, son lo único que tengo..."</p>

		<p>Z.A.: “antes, en Estados Unidos, nadie... porque vivía con mi madre los dos solos... estaban mi padre y Nicki, ellos son mi familia también, pero sólo sabían lo que sucedía cuando nos veíamos o hablábamos por teléfono... después (del tratamiento) entendí que ellos sí son mi familia aunque vivan en la otra punta del mundo, y pueden ayudarme, tanto como Lucy, mis primos y todos los que viven acá...”</p> <p>C.M.: “con mi viejo y su pareja nunca conté mucho, sólo para lo económico y la vivienda... pero mi real apoyo han sido mi hermano, su esposa y mi cuñada... ellos se han preocupado por mí al punto de sacarme de mi casa y llevarme a vivir con ellos... después (del tratamiento) me di cuenta que al vivir solo te tenés a vos y no podés ya esperar a que alguien venga y haga lo que vos no hacés... tenés que estar más fuerte si elegís estar solo...”</p> <p>P.O.: “... antes era solo mi pareja, porque ni siquiera los chicos (hijos de su pareja) sabían lo que me pasaba... después (del tratamiento) ellos siguen siendo grandes referentes para mí, mi pareja sobre todo... me sostienen en mis actividades cotidianas, Irene (hija de su pareja) como mi ayudante en la cocina, y Juan (hijo de su pareja) en las actividades físicas...”</p>
--	--	--

<p>REFERENTES EXTRAFAMILIARES</p>	<p>Puede observarse en todos los casos que los referentes extrafamiliares comunes entre el antes y el después del tratamiento, se refieren a nodos (actores, actividades) que posibilitan el sostenimiento de conductas saludables.</p> <p>En todas las familias, ya sea de manera explícita o implícita, se reconoce a “Cable a Tierra” y su equipo terapéutico como referentes extrafamiliares.</p> <p>La aparición de nuevos referentes extrafamiliares está relacionada a la ampliación de la red hacia actividades salutogénicas o el aporte salutogénico hacia actividades realizadas (lúdicas, estudiantiles, laborales).</p>	<p>G.E.: “...los pibes de la cuadra, eran los únicos que tenía, si nos la pasábamos ahí todo el día... tomando y haciendo algún que otro bardo... después (del tratamiento) los pibes que se rescataron... y algunos operadores de Cable a Tierra... la gente de la escuela también, los preceptores que estuvieron siempre...”</p> <p>T.A.: “mi primo y un amigo... que son los que me ayudaban con los negocios.... mi hermano también, que quería ayudar y yo no le daba confianza... pero de la puerta para afuera de mi casa, el transa (vendedor de sustancias), yo salía de mi casa y pasaba siempre por ahí...Después (del tratamiento) mi primo y mi amigo, y otros en los que yo fui confiando para atender los negocios y para que no metan a laburar gente que consume... porque eso me pone en riesgo a mí... me apoyo mucho en ellos... y Cable a Tierra porque sé que es un lugar al que siempre puedo volver, pasar a saludar, llamar algún operador para charlar...”</p> <p>Z.A.: “antes eran mis compañeros del trabajo, ellos me apoyaban mucho, me sentía bien ahí... pero ellos no conocían mi problema... después (del tratamiento) mis primos sobre todo, porque con ellos puedo salir y divertirme y me cuidan... también es importante para mí estudiar, y mis compañeros... y el grupo de biodanza, me contienen, me ayudan sin saberlo...”</p>
--	--	--

		<p>C.M.: “mis tíos y Adriana (amiga)... y después (del tratamiento) hay que sumarle a mi hermano, mi cuñada y su hermana, el hijo de Adriana y los compañeros de arquería...”</p> <p>P.O.: “siempre fueron muchos, por mis actividades... antes el tratamiento puedo nombrar a mis hermanos y mi hijo, pero con ellos no nos veíamos mucho porque viven lejos, y no estaban al tanto de lo que me pasaba... mi socio me ayudaba mucho y me sostenía, me sacaba de la casa, me llevaba a trabajar... y mis compañeros de la orquesta, que tampoco sabían mucho pero me veían que no estaba bien... el que sí me acompañaba y veía cómo me iba decayendo, me aconsejaba, era mi vecino, me acompañaba a caminar porque sabía que si me iba solo deambulaba por cualquier lado y hasta cualquier hora y volvía a duras penas a mi casa...”</p> <p>Después del tratamiento mi hijo se convirtió en referente porque descubrimos que nos gustan las mismas cosas, salimos mucho juntos, a actividades culturales... mi vecino, como siempre, seguimos caminando juntos, nos juntamos a comer, charlamos, se ha convertido en un verdadero amigo... mi socio también es importante, seguimos trabajando juntos, ya no soy un peso para él, y me lo dice, y estamos felices que nos acompañe Irene en nuestros proyectos laborales porque ella nos aporta orden e ideas nuevas...”</p>
--	--	---

<p style="text-align: center;">SOLUCIONES INTENTADAS ANTE EL CONSUMO PROBLEMÁTICO DE SUSTANCIAS</p>	<p>Puede observarse el trazado de la red de cada familia en la búsqueda de soluciones frente al consumo problemático de un integrante.</p> <p>Se hacen visibles los resultados y consecuencias de cada intento de resolución del problema de consumo.</p> <p>La búsqueda de soluciones frente a la problemática del incluye la lógica ensayo-error en todos los casos entrevistados.</p>	<p>G.E.: habla la madre “...no sabíamos qué hacer, porque de la escuela ya nos habían dicho que tenía que hacer terapia... por el comportamiento... pero esto (el consumo) no lo imaginamos nunca... pero buéh, la cosa estaba así y había que hacer algo porque me lo iban a traer muerto o preso... así que empezó a ir a psicólogo primero y después a psiquiatra, pero no pasaba nada, hasta que otro psiquiatra nos recomendó Cable a Tierra, y ahí nomás nos dijeron que se tenía que internar...” Agrega G.E. “...no me daba resultado nada porque yo no estaba ni ahí... no me cabía los que me decían el psicólogo y el psiquiatra... iba para ver si pasaba algo... pero en Cable a Tierra ya en la primera entrevista me di cuenta que esto venía en serio... que me cantaron la posta y me la tenía que bancar...”</p> <p>T.A.: “empecé con psicólogo y psiquiatra, me diagnosticaron depresión y me daban pastillas... me venían fenómeno para bajar y poder hacer algo durante el día... después lo mismo pero con un médico particular... la empleada que trabaja en casa me invitó a unas reuniones en una iglesia evangélica, pero a mí la religión no me interesa... mi primo y mi amigo me subieron a un auto y me llevaron a internar a Córdoba, en una comunidad terapéutica, pero a los días me vine... y llegué a Cable a Tierra y me interné porque me gustó el lugar, y me fui convenciendo los primeros días que tenía que aguantar, y ahí repunté y terminé el tratamiento... ahí me sané...”</p>
--	--	--

		<p>Z.A.: “primero fui a reuniones de Alcohólicos Anónimos, estuvo bien durante un tiempo, pero después cuando empecé a mezclar alcohol y medicamentos, tuve que ir a psicólogos y psiquiatras... quería internarme, pero en Estados Unidos es caro y mi plan de salud no lo cubría... así que hablamos con Lucy y ellos encontraron Cable a Tierra y me vine a internar...”</p> <p>C.M.: “fui a la Obra Social y me dijeron que vaya a AEA, pero hubo problemas y ya no me cubría el tratamiento... así que empecé a ir solo a los grupos de Narcóticos Anónimos, pero no me llenaba... hasta que me recomendaron Cable a Tierra y empecé primero con ambulatorio y después internación...”</p> <p>P.O.: “primero que nada fui a un médico particular, amigo de la familia, y él me dijo que estaba depresivo, por eso tomaba alcohol... pero después cuando empecé con los antidepresivos y no podía cortar con el alcohol, me asusté, porque la mezcla me dejaba muy mal, tenía miedo de morirme... así que fui a un psiquiatra y algunos psicólogos... como veía que no avanzaba, el psiquiatra me había nombrado a Cable a Tierra y fuimos a consultar y me interné para cortar con todo... fue lo mejor que pude haber hecho...”</p>
--	--	---

<p>RECURSOS QUE APORTÓ EL TRATAMIENTO POR CONSUMO PROBLEMÁTICO DE SUSTANCIAS</p>	<p>Cohesión, permeabilidad, flexibilidad y apoyo social son los recursos que se ponen en juego para hacer frente a las crisis como grupo familiar.</p> <p>Las redes intra y extrafamiliares interjuegan sus recursos en una búsqueda de soluciones al consumo problemático, y en ese interjuego y trazado se producen aprendizajes significativos.</p>	<p>G.E.: “poder entender que el problema era de todos... de toda la familia”, “poder comunicarnos mejor, escucharnos, respetarnos... hasta conocernos, porque entre nosotros vivimos y a veces no nos conocemos...”, “hacer las cosas de otra manera, ser más creativos para solucionar los problemas”, “entender que estábamos tapando los problemas...”</p> <p>T.A.: “darme cuenta que era un muerto en vida... que estaba matando a mi familia... después como familia nos unió... me hizo ver que me puedo mover en el mundo y hacer las cosas que me gustan y disfrutarlas...”. Agrega la esposa “nos hizo ver que a los problemas hay que encararlos y encontrarles la forma de solucionarlos, por dolorosos que sean... que lo primero es comunicarse bien, con claridad, y tener paciencia y esperar los resultados”</p> <p>Z.A.: “...darme cuenta que soy un hombre adulto que ha resignificado sus proyectos (estudiar, trabajar y ser independiente) y tiene que estar fuerte para ponerlos en práctica... y para eso hay que tener salud... y no tener miedo de enfrentar al mundo, los problemas, la gente, de expresar mis ideas... darme cuenta que hay gente que me quiere y quiere ayudarme... y darme cuenta que tengo mucho para dar de mí...”</p> <p>C.M.: “...darme cuenta que puedo tener un proyecto de vida, pensarlo y ponerlo en práctica... y entender que si ese proyecto de</p>
---	--	--

		<p>vida es con consumo, los objetivos se alejan cada vez más hasta no cumplirse... que es lo que me pasó cuando consumía....”</p> <p>P.O.: “nos hizo ver como familia que los problemas no se pueden esconder, que hay que enfrentarlos... con comunicación, creatividad, paciencia, esperanza... personalmente, me hizo ver que el consumo estaba debilitando mis relaciones, y yo soy sociable y tengo como modo de vida actividades en las que estás en contacto permanente con mucha gente, y tengo que estar bien, porque si no, es rifar mi presente y mi futuro... el tratamiento nos contactó con la idea de que estar saludable y tener vínculos saludables entre nosotros y con los demás, te hace disfrutar más de lo que hacés cotidianamente...”</p>
--	--	--

CONCLUSIONES

Una vez realizadas las entrevistas, los gráficos de redes de cada familia y su posterior análisis, puede afirmarse que el primer objetivo general del presente trabajo: *“Comparar la red de recursos de grupos familiares en tratamiento por consumo problemático de sustancias, anterior y posterior al mismo”*, se encuentra cumplido, así como uno de los objetivos específicos: *“Construir y comparar los mapas de redes de recursos anteriores y posteriores al tratamiento por consumo problemático de sustancias”*.

Ambos objetivos fueron alcanzados gracias a los datos extraídos de las entrevistas a las familias, cuya posterior sistematización con el software Ucinet 6.0, arrojó las gráficas de redes que después fueron analizadas y comparadas.

De los relatos de las entrevistas puede apreciarse lo expresado en el Marco Teórico en relación a la multicausalidad de la situación de consumo problemático de sustancias: constituye un problema multicausal, cuyo abordaje exige miradas amplias y criterios flexibles, teniendo en cuenta una serie de factores, cuya interrelación aumenta la posibilidad de aparición de la misma. Si bien cada uno de ellos actúa como causa única, la interacción de los mismos puede aumentar la probabilidad de desencadenar diversas situaciones conflictivas de consumo.

Surgieron del relato factores predisponentes de tipo individual (dificultad para comunicar sentimientos y pensamientos con palabras; imposibilidad de sostener proyectos personales, dificultad en planificar el uso del tiempo libre, inadecuada internalización de normas, establecimiento de vínculos superficiales y cambiantes), factores familiares (dificultades en la relación conyugal para establecer reglas claras y poner límites adecuados, establecimiento de relaciones simbióticas que no permiten una real independencia padres – hijos, debilitamiento de los padres para asumir un rol de adultos, disfunción en la comunicación, y especial mención para la existencia de historias anteriores de consumos problemáticos en otros integrantes de la familia) factores de tipo macro-social (consumismo; individualismo, fácil acceso a las drogas, presión de pares y

amigos, crisis del sistema educativo, sistema económico que excluye, etc.) y factores culturales (se valorizan y significan de modo especial determinadas interacciones entre las personas y entre estas y los objetos/sustancias, la creencia de que la mayoría de las necesidades pueden ser aliviadas en plazos cortos y con mínimos esfuerzos, en detrimento de aquellos valores que proponen una cultura del esfuerzo a través del tiempo).

Una de las partes de la entrevista remite al objetivo específico: “*Describir el circuito de resolución de conflictos al que apelaba cada familia en la búsqueda de soluciones frente al consumo problemático de sustancias antes del tratamiento*”, el cual fue cumplido, de acuerdo con los relatos de las familias entrevistadas, y que relacionado con lo anterior ayuda a componer la siguiente conclusión acerca de cómo impactó el consumo problemático en el funcionamiento familiar, y qué recursos se pusieron de manifiesto a la hora de intentar solucionar esta situación. Es así que se hace evidente que para las familias, en su totalidad, el consumo problemático de sustancias de uno de sus integrantes ha dado lugar a una crisis paranormativa cuya persistencia se ha prolongado entre 2 y 10 años, teniendo como consecuencia no solo el desgaste y el riesgo en la salud del consumidor, sino también en el resto de los integrantes de la familia, en su economía, en sus vínculos intrafamiliares y con el resto de la comunidad.

Puede afirmarse que el consumo problemático de sustancias se visualiza en las familias como un evento desorganizador y desmoralizador, que pone en cuestión su capacidad de funcionar como conjunto y amenaza su composición.

Cohesión, permeabilidad, flexibilidad y apoyo social son los recursos que se ponen en juego para hacer frente a esta crisis como grupo familiar, luego de haber problematizado y dimensionado el evento al que se hace referencia; las redes intra y extrafamiliares interjuegan sus recursos en una búsqueda de soluciones al consumo problemático de sustancias que la mayoría de las veces incluyen la lógica ensayo-error.

En algunas ocasiones se hace necesaria la continuidad en la asistencia a ámbitos terapéuticos (individuales, grupales y familiares) de modo de reforzar los hábitos salutogénicos, que prolongan la abstinencia y fortalecen las interacciones con nodos que contribuyen al desarrollo y sostenimiento de tales hábitos saludables.

Con respecto al segundo objetivo general: *“Proponer aportes al trabajo con las familias con consumo problemático de sustancias, teniendo en cuenta las modificaciones logradas, a fin de dar continuidad práctica a las mismas”*, y al objetivo específico: *“Proponer, desde la perspectiva de Trabajo Social, un modelo de trabajo con las familias en tratamiento basado en el enfoque de trabajo en redes”*, se consideran cumplidos, ya que del análisis de las entrevistas y de las redes sociales de las familias, se desprende que en el trabajo con personas y familias en tratamiento por consumo problemático de sustancias, Trabajo Social se ubica, como lo expresa Rozas Pagaza, M. (2001)¹²¹, en la doble perspectiva de niveles de abstracción: el teórico-ideológico que permita “desentrañar el carácter opaco” de esta problemática que compone la cuestión social, y la construcción de una estrategia de trabajo que incluya acciones inmediatas y efectivas enmarcadas en una visión de objetivos a mediano y largo plazo, relacionados con la salud individual, familiar y comunitaria.

Relacionado con lo anterior, se hace necesario destacar que el trabajo terapéutico con personas que presentan consumo problemático de sustancias puede ser desarrollado desde la perspectiva del trabajo en redes. El diagnóstico de las redes da cuenta de la posibilidad que nos aporta trabajar tomando como referencia tanto al ámbito intrafamiliar como extrafamiliar, generando miradas amplias y criterios flexibles que nos permiten identificar la existencia de una serie de factores cuya interrelación aumenta la posibilidad de aparición de una situación de consumo; del mismo modo, la interacción de dichos factores puede también contener el umbral que aumente la probabilidad de contar con soluciones

¹²¹ ROZAS PAGAZA, M. *La intervención profesional en relación a la cuestión social: Escenarios emergentes y estrategias de intervención*. En: Documento de Cátedra Trabajo Social V. (2008). Facultad de Ciencias Políticas y Sociales. U.N.Cuyo. Mendoza.

efectivas, creativas, integrales, que incluyan tanto a la persona, la familia y la comunidad que, en distintos niveles e intensidades, se ven involucrados y “sufren” los efectos de esta problemática que se visualiza como un asunto de salud pública.

Como se expresa en el Marco Teórico, debe tenerse presente en la práctica que, como expresa Dabas, E. (2011)¹²²: *“No hay vía privilegiada para entrar a una red, ni caminos prefijados, podemos llegar a ella en cualquier sitio y recorrerla de muchísimas formas diferentes. No existe ni puede existir, una única y verdadera definición de red. En el caso en que precisemos una definición, y vale la pena sospechar siempre de esta “necesidad”, será provisoria y tendrá fines operativos, nunca normativos”*. De la misma manera, debe tenerse en cuenta esta especie de “vigilancia epistemológica” con respecto a las redes, mencionada por Bertucelli, S., quien deja muy en claro que *las redes preexisten a cualquier intervención*, lo cual contrasta fuertemente con la penosa idea que circula, en nuestro ámbito profesional, de que las redes se arman. Es una penosa idea ya que a partir de ellas se considera la praxis de Trabajo Social como una intromisión en la vida de las personas y las comunidades desde el lugar hegemónico del operador, quien posee, además de los títulos universitarios y credenciales diversas la capacidad de “armar redes”.

Existen algunas herramientas que, puestas en práctica, cooperan para que las redes individuales y familiares sean visualizadas desde los inicios de la trama terapéutica:

- Entrevistas iniciales en las que se encuentren presentes profesionales de las distintas áreas tratantes (médicos, psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales, operadores terapéuticos) junto a la persona que realizará el tratamiento y su familia.
- Incorporación de software de gráfica de redes, para la posterior discusión, reflexión y puesta en práctica de estrategias terapéuticas a partir de los resultados obtenidos en las entrevistas.

¹²² Dabas, E. (2011) *Haciendo en redes*. Bs. As: Ed. CICCUS

- Entrevistas periódicas (o espacios de diálogo individuales y/o grupales) con integrantes de la red extrafamiliar, durante las distintas etapas del tratamiento, dado que serán posteriores nodos de apoyo en lo cotidiano.
- Focalización de las estrategias de acción en la inclusión de las personas en tratamiento, en ámbitos y actividades que sostengan los resultados terapéuticos a lo largo del tiempo, y sobre todo en lo inmediato al finalizar el tratamiento, haciendo especial hincapié en la inclusión educativa y laboral como nodos importantes de apoyo económico, afectivo, simbólico. También incluirse actividades de capacitación durante la internación, como parte de la oferta institucional.
- Continuidad del apoyo terapéutico a las personas y familias por parte de la institución, durante un tiempo acorde, a través de entrevistas familiares e individuales.

Estas acciones permiten visualizar las vinculaciones partiendo de la concepción que propone Dabas, E.¹²³: “*la red preexiste a nuestra intervención. Las redes se visualizan, no se construyen. Una vez visualizadas, con nuestro accionar podemos potenciarlas, fortalecerlas, desarrollarlas. O, por el contrario, podemos debilitarlas, quebrarlas, intentar detener su flujo dinámico*”.¹²⁴

Desde Trabajo Social, debe tenerse en cuenta para el trabajo desde la perspectiva de redes una lógica del *abajo-hacia-arriba*, proponiendo soluciones que tengan en cuenta aspectos importantes como son:

- Revisar la historia del problema,
- Listar los actores implicados,
- Proponer o imaginar cuáles serían los diversos puntos de vista sobre el problema de cada uno de los diferentes actores,

¹²³ Dabas, E. (2011) *Haciendo en redes*. Bs. As: Ed. CICCUS

¹²⁴ Dabas, E. (2011) *Haciendo en redes*. Bs. As: Ed. CICCUS

- Describir escenarios en los que se desarrolla o despliega el foco-problema,
- Listar recursos disponibles y no disponibles y, respecto a los primeros, comentar cómo se sostendrían y, a los segundos, con quiénes habría que contactarse para obtenerlos,
- Plantear iniciativas que podrían contribuir a resolver el problema planteado,
- Otras.

Tomando en cuenta lo anterior, podemos decir que “*conocer es resolver*”, siempre en asociación y cooperación con otros, produciendo reciprocidad en los aprendizajes y logros, de manera que el respeto por la historia, por lo que los actores han podido o no realizar y la clara conciencia de que no se puede trabajar sin los que habitan y transitan, se transforma en principios éticos y pragmáticos al mismo tiempo.

En esta investigación pudo hacerse visible el *mapeo de recursos* en las historias familiares, es decir: los recursos (los “*qué-haceres, cómo-haceres, y con-quiénes-haceres*”) con los que contaron en los ensayos vitales que les permitieron realizar adecuadamente prácticas saludables y resolver los problemas que se presentaron en su desarrollo, así como la vinculación entre estos últimos, tomado como una herramienta eficaz para recuperar las experiencias que resultaron adecuadas, así como para plantear nuevas acciones, actores y escenarios.

Se hizo claro y evidente cómo este mapeo desde el enfoque de redes sociales permite:¹²⁵

Visibilizar otros mundos que quedan dentro de nuestro propio mundo: descubrir modos diferentes de realizar prácticas similares, experiencias que nunca se nos hubieran ocurrido (en este caso a las familias, apelando a la creatividad en el interjuego de los recursos de cada una)

¹²⁵ Dabas, E. (2011) *Op. Cit.* p. 99

Construir escenarios posibles: un escenario es el lugar donde se desarrolla un suceso, es el mejor lugar para realizar actividades que potencien el encuentro entre las personas que tienen un problema similar.

Procurar asociaciones entre diversas organizaciones y personas: eso posibilita intercambiar recursos y realizar experiencias de conjunto.

Tal como se enunció en el supuesto de la presente investigación, que luego pudo comprobarse: las familias con un integrante en tratamiento por consumo problemático de sustancias que logran visibilizar, activar, reconstruir y utilizar una red de recursos distinta a la que poseían antes del tratamiento, o resignificar la existente, ampliar sus estrategias de resolución de conflictos, como también sostener los logros terapéuticos a mayor plazo en el tiempo.

Se visualizan las “nuevas historias” a las que refiere Sluzki, C.¹²⁶, las cuales surgen de las historias alternativas anteriores y algunas de sus características: una dimensión temporal, ya que marcan aspectos de evolución y cambio; una actitud constructiva; intensidad a las conexiones con otras organizaciones del contexto; reglas explícitas e implícitas tales como el respeto por los intereses y necesidades de todos los actores sociales, evitación de la opresión y sufrimiento, y sentido de la responsabilidad colectiva entre otras.

Estas nuevas historias quedan expresadas en el recorrido realizado por las familias, estas historias son las que se intentó recorrer y reconstruir en la presente investigación: aquellas que le permitieron a sus actores poner en práctica soluciones creativas y eficaces para lograr sostener los cambios alcanzados durante el tratamiento por consumo problemático de sustancias.

¹²⁶ Dabas, E. (2011) *Op. Cit.* p. 100

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Anderson, R (1994) *La conducta Humana en el medio social*. (p.229) Barcelona: Ed. Gedisa.
- Aquin, N. (2003). *El Trabajo Social y la Identidad profesional revista prospectiva*. Universidad del Valle. N°8 Disponible en: <http://bibliotecadigital.univalle.edu.co/bitstream/10893/1183/1/Prospectiva%208.p.99-110,2003.pdf> Consultado el: 10/04/2014
- Barg, L. (2009). *Las tramas familiares en el campo de lo social*. Bs. As.: Ed. Espacio
- Barg, L. (2012). Familia un campo de relaciones. En: *Revista Debate Público. Reflexión de Trabajo Social*. Extraído el 8/11/2013. En: http://trabajosocial.sociales.uba.ar/web_revista_3/pdf/20_barg.pdf
- Bateson, G. (1990) *Naturaleza y espíritu*. Bs. As.: Amorrortu.
- Becoña Iglesias, E. (2002). Introducción. En E. Becoña , *Bases Científicas de la Prevención de las drogodependencias*. [versión digital]. Madrid: Ministerio del Interior.
- Borgatti, S.P., Everett, M.G. and Freeman, L.C. (2002). *Ucinet for Windows: Software for Social Network Analysis*. Harvard, MA: Analytic Technologies.
- Castel, R (1996) *Las metamorfosis de la cuestión social*. Bs. As.: Paidós.
- Castel, R. (1977) *La gestión de los riesgos*. Madrid: Anagrama.
- Castells, M. (2009) *Comunicación y Poder*. Madrid: Alianza.
- Colomer Revuelta, C. y otros. (2001) Promoción de la salud: concepto, estrategias y métodos. En: Colomer Revuelta y Álvarez: *Bases conceptuales*. Barcelona: MASSON S.A.

- Dabas, E. (2010). *Viviendo Redes*. Bs. As.: CICCUS
- Dabas, E. (2011) *Haciendo en redes*. Bs. As: Ed. CICCUS
- De Jong, E.; Basso, R. y Paira, M. (Comp.). (2001). *La Familia en los albores del Nuevo Milenio. Reflexiones interdisciplinarias: Un aporte al Trabajo Social*. Bs.As.: Ed. Espacio.
- Del Pópolo, L. (2003). *Adicción: Una lectura Interaccional*. Tesis de Maestría para optar al título de Magister en Psicoterapia Sistémica N°491. UDA. Mendoza.
- Deleuze, G. y Guattari, F. (1977) *Rizoma*. Valencia: Pre-textos.
- DSM IV. (1995). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: MASSON SA
- Equipo interdisciplinario de Cable a Tierra. (2001). *Manual para operadores terapéuticos en adicciones*. Argentina: Canto Rodado.
- Eroles, C. (2005) *Glosario de temas fundamentales en Trabajo Social*. Bs. As.: ESPACIO
- Eroles, C. (2006). Los procesos de extinción-exclusión social afectan en América Latina a los grupos más vulnerables, considerados población sobrante. En: PERSPECTIVAS N° 17, 2006, 135-142 • ISSN 0717-1714. (p.139).
Disponible en:
http://ww3.ucsh.cl/resources/descargas/landing/revistas/Perspectivas_17.pdf#page=135
http://ww3.ucsh.cl/resources/descargas/landing/revistas/Perspectivas_17.pdf#page=135 Consultado el 15/04/2014
- García, S. (2011). *Trama vincular en Conflicto. Crisis Familiares*. Documento de Cátedra Problemática de la Familia. Facultad de Ciencias Políticas y Sociales. UNCuyo.
- H. Sampieri, R. Collado, C y Baptista, L. (2006). *Metodología de la investigación*. México: Mc. Graw Hill.

- Karsz, S. (2006). *La investigación en Trabajo Social. Volumen V*, Publicaciones post Jornadas. Paraná, Facultad de Trabajo Social-UNER. (pp. 9-28)
- Ministerio de Educación y Min. de Salud de Chile (2006). *Sin drogas más libres*. Chile: Cobrane – Marianetti, S.A.
- Morin, E. (1981) *El método*, vol. 1 al 5. Madrid: Cátedra.
- Morin, E. (1994) *Introducción al pensamiento complejo*. Barcelona: Gedisa.
- Najmanovich, D. (2005). *El juego de los vínculos: subjetividad y redes sociales figuras en mutación*. Bs. As.: Biblos.
- OMS (1986) *Carta de Ottawa para la promoción de la salud*. Disponible en: <http://www.fmed.uba.ar/depto/toxico1/carta.pdf> Consultado 10/11/2013
- OMS. (1992) CIE-10 *Clasificación internacional de enfermedades*. Disponible en: www.who.int
- OMS. Disponible en www.who.int
- Plan Provincial de Adicciones, Ministerio de Salud (2009). *Curso de Adicciones*. Mendoza.
- Rozas Pagaza, M. *La intervención profesional en relación a la cuestión social: Escenarios emergentes y estrategias de intervención*. En: *Documento de Cátedra Trabajo Social V*. (2008). Facultad de Ciencias Políticas y Sociales. U.N.Cuyo. Mendoza
- Sluzki, C. (1996) *La red social. Frontera de la práctica sistémica*. Madrid: Gedisa
- Torres García, L. (2007). El adicto y la familia en recuperación. En: *Familia y Adicciones*. Consultado el 08/11/2013 en: http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/cecas/qro/anud43_adicto.pdf

- Videla, M. (1991/1998). *Prevención, intervención psicológica en salud comunitaria*. Bs. As.: CINCO editorial.

ANEXOS

ANEXO I

Presentación Institucional de “Cable a Tierra”

“*CABLE A TIERRA*”

Forma legal: Cooperativa de Trabajo Limitada

Dirección: Cochabamba 292. (C.P. 5501). Godoy Cruz. Mendoza. (Al momento de realización del trabajo se encontraba la Comunidad Terapéutica en San Martín 6919. (C.P. 5507). Carrodilla, Luján de Cuyo. Mendoza.)

TEL: (0261) 4245112

E-mail: cooperativa@cableatierra.org.ar

Web: www.cableatierra.org.ar

OBJETIVOS INSTITUCIONALES

1. Prevención y Promoción de Salud mental
2. Investigación y Publicaciones
3. Capacitación
4. Tratamiento integral de adicciones

Para el desarrollo de los objetivos, la institución cuenta con un Equipo Interdisciplinario conformado por profesionales y estudiantes avanzados de las diferentes áreas de la Salud Mental.

PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE SALUD MENTAL

Objetivos:

- Potenciar los factores de protección y disminuir factores de riesgo para el consumo de drogas.
- Modificar las condiciones del entorno socio cultural y proporcionar alternativas de vida saludable.

- Retrasar la edad de inicio del consumo de drogas.
- Educar a los individuos para que sean capaces de mantener una relación madura y responsable con las drogas.

INVESTIGACIÓN Y PUBLICACIONES

- Trabajos de Investigación sobre prevalencia, consumo, factores de protección y de riesgo de sustancias psicoactivas.
- Publicación del “Manual de Operadores Terapéuticos en Adicciones”. Ediciones del Canto Rodado. Mendoza. 2001.

CAPACITACIÓN

- Cursos y Jornadas para docentes.
- Capacitación de Promotores Comunitarios.
- Capacitación del personal de Programas Sociales Municipales.
- Cursos de Operadores Terapéuticos en Adicciones.

PROGRAMAS DE TRATAMIENTO INTEGRAL

I. PROGRAMA DE TRATAMIENTO INICIAL

Objetivos:

- Analizar la demanda y retener al paciente en tratamiento.
- Conocer las áreas donde es necesario e inmediato realizar cambios.
- Conocer las áreas donde hay que realizar cambios a mediano plazo.
- Planificación de los cambios y Estrategias a realizar a través del tratamiento.

Se tiene en cuenta:

Motivación para el cambio, Estadíos de cambio, Recursos disponibles, Red social de contención, Tratamientos previos, Información de los tratamientos disponibles, Tratamiento que se considera que necesita, Conocer quién está implicado en la demanda, por qué, etc.

Abordaje Técnico:

Evaluación y análisis funcional: Entrevista Motivacional, Escalas para evaluar aspectos motivacionales y estadios de cambio. Informes. Establecimiento de indicadores personales y familiares de cambio. Evaluación psiquiátrica, Entrevista clínica, Entrevista Social, Psicodiagnóstico, Abordaje familiar.

II. PROGRAMA DE TRATAMIENTO AMBULATORIO

Diferenciado para adultos y adolescentes, y según el objeto que determina la problemática adictiva:

- Programa para alcoholismo.
- Programa para jugadores compulsivos.
- Programa para drogodependientes.

Se tiene en cuenta:

Autocontrol, Auto eficacia, Autonomía; Red social cercana comprometida con el tratamiento; Sostenimiento de actividades cotidianas: laborales, educativas, recreativas.

Abordaje Técnico:

Psicoterapia, Control psiquiátrico, Seguimiento social, Control clínico y nutricional según cada caso. Grupos de Habilidades psicosociales. Grupos de Prevención de Recaídas. Grupo de Familiares.

III. PROGRAMA DE INTERNACIÓN

Este programa funciona actualmente como “Programa de Comunidad de Día”, con los mismos espacios de evaluación terapéutica y de técnicas y talleres individuales y familiares, debido a la readaptación que demanda la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657. Funciona de lunes a viernes de 8:00 a 20:00 hs.

Los fundamentos para el tratamiento en modalidad de Internación residían en que la internación se plantea como una herramienta más en el tratamiento, lo que implica que se realizarán diferentes modalidades de intervención. Se incluye

la internación en el diseño de un programa terapéutico, cuando el equipo, junto con el consultante, evalúe que la intervención generará cambios significativos a nivel individual y/o familiar.

Se especifica según la necesidad identificada en el consultante y su grupo familiar.

IV. a - PROGRAMA DE DESHABITUACIÓN

- Evaluación psiquiátrica de la necesidad de un proceso de desintoxicación.
- Detección y deshabituación psicológica a los indicios que conducen al sujeto al consumo de droga o realización de conductas adictivas.

Se tiene en cuenta:

Modalidad de consumo, adherencia al tratamiento.

Abordaje técnico:

- Técnicas conductuales y cognitivas para la consecución de la abstinencia (control de estímulos, entrenamiento en solución de problemas, entrenamiento en reducción del estrés, relajación, entrenamiento en habilidades sociales, técnicas de afrontamiento, reestructuración cognitiva, etc.).
- Terapia individual, grupal y familiar.

IV. b - PROGRAMA DE INTERNACIÓN BREVE (1 a 3 meses)

IV. c - PROGRAMA DE INTERNACIÓN PROLONGADA (más de 3 meses)

Abordaje Técnico:

- Residencia permanente.
- Tratamiento terapéutico individual, grupal y familiar.
- Educación física.
- Tai Chi.
- Seminarios socioeducativos, Jornadas terapéuticas intensivas (con y sin la familia), Salidas recreativas.

- Actividades artísticas: teatro, plástica, cine formativo.
- Asesoramiento nutricional.
- Evaluación interdisciplinaria continua del proceso terapéutico.

V. PROGRAMA DE RESTABLECIMIENTO DE VÍNCULOS SOCIALES

Abordaje Técnico:

- Grupo de desarrollo de habilidades integrales: Asertividad, Resolución de conflictos.
- Espacios de planificación y evaluación de proyectos.
- Terapia ocupacional, Programa psicoeducativo.
- Espacios individuales de orientación sociofamiliar.
- Conformación y restablecimiento de redes.
- Terapia individual y seguimiento psiquiátrico.
- Según se requiera: Acompañamiento terapéutico.

VI. PROGRAMA DE SEGUIMIENTO

Objetivos:

- Sistematizar el seguimiento individual y familiar luego del alta.
- Establecer y evaluar los resultados finales del proceso terapéutico.
- Acompañar y orientar al sujeto y su familia en relación a situaciones que pudieran presentarse luego de finalizado el tratamiento.
- Detectar la necesidad de derivación del sujeto y/o su familia a otro tipo de intervención terapéutica.

Abordaje técnico:

Entrevistas domiciliarias y/o en la institución, de evaluación, orientación y acompañamiento general.

El presente programa se llevará a cabo durante 6 meses.

ÍNDICE

Introducción	04
Marco Teórico	
<i>Capítulo I: Drogodependencia</i>	
1. Conceptos Básicos en drogodependencia	08
2. Formas de consumo	14
3. Vías de administración	15
4. Clasificación de las sustancias psicoactivas	15
5. Características clínicas de las sustancias psicoactivas	17
6. Multicausalidad de las adicciones	29
 <i>Capítulo II: Familia</i>	
1. Conceptualizaciones	35
2. La Familia como sistema	42
3. Identidad Familiar	45
4. Crisis familiares. Enfoque evolutivo	47
5. Familia y consumo problemático de sustancias	56
 <i>Capítulo III: Redes y Trabajo Social</i>	
1. Etimología	61
2. Atributos	64
3. Red Social	67
4. Concepciones de Red	68
5. Principales características de las redes	71
6. Mapeo de Redes	73
7. Redes y Salud	77
8. Trabajo Social	80
 Marco Metodológico: Material y Método	
1. Objetivos Generales y Específicos. Supuesto	100
2. Categorías	101
3. Material	101
4. Método	101
5. Instrumento de recolección de datos	102
6. Unidad de análisis y procedimiento	107

Presentación y Discusión de los Resultados	109
Conclusiones	142
Referencias Bibliográficas	150
Anexo I: Presentación Institucional	155
Índice	160