



## **TESIS DE GRADO**

# **“Las representaciones sociales sobre el consumo problemático de Alcohol y su relación con la demanda de intervención profesional”**

**Alumna: Salinas, Flavia Pamela N° de Registro: 20018**

**Directora: Lic. Esp. Ligori, Paula**

**Co- directora: Lic. Esp. Banus, Marita**



# ÍNDICE

<b>INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>5</b>
<b>CAPITULO I: El Trabajo Social: Orígenes de la Intervención Profesional hasta la actualidad.....</b>	<b>9</b>
1. Trabajo Social: Orígenes de la intervención profesional .....	10
1.1 Los diferentes modelos de intervención a lo largo del proceso de consolidación de la profesión.....	12
2. Proceso de Re conceptualización.....	13
3. Asistencia Social, Servicio Social y Trabajo Social.....	14
4. Intervención profesional en la actualidad.....	15
5. Rol del Trabajador Social.....	16
6. Campos de la actuación Profesional.....	17
7. Cuestión Social e intervención profesional.....	20
<b>CAPITULO II: Consumo Problemático.....</b>	<b>24</b>
1. Cultura de consumo.....	25
2. Consumo problemático.....	28
2.1 Multicausalidad del consumo problemático.....	29
2.2 Intervención del estado: Política pública y marco normativo.....	34
2.3 Centros comunitarios de prevención.....	38
2.4 Tratamiento.....	39
3. Representaciones Sociales.....	40
3.1 Imaginario Social y estereotipos.....	41
3.2 Representaciones sociales y los medios de comunicación.....	42
3.3 Representaciones sociales y consumo problemático.....	44
<b>CAPITULO III: La Salud.....</b>	<b>46</b>
1. Concepto de salud.....	47
1.1 Diferentes tipos de enfermedades: Agudas, crónicas y salud mental.....	49
1.2 Desigualdades en salud.....	52
1.3 Principales indicadores sociales de las desigualdades en salud.....	53
<b>CAPITULO IV: El Alcoholismo.....</b>	<b>56</b>
1. Definición de alcoholismo.....	57
1.1 Diferentes formas de llamar al alcoholismo.....	58
1.2 ¿Cómo se reconoce la enfermedad?.....	59
1.3 Del uso al abuso.....	59
1.4 Del uso a la adicción.....	60
1.5 De la adicción a la falta de control.....	61
1.6 Las consecuencias.....	61
1.7 Herencia y aprendizaje.....	61
2. El consumo de alcohol en tiempos de cuarentena.....	62



3. Personas en situación de calle/pacientes sociales.....	64
3.1 ¿Qué hacer si ves una persona en situación de calle?.....	66
4. Impacto Social.....	66
<b>CAPITULO V: Camino metodológico: una aproximación al problema de investigación.....</b>	<b>67</b>
1. Estrategia Metodológica.....	68
1.1 Diseño de Investigación.....	69
1.2 Tipo de estudio.....	70
1.3 Universo Muestra Unidad de Análisis.....	70
1.4 Técnica de investigación.....	70
1.5 Análisis de datos.....	71
<b>CAPITULO VI: Análisis de Datos.....</b>	<b>72</b>
1. Ideas y reflexiones en pos de un aporte profesional.....	73
2. Análisis de las entrevistas.....	73
<b>CAPITULO VII: Conclusión.....</b>	<b>85</b>





# INTRODUCCIÓN



El estudio del problema de alcoholismo que dio origen a la Investigación, surgió a partir de reiteradas participaciones en el GIA (Grupo Institucional de Alcoholismo), es un modelo de atención terapéutico que ante el proceso de enfermedad se propone como integral. *“Integra a todos los que puedan operar sobre el problema: a los agentes de salud (...) a los afectados directos, sus familiares, otros miembros de la comunidad (...) Utiliza integralmente los distintos recursos técnicos, abordaje terapéuticos e instrumentales que resuelvan la crisis, la consulta ambulatoria y el mantenimiento de la recuperación (...) Integrador del individuo en sus esferas biológica, psicológica, y social para que éste pueda no solo dejar de tomar sino reformularse una vida activa y productiva sin alcohol (...)”* (Pellegrini, 1990:65-66) el mismo funciona una vez a la semana en el Hospital Victorino Tagarelli y Microhospital de La Consulta, siendo sus referentes un psicólogo social y una médica clínica.

Dicha participación despertó mi interés por saber cuál es la intervención de los profesionales de la guardia del Hospital Victorino Tagarelli y del Trabajador Social frente a la problemática de consumo de alcohol, ya que si bien no conforman el GIA están en contacto con las familias o pacientes alcohólicos y son quienes los reciben en primera instancia cuando llegan a la guardia del Hospital para ser atendidos.

Los consumos problemáticos y principalmente el alcoholismo están muy presente en la vida de pacientes sociales del departamento, a quienes los podemos diferenciar en dos grandes ramas: pacientes por elección y pacientes por falta de recursos, dicha problemática es una de las mayores causas de muerte externa por accidentes en el departamento.

Por el interés surgido en la temática y como antecedentes destaco que durante el año 2019 y parte del 2020 me estuve capacitando en el tema a investigar, concurriendo a cursos sobre adicciones, distintas propuestas de capacitación brindadas por la municipalidad de San Carlos, encuentros virtuales con profesionales capacitados en alcoholismo y material bibliográfico que me permitió incursionar sobre el tema.

Esta investigación pretende comprender cuál es la intervención de aquellos profesionales que trabajan con la problemática del consumo a fin de que sus representaciones sociales no determinen el abordaje de las situaciones y puedan impedir el acceso al derecho a la salud de los sujetos, como así también generar conocimiento y concientización en aquellos profesionales que no trabajan directamente con la problemática, para que teniendo en cuenta la complejidad de la misma no realicen abordajes arbitrarios basados en las representaciones sociales, prejuicios y/o



creencias, sin conocer lo que ello implica para lxs sujetos que consumen.

Por ello es necesario pensar sobre la visión actual acerca del consumo en general más allá del alcoholismo y tener algunos elementos que nos permitan reflexionar sobre el contexto social en el que estamos insertos y del cual formamos parte.

El tema del alcohol, las personas alcohólicas y el alcoholismo son tres variables dependientes de una trascendente problemática social en nuestro país.

*“El individuo desarrolla una dependencia psíquica (obsesión por la bebida y necesidad de su consumo para aliviar tensiones) y física (compulsión por la bebida e incapacidad para detenerse una vez que se ha empezado a beber), como consecuencia de dos factores: uno de tipo heredado y otro de tipo aprendido. El factor heredado es una predisposición genética hacia la enfermedad con la cual seguramente nació el individuo. Está ampliamente demostrado el factor genético en la etiología del alcoholismo, ya que todos los alcohólicos tienen un familiar en primero o segundo grado que también lo es, aunque vale la pena aclarar que esta predisposición genética no es determinante para el desarrollo del alcoholismo sino que, necesariamente, tiene que interactuar con los otros dos factores etiológicos de la enfermedad, que son el factor psicológico (vulnerabilidad psicológica para el manejo de las emociones) y el factor sociocultural (estar inmerso en un medio propicio para el consumo inmoderado de bebidas alcohólicas).*

*El factor aprendido se refiere a la influencia sociocultural que recibe el bebedor. La mayor parte de los bebedores, genéticamente predispuestos hacia la enfermedad del alcoholismo y con una vulnerabilidad psicológica que les dificulta el manejo de sus emociones, son presa fácil de un medio ambiente lleno de mitos, prejuicios y tradiciones culturales que los orillan al consumo frecuente y excesivo de alcohol (bebedor excesivo habitual). El bebedor, al exponer su organismo a niveles sistemáticamente tóxicos de alcohol, induce los ya mencionados cambios neuroquímicos en las vías metabólicas hepato-neuronales, dando lugar a las transformaciones biopatológicas que determinan la dependencia física y por lo tanto la adicción al alcohol.*

*Quizás ahora quede un poco más claro por qué el alcoholismo es una enfermedad compleja, multifactorial (bio-psico-social), que presenta diferentes fases en su desarrollo evolutivo (prealcohólica, inicial, crítica y terminal) y que para su comprensión, manejo y tratamiento requiere de un abordaje*



*interdisciplinario altamente capacitado". (Elizondo, 1994:7-9)*

Es por ello que es importante que la sociedad en general tome mayor compromiso frente a dicha problemática que se da a nivel global y que en el contexto de pandemia por COVID ha aumentado el consumo de alcohol.

El ser humano vive momentos que a veces se resuelven de manera rápida y bien, pero hay quienes no piden ayuda o no pueden salir rápido, no logran asumir pérdidas grandes y nunca se sabe en que pueden caer, afectando no sólo a su persona sino también a la familia y su entorno.

Es de trascendental importancia abordar dicha problemática para conocer su impacto en la sociedad moderna, pudiendo conceptualizar, reconocer qué factores la componen, cuáles son los campos que intervienen en la problemática y qué tipo de respuestas existen hoy en día para afrontarlos.

El consumo excesivo de alcohol despierta en la sociedad en general como así también en el entorno directo diversas reacciones: impacta emocionalmente, produce temor, rechazo, angustia, curiosidad. Todxs tenemos alguna opinión formada sobre el tema, fundada en preconceptos y representaciones sociales, que muchas veces obstruyen el conocimiento real sobre el fenómeno desde una verdadera perspectiva social e histórica.



## CAPITULO I

# “EL TRABAJO SOCIAL: ORIGENES DE LA INTERVENCIÓN PROFESIONAL HASTA LA ACTUALIDAD”

El servicio Social conocido en Hispanoamérica como Trabajo Social a partir del proceso de Re conceptualización, es una profesión sometida a permanentes procesos de

reflexión y cambio, en tanto es histórica, construida a partir de Políticas públicas, sociales y de proceso de organización social.

## 1. TRABAJO SOCIAL: ORIGENES DE LA INTERVENCIÓN PROFESIONAL

Caracterizada por una búsqueda constante de respuestas a su devenir histórico, la profesión exhibe tendencias que hoy se expresan en posiciones explicativas de los orígenes de la profesión, que van desde visiones extremas que atribuyen sendos significados, expresiones particulares de la asistencia social fundamentados en la caridad y la filantropía, hasta concepciones socio históricas de proyectos políticos.

Podemos entonces dilucidar dos tesis centrales respecto al génesis del trabajo social.

- **Perspectiva Endogenista:** cuya visión es particularista o focalista, las bases de la profesión datan de las primeras formas de ayuda, teniendo como precursores de la asistencia social organizada: **Juan Luis Vives** (1492-1540) cuyo libro “Socorrer a los pobres” puede ser considerado el primer libro de la cuestión social, San Vicente de Paul, organizador de las primeras asociaciones de la caridad, entendida como un mandato divino de hacer el bien por amor a Dios, cuyo fundamento se basa en una misión moral o religiosa, no apareciendo el análisis del contexto social, económico y político como condicionante de nuestra profesión.

Lo más significativo de esta es que vincula de manera esencial al Trabajo Social con la pobreza, indigencia, marginalidad o exclusión, así el Trabajo Social se desprende del ejercicio de la caridad y la filantropía.

- La segunda tesis **Histórico Crítica**, en oposición a la primera, el servicio social tiene un papel que cumplir en el orden social y económico, que depende de las relaciones dinámicas entre las clases sociales y de éstas con el estado.

Aquí surge el análisis de actores sociales, constituidos a través de segmentos socioeconómicos y políticos formando parte de un contexto, como verdaderos protagonistas.

Permitiendo que la profesión no sea reducida solo a la evolución de forma de ayuda, sino cuando la ya mencionada cuestión social se transforma en objeto de intervención del estado a través de políticas sociales cuyo ejecutor es el asistente social, transformando estas acciones en una identidad propia.

Es decir que se visualiza al trabajador como un asalariado, que ocupa un lugar en la división socio técnica del trabajo, buscando determinar su *especificidad*, que le atribuya estatus y facilite su reconocimiento profesional.



De acuerdo a lo que nos propone (Montaño C. , 2000) podemos caracterizar *“al servicio social en su primera etapa, es decir, su génesis, por la caridad, la beneficencia y la filantropía”*

Volviendo al periodo que estamos analizando, basado en la primer tesis, con la crisis económica del siglo XIX, las formas de ayuda al necesitado eran muy variadas y caóticas que dieron lugar a dos formas principales de acción, por un lado, una legislación de tipo social promovida por el gobierno y por otro lado se continuaba con la ayuda proveniente de la iglesia.

Dentro de esta situación y preocupado por las tareas de asistencia social, en 1869 el pastor Henry Solly creó la C.O.S (Charity Organization Society) fue una de las primeras formas de organización de las prácticas asistenciales. De allí surgen reconocidos nombres que tuvieron un papel importante en el desarrollo de la profesión.

Con esta forma de organización que pretende estar fundamentada científicamente fue apareciendo, un agente que más tarde sería conocido como el trabajador social.

A fines del siglo XIX, la institucionalización de la asistencia social y la necesidad de contar con personal capacitado, llevan a la creación de las primeras escuelas de servicio social.

El libro que se constituye en el punto de referencia del nacimiento del servicio social profesional, *“Social Diagnosis”* fue publicado en 1917 y marca el comienzo de lo que se denomina Trabajo Social de casos al amparo del modelo diagnóstico que propone Mary Richmond. Para dicha investigación tomamos del siguiente libro (Mary, 2005) el cual se estructura a partir de la influencia psicoanalítica de corte freudiano.

Ella plantea en su obra tres elementos fundamentales: La evidencia social, el proceso hacia el diagnóstico y variación hacia el proceso, los dos primeros hacen referencia a la necesidad de “conocer y comprender” como paso previo a intervenir.

El Trabajo Social de casos se psicologiza, con la adopción de categorías tomadas de las teorías psicoanalíticas, aparece la escuela diagnóstica o modelo clínico operativo y la escuela funcional o modelo de crisis.

A pesar de haber surgido a principios del siglo como el primero de los métodos que constituirían el denominado trabajo social tradicional y aunque en algunos periodos de la historia profesional ha perdido significación y su continuidad se ha visto amenazada, el método de caso ni ha desaparecido ni se ha mantenido inmutable, por el contrario, ha evolucionado paralelamente a las condiciones históricas de cada época y al amparo de los constantes desarrollos que se han operado en las ciencias sociales a lo largo del siglo XX.



Al respecto, Ricardo Hill (Hill, 1979:33-83), destaca los siguientes modelos de tratamiento individual.

### 1.1 LOS DIFERENTES MODELOS DE INTERVENCIÓN A LO LARGO DEL PROCESO DE CONSOLIDACIÓN DE LA PROFESIÓN

El primer modelo que analiza es el que nace conjuntamente con la profesión de Trabajo Social y se extiende hasta la actualidad y es el modelo de **Socialización**, el cual está conformado por aquellos grupos de indigentes, pobres y marginados de la sociedad, especialmente la norteamericana. En este modelo se parte de un marco de referencia en donde la filosofía del individualismo determinaba que los sujetos que debían ser ayudados eran los que podían probar que su pobreza o su indigencia se derivaban de “situaciones circunstanciales” y no de su debilidad moral. Posteriormente evoluciona hacia concepciones derivadas de la cultura de la pobreza y las teorías de la socialización, lo que determina que se planteen acciones tendientes a desarrollar una socialización acorde con los requerimientos sociales. Las acciones se enmarcan dentro de un proceso constituido por la etapa de diagnóstico en donde se identifica la necesidad y el tratamiento, consistente en gestionar la ayuda material o de socialización entendida ésta como la transferencia de información al cliente para que éste pueda hacer un mejor uso de recursos y oportunidades que la sociedad ofrece.

Está latente en este modelo la concepción individualista de la sociedad en la que el fenómeno de la pobreza es visto como algo de lo cual tiene una alta cuota de responsabilidad el individuo y la solución que se propone consiste en la dádiva, por un lado y en apelar a la voluntad del sujeto para que supere su situación, por otro lado.

Modelo **CLINICO NORMATIVO**, de este modelo proviene la mayor parte de la literatura científica profesional, de autores como Mery Richmond, entre otros, la denominación de este modelo se atribuye a las influencias que recibió originalmente del método clínico en medicina.

Se caracterizó por dar prioridad a la recolección de datos sociológicos, relacionados a los factores emocionales presentes en la conducta de los sujetos, adoptando los trabajadores sociales en su práctica las teorías freudianas, buscando así ayudar al individuo que tiene problemas, analizando su historia, sus miedos, ansiedades, etc.

Este modelo fue practicado en ámbitos médicos y psiquiátricos, considerado como un servicio terapéutico dirigido a atender a diferentes tipos de pacientes con el fin de mejorar el funcionamiento social del individuo, logrando superar su disfuncionalidad.

Modelo **SOCIO-CONDUCTIVISTA**: arraigado en la teoría del aprendizaje, su objetivo se basó en fortalecer algunas conductas mediante el debilitamiento de otras, para adquirir nuevas conductas adecuadas, buscando alterar el comportamiento del sujeto en formas definidas para generar cambios en algunos aspectos del ambiente, permitiendo que sus problemas disminuyan o desaparezcan.

Llevando el desarrollo de un proceso controlador donde el trabajador social decide que debe hacerse permitiendo que sus problemas disminuyan o desaparezcan.

Modelo de **CRISIS**: en este modelo surgieron las famosas terapias a corto plazo, frente a las situaciones críticas que planteaban muchos individuos y familias, el trabajador social dirige su atención a las diferentes situaciones que el individuo no puede resolver por sus propios métodos.

Se tenía como objetivo que el sujeto lograra un estado emocional tolerable y así pueda desarrollar capacidades para afrontar su problemática.

Modelo de **COMUNICACIÓN – INTERACCIÓN**: este modelo se orientó a la familia considerada como el contexto del individuo, en donde el comportamiento de la familia depende del comportamiento de todos los otros, esto se debe a la interacción y la comunicación que se da en el interior de la familia.

El trabajador social actúa como árbitro, buscando modificar las distorsiones en la comunicación para lograr un rápido acceso a los problemas familiares, la intervención en red ofrece a los trabajadores sociales una oportunidad de deshacerse de su rol de agente de control social para el resto de la sociedad.

En Argentina, el servicio social se instaló en plena crisis del treinta y en 1946 la Universidad Nacional de Buenos Aires, creó la escuela de asistentes sociales, cuyos primeros objetivos de la formación, era preparar personal idóneo para trabajar en la salud y en la justicia.

“La práctica nos hizo asumir una actitud crítica y así desde la inconformidad contra el modelo dominante del cual era parte el Servicio Social, en 1965 lo llamamos el movimiento de re conceptualización” (Hill, 1979:33-83)

## 2. PROCESO DE RECONCEPTUALIZACIÓN

A mediados de la década de los 60, se conoce como la etapa reconceptualizadora, en la que se opera una adhesión al conjunto de las ciencias sociales y un fuerte cuestionamiento a las metodologías tradicionales que son calificadas como empiristas, raras y son soportes del sistema social basado en la diferenciación de clases.

En este panorama, inspirados en la perspectiva materialista dialéctica, emergen profundos cuestionamientos a la totalidad del ordenamiento social vigente y, principalmente, para el caso que nos ocupa, a las tendencias asistencialistas y adaptativas del Trabajo Social, ante lo cual surge la preocupación por la producción de conocimientos como parte integral y orientadora de la praxis profesional, que en los periodos anteriores no se había manifestado de manera clara y coherente.

Con el advenimiento del movimiento de reconceptualización nos enfrenta, por primera vez, a nuestra falta de historia como productores de conocimiento, poniendo en evidencia nuestra relación subordinada a otras disciplinas dentro del campo de lo social y, sobre todo, con el conocimiento, por lo que se constituyó en una etapa que marca para la profesión un replanteamiento global de su quehacer y una búsqueda más definida por incorporarse de manera clara y decidida al conjunto de las disciplinas sociales.



La década de los 90, es bien interesante por la ya iniciada eclosión de las ciencias sociales en gran cantidad de campos disciplinarios y la aparición de modelos diversos a partir de una realidad globalizante. De igual manera, la internalización de la economía en el contexto del modelo neoliberal, sin lugar a dudas, ocasiona transformaciones políticas con respecto a la conformación, constitución y proyección del Estado que comprometen de manera significativa el tema de lo social. Se produce, entre otras, un debilitamiento de las políticas sociales y aparecen nuevos actores que, de alguna manera, atienden las demandas de lo social ante el debilitamiento del Estado, dígase, por ejemplo, las organizaciones no gubernamentales. De igual manera, sectores específicos de la sociedad civil se organizan para satisfacer solidariamente sus necesidades y para la generación de mejores condiciones de vida colectiva.

La intervención profesional en Argentina se institucionaliza a partir de la instauración del Estado capitalista, expresa Margarita Rozas (Rozas Pagaza, La Intervención profesional en relación con la Cuestión Social, 2001, págs. 219-241) y esto conlleva a entender que nuestra profesión se encuentra ligada al surgimiento de las políticas sociales. Es decir, cuando el Estado toma para sí las respuestas a las manifestaciones de la cuestión social.

Margarita Rozas (Rozas Pagaza, Una Perspectiva Teórica - Metodológica de la intervención en Trabajo Social, 1998, págs. 20-30) analiza que según cada momento histórico, el estado capitalista recrea una modalidad de intervención y establece condiciones para la intervención profesional. En la actualidad no estamos desligados de reproducir modelos de intervención profesional anteriores, como lo son modelos conservadores basados en lo asistencial, paliativo, positivista, burocratizado o bien doctrinario con influencias filantrópicas o caritativas.

### **3. ASISTENCIA SOCIAL, SERVICIO SOCIAL Y TRABAJO SOCIAL**

*“Podemos hacer una clara distinción de estas etapas que no son lineales, sino distintas concepciones de una profesión que sigue construyéndose en una sociedad en permanente cambio” (Kisnerman N. , 1998, pág. 57)*

Asistencia social (1925-1940): etapa pre-profesional, próxima a la beneficencia, tiende a paliar emergencias sociales, el asistente social es el que trabaja para las personas con necesidades materiales.

La creación de asociaciones institucionalizó el Servicio Social como profesión, con una acción más sistematizada, más técnica, fundada en el reconocimiento de los derechos



sociales de las personas de ser atendidas por el Estado en sus necesidades. El profesional sigue siendo un facilitador de recursos, un solucionador de problemas, aséptico y por lo tanto a histórico, descomprometido con los problemas de su tiempo. Su mirada está puesta más en lo individual, aunque trabaje con grupos o en llamadas comunidades.

El Trabajo Social, en la acepción que le dio la reconceptualización, en tanto trabaja con las personas, más que en centrarse en el problema, puso el énfasis en la realidad, en el cómo los sujetos vivencian sus problemas y en el cómo intervienen en la acción superadora de sus situaciones. El trabajador social tiene una perspectiva comunitaria y global y, básicamente, es un movilizador de relaciones humanas para que los actores, logren organizadamente sus objetivos. No niega la necesidad de atender las urgencias de la pobreza, pero sí entiende que debe ser realizada como una acción de apoyo, de refuerzo, de prevención en un proyecto más integral.

#### 4. INTERVENCIÓN PROFESIONAL EN LA ACTUALIDAD

Etimológicamente, el término “intervención” hace referencia a la acción y efecto de Intervenir, la palabra “intervenir” significa tomar parte en un asunto y también interceder o mediar por alguien (Diccionario de la Real Academia Española, 2001).

Para describir este proceso optaremos por la definición de Carballeda:

*“La Intervención social es una forma de comprender desde el otro, al explicar el presente, pero como un sujeto histórico, capaz de dialogar y cuestionar aquello que forma parte de su mundo cotidiano. En otras palabras, es analizar la historia del sujeto que da cuenta de su constitución inmersa en una trama socio histórica y, por otra parte, la construcción de saberes y discursos que legitiman el orden social”* (Carballeda, 2018, pág. 94)

El trabajador social interpreta y transmite científicamente la realidad de los problemas que le develan las personas y los instrumenta, para que ellos organizadamente planifiquen, ejecuten las acciones tendientes a superarlos, teniendo el trabajador social la posibilidad de construir su intervención en conjunto con los sujetos, tomando en cuenta su historicidad y sus singulares trayectorias de vida, creando un saber y solución compartida.



La intervención profesional es una construcción histórica-social de las relaciones de reproducción social, y afirmamos que dicha intervención, pensada como campo problemático, se desarrolla a partir de las manifestaciones de la cuestión social contemporáneas (exclusión, pobreza, desigualdades sociales, etc), que afectan a la reproducción social de los sujetos, que adquiere un significado particular para la intervención en cuanto ello se manifiesta o reproducen en la vida cotidiana de los sujetos. (Rozas Pagaza, La Intervención profesional en relación con la Cuestión Social, 2001)

Por lo tanto la práctica social existe en tanto la sociedad necesite que se cumplan determinadas funciones sociales, en relación a los cambios que se producen en la realidad, sin olvidar que también se da en un amplio cuadro institucional, cuyo profesional dispone de una cierta autonomía en el ejercicio de sus funciones.

Algunas características de la práctica profesional:

- Esta socialmente determinada, es producto de agentes profesionales.
- Es histórica y cambiante, exige constantes redefiniciones frente a los cambios de la cuestión social.

En síntesis: el campo de intervención de la práctica profesional se da en el mismo campo de las relaciones sociales como se presentan en determinado contexto histórico, unido a lo cotidiano, piso donde se dan la producción y reproducción de las relaciones sociales. Su fin es posibilitar el desarrollo humano y autonomía a través de la movilización de sus capacidades y de los recursos.

## 5. ROL DEL TRABAJADOR SOCIAL

Citando a Nora Aquin (Aquin, 2003, págs. 113-125) se sostiene que el Trabajo Social, como toda práctica social, está estructurada por una situación macro social estructurante y que implica una intervención social con el propósito de transformar o estabilizar ciertos aspectos de la realidad social. En este marco el Trabajo Social participa al mismo tiempo de las características de una práctica distributiva – distribución de valores de uso entre individuos y grupos, cuyo objetivo es lograr una distribución deseada – y al mismo tiempo de aspectos propios de la práctica cultural.

Trabaja también en una realidad socioeconómica, cultural y política, que limita o facilita su tarea de acuerdo a determinadas coyunturas históricas, sin olvidar que el desempeño de su rol se ve afectado por distintos factores, como ser: recursos insuficientes, remuneración baja, exceso de trabajo, y si la realidad es dinámica, la



capacitación profesional es otra de las exigencias del rol.

Por otra parte, desde la perspectiva de Rodolfo Núñez, se considera que es necesario abordar las diversas situaciones sociales desde la noción de posición y no desde la del rol prefijado a priori y de forma estática, es decir, construir nuestra actuación profesional de un modo dinámico, flexible, que pueda readaptarse a la particularidad de cada problema o situación específica. Esta noción permite tomar al otro como sujeto de la intervención y no como objeto, al mismo tiempo que rescata la historicidad de los sujetos, el trabajo interdisciplinario, etc. De este modo, "...hay dos lugares que ocupar, o acompañar y formar parte de... ó formalizamos los espacios y los encuadramos utilizando técnica, los encuadramos rígidamente o acompañamos para potenciar la construcción de un proceso de simbolización." (Núñez, 2008, págs. 15-25,51-53,55-69)

## 6. CAMPOS DE ACTUACIÓN PROFESIONAL

La complejidad de la sociedad moderna ha determinado una pluralización de los campos de actuación de los trabajadores sociales.

La intervención de los trabajadores puede desarrollarse en diferentes campos, por ejemplo, en el campo del diseño, planificación y la evaluación de los planes, programas y proyectos, en la prevención, puede centrarse en las causas dinámicas de marginación, exclusión y desintegración social, con la finalidad de evitar su aparición, como también, realizar acciones con las personas y colectivos que sufren las consecuencias de situaciones carenciales, conflictos y crisis.

Su fin es posibilitar el desarrollo humano y autonomía a través de la movilización de sus capacidades y de los recursos.

Analizaremos algunos campos de actuación profesional, continuando con el lineamiento de Kisnerman (Kisnerman N. y., 1981) en su obra introducción al Trabajo Social, alguno de ellos son:

- **EDUCACIÓN:** Este campo comenzó con la educación primaria, extendiéndose a los otros niveles de educación, abarcando parte del proceso evolutivo del hombre, se orienta a descubrir y potenciar las capacidades de individuos, grupos y comunidades. También a generar procesos de participación e implicación de formación y organización para ayudar a las personas a la adquisición o incremento de los conocimientos y habilidades sociales que precisan.
- **EMPRESAS:** El trabajo social aspira a contribuir a solucionar problemas que surgen de las condiciones de trabajo y de las relaciones conflictivas entre

quienes integran la empresa, se requiere de un profesional con alto nivel y equilibrio emocional, dado el juego de intereses entre capital y trabajo.

- **PROMOCIÓN COMUNITARIA:** Entendida como el proceso de estimular mediante el impulso del municipio a los vecinos para que realicen funciones que le son propias en beneficios de todos.
- **VIVIENDA URBANISMO:** Uno de los principales problemas en esta área es el déficit de viviendas y las dificultades de los sectores de población de menor ingreso en el acceso de una vivienda.
- **NIÑEZ, ADOLESCENCIA Y FAMILIA:** Este campo se ha ido progresivamente integrando a otros, bajo el marco de los principios del paradigma de protección integral de los derechos de niñas, niños y adolescentes de acuerdo a la ley 26.061 sancionada en el año 2005.

En cuanto a la familia, al analizar su realidad, debemos hacerlo en el marco de su vida cotidiana entendida como:

*“la relación de cercanía del sujeto en la que se intenta comprender su mundo cultural, sus formas de vida, ello a fin de orientar la intervención profesional como una forma de educación social para la integración de individuos, grupos y comunidades a la sociedad establecida”* (Rozas Pagaza, Una Perspectiva Teórica - Metodológica de la intervención en Trabajo Social, pág. 35)

Además de ser el espacio micro social en el cual el trabajador social desarrolla su quehacer profesional. Este mundo cotidiano donde se refleja la realidad implica también un saber cotidiano referido a los procesos de aprendizaje que los sujetos van internalizando y externalizando, es decir incorporando nuevos conocimientos y desechando aquellos que no le sirven.

Es por eso que con este saber cotidiano, se busca la posibilidad de que el sujeto y su familia, en este caso, con la incorporación de conocimientos nuevos y mediante la educación acerca del cuidado de su salud, se logre un nuevo posicionamiento frente a la situación problemática.

Teniendo en cuenta lo anteriormente dicho analizaremos el concepto de familia ya que es un pilar fundamental en el acompañamiento a lo largo de todo el proceso de intervención y muy especialmente en el tema abordado en ésta investigación.

La familia puede ser considerada como nos aporta Agnes Heller.....*“Organización social básica en la reproducción de la vida en sus*



*aspectos biológicos, psicológicos y sociales en el mundo de la vida cotidiana”*  
(Agnes, 1991, pág. 19)

Siguiendo el pensamiento de Agnes Heller, la familia es: *“El grupo de reproducción del hombre particular, es el quehacer de todos los días donde surgen, modifican o desaparecen ideas, actos y relaciones”* (Agnes, 1991, pág. 67)

A lo largo de la historia, la familia ha sido vista desde distintas concepciones. Una mirada positiva clásica considera a la familia como una Institución natural, a-histórica para la reproducción de la especie, como un objeto a ser observado desde criterios de normalidad instituidos socialmente, esto se tradujo en el caso *social individual*.

Desde una mirada crítica, *“la familia es particular y concreta, comparte un espacio determinado de existencia desde la vida cotidiana y desde el mundo de la vida de cada sujeto, es decir, cargada de significados que la propia familia y cada uno de los integrantes le otorgan a la vida familiar y social”* (Eloisa, 2001, pág. 32)

El trabajador social basado en sus conocimientos y habilidades debe reconocer los recursos de los individuos, de las familias, de los grupos y de la comunidad, a fin de organizarlos, coordinarlos y promover su mejor participación para atender las necesidades de salud por lo que se muestra la manera de cómo se ha abordado a la persona alcohólica con el objetivo principal de modificar sus hábitos de conductas.

Por lo que estamos de acuerdo con Kisnerman cuando plantea que, *“el trabajador social es un educador social, en el sentido de animar intencionalmente un proceso que lleve a los sujetos con los que trabaja a reflexionar acerca de sus situaciones problemas y asumir su propia resolución frente a ellos”*. (Kisnerman N. y., 1981, pág. 145)

Este concepto se encuentra relacionado directamente con el problema de salud tanto física como mental que se está abordando, ya que en la problemática del alcohol, es básica la educación y seguimiento tanto del paciente como de su familia y desde allí el rol primordial del trabajo social, lo cual desarrollaremos más ampliamente en los capítulos siguientes.

Por lo tanto, abordar la problemática de la familia exige hoy la presencia de una gran multiplicidad de profesionales, una de las destrezas específicas de quienes se

desempeñan en esta área debe ser la capacidad de trabajar conjuntamente en equipos multidisciplinares, potenciando de este modo aportes específicos de cada disciplina o profesión para prestar un mejor servicio a la familia, donde se destaca que el trabajador social es uno de los profesionales que primero detecta los problemas existentes en la familia.

## **7. CUESTIÓN SOCIAL E INTERVENCIÓN PROFESIONAL**

El presente marco teórico continúa con una categoría fundamental en la Investigación. Se recupera la importancia de la misma en la historia, su impacto en la sociedad y en el surgimiento de la profesión del Trabajo Social.

A su vez considero que es básica a la hora de pensar en el consumo problemático y su relación con las representaciones sociales.

La inminente expansión y triunfo de la economía capitalista en Europa, trajo consigo a América y al mundo la imposición del modelo liberal y el individualismo.

En Inglaterra a fines del siglo XVIII, este capitalismo da origen a una de las revoluciones que marcaron el inicio de una nueva era: La Revolución Industrial. Ésta es producida por la falta de mano de obra y la abundancia de materias primas, por lo tanto, el proceso de realización del producto final era lento. Durante el siglo XVIII y principios del XIX la producción se habría centrado, por lo general, en la fuerza del trabajo humano, pero la introducción de la máquina como elemento productivo, alteró profundamente esa situación y condujo al hombre a otra nueva, pues exigió que los obreros se concentraran en un único lugar de trabajo, la fábrica, y que el proceso productivo pasara de ser individual a colectivo, lo que significó división del trabajo y especialización productiva.

De esta manera crecía la economía, se inventaban nuevas máquinas, etc. pero pronto la abundancia de máquinas provocó la falta de fuentes de trabajo para la mano de obra, es decir, empezó a crecer la cesantía. A esto hay que agregar que la revolución industrial tuvo sus efectos en el campo (revolución agrícola) por el proceso de industrialización y que tuvo directa relación con el éxodo rural – urbano que se vivió en aquella época.

Esto agregado a que los dueños de grandes industrias y grandes capitalistas abusaban de sus obreros con bajas remuneraciones, sin seguridad social y largas jornadas laborales.



En este contexto las clases sociales que se desarrollaron fueron, por un lado la burguesía se consolidaba como la principal clase social de la época, la que tenía en su poder el capital para llevar a cabo una empresa y controlaba las industrias y fábricas. Por el contrario, en las clases bajas, los artesanos, campesinos y obreros, sometidos al trabajo industrial empezaron a formar una nueva clase social que pronto se empezaría a llamar “proletariado” o la clase obrera. Ellos al no tener capital se vieron obligados a vender su fuerza de trabajo a las industrias a cambio de un pago, un salario por su actividad.

Así surge la cuestión social a mediados del siglo XIX como consecuencia de los procesos industriales generados por el sistema capitalista. Esto se refiere a todas las injusticias que se cometían con la clase obrera y buscaban soluciones para frenar esta delicada situación social que vivían los obreros.

Según Robert, Castel es justamente esta fractura entre órdenes lo que podemos definir como **Cuestión Social**;

*“una aporía fundamental en la cual una sociedad experimenta el enigma de su cohesión y trata de conjurar el riesgo de su fractura. Es un desafío que interroga, pone de nuevo en cuestión la capacidad de una sociedad (lo que en términos políticos se denomina una nación) para existir como un conjunto vinculado por las relaciones de independencia”* (Robert, 1997, pág. 20) .

Desde esta perspectiva lo social sería un conjunto de regulaciones que no son estrictamente del mercado, y asumidas por el Estado apuntarían a la integración social.

También podemos pensarla desde el conjunto de problemas sociales, económicos y políticos que se generan con el surgimiento de la clase obrera dentro de la sociedad capitalista, o como Juan Suriano, citando a James O. Morris como una totalidad de:

*“... consecuencias sociales, laborales e ideológicas de la industrialización y urbanización nacientes: una nueva forma de trabajo dependiente del sistema de salarios, la aparición de problemas cada vez más complejos pertinentes a vivienda obrera, atención médica y salubridad; la constitución de organizaciones destinadas a defender los intereses de la nueva clase trabajadora: huelgas y demostraciones callejeras, tal vez choques armados entre los trabajadores y la policía o los militares, y cierta popularidad de las ideas extremistas, con una consiguiente influencia sobre los dirigentes de los trabajadores.”* (Juan, 2000)

Pero también la cuestión social:

*“es la manifestación, en el cotidiano de la vida social, de la contradicción entre el proletariado y la burguesía, la cual pasa a exigir otros tipos de intervención, más allá de la caridad y la represión” (Marilda, 1997, pág. 91)*

Para Margarita Rozas (Rozas Pagaza, La intervención profesional en relación con la cuestión social: el caso del Trabajo Social, 2001) *“la cuestión social no se agota en la relación capital-trabajo sino que implica un conjunto de desigualdades sociales que implican explotación de sectores sociales e incluso las dificultades del estado para interpretar y organizar decisiones respecto a los problemas sociales.”* Es decir, la cuestión social es una cuestión política, en tanto, de ninguna manera es el resultado de una evolución natural o predestinada por leyes históricas.

Como diría Grassi (Grassi, 2004) es una cuestión política desde su enunciación como resultado de las luchas sociales y desde el momento en que deviene cuestión de estado y por ende estatización de los problemas sociales. Más allá de estos aportes conceptuales acerca de la Cuestión Social, la misma tiene una estrecha relación con el proceso de profesionalización del Trabajo Social, y la centralidad que fue adquiriendo el Estado a través de las políticas sociales en la atención de la cuestión social marcando tanto las rupturas como los avances de la profesión. Es decir, la relación entre trabajo social y cuestión social aparece cuando el estado asume la intervención a través de las instituciones de la política social, o mejor dicho cuando la cuestión social se constituye en objeto de un trato específico y especializado por parte del estado. En el caso de nuestro país, es en el entrecruzamiento entre políticas sociales, derechos sociales y cuestión social que surge el Trabajo Social con un fuerte sesgo moderno y disciplinador.

Los sujetos, siguiendo a Carlos Montaña (Montaña C. y., 2005) viven en un contexto de crisis del capital y proyecto neoliberal. El Estado Capitalista ingresa en una crisis luego del estado de Bienestar, una crisis general, sistemática y estructural. La clase hegemónica desarrolla un proyecto neoliberal, ampliando la explotación, combatiendo al trabajo, reestructurando la producción, reformando al Estado, reforzando al mercado y eliminando la Intervención Social del estado.

Dentro de la Cuestión Social se manifiestan problemáticas sociales que impactarán en la vida cotidiana de los sujetos. Las problemáticas sociales son entendidas como aquellas situaciones que afectan, desorganizan, desequilibran a un colectivo de sujetos, que se constituyen por y en una red de relaciones. Son situaciones que actúan como freno a la realización de la vida cotidiana de las familias. No tienen una única causa, sino que operan en una multicausalidad para su producción y una recursividad que las



refuerza.

De acuerdo a Kisnerman Natalio,

*“las problemáticas sociales son siempre emergentes de una estructura socioeconómica, cultural, social y política en las que se hacen presentes necesidades y demandas que son expresiones de las manifestaciones de la cuestión social”* (Kisnerman N. , 1998, pág. 160)



## CAPITULO II

# “CONSUMO PROBLEMÁTICO”



## 1. CULTURA DE CONSUMO

Dentro de la lógica neoliberal capitalista podemos reconocer a esta sociedad como una verdadera “Cultura de Consumo”, basada en un goce perpetuo, producto de un proceso de diferentes épocas que provoca un condicionamiento cultural muy fuerte que promueve lo que podemos llamar una época de “individualismo”, esto es, una moral que promueve sujetos con nociones más micro que pueden “elegir libremente” y a la carta, hay un predominio de lo imaginario (lo que creo que es para mí) sobre lo simbólico (lo que significa para mí), de la imagen sobre la palabra.

A raíz de esto, los objetos se valoran por el significado que tienen para el sujeto, si se acumulan dan bienestar, dan la promesa de satisfacción inmediata, tienen duración breve, son efímeros y tienen soportes identificatorios, es decir que tienen alguna forma de prestigio. Pero sobre todo tienen que ser capaces de relanzar la demanda y de anticiparse a la misma. Y que relance esta demanda justo antes de ser adquirido.

Para entender el consumo problemático hay que tener en cuenta que las sustancias no son objetos que tengan una dinámica distinta y se encuentran enmarcadas en el mismo sistema capitalista. La lógica del mercado se invierte, pareciera que la oferta antecede la demanda, se ofertan desde el mercado “objetos” que quizás el sujeto nunca pensó que necesitaría. Ej: Celulares, Ropa, Autos, Tranquilizantes, Elementos electrónicos, etc.

Otro de los elementos importantes para comprender la visión actual del consumo problemático es abrir la dimensión política, es entender que las adicciones atañen al mundo entero, somos una sociedad capitalista productora y constructora de adicciones, en este sentido, es muy común escuchar frases como: ...fulano de tal cayó en el alcohol o en las drogas...” etc. lo que me permite externar el problema, es decir, sacarlo de mí. Lo cierto es que las sustancias vienen de hace mucho tiempo. Por tal motivo, pensar en sacarla a un costado sería imposible, acaso una ingenuidad.

Es necesario abrir otra dimensión que es la personal, la subjetiva. En este sentido, asistimos a la llegada de una nueva subjetividad: la del “consumidor”. La carencia estructural del sujeto toma la forma de un vacío que puede ser llenado con diversos objetos de consumo que cubren todos los rubros (alcohol, sexo, drogas, hidratos de carbono, pero también trabajo y actividad informática) *“Freud sostiene que en el centro del sujeto existe un malestar, y para paliarlo supone diferentes formas, puede ser el amor, la religión, la sublimación, o los narcóticos, “quitapenas” como él los llama”.* (Freud, 1930, pág. 130)



En fin, los objetos que consumimos tienen algunas características distintivas, de acuerdo al momento histórico y la etapa del capitalismo en que nos encontremos.

La producción industrial en serie o también denominada fordista se consolidó a partir de los 60', posibilitando el surgimiento de lo que podemos llamar consumo masivo, es decir la posibilidad de acceder a una serie de bienes estandarizados y poco personalizados. El consumo de bienes se transformó como nunca antes en un símbolo de éxito social. El modo de producción fordista y la consolidación del Estado de Bienestar impulsó el desarrollo económico y la mejora en la calidad de vida de las poblaciones de diferentes regiones. Este proceso implicó el crecimiento de las ciudades, la clase media y la mejora de su poder adquisitivo hizo que se consolidara como la gran protagonista de estos tiempos. (CENTRO PREVENTIVO DE ASISTENCIA EN ADICCIONES 2012)

Las estructuras tradicionales como la familia, la escuela, la iglesia, el ejército, el matrimonio y el trabajo interpelaban a los sujetos de manera colectiva y producían un efecto homogeneizador en la constitución de las identidades sociales y subjetivas. Los valores imperantes se vinculaban fuertemente al esfuerzo y al trabajo. La configuración familiar era concebida como una estructura única, patriarcal, homofóbica, en donde la mujer estaba a cargo de los cuidados de los hijos y quehaceres domésticos. La posibilidad de acceso a la vivienda, a los electrodomésticos y automóviles implicó que el consumo fuera vivido como una experiencia satisfactoria de éxito y felicidad. En este marco la juventud era concebida como una etapa de preparación para la vida adulta, es decir para el futuro laboral y conyugal. (CCPA, 2.012)

En los años 1970 se produce la crisis del Estado de Bienestar, la decadencia económica se manifestó principalmente en la ruptura de la sociedad salarial, la cual implicó una gran transformación del mercado laboral produciendo una reconfiguración del pacto social anterior. La seguridad producida durante el Estado benefactor fue resquebrajada y reemplazada por nuevas ficciones que tienen que ver con la "compulsión" de encontrar y buscar seguridades inéditas para uno mismo. La angustia, la falta de certezas, la inseguridad es vivenciada de manera individual, sin posibilidades de pensarse como un proceso colectivo. Robert Castel (1997) afirmó:

*"De modo que el desempleo recurrente constituye una dimensión importante del mercado del empleo. Toda una población –sobre todo de jóvenes– parece relativamente empleable para tareas de corta duración, de algunos meses o semanas, y más fácilmente aún despedible. La expresión "interino permanente" no es un mal juego de palabras. Hay una movilidad hecha de alternancias de*

*actividad e inactividad, de oportunidades provisionales sin certidumbre del mañana” (Castel, 1997, pág. 344)*

Las desregulaciones, el desempleo, la flexibilización laboral, la descentralización de recursos, la contracción del Estado terminaron por desconfigurar a una sociedad fuertemente organizada en relación al empleo asalariado y al Estado de bienestar. Es en este contexto en donde el consumo es re-significado socialmente, profundizando el proceso que comienza en las sociedades industriales hasta transformarse en un modo de vida. A partir de los 70' el consumo de bienes y servicios se amplió al consumo de emociones y de bienestar. Se produjo una transformación en cada una de las dimensiones mencionadas al inicio, dicha metamorfosis trajo aparejado grandes cambios; Bauman lo describió de la siguiente manera:

*“Así fue que, en el camino de una sociedad de productores a una sociedad de consumidores, las tareas de transformación y re transformación del capital y el trabajo en mercancía sufrieron simultáneamente un proceso de profunda, sostenida y en apariencia irreversible -aunque aún incompleta- desregulación y privatización” (Bauman, 2007, pág. 20)*

El consumo en nuestras sociedades terminó por ser el “gran inclusor”, es decir es la forma que hoy tenemos de ser y pertenecer. El consumo se nos presenta como la fantasía de gozar sin enfrentar los sufrimientos. Cuando pensamos en el consumo propio de estas sociedades no tiene que ver el consumo asociado a nuestras necesidades vitales, sino más bien al consumo que se asienta en la demanda emocional de placer y la ausencia de dolor. Para (Baudrillard, 1970), la insatisfacción emocional es el motor del consumismo, es decir el problema radica en la significación social que hemos construido en relación al mismo. Bauman (2007) brinda una diferenciación entre consumo y consumismo, según el autor:

*“Se puede decir que el "consumismo" es un tipo de acuerdo social que resulta de la reconversión de los deseos, ganas o anhelo humanos (si se quiere "neutrales" respecto del sistema) es la principal fuerza de impulso y de operaciones de la sociedad, una fuerza que coordina la reproducción sistémica, la integración social, la estratificación social y la formación del individuo humano, así como también desempeña un papel preponderante en los procesos individuales y grupales de autoidentificación, y en la selección y consecución de políticas de vida individuales. El consumismo llega cuando el consumo desplaza al trabajo de ese rol axial que cumplía en la sociedad de productores” (Bauman Z.*

2007:47)

Por ello y haciendo un análisis de lo anteriormente mencionado se observa que en la modernidad de los años 60 o 70, todo era más rígido, en cambio en la actualidad hay un relativismo, “todo depende del cristal con que se mire”, existen distintos criterios a diferencia de hace 30 o 40 años atrás, donde había más autoritarismo y absolutismo, donde predominaban frases como, esto es así y se acabó.

A su vez estamos en presencia de otro fenómeno actual que tiene que ver con los show mediáticos de la televisión, que hoy en día tiene mucho peso, espacio de sobre estimulación, aparece el “zapping” (que me ofrece la posibilidad de ver todo y no ver nada, transforma mi atención en flotante y me permite deslizarme de una manera descentrada) y el video clip ( que económicamente es muy productivo porque vende, con una sobre estimulación de efectos visuales cuya función es el impacto y no el sentido).

En la actualidad, es decir la etapa globalizada del capitalismo, existe una única respuesta por la vía del “consumo”. Entre otras cosas la globalización implica que hay una respuesta para todo el mundo igual, para que todos puedan gozar de la misma manera.

## 2. CONSUMO PROBLEMÁTICO

Plantearse las adicciones como problemática significa cambiar del paradigma tradicional, en donde el objeto droga es entendido como la causa del padecimiento del individuo, a otra concepción en donde el sujeto responde a lo que la realidad le demanda continuamente desde su particularidad, siendo las adicciones una consecuencia de múltiples causas. En este contexto la pregunta ya no es ¿Por qué algunos sujetos se tornan consumidores y otros no? Sino ¿Por qué algunos consumidores (todos nosotros) se tornan adictos y otros no?

Es por ello que para reflexionar sobre la problemática me posicionaré desde el paradigma de consumo problemático.

La Ley Integral para los Abordajes de los Consumos Problemáticos N° 26.934 define a los consumos problemáticos de la siguiente manera:

*Art. 2°: entiende por consumos problemáticos: “aquellos consumos que –mediando o sin mediar sustancia alguna– afectan negativamente, en forma*

*crónica, la salud física o psíquica del sujeto, y/o las relaciones sociales. Los consumos problemáticos pueden manifestarse como adicciones o abusos al alcohol, tabaco, drogas psicotrópicas –legales o ilegales– o producidos por ciertas conductas compulsivas de los sujetos hacia el juego, las nuevas tecnologías, la alimentación, las compras o cualquier otro consumo que sea diagnosticado compulsivo por un profesional de la salud.”*

## **2.1 MULTICAUSALIDAD DEL CONSUMO PROBLEMÁTICO**

Para abordar las situaciones de consumos problemáticos es necesario abandonar las miradas reduccionistas de la problemática, ubicando en el centro de la escena a la persona como sujeto de derecho, a su proyecto de vida y a sus lazos sociales. Se complejiza así la mirada sobre la problemática desde una perspectiva multicausal, entendiéndose como emergente de derechos previamente vulnerados. Plantearse un problema multicausal, no solo tiene que ver con sus causas y consecuencias, sino también por sus componentes e implicaciones, de este modo se abordarán las situaciones de consumo problemáticos desde una perspectiva integral.

Desarrollado por Touzé (Touzé, 2006), este modelo considera el consumo problemático como un proceso multidimensional en el que interjuegan la sustancia, los procesos individuales del sujeto y la organización social en la que se produce el vínculo de los dos elementos anteriores, incluyendo las dimensiones política y cultural. Se analizan los factores de riesgo y los factores protectores como condicionantes que pueden incidir en el consumo, pero enfatizando que se deben tomar como probabilidades y no como determinaciones. Por lo tanto, el modelo preventivo apunta a la interrelación dinámica entre las características individuales, las del entorno cercano (familia, grupo de pares, etc.) y las del entorno macrosocial.

Es decir que coexisten implicaciones múltiples: psicológicas, médicas, bioquímicas, sociológicas, etnológicas, jurídicas, económicas, políticas, educativas históricas y éticas. Esto nos permite comprender que cuando hablamos de multicausalidad del consumo problemático, estamos diciendo que la problemática del uso, abuso, dependencia y demás patrones de consumo y de trastornos producidos por el consumo repetido, no responden a una causa única, sino que, por el contrario, se sostiene que esta es multicausal, dependiendo de una gran cantidad de factores que intervienen. El consumo problemático, entonces, nos pone frente a un cúmulo de factores en permanente interrelación dinámica, entre los que podemos destacar: factores psicológicos, familiares, sociales, culturales y económico-políticos (PPA, 2016).

- **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 los sujetos a establecer relaciones de dependencia con diferentes objetos de la realidad para la satisfacción de sus propias necesidades. En momentos de mayor vulnerabilidad, transformación y desajuste en la forma acostumbrada de funcionar, cuando los recursos habituales con que cuenta el individuo le resultan insuficientes o poco adecuados, aumenta la angustia incrementándose las conductas de búsqueda de objetos que la calmen. Entre estos factores psicológicos que intervienen en la multicausalidad de la problemática del consumo, también se pueden encontrar otros factores como: la baja tolerancia a la frustración; la dificultad para comunicar sentimientos y pensamientos con palabras; y la imposibilidad de sostener proyectos, expectativas y metas propias.
- **Factores Familiares:** Si bien las configuraciones familiares que predisponen a los sujetos al consumo problemático pueden ser muchas, la ausencia de límites claros puede considerarse como el elemento nodal en la mayoría de los casos. Esto se origina por la falla en las funciones que debe cumplir cada miembro y que permite regular los intercambios; situación que puede manifestarse tanto por conductas sobreprotectoras como de abandono o indiferencia. Las situaciones conflictivas en las familias pueden manifestarse tanto por conductas protectoras como de abandono o indiferencia. Los modelos de adultos propuestos en lugar de previsible, firmes, coherentes aparecen inconsistentes, confundidos o ausentes. Los factores contemplados dentro de este ámbito son: la estructura de comunicación inexistente o deficitaria, el maltrato físico y/o psíquico, modelos paternos consumidores de drogas.
- **Factores Sociales:** Los factores sociales son aquellos que se relacionan con una perspectiva más global y contemplan el análisis de las sociedades actuales, sometidas a cambios vertiginosos. Tienden a desvincular los vínculos de pertenencia, lo que lleva a los individuos a realizar permanentes esfuerzos de reacomodación para sentir que pertenecen a las diferentes instituciones o grupos y no quedar excluidos de sus ámbitos habituales. La fuerza que tienen los grupos puede arrastrar a sus miembros, sobre todo a los más débiles al consumo problemático. Ante situaciones socioeconómicas particulares, los adultos se sumergen en la desesperanza y falta de proyectos lo que lleva a que busquen posibles salidas en la problemática del consumo.
- **Factores Culturales:** La cultura valoriza y significa de modo especial determinadas interacciones entre los hombres y entre estos 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 y con mínimos esfuerzos, en detrimento de aquellos valores que propone una cultura del esfuerzo a través del tiempo.

- **Factores Económicos y Políticos:** Los factores económicos y políticos deben ser contemplados en este análisis ya que permiten dar cuenta de la multicausalidad de la problemática desde una perspectiva macro, donde incorporamos la burocratización que conduce al aislamiento progresivo, al desarraigo afectivo e ideológico, entre otras formas de exclusión. Esto trae como correlato que los tiempos para la acción política se retarde en favor de la velocidad propia de los grupos de poder económico que operan en el mercado de sustancias lícitas e ilícitas.
- **Factores de Riesgo y de Protección:** (PPA, 2016) A su vez, en la multicausalidad del consumo problemático podemos, también, hacer análisis de los factores de riesgo y factores protectores considerados condicionantes en la dinámica del desarrollo de la problemática. La evaluación verdadera de ambos permite conocer la situación real en donde habrá que desarrollar el trabajo preventivo, ya que los factores de riesgos muestran el camino conveniente a seguir en la intervención y los factores de protección dan la pauta acerca del cómo y con qué lo haremos.

Los factores de riesgo, son aquellas condiciones sociales, económicas o biológicas, conductas o ambientes que están asociados o causan un incremento de la susceptibilidad para una enfermedad específica, una salud deficiente o lesiones. Son elementos que presentan una alta probabilidad de desencadenar un suceso indeseable. Mientras que los factores protectores, definen el terreno de los recursos con que se contará a la hora de llevar a cabo las acciones de prevención.

En el siguiente cuadro se pueden observar los factores de riesgo y de protección que intervienen en el consumo problemático, tanto a nivel individual como familiar y social.

<b>FACTORES PROTECTORES</b>	<b>FACTORES DE RIESGOS</b>
Factores Individuales	Factores Individuales
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tener sensación de logro y valoración frente a lo que uno hace (autoestima y autoeficacia)</li> <li>- Tener una buena capacidad para comunicarse.</li> <li>- Tener proyectos personales y sociales.</li> <li>- Poseer una escala de valores (religiosos, políticos, etc.) que canalice las inquietudes y otorgue un sentido a la propia vida.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Baja autoestima.</li> <li>- Escasa tolerancia a la frustración y poca capacidad de espera.</li> <li>- Dificultades de comunicación.</li> <li>- Falta de proyectos de vida.</li> <li>- Sensación de vacío e intrascendencia.</li> <li>- Bajo rendimiento escolar.</li> <li>- Uso precoz de sustancias adictivas.</li> <li>- Personalidad dependiente.</li> </ul>

- Sentido de pertenencia y compromiso con diferentes grupos o instituciones. - Dar un lugar al placer en la vida cotidiana.	- Rebeldía. Dificultad para aceptar la autoridad. - Actitud permisiva hacia el consumo.
--	--

FACTORES PROTECTORES	FACTORES DE RIESGOS
Factores Familiares y Sociales	Factores Familiares y Sociales
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Grupo familiar estable, contenedor, que tiene capacidad para resolver los conflictos que se presentan.</li> <li>- Buen nivel de comunicación entre los miembros de la familia.</li> <li>- La disciplina familiar es consistente, flexible y con permanencia en el tiempo.</li> <li>- Constituye un núcleo donde se expresan los afectos y permite el intercambio afectivo.               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Protagonismo y compromiso social.</li> </ul> </li> <li>- Existencia de una red social de apoyo.               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Buena utilización del tiempo libre (deportes, actividades artísticas, culturales, etc.)</li> </ul> </li> <li>- Grupo de pares que favorezca actitudes de solidaridad y ayuda mutua.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Inestabilidad. Desintegración familiar.</li> <li>- Maltrato físico, psicológico y/o sexual.</li> <li>- Violencia en el grupo familiar.</li> <li>- Dificultad en la integración, contacto y expresión de afectos.</li> <li>- Disciplina laxa o muy autoritaria, inconsistente.</li> <li>- Actitud de sobreprotección o de abandono.</li> <li>- Presencia de conductas de abuso o adicción a sustancias en algún integrante de la familia.</li> <li>- Falta de normas y límites.</li> <li>- Dificultades de integración al grupo de pares.</li> <li>- Grupo de amigos consumidores.</li> <li>- Capacidad recreativa generada a partir del consumo.</li> </ul>

Actualmente el abordaje de problemáticas de consumo, está influido por dos grandes modelos que guían las intervenciones, el abstencionista y el de reducción de daños, los mismos no son excluyentes entre sí, sólo que tienen diferentes estrategias y objetivos. El modelo Abstencionista, tiene por objetivo primordial lograr la abstinencia del consumo de sustancias en los usuarios. La definición y el objetivo del modelo de reducción de daños lo podemos encontrar en el artículo 10 de la ley 26.934 que a su vez propone que la asistencia integral de los consumos problemáticos debe ser abordados desde dicho modelo:

*Artículo 10 inc 4: "Incorporar el modelo de reducción de daños. Se entiende por reducción de daños a aquellas acciones que promuevan la reducción de riesgos para la salud individual y colectiva y que tengan por objeto mejorar la calidad de vida de los sujetos que padecen consumos problemáticos, disminuir la incidencia de enfermedades transmisibles y prevenir todo otro daño asociado,*

*incluyendo muertes por sobredosis y accidentes.”*

Históricamente se ha abordado y estudiado las situaciones de consumo problemáticos desde el paradigma abstencionista, sin embargo, con la ley 26.934 se refuerza el modelo de reducción de daños en las intervenciones profesionales. Si bien los paradigmas no son excluyentes entre sí, cabe señalar que el pasaje del paradigma abstencionista al de reducción de daños implica:

- Pasar de un modelo centrado en la exclusión a otro basado en la integración;
- Del espacio institucional cerrado al espacio comunitario abierto;
- De la unicausalidad a la multicausalidad;
- Del enfoque basado en la enfermedad y la peligrosidad a otro basado en el concepto de sujeto de derecho en su proceso de integración social.

La Reducción de Riesgos y de Daños tiene un enfoque en el que se pondera principalmente los derechos de los sujetos, fundamentalmente el derecho a la salud como herramienta principal de trabajo. Las intervenciones están orientadas, no a la abstención en los consumos, ya que supone que los mismos podrían persistir. Apunta a la promoción de estilos de vida más saludables y la adopción de conductas profilácticas, supone lo preventivo, siempre considerando al sujeto como un sujeto con derechos, a la educación, la salud, el trabajo, etc.

En la actualidad se hace evidente la coexistencia de los dos paradigmas en salud mental: a) El asilar, centrado en la visión de las personas con padecimiento mental como objetos pasivos de tratamiento y del hospital psiquiátrico como su espacio de atención; b) El sustitutivo, centrado en el reconocimiento de las personas con padecimiento mental como sujetos de derecho y de la organización del proceso de atención a través de la Red de Servicios basado en la comunidad (Dirección de salud mental y adicciones, 2013, pág. 9)

## **2.2 INTERVENCIÓN DEL ESTADO: POLÍTICA PÚBLICA Y MARCO NORMATIVO**



Cada sociedad establece normas y leyes y experimenta violaciones a esas reglas por parte de algunos individuos, la violación de las normas sociales son entendidas como una desviación. En estos años tener un consumo problemático significaba tener una conducta desviada que a su criterio no les permitía a los sujetos ser funcionales al sistema, por ello desde el Estado se intervenía desde el paradigma Abstencionista antes mencionado en el que el foco de atención es el objeto como un problema.

Touze Graciela *“Tradicionalmente, las sustancias psicoactivas han desempeñado el doble papel de facilitadores del vínculo social (..) y de vehículo hacia lo sagrado (..)”*. (Touze, 2010, pág. 18) Se puede decir que la problemática de consumo es considerada como tal desde la modernidad cuando en el siglo XIX comienza el Estado a intervenir en consumos de drogas y alcohol, siendo consideradas como prácticas anormales.

Las políticas prohibicionistas estatales rápidamente tuvieron un intenso anclaje en la sociedad y no hubo ningún sector de la población que opusiera resistencia a este punto. Nadie cuestionó la primacía y la experticia del Estado para llevar a cabo las políticas de “lucha contra la droga”.

En el año 1983, se promulga la Ley 22.914, denominada Ley Salud Pública: “Personas con deficiencias mentales, toxicómanos y alcohólicos crónicos”. Las personas con padecimiento mental fueron históricamente estigmatizadas y discriminadas, al punto de ser recluidas en instituciones cerradas, negándoseles sus derechos como ciudadanos y excluyéndolos de la comunidad.

Stolkiner (Stolkiner, 2005) nos brinda un breve recorrido histórico con respecto a la intervención en el campo de la salud mental en el país, tenía antecedentes de acciones interprofesionales y marcos teóricos comunes desde la década del 60 (A., 2004). Esto se había plasmado incluso en instituciones, como el Movimiento de los Trabajadores de Salud Mental que incluía todas las profesiones del campo, en la primera mitad de los setenta, y los psicoanalistas habían ocupado un lugar en esa apertura. Posteriormente, buena parte de los actores de este proceso habían sido silenciados por la dictadura y los servicios de salud mental habían sobrevivido en particular aislamiento. Al retornar la democracia quedaba todavía por romper el efecto que el aislamiento y la invisibilidad habían tenido sobre los actores y las teorías.

En contraposición, durante el retorno a las formas democráticas de gobierno la entrada del discurso de la Atención Primaria de la Salud impulsaba a trabajar desde una lógica no medicalizante y a incorporar actores no convencionales en las prácticas. A su vez el campo de la salud mental fue caracterizado por el gobierno nacional como una política prioritaria en salud, ya que los efectos del proceso de reorganización nacional dejaban consecuencias directas del genocidio en las víctimas y en el tejido social, en las organizaciones e instituciones, con evidentes daños sobre la calidad de salud mental colectiva.

En relación a ello, se comienza a visualizar un incremento mundial y nacional de luchas por los derechos de las personas con problemáticas de sufrimiento mental, comienzan a ser visibilizadas como violación de derechos fundamentales. A modo de reivindicación se fueron produciendo marcos legales nacionales que garantizan los derechos de los sujetos.

Actualmente contamos con la Ley de salud mental N°26.934 desde el año 2014 enmarcada en el paradigma de Derechos Humanos, propone un cambio importante en los criterios de las viejas prácticas socio-sanitarias propias del siglo XIX que se propagaron hasta nuestros días. Específicamente en lo que respecta a la internación y la modalidad de abordaje de las personas con padecimiento mental, ya que como sujetos de derecho deben ser reconocidos como miembros de la sociedad en su calidad de ciudadanos e incluidos plenamente en ella. La Ley de salud mental N°26.934 en su art 3 define a la salud mental de la siguiente manera:

*“En el marco de la presente ley se reconoce a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona. Se debe partir de la presunción de capacidad de todas las personas”.*

Además, dicha ley propone un aspecto novedoso, reflexionando en el abordaje de los consumos problemáticos, como un aspecto fundamental a abordar e integrar en la temática de salud mental y de salud concebida como una totalidad (PPA, 2016) quitando el consumo adictivo de sustancias psicoactivas del campo del delito para llevarlo al de la salud.

*Artículo 4to: En relación a la problemática de las adicciones, establece que “deben ser abordadas como parte integrante de las políticas de salud mental. Las personas con uso problemático de drogas, legales e ilegales, tienen todos los derechos y garantías que se establecen en la presente ley en su relación con los servicios de salud”.*

El 30 de abril de 2014, la Cámara de Senadores aprobó el proyecto de Ley IACOP: Ley “Plan Integral para el Abordaje de los Consumos Problemáticos; convirtiéndolo definitivamente en Ley N° 26.934. En el mismo año, en el marco de la creación de la Dirección de Abordaje Territorial de la Sedronar (Secretaría de Políticas integrales sobre drogas de la nación Argentina), se comenzaron a constituir equipos técnicos regionales con el objetivo de reconocer y construir alternativas de intervención comunitarias a la problemática de los consumos, en la provincia contamos con el abordaje de la Sedronar y de la red puentes que detallare a continuación.

El trabajo inició realizando talleres de sensibilización y debate recuperando las históricas y actuales visiones sobre la problemática en barrios y comunidades de todo el país. Esos encuentros, se llamaron “Sedronar Está”, devinieron en la necesidad de constituir grupos de trabajo locales que sostuvieron intervenciones y trascendieron las acciones aisladas. A esos grupos locales se los llamó equipos operativos y se conformaron, o consolidaron cuando ya existían, en articulación con la Dirección de Abordaje Territorial de la Sedronar.

Como consecuencia del armado de esos equipos articulados con la Sedronar surgió la propuesta de promover desde la Secretaría un nuevo dispositivo que enmarque el trabajo conjunto -Estado y Territorio-, al que se denominó Puntos de Encuentro Comunitario (PEC) de Sedronar. En la primera etapa estos dispositivos se conformaron a partir de la identificación y conformación de un equipo operativo (referentes locales), referenciado en un espacio físico de la comunidad, acompañado por un equipo de la Dirección de Abordaje Territorial, realizando una serie de talleres teórico-prácticos sobre la problemática.

En una segunda etapa, se sumó a esos pilares una serie de ejes estratégicos intentando unificar criterios y ordenando la discusión y práctica de los equipos en conformación. A comienzos del 2015 se realizaron una serie de jornadas de formación interna de la Dirección junto a un grupo de referentes territoriales, con quienes se debatieron los ejes y sus posibles líneas de acción. Para hacerlo, desde la Dirección se recuperaron algunas experiencias latinoamericanas sistematizadas (Brasil, Colombia,

Uruguay, Argentina) y lo trabajado junto a los equipos operativos hasta ese momento.

En el transcurso de la experiencia se fueron construyendo los ejes, líneas de acción y actividades que dan forma al Modelo de Abordaje Comunitario de la Sedronar con el que en la actualidad se orienta la tarea de estos dispositivos. En una tercera y última etapa, se complejizan esos ejes, líneas de acción y actividades con el objetivo de construir un “Modelo de abordaje comunitario” (MAC), que sirva de guía orientadora para el accionar de los equipos técnicos y operativos en los PEC. Además, se enriquecieron las fichas de trabajo “Sedronar Está” y se construyó una propuesta de formación para jóvenes vinculados a los PEC que se llamó “Promotores Juveniles para el Abordaje Territorial de los Consumos Problemáticos de Sustancias Psicoactivas”, con la intención de sumar nuevas herramientas de intervención a la Dirección y fortalecer los equipos operativos.

La Red Puentes integra el Consejo para el abordaje integral de políticas públicas de adicciones en contextos de alta vulnerabilidad de la Sedronar y el programa Casas de Atención y Acompañamiento Comunitario (CAAC) de la Dirección General de Políticas Sociales en Adicciones dependiente del Ministerio de Hábitat y Desarrollo Humano de la Ciudad de Buenos Aires, se encuentran ubicados principalmente en Buenos Aires pero también existen otras siete sedes de la Red que se encuentran en distintos procesos de construcción, en las provincias de Córdoba, Santa Fe, Jujuy, Chaco, Rio Negro y en Mendoza contamos con una Red Puentes coordinada por el movimiento Nuestra América y CAAC, por la CCC.

Desde el CAAC se desarrollan diversos talleres que apuntan a potenciar la creatividad, la capacidad de simbolizar, la producción y la imaginación, entre los cuales actualmente funcionan talleres de arte, rap, deporte, yoga, serigrafía, entre otros, comprendiendo que los talleres también son fundamentales en el proceso de recuperación de la salud. La prevención y el tratamiento de consumos problemáticos requieren un abordaje que contenga múltiples aristas. Por ello, los equipos de trabajo de la Red Puentes son interdisciplinarios. Cada equipo está formado por psicólogos/as, psicólogos/as sociales, trabajadoras sociales, operadores/as convivenciales y talleristas.

A nivel provincial contamos con El Plan Provincial de Adicciones que favorece la promoción de hábitos de vida saludables, la prevención de conductas y factores de riesgo, la posibilidad de acceder a un abordaje interdisciplinario e intersectorial, el desarrollo integral humano, familiar, social y la consolidación de la comunidad organizada; estableciendo la igualdad de oportunidades y una mejor calidad de vida en

el marco de la participación y diversidad para todos los que habiten o transiten en el suelo mendocino. Los objetivos generales del Plan Provincial de Adicciones son:

- Tratar la problemática de las adicciones de manera global, en forma intersectorial e interdisciplinaria construyendo efectivos canales de comunicación para el abordaje específico en materia de prevención, asistencia y capacitación.
- Capacitar y actualizar el recurso humano para lograr una intervención técnico – estratégico de la problemática en el marco deontológico y responsabilidad profesional.

### **2.3 CENTROS COMUNITARIOS DE PREVENCIÓN**

Se crean los Centros Comunitarios de Prevención de Consumos Problemáticos para prevenir consumos problemáticos. Están distribuidos en todo el país y deben funcionar en un horario amplio, también de noche.

Sus funciones son:

- Recibir a toda persona que se acerque y darle información acerca de las herramientas de asistencia sanitaria, los centros de salud disponibles, los planes de inclusión laboral y educativa que forman parte del Plan IACOP.
- Recorrer el territorio a fin de acercar a la comunidad la información sobre la asistencia que dan.
- Promover la integración de personas vulnerables a los consumos problemáticos en eventos sociales, culturales o deportivos con el fin de prevenir consumos problemáticos, como también organizar esos eventos.
- Actuar con las escuelas y clubes de la zona para llevar charlas informativas sobre las herramientas preventivas y de inclusión del Plan IACOP;
- Vincularse y armar estrategias con instituciones públicas y ONG's de las comunidades para fomentar actividades e instancias de participación y desarrollo.

- Cualquier otra actividad que tenga como objetivo la prevención de los consumos problemáticos en los territorios.
- El SEDRONAR es el organismo responsable de todas las políticas nacionales de lucha contra las adicciones. <sup>1</sup>

## 2.4 TRATAMIENTO

Los establecimientos de salud pública, las obras sociales y las prepagas deben cubrir el tratamiento de las personas que padecen algún consumo problemático.

Todas las prestaciones que necesita una persona con un consumo problemático están incorporadas al Programa Médico Obligatorio PMO.

La asistencia de los consumos problemáticos deberá darse según las siguientes pautas:

- Respetar la autonomía individual y la singularidad de la persona respetando los derechos humanos fundamentales evitando que la persona que tiene un consumo problemático se sienta marcada por eso.
- Dar prioridad a los tratamientos ambulatorios. Considerar la internación como último recurso, cuando falle todo lo demás.
- Trabajar junto a la familia y el ambiente de vida de la persona.
- Promover la atención en hospitales generales polivalentes.
- Aplicar el modelo de reducción de daños. Significa realizar todo lo necesario para mejorar la calidad de vida de la persona y prevenir cualquier daño asociado a la conducta problemática, como por ejemplo muerte por sobredosis o accidentes.
- Dar una mirada transdisciplinaria e interjurisdiccional, vinculándose los efectores sanitarios con las instancias de prevención, desarrollo e integración educativa y laboral.<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> (<https://www.argentina.gob.ar/justicia/derechofacil/leysimple/adicciones-y-consumos-problematicos#titulo-1>)

<sup>2</sup> (<https://www.argentina.gob.ar/justicia/derechofacil/leysimple/adicciones-y-consumos-problematicos#titulo-1>)

### 3. REPRESENTACIONES SOCIALES

Teniendo en cuenta que nuestro interés se centra no solo en consumo problemático sino también en las Representaciones sociales que se tienen acerca de los mismos es que tomaré el aporte que brinda Moscovici *“La representación social es una modalidad particular del conocimiento, cuya función es la elaboración de los comportamientos y la comunicación entre los individuos. La representación es un corpus organizado de conocimientos y una de las actividades psíquicas gracias a las cuales los hombres hacen inteligible la realidad física y social, se integran en un grupo o en una relación cotidiana de intercambios, liberan los poderes de su imaginación”*. (Moscovici, 1979, págs. 17-18) Es decir que son definidas como maneras específicas de entender y comunicar la realidad e influyen a la vez que son determinadas por las personas a través de sus interacciones.

Es así que las representaciones y creencias que una sociedad tiene de un fenómeno, están fuertemente condicionadas por el tipo de respuestas que dan las diversas instituciones que forman parte de una sociedad. Por lo tanto, los mecanismos sociales que se ponen en juego para intentar controlar el “fenómeno” son coherentes con la percepción social dominante. Dicha percepción no está aislada de la situación histórica social que vive el mundo y particularmente una sociedad determinada.

Fernández-Montesinos afirma que *“Las representaciones sociales son, por lo tanto, construcciones colectivas que funcionan de manera cotidiana”* (Montesinos, 2015, pág. 55). Desde este punto, podemos visualizar que mientras se estigmatiza cotidianamente a los consumidores de sustancias psicoactivas, socialmente no se problematizan los consumos problemáticos de alcoholismo ya que se presentan delante de la sociedad como “normales” y que no causan efectos adversos si se comienza a consumir alcohol de manera progresiva, de este modo la problemática resulta invisibilizada y juntamente con ella los sujetos.

Se encuentra establecida socialmente la percepción de los sujetos con consumo problemático; sin embargo, estos supuestos son peligrosos en el sentido que generalizan y llevan consigo arraigado la figura estereotipada del sujeto peligroso, violento que irresponsablemente consume algún tipo de sustancia psicoactiva sin control. *“Los estereotipos forman parte de las representaciones sociales y se presentan como una afirmación universal y verdadera”*. (Montesinos, 2015, pág. 55)

Es aquí donde cobran importancia las representaciones sociales ya que, frente a la falta de problematización de las situaciones de consumo problemático de alcoholismo, no se

produce la demanda de intervención profesional para el acompañamiento de los sujetos, entendiendo a la demanda como:

La demanda en el contexto de la intervención en trabajo social, “es la solicitud que un individuo, grupo o comunidad plantea al profesional con la intención de obtener una respuesta”. (Trigueros, 1999). Es a partir de la demanda que comienza la acción profesional.

Para el objeto de esta investigación, tomaremos como Representaciones Sociales, aquellas que se construyen de las informaciones y conocimiento que recibimos y transmitimos, a través de la comunicación. Por esto, son un conocimiento socialmente elaborado y compartido que nos permite comprender e interpretar, actuar con sentido práctico, situarnos respecto a otros, asumir posiciones. Son sociales en la medida en que posibilitan la producción de ciertos procesos sociales, crean una visión compartida de la realidad, un marco de referencia común, un medio que posibilita las conversaciones cotidianas.

### 3.1 IMAGINARIO SOCIAL Y ESTEREOTIPOS

(Randazzo, 2012) plantea que el imaginario social en el campo de las ciencias sociales, es difícil de explicar, pero si se puede intuir, tiene que ver con designar las representaciones sociales encarnadas en las instituciones, y es usado habitualmente como sinónimo de mentalidad, cosmovisión, conciencia colectiva o ideología:

*“Tiene que ver con las “visiones del mundo”, con los metarrelatos, con las mitologías y las cosmologías, pero no se configura como arquetipo fundante sino como forma transitoria de expresión, como mecanismo indirecto de reproducción social, como sustancia cultural histórica. Tiene que ver también con los “estereotipos” (en cuanto que generan efectos de identificación colectiva), pero va más allá de las simples tipologías descriptivas de roles porque precisamente rompe la linealidad articulando un sentido”.* (Randazzo, 2012, pág. 78)

Es decir que un imaginario social no solo se construye, sino que también se reproduce socialmente en un espacio y tiempo determinado, son dinámicos es decir que varían según el espacio y el tiempo. Permiten percibir, explicar e intervenir en lo que se considera como realidad, serían la estructura de base de todo el edificio social (Pintos, 2005, citado en Randazzo, 2012).



Al interactuar adquirimos información, parte de la cual se introduce en la memoria para combinarse con otra información previamente almacenada y que permite establecer juicios, predecir acciones y perfilar inferencias, permitiendo así “dar sentido” al mundo social (Baron y Byrn, 1998 citado en Randazzo 2012).

A pesar de que se señala tradicionalmente que los grupos desfavorecidos están sometidos a las definiciones de realidad de los que detentan el poder, en el orden social existente la dotación de significado social depende de configuraciones mucho más complejas. Las personas disponemos de una capacidad de cuestionar permanentemente las instituciones establecidas, de debatir la legitimidad de cualquier significación impuesta, posteriormente la autora plantea que cualquier acto de análisis es político (Randazzo, 2012).

Los imaginarios sociales estructuran el edificio social en base a esquemas mentales socialmente construidos, que funcionan como sistema de interpretación, donde las significaciones imaginarias institucionalizadas cristalizan una percepción natural del mundo. Configuradores y estructuradores de lo real, determinan y crean una percepción de lo que es aceptado como tal, asegurando la repetición de las mismas formas que regulan la vida en sociedad (Randazzo, 2012).

### **3.2 REPRESENTACIONES SOCIALES Y LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN**

Los medios de comunicación son actores fundamentales en la vida de las sociedades contemporáneas. A través de los asuntos que tratan, el lenguaje y los formatos que utilizan, transmiten a la vez que recrean representaciones, valores, intereses y saberes compartidos por la comunidad en la que se desempeñan. Es por ello que reflexionar acerca de las representaciones mediáticas supone necesariamente ponerlas en relación con las representaciones sociales que organizan y dan sentido a la vida cotidiana de los sujetos.

Los medios funcionan como escenarios en los que se libran las batallas por las representaciones sociales, entendidas como “mecanismos articuladores altamente significativos que van constituyendo los imaginarios de una sociedad y una cultura determinadas” (Cebrelli y Arancibia, 2010 citado en Koziner, 2013). Sin embargo, ello no implica que deban ser comprendidos como espacios neutrales que proveen un foro para el encuentro y debate entre otros actores. Por el contrario, se trata de “actores políticos” (Borrat, 1989; Eilders, 2000, citado en Koziner, 2013) con intereses –políticos y



económicos y objetivos genuinos que se plasman en las representaciones que producen y ponen a circular. La generación de debates públicos acerca del funcionamiento de los medios de comunicación se diferencia de cualquier otro debate porque involucra, de modo directo, su rol social y político como constructores y difusores de pensamiento.

Tal como afirma Rossana Reguillo (2007), el poder de la representación ha sido, históricamente, un bien en disputa. A partir de la crisis de la escuela como única fuente legítima del saber formal, las industrias culturales, en general, y los medios de comunicación en particular, han adquirido un lugar privilegiado como escenario simbólico en el que se libran las batallas por la representación.

En este sentido, la importancia de los medios no radica únicamente en su carácter de correas de transmisión de las representaciones hegemónicas, sino en el poder de producción de dichas representaciones, en las que éstos “despliegan todo su poder clasificatorio y estigmatizador bajo la coartada de su exclusiva mediación tecnológica. La creciente capacidad de los medios de comunicación para intervenir en la construcción de las subjetividades individuales y sociales los vuelve entonces un objeto de investigación indispensable para el conocimiento y comprensión de las representaciones sociales, entendiendo también a estas últimas como un instrumento político de lucha que permita visibilizar los relatos de aquellos actores que ocupan un lugar subalterno de la sociedad (Koziner, 2013).

De este modo, las representaciones elaboradas por los medios de comunicación –o representaciones mediáticas- cumplen un rol relevante en la construcción de las representaciones sociales inter-subjetivas proveyendo discursos, textos, imágenes y narrativas.

(Rodríguez, 2011 citado en Koziner, 2013) toda representación implica un gesto de violencia simbólica que, en el caso de los sin voz, se convierte en doble violencia: debido a su imposibilidad de producir representaciones, puesto que les son negados los medios y herramientas para hacerlo, estos son “tomados” por la voz de los medios de comunicación. En los procesos de representación de aquello que se entiende por “realidad”, los medios de comunicación colaboran en la legitimación de “situaciones sociales disimétricas.

Los medios son los grandes formadores de representaciones. Cada persona individualmente tiene acceso a un proceso limitado de sucesos. El resto de los sucesos llega a través de los medios y de esta manera cada uno de nosotros lo significa. Esto



último es así porque en la irrupción de un nuevo conocimiento cada sujeto cognoscente recurre a métodos, formas, principios lógicos que le son particulares y que dependen de las relaciones o funciones sociales en donde se inserta, de su grupo de pertenencia. (Bonantini, 2007)

### 3.3 REPRESENTACIONES SOCIALES Y CONSUMO PROBLEMÁTICO

Se puede decir que el consumo problemático comenzó a ser considerado como un peligro para el orden social, en el establecimiento social estas conductas en la época eran consideradas como desviadas. A través de la socialización, los sujetos desde niños internalizan las normas sociales, proceso que constituye una presión para que las personas hagan lo que se supone que deben hacer, ya sea a través de sanciones morales o legales.

Otra modalidad importante de control social es la que se ejerce a través de lo que Howard Becker (1971) citado en (Hikal, 2017) es un sociólogo estadounidense, llamó etiquetamiento, por el cual una persona es clasificada como “desviado”, a partir de qué ha infringido una norma. Estamos acostumbrados a pensar que la desviación crea la necesidad de que existan controles sociales, pero la teoría del etiquetamiento muestra cómo los controles sociales pueden crear ellos mismos la desviación. Ningún acto es desviado en sí mismo, sino que la desviación es un proceso por el que los que sustentan el poder definen cierto comportamiento como desviado, clasifican a las personas que lo cometen como desviadas y las sancionan a raíz de caracterizarlas de esa manera.

De este modo se produce socialmente una vulneración en los derechos de las personas con consumos problemáticos ya que se llegó en muchas ocasiones no solo a la estigmatización sino también a la discriminación. Las personas estigmatizadas representan, para el conjunto de las normas y valores de una sociedad, aquello indeseable que merece ser rechazado, limitando de esta manera sus oportunidades y derechos. (Fernández, Montesinos. 2015). Los procesos de estigmatización condicionan fuertemente el ejercicio de ciudadanía.

La palabra estigma es de origen griego y se refiere a la marca física que se dejaba con fuego o con navaja en los individuos considerados extraños o inferiores. En la actualidad las marcas físicas han desaparecido, pero el estigma permanece, basado en uno o más factores, como edad, clase, color, grupo étnico, creencias religiosas, sexo y sexualidad. Con frecuencia algunas de estas características inducen para que parte de



una sociedad no acepte a dichas personas entre sus miembros.

Si bien mucho tiempo se ha estigmatizado y discriminado a los sujetos con consumo problemáticos es pertinente no olvidar que el imaginario social así como las representaciones sociales y los estereotipos son una construcción social, no son algo acabado, por lo contrario hay que tener presente que no solo los medios de comunicación cuentan con poder para producir y reproducir las representaciones sociales y los estereotipos, el conjunto social cuenta con su cuota de poder y con fuerza instituyente.

Al respecto, Bonantini, Simonetti, Turco, Lerma, Cattaneo y Quiroga, (2007), señala lo siguiente:

*“Trabajar con la idea de imaginación radical como potencia creadora supone la necesidad de diferenciar sociedades heterónomas de las autónomas siendo las primeras en las que el sujeto se somete a normas producidas de manera externa a él y la sociedad y la segunda en las que las normas son el producto de la actividad colectiva de los actores sociales. En este segundo sentido hablamos de la capacidad instituyente que tiene la sociedad, de crearse a sí misma a través de los imaginarios sociales instituyentes y de crear y recrear los sujetos a la vez que estos crean y recrean la sociedad”* (Bonantini, 2007, págs. 44-45)

Con respecto a la temática de la investigación en cuestión y a modo de ejemplificación, se puede decir a partir de lo estudiado, que hay un imaginario social con respecto a los consumos problemáticos de tecnologías que incluyen sus representaciones sociales y sus estereotipos.



## CAPITULO III

### “LA SALUD”

## 1. CONCEPTO DE SALUD

Para continuar con la investigación hablaremos del concepto general de salud.

El Trabajo Social, como hemos venido desarrollando, ha tenido desde su origen una participación bien definida en el campo de la salud, “cuyo primer antecedente de servicio médico social, fue en 1905 cuando el doctor Richard Clarke Cabot, realizó la primera presentación social en el Hospital general de Massachusetts, Boston, donde solicitó la cooperación de una trabajadora social para establecer el departamento de servicio social en dicha institución” (Trabajo, 2007)

Sin embargo, en nuestro país, la intervención en la salud sigue siendo en algunos casos una intervención en el plano de la atención individual a las personas que demandan sus servicios, y se pierde la posibilidad de una perspectiva integral, que ofrezca nuevas posibilidades para una intervención de mayor impacto.

A continuación, intentaremos acercarnos al concepto de salud desde una perspectiva social.

Antes de que promediara el siglo, y coincidiendo con el final de la Segunda Guerra Mundial, surgió una comprensión moderna de la salud, tal como se consagra en la carta de Constitución de la Organización Mundial de la Salud (1948): *“La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”*. Pero esta definición también fue rechazada por diversos autores por considerarla utópica, estática y subjetiva (Salleras, 1985). Utópica porque no existe un estado completo de salud, estática porque no considera que la salud es algo dinámico y cambiante y subjetiva porque la idea de bien o malestar depende del propio individuo, es decir: los conceptos de salud son complejos porque pueden diferir social, cultural, económico y políticamente y la razón de estas diferencias está en las percepciones de las personas, de su tiempo y de su lugar.

Todas estas etapas dejan en claro de cómo se muestra la historicidad del proceso salud – enfermedad que se revela en los cambios que se dan a través del tiempo en el perfil epidemiológico y que no se explican por los cambios biológicos ocurridos en la población ni por la evolución de la práctica médica.

Sin embargo, el concepto de salud puede ser tan completo y tan variable como lo es el ser humano.



El ser humano no solo es social, sino también creador de una construcción social del cual sufre y goza de sus consecuencias, y a la vez es parte de la naturaleza.

### **En Síntesis:**

El concepto de salud puede vislumbrarse desde dos ámbitos distintos, aunque complementarios: el primero en sentido individual y el segundo social, la primera concibe a la salud como el buen funcionamiento biológico del organismo y la ausencia de enfermedades. La segunda, como explica la OSM, trasciende el aspecto individual para abarcar un estado de completo bienestar físico, mental y social.

Ambos conceptos son complementarios en el sentido que la salud no se limita a la ausencia de afecciones o enfermedades, sino que preavisa de condiciones sociales adecuadas para el desarrollo del ser humano.

En los países en vía de desarrollo, la salud empezaría a conseguirse cuando se satisfagan sus necesidades de alimentación, infecciones, vivienda, trabajo y en definitiva sus problemas económicos, dentro del contexto de la promoción de la salud, ésta ha sido considerada, no, como un estado abstracto sino como un medio para llegar a un fin, como un recurso que permite a las personas llevar una vida individual, social y económicamente productiva.

La salud es un recurso para la vida diaria, no el objetivo de la vida. Se trata de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales, así como las aptitudes físicas.

A finales de los sesenta surge como resultado de la crisis social, política y económica, así como de la misma medicina, una corriente de pensamiento médico crítico que cuestiona el carácter puramente biológico de la enfermedad y de la práctica médica dominante y propone que el proceso salud – enfermedad puede ser analizado como un hecho social.

Citando a Asa Cristina Laurell (Laurell, 1978, págs. 69-71) el proceso salud – enfermedad del grupo adquiere historicidad porque está socialmente determinado. Esto es, para explicarlo no bastan los hechos biológicos sino es necesario aclarar cómo está articulado en el proceso social.

Pero el carácter social del proceso salud – enfermedad no se agota en su determinación social, ya que el proceso biológico humano mismo es social, es social en la medida que



no es posible fijar la normalidad biológica del hombre al margen del momento histórico esto se expresa, por ejemplo, en el hecho de que no es posible determinar cuál es la duración normal del ciclo vital pues es distinto en diferentes épocas.

Los determinantes sociales nos han enseñado que la salud no solo depende de la medicina, hay muchos factores que pertenecen a otros sistemas que influyen en los resultados de la salud, muchos factores sociales, culturales, económicos, políticos, antes ajenos, ahora parecen y son determinantes para predecir el riesgo o no de alterar la salud de las personas.

Por lo tanto, podemos afirmar que la salud es una forma de vida, elegible, posible y de búsqueda constante, por el rol activo que puede tener la persona de decidir cómo vivir, incluyendo la voluntad de cuidado en este caso frente a la enfermedad que padece.

Ambos conceptos salud – enfermedad, son, por lo tanto, procesos sociales y personales en lo psicológico y lo social, ello tiene consecuencias tanto en la salud pública, como en la atención individual, ya que son parte integral de la vida, del proceso biológico y de las interacciones medioambientales y sociales.

El objetivo de alcanzar la salud, no solamente corresponde a la medicina, sino también a los políticos, a la sociedad y al individuo, las cuales pueden verse reflejadas en las políticas públicas de cada país, y en la voluntad de los individuos para la superación de su enfermedad.

## 1.1 DIFERENTES TIPOS DE ENFERMEDADES: AGUDAS, CRONICAS Y SALUD MENTAL

**AGUDAS:** La enfermedad aguda se desarrolla rápidamente, además suele ser fácilmente diagnosticable o al menos no puede pasar desapercibida. Además de forma frecuente se limita a un órgano o área específica del cuerpo. Una vez ocurre el diagnóstico y se instaura un tratamiento, la enfermedad remite si todo sale adecuadamente. En casos graves, la enfermedad grave puede llevar a la muerte.

Es un punto importante a tener en cuenta que la diferencia entre enfermedad aguda o crónica no está marcada por la gravedad de la enfermedad en sí, sino por el tiempo de duración. Una enfermedad aguda puede llevar al fallecimiento en pocos minutos, por ejemplo, por un infarto agudo del miocardio, mientras que un individuo con una enfermedad crónica puede tener una esperanza de vida semejante a la de sus

coetáneos sanos. Un ejemplo de esto último es la enfermedad de Parkinson, que aun siendo crónica y muy invalidante en un alto porcentaje de los casos, no limita significativamente la esperanza de vida de quienes la padecen.

**CRÓNICAS:** La enfermedad crónica se desarrolla durante muchos años y su comienzo suele ser insidioso, de manera que puede pasar desapercibida hasta que los síntomas son evidentes. Por ejemplo, las personas afectadas por enfermedad de Parkinson padecen de depresión, estreñimiento y alteraciones del sueño muchos años antes de que los síntomas motores, los más conocidos de la enfermedad, sean fácilmente detectables. Algo semejante sucede con el alzhéimer, que tiene décadas de evolución antes de llegar al punto de provocar demencia, que es su consecuencia más temida. Antes, el alzhéimer causó manifestaciones más puntuales, como olvido de hechos frecuentes o dificultades para encontrar la palabra adecuada. Las enfermedades crónicas, además, afectan comúnmente a varios sistemas del organismo y el tratamiento es sintomático, no curativo.<sup>3</sup>

**SALUD MENTAL:** A nivel nacional contamos con la Ley de Salud Mental N° 26.657, fue sancionada en el mes de noviembre de 2010. Es la primera legislación y regulación normativa acerca de las temáticas de salud mental en todo el territorio argentino. Está enmarcada en el paradigma de Derechos Humanos, propone un cambio importante en los criterios de las viejas prácticas socio-sanitarias propias del siglo XIX que se propagaron hasta nuestros días.

La ley 26.657 entiende a la salud mental como:

*“Un proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales y psicológicos cuya preservación social está vinculada a la concreción social de los derechos humanos y sociales de toda persona” (Art.3).*

Esta ley tiene por objeto asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas, y el pleno goce de los derechos humanos de aquellos con padecimiento mental. Asegura, para todas las personas, el derecho a la protección de la salud mental, el que deberá ser respetado en todos los servicios y efectores de salud del país, tanto del sector público como del privado.

---

<sup>3</sup> (<https://www.universidadviu.com/es/actualidad/nuestros-expertos/enfermedad-aguda-o-cronica-diferencias-y-ejemplos>)



Los consumos problemáticos están previstos en la ley en su artículo 4 que los incluye en la salud mental.

*“Las adicciones deben ser abordadas como parte integrante de las políticas de salud mental. Las personas con uso problemático de drogas, legales e ilegales, tienen todos los derechos y garantías que se establecen en la presente ley en su relación con los servicios de salud”. Art4*

Por su parte en lo que concierne específicamente a consumos problemáticos, contamos con la ley nacional N° 26.934 “Plan integral para el abordaje de los consumos problemáticos” en el artículo 9 detalla:

*“Los consumos problemáticos deben ser abordados como parte integrante de las políticas de salud mental, por lo que los sujetos que los padecen tienen, en relación con los servicios de salud, todos los derechos y garantías establecidos en la ley 26.657 de salud mental”.*

Es a través de las organizaciones estatales que se materializa el ejercicio de los derechos y de las leyes que están destinadas a los sujetos, en este caso es por medio de los CPAA (Centro Preventivo Asistencialista en Adicciones) que están regulados por el Ministerio de Salud a través de la Dirección de Salud Mental de la Provincia de Mendoza, esta es quien organiza a la institución en función de las políticas públicas y los sistemas legales vigentes: Constitución Nacional, tratados nacionales e internacionales, y en el marco de los derechos humanos y civiles de los ciudadanos.

El abordaje profesional y el análisis de las situaciones de consumo se llevan a cabo desde el enfoque de derechos. Los Derechos Humanos son fundamentalmente un límite al poder del Estado, es en parte el reconocimiento de que el hombre tiene derechos por el solo hecho de ser hombre, más allá de su condición de ciudadano.

Según la ONU (1.948) Los Derechos Humanos se define como:

*“Aquellas libertades, facultades, instituciones o reivindicaciones relativas a bienes primarios o básicos inherentes a cada persona por el simple hecho de su condición humana, para la garantía de una vida digna. Esto quiere decir que se trata de derechos inalienables (nadie, bajo ningún concepto, puede privar de estos derechos a otro sujeto más allá del orden jurídico existente) e independientes de factores particulares como el estatus, sexo, etnia o nacionalidad”.*

Si una persona con padecimiento mental necesita atención en salud mental, la misma tiene derecho:

- A ser atendido en el hospital general. Si el hospital rechaza la atención por el solo hecho de tratarse de un problema de salud mental, comete un acto de discriminación.
- A recibir la alternativa terapéutica más conveniente, que limite menos sus derechos y libertades y que colabore para la integración familiar, laboral y comunitaria.
- A ser acompañado antes, durante y luego del tratamiento por sus familiares.
- A tomar decisiones relacionadas con su atención y su tratamiento dentro de sus posibilidades.
- A no ser objeto de investigaciones clínicas ni tratamientos experimentales sin su consentimiento.
- A que nunca consideren su padecimiento mental como un estado que no se puede modificar.

## 1.2 DESIGUALDADES EN SALUD

El concepto “desigualdad” designa las diferencias existentes que se dan en una situación determinada, pero bajo la perspectiva de la justicia/injusticia. (Vargas Glávez, pág. 1094)

En cambio, cuando nos referimos a las *“desigualdades en salud estamos señalando las distintas oportunidades y recursos relacionados con la salud que tienen las personas, debido a su clase social, género, territorio o etnia, originando una peor salud de los colectivos menos favorecidos de la población”*. (Borrell, 2004, pág. 2)

La OMS definió el término “desigualdad” como *“las diferencias en materia de salud que son innecesarias, evitables e injustas”* (Vargas Glávez, pág. 1094), incluyendo, por tanto, una dimensión moral o ética a este concepto.

Las desigualdades en salud han sido y siguen siendo un tema importante sobre el que se está investigando ampliamente, como reflejan las numerosas publicaciones científicas europeas sobre epidemiología y salud pública que se han realizado. Las conclusiones de dichos estudios muestran la marcada relación de la salud con el nivel socioeconómico de los individuos y con el género, determinándose que cuanto más baja es la clase social peor estado de salud presentan esas personas. Pero este hecho no

solo se constata en países subdesarrollados, sino que también se produce en las naciones o estados del primer mundo, cuyas sociedades se caracterizan por ser más ricas, avanzadas, desarrolladas y modernas, pero bajo la influencia de filosofías neoliberales, imponiéndose el valor de mercado en todos los aspectos de la vida. (Informe sobre desigualdades y salud en Andalucía. Rev Salud 2000, 2000, pág. 13)

Debido a ello, se deben valorar qué factores determinantes de la salud provocan las desigualdades sanitarias evitables e injustas.

Hay autores, como Stronk y Gunning Shepers, que establecen tres grupos o apartados de desigualdades en base a la libertad que la persona tiene para decidir o escoger las condiciones de vida que van a influir en salud.

Estos grupos son:

- *Desigualdades aceptables*: Cuando las diferencias son fruto de una elección personal.
- *Desigualdades inevitables*: Aquellas que no se pueden evitar y tampoco son consecuencia de una elección individual.
- *Inequidades*: Cuando los determinantes de las desigualdades en salud son evitables y no son frutos de una elección particular del individuo.

Por tanto, son unas diferencias innecesarias, evitables, injustas e intolerables. (Vargas Glávez)

Hemos de tener en cuenta que existe una interrelación entre los factores socioeconómicos y las desigualdades en salud que no siempre van vinculadas a una elección libre y personal. Hay variables que se presentan asociadas a los recursos económicos, al medio social donde las personas viven y trabajan, etc, que favorecen una situación de salud precaria.

### **1.3 PRINCIPALES INDICADORES SOCIALES DE LAS DESIGUALDADES EN SALUD**

Como acabamos de comentar, las desigualdades en salud entre hombres y mujeres están determinadas en su gran mayoría por factores sociales, como el nivel de ingreso, el nivel de vida, y a su vez estos determinantes van a estar influenciados por sistemas de género como se recoge más adelante.

Existen varios modelos conceptuales que intentan explicar los determinantes sociales que provocan las desigualdades en salud. Uno de ellos fue elaborado por la OSM a través de la Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud, en 2007. Siguiendo este modelo diferenciamos tres importantes factores del sistema social. Los dos primeros se fundamentan en la estructura social que favorece estas inequidades, y el último grupo denominado “determinantes intermedios” relaciona algunas variables socioeconómicas con factores psicológicos, físicos o conductuales que ocasionan las desigualdades sociales en salud.

### **Contexto socioeconómico y político**

Este factor modifica la estructura social de forma significativa porque incluye aspectos tan relevantes como:

- *El Gobierno*, es decir, la política, la transparencia, el poder, la corrupción, etc.
- *Las políticas macroeconómicas* de regulación fiscal y de mercado de trabajo.
- *Las políticas sociales* que afectan a la vivienda, al trabajo, al bienestar, a la distribución de recursos, etc.
- *Otras políticas públicas* que atienden a la educación, a la sanidad, protección social, etc.
- *Valores sociales y culturales* como el valor de la salud y los servicios sanitarios.

Aunque no podemos relacionar directamente este factor con la presencia de desigualdades en salud, si podemos afirmar que las sociedades que potencian un estado de bienestar mediante políticas públicas acortan la diferencia, presentándose mejores resultados y menores desigualdades de salud entre la población.

### **Posición socioeconómica**

En este apartado hacemos referencia a los siguientes ejes: la clase social, el género, la etnia, o raza. En función de estos tres parámetros podemos determinar las oportunidades que los individuos tienen para el acceso a los recursos, a la salud o al poder.

### **Los determinantes intermedios**

Estos factores los podemos clasificar en:

- *Circunstancias materiales*: la vivienda, nivel de ingresos, condiciones de trabajo, etc.

- *Circunstancias Psicosociales*: falta de apoyo social, situaciones de estrés, etc.
- *Factores conductuales y biológicos* como pueden ser hábitos de vida insalubres.
- *El sistema de salud* en cuanto a la accesibilidad o a la menor calidad en función de la clase social. (L, 2008, pág. 466)

Existen otras tesis que reflejan la existencia de unos factores predisponentes a las desigualdades sociales en salud, como son:

- **La estructura de la población** en cuanto a la distribución geográfica o por edades y los fenómenos migratorios.
- **El índice de pobreza**. Existe una relación directamente proporcional entre la pobreza y la morbilidad, especialmente en enfermedades transmisibles, trastornos mentales y violencia. Pero también existe un menor acceso a los servicios sanitarios, bien preventivos o asistenciales, unido a una escasa disponibilidad de recursos para afrontar los problemas de salud y bienestar.
- **El enfoque de género**. Este nos permite analizar las consecuencias de la discriminación de la mujer en salud, pero también nos permite relacionar los estereotipos y roles de género socialmente aceptados, y el impacto que tienen en la salud de las mujeres frente a los hombres, como es por ejemplo los problemas de salud asociados a la doble jornada de trabajo.
- **Proceso de trabajo**. Este factor estudia que factores son predominantes en mujeres, cuales son los riesgos laborales a los que están expuestas las trabajadoras, cual es el nivel de cualificación y cuáles son los méritos que se exigen en función del puesto y, además analiza la discriminación, marginación, inseguridad, etc, en ellas. (Vargas Glávez, pág. 1095)

El análisis conjunto de estos modelos permite resaltar que las desigualdades en salud no afectan a todos los individuos por igual. Las mujeres sufren una mayor diferenciación en el nivel de bienestar ocasionado por los sistemas de género basado en la idiosincrasia de los comportamientos sociales o estereotipos de género que afectan a los roles reproductivos y productivos, a la división sexual del trabajo doméstico, al cuidado de familiares, al empoderamiento y los sistemas de poder, circunstancias y condicionantes que es necesario observar y evaluar en su contexto.

Todos estos puntos que reflejan la desigualdad social en la salud de la población serán de especial relevancia tenerlos en cuenta cuando se propongan medidas para reducir las diferencias y conseguir un nivel óptimo de salud, bien mediante políticas públicas, actuaciones institucionales o intervenciones sanitarias.



## CAPITULO IV

### “EL ALCOHOLISMO”

## 1. DEFINICIÓN DE ALCOHOLISMO.

El alcoholismo es un padecimiento que genera una fuerte necesidad y ansiedad de ingerir alcohol, de forma que existe una dependencia física del mismo, manifestándose a través de varios síntomas de abstinencia cuando no es posible su ingestión. El alcohólico no tiene control sobre los límites de su consumo, que va en aumento a medida que se desarrolla tolerancia a esta droga.

Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS) lo determina *como "como cualquier deterioro en el funcionamiento físico, mental o social de una persona, cuya naturaleza permita inferir razonablemente que el alcohol es una parte del nexo causal que provoca dicho trastorno"*.

Marconi define el alcoholismo como:

*“una enfermedad crónica, caracterizada por una perturbación fundamental del sistema nervioso central, que se manifiesta por un grupo de síntomas y signos corporales que confieren un carácter imperioso al deseo concomitante de ingerir alcohol. En el nivel de la conducta, la enfermedad se manifiesta por un estado de dependencia física, primaria o secundaria, hacia la sustancia. La sintomatología desaparece temporalmente después del consumo de cierta cantidad de alcohol”.*

(Marconi, 1959, pág. 216)

La dependencia al alcohol puede resultar de una predisposición genética, una enfermedad mental, el consumo de alcohol abundante, sostenido y abusivo o una combinación de estos factores. Esta enfermedad no solo afecta al adicto sino también la vida de todo aquel que se encuentra a su alrededor. Investigaciones recientes sobre genética y neurociencia han identificado ciertas características genéticas que se cree que están relacionadas con la dependencia del alcohol. Los investigadores continúan indagando acerca del vínculo entre la herencia genética y el alcoholismo. Actualmente no existe una posible cura para esta enfermedad, sin embargo, muchos alcohólicos se mantienen sobrios por periodos de tiempo prolongados de acuerdo a su voluntad y compromiso para vencer esta enfermedad. Pero es innegable que para que un adicto al alcohol pueda recibir tratamiento y llegar a una posible recuperación, primero tiene que aceptar su condición de dependencia al alcohol.



## 1.1 DIFERENTES FORMAS DE LLAMAR AL ALCOHOLISMO

(De acuerdo a José A. Elizondo en su libro “**Que es el alcoholismo**” en *addictus*, año 1, num 1, Cuernavaca, Morelos, Marzo-Abril 1994. Pág. 7-9)

### El borracho

La borrachera es una intoxicación por consumo excesivo de alcohol. Es cuando una persona llega al estado de ebriedad. Es un cuadro agudo, es decir, una complicación transitoria que tiene unas horas de duración, después de las cuales la persona se restablece completamente.

### El alcohólico

En cambio, el alcoholismo es una enfermedad crónica e irreversible (incurable) caracterizada por la adicción al alcohol (dependencia psíquica y física a esa sustancia). Una persona que ha desarrollado el alcoholismo, aunque deje de beber seguirá siendo alcohólica. Un bebedor normal o un alcohólico pueden estar borrachos en un momento dado, pero un alcohólico, aunque no esté borracho sigue siendo un alcohólico.

### El enfermo alcohólico

El término *enfermedad crónica* se refiere a un estado patológico que el individuo tendrá toda su vida. Este desorden crónico podrá tener etapas de control o asintomáticas en donde no se manifiesten los síntomas de la enfermedad, pero ésta se mantiene potencialmente dentro del paciente afectado. No hay que olvidar que un gran porcentaje de las enfermedades que se atienden dentro de la medicina son crónicas. Ejemplos de enfermedades crónicas son la diabetes, el reumatismo, las alergias, la insuficiencia coronaria, la epilepsia, el colon irritable, etcétera. *Una enfermedad crónica se controla, pero no se cura.* Un diabético que siga la dieta prescrita, que tome sus medicamentos hipoglucemiantes regularmente, que asista con disciplina a sus consultas y que se someta regularmente a los exámenes de laboratorio que le solicite su médico, seguramente estará bien controlado de su diabetes y podrá hacer una vida normal, pero no podemos decir que esté curado puesto que, si descuida su tratamiento o come carbohidratos en exceso, su padecimiento se descontrolará y corre el riesgo de caer en un coma diabético. Lo mismo ocurre con el alcohólico, mientras no beba su padecimiento estará controlado, pero en cuanto vuelva a beber los síntomas de su enfermedad crónica volverán a manifestarse, poniendo en riesgo su salud e incluso su vida.

## 1.2 ¿CÓMO SE RECONOCE LA ENFERMEDAD?

Pasaremos ahora a analizar el término *desarrollo insidioso*. Se dice que la enfermedad del alcoholismo tiene un desarrollo insidioso porque es muy difícil precisar el momento en que se declara. En esto radica una de las principales dificultades para el diagnóstico temprano del alcoholismo, y lo más importante: que el sujeto afectado identifique, reconozca y acepte que se le ha declarado una enfermedad que pone en riesgo su salud y su propia vida. La mayor parte de los enfermos alcohólicos reconocen su enfermedad o solicitan ayuda médica cuando ya está muy avanzado el proceso o se ha presentado alguna complicación médica muy grave que está comprometiendo su vida. Igualmente, muchos médicos o psicoterapeutas, por la misma insidia de la enfermedad, no saben reconocerla oportunamente y, en muchos casos, sólo le dan al bebedor-problema la categoría de enfermo cuando ha desarrollado alguna complicación médica, como puede ser la cirrosis hepática o el delirium tremens (delirio con temblor). (Elizondo, 1994:7-9)

## 1.3 DEL USO AL ABUSO

Este desarrollo insidioso radica en que el proceso morboso (enfermo) que conduce al alcoholismo en sus etapas pre patológicas evoluciona muy lentamente (en cinco, 10 o más años) y de una forma muy sutil, de modo que casi nadie detecta los síntomas prodrómicos de la enfermedad. Durante la etapa previa a que ésta se declare, no existe mucha diferencia entre un bebedor social y un bebedor-problema. Es muy difícil precisar el momento en que el bebedor se convierte en alcohólico. El bebedor va pasando por ciertas etapas antes de llegar al alcoholismo. Al principio sólo bebe en forma ocasional, más tarde empieza a beber en forma habitual (aquí desarrolla un hábito), luego empieza a consumir alcohol en forma excesiva y cae en lo que se llama *abuso del alcohol* o *bebedor excesivo*. Esto ya constituye un problema sanitario, aunque todavía no se desarrolla una franca adicción al alcohol, que es justamente la última etapa del proceso que marca el cruce de la frontera entre el bebedor y el alcohólico. La medicina se basa en dos parámetros clínicos para determinar si un bebedor excesivo se ha convertido en alcohólico. Estos dos parámetros son: la tolerancia y el síndrome de supresión.

La tolerancia se define como una adaptación biológica del organismo al alcohol, por la cual el bebedor necesita mayor cantidad para obtener los mismos efectos que antes lograba con menor cantidad.

## 1.4 DEL ABUSO A LA ADICCIÓN



Cuando aparece el fenómeno de la tolerancia en un bebedor esto suele resultar muy engañoso, pues lejos de que le cause preocupación siente que ya ha aprendido a beber, cada día aguanta más y, a diferencia de antes, ahora consume grandes cantidades de alcohol sin que se presenten síntomas tempranos de borrachera. En este punto peligroso en que la gente cree que ya aprendió a beber, el bebedor se confía y cada vez consume alcohol en mayor cantidad, con mayor velocidad, durante más tiempo y con más frecuencia. Esta adaptación biológica consiste en una serie de cambios metabólicos de tipo adaptativo que ocurren en la intimidad del hígado y del cerebro, dando lugar a una serie de transformaciones neuroquímicas en las vías metabólicas de degradación del alcohol, lo que finalmente conduce al fenómeno de la compulsión. Ésta determina la incapacidad del individuo para controlar su manera de beber, caer con más frecuencia en el exceso alcohólico y presentar problemas de conducta que van a afectar su vida familiar, laboral y social.

Estos cambios neurobiológicos que ocurren en la intimidad del cerebro son irreversibles, es decir, si el sujeto alcohólico deja de beber por un tiempo, pero más tarde vuelve a consumir alcohol, el cerebro volverá a reaccionar en la misma forma que la última vez que bebió y tarde o temprano vuelve a aparecer el fenómeno de la compulsión. Esto es lo que los expertos de la OMS llaman: "Reinstalación del síndrome de dependencia una vez que el alcohólico vuelve a beber".

El segundo parámetro para saber si el bebedor excesivo ya desarrolló una dependencia física al alcohol es el síndrome de supresión. Éste constituye un conjunto de síntomas físicos y psíquicos que presenta un bebedor-problema después de haber bebido excesivamente durante varias horas o días, cuando empiezan a bajar sus niveles de alcohol en la sangre. Lo anterior quiere decir que, una vez alcanzados niveles sistemáticamente altos de alcohol en la sangre, se genera una adaptación metabólica del organismo a estos altos niveles de alcoholemia. Cuando la persona deja de beber, los niveles de alcohol en la sangre empiezan a bajar. Como el organismo ya está adaptado al alcohol, al disminuir la alcoholemia se produce una reacción de desadaptación metabólica, lo que se manifiesta a través de síntomas y signos muy severos que provocan un alto grado de sufrimiento del paciente. Por decirlo en otra forma, el organismo *protesta* porque se le reducen los niveles sanguíneos de una droga a la que ya se adaptó, presentándose dichas molestias que son una forma de alarma para obligar al adicto a que siga bebiendo. (Elizondo, 1994:7-9)

## 1.5 DE LA ADICCIÓN A LA FALTA DE CONTROL



Esta incapacidad de control, que es el síntoma cardinal del alcoholismo, deriva de la ya mencionada compulsión proveniente de las transformaciones neuroquímicas que sufre el alcohólico en la intimidad de su cerebro y también del síndrome de supresión. Por el temor de presentarlo, el alcohólico sigue bebiendo para que no disminuyan sus niveles séricos (sanguíneos) de alcohol.

### **1.6 LAS CONSECUENCIAS**

Las consecuencias lógicas de esta incapacidad de controlar la manera de beber son la ingesta excesiva de alcohol y los trastornos de la conducta, los cuales dan lugar a la transformación de la personalidad del alcohólico cuando se embriaga. El individuo se torna irresponsable, necio, agresivo, repugnante y peligroso. Desarrolla problemas de salud física y mental como consecuencia de los niveles tóxicos de alcohol que frecuentemente presenta y de los problemas a nivel de su familia, de su trabajo o su escuela y también de tipo legal o de desprestigio social. No es necesario que se presenten estos cuatro tipos de complicaciones para hablar de alcoholismo. Con una sola de estas áreas afectada es más que suficiente para apoyar el diagnóstico.

### **1.7 HERENCIA Y APRENDIZAJE**

El último elemento de la definición se refiere a la etiopatogenia de la enfermedad. El individuo desarrolla una dependencia psíquica (obsesión por la bebida y necesidad de su consumo para aliviar tensiones) y física (compulsión por la bebida e incapacidad para detenerse una vez que se ha empezado a beber), como consecuencia de dos factores: uno de tipo heredado y otro de tipo aprendido. El factor heredado es una predisposición genética hacia la enfermedad con la cual seguramente nació el individuo. Está ampliamente demostrado el factor genético en la etiología del alcoholismo, ya que todos los alcohólicos tienen un familiar en primero o segundo grado que también lo es, aunque vale la pena aclarar que esta predisposición genética no es determinante para el desarrollo del alcoholismo sino que, necesariamente, tiene que interactuar con los otros dos factores etiológicos de la enfermedad, que son el factor psicológico (vulnerabilidad psicológica para el manejo de las emociones) y el factor sociocultural (estar inmerso en un medio propicio para el consumo inmoderado de bebidas alcohólicas).

El factor aprendido se refiere a la influencia sociocultural que recibe el bebedor. La mayor parte de los bebedores, genéticamente predispuestos hacia la enfermedad del alcoholismo y con una vulnerabilidad psicológica que les dificulta el manejo de sus emociones, son presa fácil de un medio ambiente lleno de mitos, prejuicios y tradiciones culturales que los orillan al consumo frecuente y excesivo de alcohol (bebedor excesivo

habitual). El bebedor, al exponer su organismo a niveles sistemáticamente tóxicos de alcohol, induce los ya mencionados cambios neuroquímicos en las vías metabólicas hepato-neuronales, dando lugar a las transformaciones biopatológicas que determinan la dependencia física y por lo tanto la adicción al alcohol.

Quizás ahora quede un poco más claro por qué el alcoholismo es una enfermedad compleja, multifactorial (bio-psico-social), que presenta diferentes fases en su desarrollo evolutivo (prealcohólica, inicial, crítica y terminal) y que para su comprensión, manejo y tratamiento requiere de un abordaje interdisciplinario altamente capacitado.

## 2 EL CONSUMO DE ALCOHOL EN TIEMPOS DE CUARENTENA

De acuerdo a un estudio realizado por investigadores del conicet, el 45% toma más alcohol que antes del aislamiento.

Cuando los hogares argentinos se cerraron para cumplir con la cuarentena impuesta por el coronavirus, los memes aparecieron como la posibilidad de asomarse a lo que sucede puertas adentro. Imágenes como la de una hilera de botellas de cerveza verdes haciendo de frontera entre una casa y un descampado, y una leyenda en letras mayúsculas amarillas que avisa: “Dos semanas más de cuarentena y termino la medianera”. O una imagen de Morticia Addams, que mira de reojo sosteniendo una taza de té entre sus manos, y pregunta: “¿Cómo les va con el aislamiento? ¿Ya se dieron cuenta que no eran bebedores sociales?”. La viralización de aquellos chistes sobre el consumo de alcohol despertó el interés en un grupo de investigadores e investigadoras del CONICET en el Instituto Gino Germani (IIGG), que lanzaron un relevamiento para conocer cuánto se bebía antes y cuánto durante la cuarentena, y comprobaron que se triplicó el número de personas que consumen bebidas alcohólicas todos los días.

“Como equipo venimos de una larga trayectoria de investigación sobre drogas ilegalizadas y legales, consumo de cocaína endovenosa y contagio de VIH/sida, consumo de drogas de diseño recreativas en sectores medios y medios altos, de alcohol en adolescentes y, en los últimos tiempos, consumo de cocaínas fumables en poblaciones de alta vulnerabilidad. En todos esos estudios, el consumo de alcohol estuvo siempre presente, permeando las distintas clases sociales, las distintas edades y los géneros –cuenta Ana Clara Camarotti, investigadora del CONICET que encabezó el estudio junto a Daniel Jones, también investigador del CONICET, ambos integrantes de un equipo del Área de Salud y Población del IIGG-. Cuando revisamos las estadísticas, vimos que el alcohol es la droga más consumida a nivel mundial y sus efectos problemáticos son altísimos para la salud pública. Por ello, desde hacía tiempo teníamos muchas ganas de hacer un trabajo de investigación específicamente sobre consumo de alcohol”.

Según la encuesta, que circuló de manera *online* entre el 4 y el 8 de mayo, durante la cuarentena crecieron los dos polos de la frecuencia de consumo: se duplicó el número de quienes no toman bebidas alcohólicas y se triplicó la cantidad de personas que toma todos los días. Esa multiplicación del número de

personas que afirman consumir bebidas alcohólicas se registró, con mayor énfasis, en el grupo de 35 a 44 años, entre quienes casi se cuadruplicó (de 4.6% a 18.1%). “Hay una suerte de presente continuo a través de la repetición de un día tras otro, que se traduce en una indiferenciación entre días laborales y de descanso también en lo que refiere a tomar alcohol”, explica Jones.

El relevamiento llegó a casi cinco mil personas de 18 años o más que cumplían entre 45 y 50 días de cuarentena en el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA). Entre ellos, por otra parte, se duplicó el número de personas que mencionan directamente no consumir bebidas alcohólicas (eran 8.5% antes de la cuarentena, y 15.95% durante la cuarentena). En el grupo de 18 a 24 años, este porcentaje se cuadruplicó (de 5.2% a 20.7%). Por otro lado, se redujo a la mitad el porcentaje de quienes consumían bebidas alcohólicas exclusivamente los fines de semana (ya sea algunos al mes o todos los fines de semana). “Los resultados muestran numerosos y diversos cambios en el consumo de bebidas alcohólicas, al menos para un porcentaje significativo de la población alcanzada por este estudio, que fue población mayoritariamente femenina y con un alto nivel de educación formal en su gran mayoría”, aseguran las y los investigadores que realizaron el estudio.

En el trabajo se refleja que durante la cuarentena se incorporó el consumo de bebidas alcohólicas a nuevas situaciones de la vida cotidiana: entre quienes consumieron, casi un 20% comenzó a tomar alcohol durante la cena y cerca de un 15% mientras lee o escucha música o mira televisión. Por otro lado, quienes consumieron alcohol durante la cuarentena dieron cuenta del aumento en ciertas bebidas, especialmente el vino (el 40% de estas personas aumentó el volumen consumido) y la cerveza (en el 25% de los casos). Entre las razones para tomar más alcohol, prevalecen las que suponen una desorganización del tiempo (42.2% porque tienen más tiempo libre y 29.4% por la falta de una rutina estable) y la afectación emocional provocada por la cuarentena (33.6%). Y quienes afirmaron estar consumiendo menos alcohol durante la cuarentena, señalaron mayoritariamente la falta de salidas o eventos sociales (70%).

Pese a estos cambios en los patrones de consumo, resulta significativo que nueve de cada diez personas que declaran haber tomado más durante la cuarentena no crean que esto afecte su salud, sus vínculos (familiares, de amistades y de pareja) o su trabajo. Es decir, no consideran su consumo problemático para alguna dimensión relevante de sus vidas. “En las clases medias, en general, el consumo de alcohol no es visto como problemático, salvo situaciones muy excepcionales, donde ya se considera alcoholismo –advierde Jones-. Por ejemplo, un varón puede jactarse de su ‘cultura alcohólica’ que se reflejaría en la resistencia física para no emborracharse, pese a haber tomado mucha cantidad de alcohol. Un grupo de mujeres jóvenes o de mediana edad pueden salir a un bar de tragos y mostrarlo en su Instagram. Vivimos en una cultura donde el consumo de alcohol, a diferencia de las drogas ilegalizadas, tiene alta legitimidad”.

Las y los científicos que llevaron adelante el estudio se vieron sorprendidos, sobre todo, por la fuerte asociación del consumo de alcohol con las salidas y los eventos sociales, que se reflejó entre los más jóvenes. “Y en términos de perspectiva de género, nos resultó particularmente llamativo que quienes dijeron haber reducido el volumen de alcohol a partir de la cuarentena para cuidar su salud son, especialmente, los varones. En función de nuestra experiencia en

investigación en salud son, en general, las mujeres quienes muestran una mayor preocupación por el cuidado de la salud propia y de sus familiares, y en torno a quienes, en términos sociales, se construye el rol de cuidado, no sólo familiar sino también comunitario”, describe Paloma Dulbecco, becaria doctoral del CONICET y parte del equipo. Además, menciona que se suele recurrir al uso humorístico de “stickers” de figuras públicas que son mujeres para señalar lo excesivo del consumo en conversaciones y grupos de Whatsapp. “Si se reemplazaran esos stickers por otros de personalidades políticas o periodísticas que fuesen varones, ¿tendrían los mismos efectos e impactos?”, se pregunta.

A futuro, las y los investigadores no vislumbran que el aumento en el volumen de consumo de alcohol detectado entre las personas encuestadas pueda repercutir necesariamente a nivel social. “Si prestamos atención al hecho que nueve de cada diez encuestados que aumentaron el consumo consideran que no es problemático, podríamos entrever cierto ‘consumo controlado’, por así decirlo. En todo caso, que el aumento de consumo repercuta de alguna forma a nivel social será condicional a la evolución del contexto socioeconómico más general”, advierte Santiago Cunial, estudiante de doctorado de la Universidad de Pennsylvania y parte del proyecto. “Creemos que es necesario relativizar la idea de que se produjo un aumento del consumo –concluye Martín Güelman, becario posdoctoral del CONICET y también parte del equipo-. Frente a ciertos prejuicios instalados, nos interesa remarcar que se cuadruplicó el número de jóvenes de 18 a 24 años que no consume bebidas alcohólicas. Por otro lado, también se cuadruplicó el número de adultos de 35 a 44 años que consumen todos los días. En función de estas tendencias divergentes, resulta difícil proyectar escenarios generales, sobre todo, en un contexto tan excepcional como el que estamos viviendo”.<sup>4</sup>

### **3 PERSONAS EN SITUACIÓN DE CALLE / PACIENTES SOCIALES**

De acuerdo a la SEDRONAR y citando a la página de Argentina. Gob/Jefatura de Gabinete de ministros/sedronar podemos decir qué:

Las dificultades que atraviesan las personas en situación de calle es una problemática social compleja que expresa una de las formas de exclusión más graves que se da en los núcleos urbanos. Además de la “falta de vivienda o techo”, involucra otras vulneraciones respecto del acceso a derechos como salud, educación, trabajo, identidad, entre otros, en los cuales sufren también situaciones de violencias de diversos tipos, dificultades de salud física y mental y debilitamiento o inexistencia de lazos afectivos.

Para pensar estrategias de acompañamiento, es fundamental que las personas en situación de calle sean protagonistas en su propio proceso de cuidado, pudiendo

---

<sup>4</sup> (<https://www.conicet.gov.ar/el-consumo-de-alcohol-en-tiempos-de-cuarentena/>)



consensuar con estas qué desean hacer y en qué necesitan ser acompañadas.

Además, es importante visualizar las circunstancias de la historia individual y del entorno afectivo de la persona (separaciones, violencias, fallecimientos, padecimientos mentales, consumos problemáticos, etc.), pero también aquellas referidas a condicionamientos socio-históricos (flexibilidad del mercado de trabajo, pobreza persistente, consumo de drogas como problema social, marginalización social). Por otro lado, es importante conocer cuáles son las potencialidades de esa persona, sus intereses personales; ya que esto implica no pensar a la persona únicamente desde sus carencias sino desde su integralidad.

Es por esto, que las estrategias de intervención y el acompañamiento de las personas en situación de calle, atravesadas por los consumos problemáticos de sustancias psicoactivas, se configuran como un ámbito específico de acción, que implica considerar las condiciones bajo las cuales emerge la problemática.

Citando a Rosana Guber, podemos decir que la construcción de un problema de intervención a partir de una demanda inicial requiere entonces despejar y problematizar prejuicios, valoraciones, nociones de sentido común, narrativas o discursos institucionales enquistados en las prácticas cotidianas y también prenociones teóricas o “meta-narrativas”. Este ejercicio supone también una sostenida actualización teórico-metodológica y una actitud crítica frente a las prácticas institucionales, lo que indudablemente incluye el lugar de la palabra del otro, la perspectiva del actor (Guber, 2004)

La construcción de estereotipos alimenta la estigmatización social, apareciendo como resultado la discriminación, aunque sea un principio general de los derechos Humanos.

El abordaje profesional y el análisis de las situaciones de consumo se llevan a cabo desde el enfoque de derechos. Los Derechos Humanos son fundamentalmente un límite al poder del Estado, es en parte el reconocimiento de que el hombre tiene derechos por el solo hecho de ser hombre, más allá de su condición de ciudadano.

### 3.1 ¿QUÉ HACER SI VES UNA PERSONA EN SITUACIÓN DE CALLE?

Si ves a una persona en situación de calle, llama al 108. La Línea 108, de Atención Social Inmediata, **recibe durante las 24 horas consultas y solicitudes de la comunidad sobre asistencia a personas y a familias en situación de calle o**

**vulnerabilidad social**, y se encarga de derivar los casos a equipos de profesionales del **Ministerio de Desarrollo Humano y Hábitat**.<sup>5</sup>

#### 4. IMPACTO SOCIAL

El alcoholismo no está fijado por la cantidad ingerida en un periodo determinado: personas afectadas por esta enfermedad pueden seguir patrones muy diferentes de comportamiento, existiendo tanto alcohólicos que consumen a diario, como alcohólicos que beben semanalmente, mensualmente, o sin una periodicidad fija. Si bien el proceso degenerativo tiende a acortar los plazos entre cada ingesta.

El consumo excesivo y prolongado de esta sustancia va obligando al organismo a necesitar o requerir cantidades crecientes para sentir los mismos efectos, a esto se le llama "tolerancia aumentada" y desencadena un mecanismo adaptativo del cuerpo hasta que llega a un límite en el que se invierte la supuesta resistencia y entonces "asimila menos", por eso tolerar más alcohol es en sí un riesgo de alcoholización.

Las defunciones por accidentes relacionados con el alcohol (choques, atropellamientos y suicidios) ocupan los primeros lugares entre las causas de muerte en muchos países.

En los accidentes suelen sufrir heridas más graves los conductores que han bebido. Además, el efecto del alcohol en el corazón y la circulación de la sangre reducen las probabilidades de supervivencia en caso de realizarse una intervención quirúrgica de emergencia.

A diferencia de lo que cree mucha gente, la mayoría de los fallecimientos relacionados con el alcohol corresponden a los propios conductores ebrios. En vista de los peligros, se debería tomar las siguientes recomendaciones: No beber cuando se vaya a conducir, no subir a un vehículo con un conductor que haya bebido, no permitir que los amigos o familiares conduzcan bajo los efectos del alcohol.

---

<sup>5</sup> <https://www.buenosaires.gob.ar/desarrollohumanoyhabitat/desarrollohumanoyhabitat/inclusion-social-y-atencion-inmediat/asistencia-integral-inmediata/buenos-aires-presente-bap>



## CAPITULO V

# “CAMINO METODOLÓGICO: UNA APROXIMACIÓN AL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN”

### 1. ESTRATEGIA METODOLÓGICA

#### **Metodología: Cualitativa**

Dicha Investigación se servirá de un modelo metodológico que contemple las particularidades del fenómeno que se intenta estudiar. La metodología llevada a cabo

será la metodología cualitativa, la cual se refiere en su más amplio sentido a la investigación que produce datos descriptivos: las propias palabras de las personas habladas o escritas y la conducta observable. Esta metodología nos ofrece herramientas que nos permiten abordar las problemáticas del mundo, de la sociedad desde una modalidad particular.

Existen varias realidades subjetivas construidas en la investigación, las cuales varían en su forma y contenido entre individuos, grupos y culturas. En términos de Hernández Sampieri *“La investigación cualitativa parte de la premisa de que el mundo social es “relativo” y solo puede ser entendida desde el punto de vista de los actores estudiados”*. (Sampieri, 2014, pág. 10)

En el desafío de comprender la temática planteada, combinaré diferentes técnicas y fuentes de información tales como: observación participante, entrevistas en profundidad, consulta a fuentes secundarias y materiales documentales.

Durante el trabajo de campo se hará uso de la **entrevista en profundidad**, definida como *“Reiterados encuentros cara a cara, entre el investigador y los informantes, encuentros dirigidos a la comprensión que tienen los informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones, tal como lo expresan con sus palabras”* (Taylor, 2000, pág. 101).

La misma se hará a los profesionales de la Guardia del Hospital (Médicos, Enfermeros, Trabajador Social), y busca responder al Objetivo General y a objetivos específicos cómo:

- Identificar las representaciones sociales de lxs profesionales de la Guardia del Hospital Victorino Tagarelli acerca del consumo problemático de alcohol en personas en situación de calle, pacientes sociales.
- Analizar las explicaciones de lxs profesionales de la Guardia del Hospital Victorino Tagarelli sobre las causas por las que no solicitan demanda profesional frente al consumo problemático de alcohol.

La **entrevista semiestructurada** será destinada a los demás profesionales del Hospital (Psicólogo Social, Medica Psiquiatra, Medica clínica) y lxs pacientes/familias que conforman el grupo GIA, respondiendo a los objetivos específicos tales como:

- Describir la prevalencia de consumo problemático de personas en situación de calle (pacientes sociales) y los factores que inciden en ella.

- Constatar que aportes se realizan desde el Trabajo Social y profesionales de la salud en dicha problemática.
- Identificar la satisfacción de lxs pacientes/familias que conforman el grupo GIA y han sido atendidxs en la guardia del Hospital Victorino Tagarelli respecto al servicio que prestan.

En cuanto a la **observación participante**, *“Es la inspección y estudio realizado por el investigador mediante el empleo de sus propios sentidos (...) de las cosas, de los hechos de interés social tal como son o tienen lugar espontáneamente”*. (Sierra Bravo, 1984, pág. 253). La misma se realizará con el Grupo de Profesionales de la guardia y el GIA durante sus encuentros.

Para el desarrollo del análisis hare uso de las herramientas otorgadas por la metodología cualitativa que se caracteriza por no ser estandarizada y por buscar lo diferente y lo propio de cada territorio, grupo o comunidad. Sin embargo, esto no quiere decir que se dejará de lado información cuantitativa que colabore a comprender la situación de la población de estudio y del tema en cuestión, si fuese necesario. Con respecto a los datos estos serán construidos por la propia investigadora.

En cuanto al método de contrastación, desde la metodología cualitativa se refleja un proceso más bien “circular”, donde la secuencia no siempre es la misma ya que depende de cada estudio. El Marco teórico se completará y se ajustará según los emergentes que vayan surgiendo durante el trabajo de campo. Articularé los abordajes detallados inclinándome por un análisis que comprenda las relaciones en su especificidad desde una postura crítica y transformadora.

### **1.1 Diseño de investigación: No experimental.**

En la investigación no experimental, se observa el fenómeno tal y como se da en su contexto natural, para después intentar analizarlo. En un estudio no experimental no se construye ninguna situación, sino que se observan situaciones ya existentes, no provocadas intencionalmente por el investigador. Las variables independientes ya han ocurrido y no pueden ser manipuladas, el investigador no tiene control directo sobre dichas variables, no puede influir sobre ellas porque ya sucedieron, al igual que sus efectos.

### **1.2 Tipo de estudio: Exploratorio.**

Estos estudios se efectúan, normalmente, cuando el objetivo es examinar un tema o problema de investigación poco estudiado o que no ha sido abordado antes. Nos sirven

para aumentar el grado de familiaridad con fenómenos relativamente desconocidos. Esta clase de estudios son comunes en la investigación de comportamiento, sobre todo en situaciones donde hay poca información. Los estudios exploratorios en pocas ocasiones constituyen un fin en sí mismos, “por lo general determinan tendencias, identifican relaciones potenciales entre variables y establecen el tono de investigaciones posteriores más rigurosas”. Se caracterizan por ser más flexibles en su metodología.

### **1.3 Universo, Muestra y Unidad de análisis**

El Universo es la totalidad del fenómeno a estudiar, donde las unidades de población poseen una característica común, la que se estudia y da origen a los datos de la investigación. Una muestra es una parte representativa de un conjunto universo de unidades, una porción del total, que representa la conducta del universo en su conjunto. Una muestra, en un sentido amplio, no es más que una parte del todo que se llama universo y que sirve para representarlo. Cabe destacar que el universo de la investigación abarca el Hospital Público del Departamento de San Carlos, mientras que la muestra seleccionada para someterla al análisis científico es la Guardia de dicho Hospital y el GIA, por último, cada uno de los profesionales de la guardia, corresponde a la unidad de análisis, a quienes se le realizarán las entrevistas.

### **1.4 Técnica de investigación.**

Durante el trabajo de campo se hará uso de la entrevista en profundidad, definida como “Reiterados encuentros cara a cara, entre el investigador y los informantes, encuentros dirigidos a la comprensión que tienen los informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones, tal como lo expresan con sus palabras” (Taylor & Bogdan, 2000:101). En cuanto a la observación participante, “Es la inspección y estudio realizado por el investigador mediante el empleo de sus propios sentidos (...) de las cosas, de los hechos de interés social tal como son o tienen lugar espontáneamente”. (Sierra Bravo, 1984: 253). La observación participante se realizó en el encuentro con los entrevistados en la institución. Para llevar a cabo las técnicas de investigación se realizaron 5 entrevistas.

### **1.5 Análisis de datos**

Para el análisis de datos es importante mencionar a los autores Glaser y Strauss (1967) sostienen que los investigadores cualitativos deben dirigir la atención al desarrollo o generación de teorías y conceptos sociales, por ello el estudio está basado en la teoría



fundamentada. Consiste en un método para descubrir teorías, conceptos, hipótesis y proposiciones, partiendo directamente de los datos. Al generar teoría fundamentada, los investigadores no tratan de probar sus ideas, sino sólo demostrar que son plausibles. Las comprensiones están fundamentadas en los datos y se desarrollan a partir de ellos.

Los autores proponen dos estrategias principales para desarrollar teoría fundamentada, por un lado el método comparativo constante y por otro el muestreo teórico. En la presente investigación se ha utilizado la primera estrategia, en la que el investigador simultáneamente codifica y analiza datos para desarrollar conceptos. Mediante la comparación continua de incidentes específicos de los datos, se refinan conceptos, se identifican sus propiedades, se exploran sus interacciones y por último son integrados en una teoría coherente. (Taylor y Bogdan, 2000)

Las Categorías principales en esta investigación son las siguientes:

- Consumo Problemático
- Consumo Problemático de Alcohol
- Representaciones Sociales
- Demanda de Intervención Profesional
- Relación entre el Profesional y el Paciente



## CAPITULO VI

### “ANALISIS DE DATOS”

#### **1. Ideas y Reflexiones en pos de un Aporte Profesional**

Teniendo en cuenta la estrategia metodológica diseñada para alcanzar los objetivos planteados, se realizaron 5 entrevistas a los profesionales de la institución en cuestión. Es importante aclarar que hubo apertura por parte de lxs profesionales de la guardia quienes en todo momento estuvieron dispuestos a responder las preguntas efectuadas durante la entrevista.

Explicué el objetivo de la investigación el cual es conocer la intervención y representaciones sociales que tienen lxs profesionales de la guardia del Hospital Victorino Tagarelli respecto al consumo problemático de alcohol en pacientes sociales y la relación que éstas tienen con la demanda de intervención profesional del GIA.

Las Categorías principales en esta investigación son las siguientes:

- Consumo Problemático
- Consumo Problemático de Alcohol
- Representaciones Sociales
- Demanda de Intervención Profesional
- Relación entre el Profesional y el Paciente

## **2. Análisis de las Entrevistas**

### **Consumo Problemático de Alcohol desde el Campo Profesional**

Para comenzar con el análisis, es pertinente hacer mención a que la concepción de consumo problemático visualizada en el equipo de profesionales de la guardia tiene congruencia con el concepto de consumo problemático brindado por la Ley N° 26.934 que entiende a los consumos problemáticos como, *“aquellos consumos que –mediando o sin mediar sustancia alguna– afectan negativamente, en forma crónica, la salud física o psíquica del sujeto, y/o las relaciones sociales...”* lxs profesionales sostienen que es el sujeto el que determina cuándo un consumo se vuelve problemático en su vida, por medio de la problematización que él mismo realiza, la cantidad de sustancias psicoactivas o de cualquier objeto de consumo no determinan que haya un consumo problemático, por lo contrario afirman que se torna problemático mediante la problematización que él mismo realiza al respecto.

#### **Entrevista 1: Enfermera**

*... el consumo problemático de alcohol es el abuso en el consumo del mismo y la pérdida del control para detener cada toma...*

#### **Entrevista 2: Enfermera**

*...El consumo problemático de alcohol es como hablábamos, es el consumo donde no se tiene control al momento de tomar. No solo afecta al que consume sino a la familia o a las personas que están a su alrededor...*

#### **Entrevista 3: Trabajadora Social**

*...Es problemático cuando ya no puede controlar el consumo de alcohol, y toma todo el tiempo, afectando no solo su persona sino su entorno...*

#### **Entrevista 4: Enfermera**

*...El consumo de alcohol pasa a ser problemático cuando el paciente ya no puede manejar su conducta, ya sea por si solo o con ayuda de algún familiar o persona cercana y necesita la ayuda o intervención profesional...*

## Entrevista 5: Referente del GIA

*...Consumo Problemático de alcohol es aquel en el cual el paciente o la persona ha dejado de tener un límite, no puede establecer el límite en el cual tiene que dejar o puede dejar de beber... El paciente está tomando, está bebiendo alcohol y no se da cuenta que sus conductas están cambiando y pierde la noción de la realidad...*

La dependencia al alcohol puede resultar de una predisposición genética, una enfermedad mental, el consumo de alcohol abundante, sostenido y abusivo o una combinación de estos factores. Esta enfermedad no solo afecta al adicto sino también la vida de todo aquel que se encuentra a su alrededor.

Aparejada a la problematización, se encuentra el contexto en el que el sujeto se desenvuelve, ya que según afirman algunxs profesionales, muchas veces es el grupo familiar cuando los acompañan quienes se quejan y cuestionan la vinculación que el sujeto establece con el objeto, debido a que la familia comienza a desintegrarse, no tienen control al momento de la ingesta y no se dan cuenta que sus conductas están cambiando.

La experiencia del padecimiento no queda limitada a la persona enferma, sino que se extiende a su red social más cercana que es la familia, si se asume que la familia es un sistema queda claro que la experiencia de cada uno de sus miembros afecta al sistema familiar y a su vez éste afecta a cada uno de sus integrantes. La familia comparte la experiencia de un padecimiento crónico el cual es fuente de conflicto y desequilibrios al generar un clima de tensión, preocupación e incertidumbre por la presencia de signos y síntomas y sus repercusiones en las actividades del enfermo, por la necesidad de cambiar patrones de conducta y por el temor a las complicaciones que vendrán.

*...generalmente los pacientes vienen acompañados de un familiar que quieren que cambie su situación..... muchos de ellos también llegan solos como lo son los pacientes sociales que llaman ellos al coordinado o algún vecino que los ve tirado por ahí.... (Entrevista 1)*

*...la mayoría de las veces el paciente es el que no se da cuenta, lo ven los familiares, la pareja, los amigos, los patrones, ehhhh en general el paciente que toma en exceso no se da cuenta, quizás reconozca que está tomando en exceso, pero no reconoce la enfermedad, no reconoce que se está haciendo un daño, que se está enfermando... (Entrevista 5)*

No es así con lxs pacientes sociales quienes se encuentran solos sin ningún tipo de contención familiar y son ellos mismos quienes llaman al coordinado o algún vecino para que los vaya a buscar.

*...Los casos sociales siempre llegan solos y lo más probable es que siempre los traiga el servicio del coordinado por algún llamado como te comentaba del vecino o a veces los mismos pacientes llaman, hemos tenido casos que los mismos pacientes de todo su estado de ebriedad ellos te marcan y te llaman para que los vayan a buscar porque son esos pacientes que te piden ayuda... (Entrevista 2)*

*...son los pacientes que los va a buscar el servicio coordinado porque ellos a veces llaman o los vecinos llaman porque los ven al paciente muy ebrio, a veces ellos mismos te piden, se ve que les piden a los vecinos que llamen... ehhh la ambulancia los trae y bueno hacemos todo el mismo protocolo que*

*estabilizamos, tratamos de disminuir un poco su estado de ebriedad y si es un caso social es el paciente que se interna y más si él ya tiene un diagnóstico que es del alcoholismo eh pero siempre siempre cuando son casos sociales los pacientes se tienen que internar... (Entrevista 2)*

Por medio de ese reclamo es que el sujeto empieza a problematizar, ya que según los profesionales el sujeto empieza a visualizar que el consumo excesivo les ha traído conflictos con su grupo vincular. En otras palabras, debido a los consumos problemáticos se pone en juego la vinculación del sujeto con su entorno, cuando dicho consumo afecta negativamente las relaciones y los vínculos.

Muchos de lxs pacientes sociales quedaron solos debido a que su familia se cansó de que el paciente no se deje ayudar.

*...En los pacientes sociales toman porque por ahí tenes el tema de que están solos, el paciente social este que está solo que vive solo o abandonó o fue abandonado por su familia que muchas veces también fue a causa del alcohol no tiene como otra motivación como que carece de motivación para hacer otra cosa para guardar plata para otra cosa... entonces está solo y que hace si ya tenía la conducta aprehendida sigue consumiendo... (Entrevista 3)*

### **Prevalencia de Consumo Problemático de Alcohol**

Para comenzar con el análisis pertinente es necesario decir que el alcoholismo es un padecimiento que genera una fuerte necesidad y ansiedad de ingerir alcohol, de forma que existe una dependencia física del mismo, manifestándose a través de varios síntomas de abstinencia cuando no es posible su ingestión. El alcohólico no tiene control sobre los límites de su consumo, que va en aumento a medida que se desarrolla tolerancia al consumo excesivo de alcohol.

Podemos analizar de acuerdo a los datos arrojados por lxs profesionales de la guardia que la mayoría de ellos coincide en que la prevalencia del consumo de alcohol en el departamento de San Carlos de acuerdo a las atenciones en la Guardia se da en fechas puntuales como lo son las fiestas de fin de año, la fiesta de la tradición al ser un Departamento muy tradicionalista y los fines de semana.

*...El consumo de alcohol en el departamento aumenta, de acuerdo a las atenciones que tenemos en la guardia, considerablemente para las fiestas de fin de año, las fiestas locales, fines de semana, que es cuando vienen a la guardia... por ejemplo la fiesta de la tradición, que es cuando más toma la población... (Entrevista 1)*

*...Al ser un departamento muy tradicionalista el consumo de alcohol aumenta de enorme manera en la fiesta de la tradición, las fiestas de fin de año, y los fines de semana, la gente en esas fechas parece que solo sale a tomar... (Entrevista 2)*

*...Aumenta el consumo de alcohol los fines de semana, en la fiesta de la tradición, fiestas de fin de año... (Entrevista 3)*

También tenemos el profesional que habla de ciertos meses donde se puede observar el aumento del consumo de alcohol a lo que ella denomina brote y lo asocia a los problemas de salud mental, a nivel Nacional contamos con la ley de Salud Mental N°

26.657 enmarcada en el paradigma de derechos humanos y que considera que lxs pacientes necesitan recibir la atención y el acompañamiento necesario por parte de lxs profesionales asegurando para todas las personas el derecho a la protección de salud mental, el que deberá ser respetado en todos los servicios y efectores de salud.

*...Hay ciertos meses como por ejemplo marzo, agosto, septiembre, diciembre donde se pueden ver brotes en los pacientes que llegan a la guardia... (Entrevista 4)*

*...depende los estados de salud mental que tenga el paciente... (Entrevista 4)*

Al momento de las entrevistas también surgió el tema de lxs pacientes que están todas las semanas en la guardia por el consumo de alcohol y la mayoría de eso pacientes son pacientes sociales, pacientes que sufren diferentes dificultades como lo es la salud física, mental, el debilitamiento e inexistencia en algunos casos de lazos afectivos debido a su problemática, ya que muchos de lxs pacientes no demanda intervención profesional para salir de dicha situación y si algún familiar solicita dicha intervención se cansa porque considera que la persona no tiene interés de sanar.

*...hay un alto porcentaje de pacientes que llegan a las guardias por problemas de alcohol, acá en la guardia muchos de los pacientes sociales los tenemos todas las semanas... (Entrevista 5)*

*...si tiene red, la red demanda intervención hasta que se canse o ya viene cansada entonces le cuesta un montón re vincularse, que asuman esa responsabilidad y si no tiene red peor aún porque no tenemos a nadie... (Entrevista 3)*

Para pensar estrategias de acompañamiento, es fundamental que las personas en situación de calle sean protagonistas en su propio proceso de cuidado, pudiendo consensuar con estas qué desean hacer y en qué necesitan ser acompañadas.

Además, es importante visualizar las circunstancias de la historia individual y del entorno afectivo de la persona (separaciones, violencias, fallecimientos, padecimientos mentales, consumos problemáticos, etc.), pero también aquellas referidas a condicionamientos socio-históricos (flexibilidad del mercado de trabajo, pobreza persistente, consumo de drogas como problema social, marginalización social). Por otro lado, es importante conocer cuáles son las potencialidades de esa persona, sus intereses personales; ya que esto implica no pensar a la persona únicamente desde sus carencias sino desde su integralidad.

*...Los casos sociales siempre llegan solos y lo más probable es que siempre los traiga el servicio del coordinado por algún llamado como te comentaba del vecino o a veces los mismos pacientes llaman, hemos tenido casos que los mismos pacientes de todo su estado de ebriedad ellos te marcan y te llaman para que los vayan a buscar porque son esos pacientes que te piden ayuda... (Entrevista 2)*

### **Factores Influyentes en el Consumo de Alcohol**

Al hablar de factores Influyentes, coexisten implicaciones múltiples: psicológicas, médicas, bioquímicas, sociológicas, etnológicas, jurídicas, económicas, políticas,

educativas históricas y éticas. Esto nos permite comprender que cuando hablamos de multicausalidad del consumo problemático, estamos diciendo que la problemática del uso, abuso, dependencia y demás patrones de consumo y de trastornos producidos por el consumo repetido, no responden a una causa única, sino que, por el contrario, se sostiene que esta es multicausal, dependiendo de una gran cantidad de factores que intervienen. El consumo problemático, entonces, nos pone frente a un cúmulo de factores en permanente interrelación dinámica, entre los que podemos destacar: factores psicológicos, familiares, sociales, culturales y económico-políticos (PPA, 2016).

En general los profesionales afirman que el consumo problemático es complejo y multifactorial, es decir, que es expresión de situaciones personales, como así también factores familiares, sociales y de contexto, por ello afirman que la vinculación con el objeto puede convertirse en un problema. En lo que concierne al contexto, se resalta que vivimos en una sociedad de consumo, enmarcado en la cultura del consumo, que lleva a adoptar ciertos estilos de vida más individualistas y que nadie está exento de que algún consumo se torne problemático.

*... Los factores que inciden en el consumo de alcohol son muy variados, van desde el uso de otras sustancias, hasta la situación social, económica o emocional... (Entrevista 1)*

*en el caso social sabemos que son factores sociales, personas que están en estado de abandono, personas que están solas... (Entrevista 2)*

*...En los pacientes sociales toman porque por ahí tenes el tema de que están solos, el paciente social este que está solo que vive solo o abandonó o fue abandonado por su familia que muchas veces también fue a causa del alcohol no tiene como otra motivación como que carece de motivación para hacer otra cosa para guardar plata para otra cosa, entonces está solo y que hace sí ya tenía la conducta aprehendida sigue consumiendo... (Entrevista 3)*

*...Hay muchos factores que inciden, como por ejemplo amistades, problemas familiares, emocionales, no saber que quieres de tu vida, sentir un vacío... (Entrevista 4)*

*...Lo factores que inciden en el consumo son múltiple...por momentos se puede estar bien y pasarlo bien pero luego ya cuando no hay control de lo que se toma ahí es donde se pierde absolutamente todo el control del consumo... (Entrevista 5)*

Podemos decir que para abordar las situaciones de consumos problemáticos es necesario abandonar las miradas reduccionistas de la problemática, ubicando en el centro de la escena a la persona como sujeto de derecho, a su proyecto de vida y a sus lazos sociales. Se complejiza así la mirada sobre la problemática desde una perspectiva multicausal, entendiéndose como emergente de derechos previamente vulnerados. Plantearse un problema multicausal, no solo tiene que ver con sus causas y consecuencias, sino también por sus componentes e implicaciones, de este modo se abordarán las situaciones de consumo problemáticos desde una perspectiva integral.

Si bien ninguno de los profesionales lo mencionó explícitamente, se logra identificar por medio del relato que el posicionamiento de los profesionales está enmarcado desde la

perspectiva de consumo problemáticos y no desde el paradigma tradicional de adicciones ya que el sujeto responde a lo que la realidad le demanda continuamente desde su particularidad, siendo las adicciones una consecuencia de múltiples causas de las que sí hicieron referencia. Así como la importancia del sujeto en cuanto a la vinculación que establece con un determinado objeto, no mencionaron al objeto demonizado que controla al sujeto como sostiene el paradigma tradicional.

*...yo creo que si el paciente va con su voluntad no se lo puede obligar, ellos tienen que ir desde su voluntad al grupo ehh es porque realmente ese paciente quiere mejorar... (Entrevista 2)*

*...es voluntad del paciente que él venga, vuelva al grupo, digamos nosotros ya desde que el paciente está dado de alta y que se va a su casa y en su casa él tiene la toma de decisión si quiere volver o no quiere volver...*

*...El paciente puede ir espontáneamente a la guardia o al GIA si reconoce su enfermedad o reconoce que está teniendo un consumo problemático, puede asistir en forma voluntaria solo o pueden asistir sus compañeros, sus amigos, familiares, la mayoría de las veces vienen acompañados o por sus parejas... (Entrevista 5)*

### **Representaciones Sociales de lxs Profesionales de la guardia respecto al consumo problemático de alcohol**

Hay que tener en cuenta que las representaciones sociales del equipo de profesionales de la guardia que fueron entrevistados están determinadas por el ámbito en el cual se desenvuelven, siendo este, un espacio atravesado por el modelo médico hegemónico. En sus discursos se identifica que el posicionamiento está mediado, por lo que dice determinada Ley, basado en concepciones transmitidas por otros profesionales o autores leídos entre otros. Esto refleja un aspecto de la representación social: éstas se construyen de informaciones y conocimientos que recibimos y que transmitimos, a través de la comunicación, es decir, cuánto de importante tiene lo que pensamos y cómo lo comunicamos, porque a partir de eso es cómo muchos profesionales construyen sus representaciones sobre determinados objetos y ese proceso de construcción de la realidad modifica tanto al medio como al sujeto/objeto de la representación. Se puede decir que los profesionales coinciden en el análisis de que el consumo problemático de alcohol no está problematizado socialmente y sostienen que la problematización socialmente no se ha establecido por la naturalización del uso de alcohol en el departamento y aún no está inmersa la pregunta en la sociedad ¿Qué es el Consumo Problemático de Alcohol?

*...acá en el departamento hablar de consumo problemático continúa siendo un Tabú, porque muchos pacientes e incluso familiares no quieren reconocer que una persona sufre de consumo problemático... (Entrevista 1)*

...está naturalizado... (Entrevista 1)

...Está súper naturalizado el consumo de alcohol y más en el departamento. Hay personas que toman hasta cansarse... (Entrevista 2)

...en realidad está naturalizado y lo van aprendiendo como conducta... (Entrevista 3)

...No hay una población en particular es en general, si te podría decir por ejemplo que en algunos sectores del departamento donde vemos que hay como más residencia de personas de nacionalidad boliviana que ellos tienen como realmente acentuado el consumo de cerveza... (Entrevista 3)

...consumo de alcohol asociado a violencia... (Entrevista 3)

...Está naturalizado en la población en general, los jóvenes toman muchísimo y al haber mucha población Boliviana los fines de semana toman mucho y se ven peleas, accidentes. No tienen control al tomar... (Entrevista 4)

...Siiiiii Francamente el alcoholismo está naturalizado en San Carlos, tiene que ver a mi criterio por dos cuestiones, una por una cuestión social y una cuestión de moda... (Entrevista 5)

Por otro lado, el consumo de alcohol más allá de ser algo de un disfrute o darse un gusto se ha vuelto una problemática porque hay un vínculo patológico con el abuso. Debemos tener en cuenta que no es una sustancia nutritiva, sino que es una sustancia tóxica, y aunque consumamos en cantidades moderadas para que el metabolismo lo procese, no significa que no genere daños en las células de los órganos. La gente no tiene en cuenta de lo riesgoso que es hacer episodios de intoxicaciones agudas, aunque sea una vez al mes, o una vez por semana, eso genera mucho daño físico y mentalmente porque se está poniendo el foco en un objeto como forma de tapón o parche para solventar u ocultar una situación. Buscan en el alcohol un refugio en vez de mirarse para adentro y solucionar situaciones arraigadas.

... la mayoría de los casos sociales siempre están acompañados con alguna patología de base hipertensión, diabetes o tienen cirrosis hepática debido al consumo excesivo de alcohol ... (Entrevista 2)

Teniendo en cuenta que nuestro interés se centra no solo en consumo problemático sino también en las Representaciones sociales que se tienen acerca de los mismos es que tomaré el aporte que brinda Moscovici *“La representación social es una modalidad particular del conocimiento, cuya función es la elaboración de los comportamientos y la comunicación entre los individuos. La representación es un corpus organizado de conocimientos y una de las actividades psíquicas gracias a las cuales los hombres hacen inteligible la realidad física y social, se integran en un grupo o en una relación cotidiana de intercambios, liberan los poderes de su imaginación”*. (Moscovici, 1979, págs. 17-18) Es decir que son definidas como maneras específicas de entender y comunicar la realidad e influyen a la vez que son determinadas por las personas a través de sus interacciones.

Es así que las representaciones y creencias que una sociedad tiene de un fenómeno, están fuertemente condicionadas por el tipo de respuestas que dan las diversas

instituciones que forman parte de una sociedad. En este caso el Hospital se encuentra atravesado por distintas instituciones, entre ellas la institución salud y es a partir de las distintas concepciones que tiene cada profesional en cuanto a la definición de paciente social que podemos hacer mención de la diferencia entre lxs profesionales de la guardia (enfermerxs, médicxs) que llaman paciente social a toda persona que llega a la guardia cuando en realidad tienen una familia o red vincular. Es la Trabajadora Social de la guardia quien plantea dicha diferenciación.

*...en esto de casos sociales entramos a ver que muchas veces tildan a los pacientes de casos social en guardia y en realidad no son casos sociales porque tienen una familia o una red familiar o comunitaria que contenga, siiii? Caso social sería cuando el paciente está solo no tiene a ninguna red social bueno ahí configuraría un caso social... (Entrevista 3)*

### **Causas por la que no se solicita Demanda de Atención Profesional frente al Consumo de Alcohol**

De acuerdo a los datos arrojados por la mayoría de lxs profesionales de la guardia, podemos dar cuenta que las causas por la que no se solicita atención profesional frente al consumo de alcohol tiene que ver con la vergüenza y el estigma social por parte de la población. Al ser un departamento en donde la mayoría de la población se conoce está muy presente el estigma social que en el contexto de la salud es la asociación negativa entre una persona o un grupo de personas que comparten ciertas características y/o una enfermedad específica. Esto puede significar que las personas sean etiquetadas, estereotipadas, que se las discrimine, que se las trate por separado y/o que experimenten una pérdida de estatus debido a una percibida conexión con una enfermedad, en este caso el alcoholismo. Este tipo de trato puede afectar negativamente a quienes tienen la enfermedad, así como a quienes los cuidan, a sus familias, amigos y comunidades. Las personas que no tienen la enfermedad, pero comparten otras características con ese grupo, pueden también sufrir estigmatización.

*...Es complicado ese tema porque es un tema tabú y las personas que sufren de alcoholismo les da vergüenza porque todos nos conocemos.... (Entrevista 1)*

*...La mayoría no demandan atención... por ese motivo no llegan a la guardia y tampoco sus familiares se acercan a pedir asesoramiento, muchos de ellos llegan cuando ya se les manifiesta alguna enfermedad crónica como por ejemplo cirrosis... (Entrevista 1)*

*...el estigma social que continúa teniendo, mirá que contradictorio porque por un lado esto que yo te decía recién como que socialmente está aprobado el consumo, lo promocionan, está naturalizado, pero por otro lado si alguien está con un problema de consumo problemático de alcohol se siente mal mirado, estigmatizado de vergüenza de.... El qué dirán en el pueblo... (Entrevista 3)*

*...Las causas por la que no se solicita atención profesional es en primer lugar la vergüenza, somos un departamento chico y el qué dirán pesa mucho. Al estar naturalizado también lo ven como normal si tomo todos los fines de semana no pasa nada. Y después tenemos accidentes todos los fines de semana... (Entrevista 4)*

*...Muchos no solicitan atención profesional por vergüenza, porque en San Carlos todos se conocen. Hay que asumir que el alcoholismo es una enfermedad... (Entrevista 5)*

Por otro lado, tenemos lxs pacientes que si solicitan atención en el GIA pero no porque quieran sanar sino por alguna causa mayor como lo es el juzgado.

*...Muchos de estos pacientes que asisten al GIA o que demandan intervención también están motivados por una causa mayor como lo es el juzgado, más que motivados obligados porque le quitaron el vehículo, entonces vienen desesperados al GIA, asisten los lunes con frecuencia en la búsqueda de un certificado para presentarlo y después no vuelven más, no asisten al GIA porque quieren sanar sino lo hacen porque quieren el certificado para presentar... (Entrevista 3)*

### **Aportes e Intervención que se realiza desde los Profesionales de la Guardia y la Trabajadora Social frente al consumo problemático de alcohol**

El comienzo de toda intervención profesional constituye un proceso metodológico que como expresa Rozas Pagaza (1998) implica tres momentos: inserción, diagnóstico y planificación.

*La inserción implica el acercamiento a la trama social que los sujetos establecen en su vida cotidiana con relación a la satisfacción de sus necesidades. (...) También implica iniciar el conocimiento de dicho contexto particular, a fin de establecer una ubicación profesional y una mirada estratégica de dicha ubicación. (Rozas 1998: 77).* Consideramos fundamental tener en cuenta este proceso ya que la inserción implica deconstruir la compleja trama problemática por la cual atraviesan los sujetos con los cuales intervenimos.

Ubicarse en un espacio, implica conocer e indagar acerca de los distintos agentes que intervienen en determinado contexto, o bien institución. Es por ello que considero necesario indagar acerca de las lógicas que se dan en una determinada institución, lo cual implica conocer las formas de relacionarse, los distintos capitales puestos en juego en función de las posiciones que ocupan los actores (sujetxs, profesionales, contexto, institución).

A la hora de mencionar las lógicas que se dan en un espacio, es necesario hacer alusión al campo problemático, ya que *la intervención profesional es un proceso que se construye a partir de las manifestaciones de la cuestión social y dichas manifestaciones son las coordenadas que estructuran el campo problemático. (Rozas 2001:1)*

Si como profesionales se apela a un posicionamiento crítico, esto implica tener permanentemente una actitud interrogativa, investigativa y reflexiva de nuestra intervención profesional, y en ella es fundamental tener la capacidad política de poder jugar con los distintos actores que forman parte del escenario en el cual vamos a

intervenir.

De acuerdo a los datos arrojados por las enfermeras del servicio de guardia podemos observar que una vez que el paciente ingresa por emergencia se les realiza RAC (Recepción, Atención, Clasificación) para evaluar el estado en el cual ingresa. Luego pasa a evaluación con el médico de guardia y de acuerdo a su diagnóstico se decide internación o externación.

Conforme a lo referido por lxs profesionales (enfermerxs), desde la guardia se les informa a los pacientes o familiares cuando los mismos llegan acompañados, de la existencia del grupo GIA, pero queda a voluntad del paciente o algún familiar o persona de su red vincular si quiere o quieren asistir.

*...Una vez que llegan al hospital se lleva a cabo la atención necesaria y si el paciente lo requiere se articula con el grupo GIA del Hospital quien hace acompañamiento, pero, es voluntario y puede asistir el paciente o familiar... (Entrevista 1)*

*...nosotros hacemos el control de los signos vitales, tratamos de averiguar lo que más podemos sobre sus antecedentes, a veces tenés pacientes participativos y a veces no participativos, depende también del estado de ebriedad porque si están muy alcoholizados esos pacientes a veces son un poco agresivos, entonces les hacemos el control y dejamos que ellos se estabilicen, se relajen un poco y le hacemos el interrogatorio y después evaluado por el médico de la guardia que los evalúa... a veces los pacientes cuando ellos nos insinúan de que necesitan ayuda nosotros les hablamos del grupo GIA sí? A veces cuando está de turno la licenciada Luci que ella es la que está encargada del grupo GIA ella a veces viene habla con los pacientes y ahí se le hace la interconsulta con la Luci... (Entrevista 2)*

Cuando hablamos de pacientes que pasan a internación, que en su mayoría son pacientes sociales el abordaje es distinto, desde la guardia se le hacen las primeras atenciones, luego es evaluado por el médico de la guardia quien decide internación del paciente, cuando queda internado se articula con lxs profesionales que están al frente del GIA y la trabajadora social quienes les hacen un seguimiento, y se les informa del grupo GIA y salud mental independientemente de su voluntad.

*...si el paciente pasa a internación y queda internado ya es como un abordaje independientemente de su voluntad o sea lo vamos a ver si o si se le sugiere, se le hace la articulación con el GIA si es necesario también con salud mental... (Entrevista 3)*

*...Lucía que es quien está al frente del GIA le hace un seguimiento y les habla del grupo GIA o a sus familiares o quien acompañe... (Entrevista 4)*

Al hablar de los GIA, los mismos abordan la matriz social del proceso de alcoholización no sólo porque programan su actividad preventiva hacia la sociedad, sino también porque hacen una lectura del camino social del enfermar. Son grupos donde se habla en primera persona singular, ya que en el recuperar la propia verdadera historia está quizás la mayor contribución a comprender la historia de todos. El GIA está compuesto



por seres humanos identificados por su adicción.

Por el momento el GIA funciona los días lunes con una atención discontinua, ya que es una sola vez a la semana y en caso de requerir el servicio en algún otro momento de la semana el paciente es contenido por los médicos, trabajadora social, psicólogos hasta el día del funcionamiento del grupo.

Al ser grupos cuyo ámbito es el hospital, quedan inscriptos en la vida cotidiana de dicha institución, definir a los GIA como parte de la tarea del hospital, implica que dichos grupos participen de la vida cotidiana y del ordenamiento de dicha institución.

Que los GIA funcionen en el hospital, más allá de ser un grupo terapéutico también afirma la existencia de la enfermedad como uno de los problemas cruciales que a diario requiere de respuesta sanitaria.

*...Afortunadamente nuestro dispositivo que funciona en el hospital Tagarelli los días lunes a partir de las 10 de la mañana tiene totalmente abierta la entrada al que quiera ir porque no es necesario pedir turno, se va espontáneamente, se llega en ese horario en lo posible 15 minutos antes para hacerle una admisión y una pequeña entrevista y a las 10 en punto comienza la reunión, lo importante es no llegar tarde para no interrumpir cuando ya estamos en cesión, no hay que olvidar que es una cesión de psicología de grupo, es terapéutica que no se puede interrumpir y dura aproximadamente una hora y veinte... (Entrevista 5)*

No es posible caracterizar la lógica institucional sin analizar el contexto pos neoliberal, en donde aún rezagos del proyecto neoliberal imperan cuando las personas se diferencian por lo que poseen. También cuando sabemos que los destinatarios, a quienes proveen servicios y asistencia el Estado son por lo general poblaciones empobrecidas. Es decir, no se trata solo de personas que no poseen cobertura social, sino que esta misma condición viene acompañada de la dificultad de acceso al trabajo formal, a la educación formal de nivel secundario y superior, de la exclusión social y la marginalidad en su vida cotidiana. Y frente a esto nos encontramos con un Estado mínimo, que no garantiza el suficiente presupuesto para salud, educación y una población que no puede acceder a servicios que provee el mercado.

*...De que saben los profesionales de la guardia que está el GIA, que funciona y todo el tema si saben, ahora yo no te puedo asegurar que se toman el tiempo para hacerle entender al paciente que es necesario que venga y muchos no vienen por vergüenza, si bien acá más allá del GIA no hay un abordaje completo en consumo problemático porque la realidad es que no lo hay. Ehhhhh nosotros este año con Veronica hemos trabajado dos pacientes en conjunto con la doctora Castillo que es psiquiatra que vienen muy bien, consumos distintos, eh que vienen bastante bien aunque siempre es esperable la recaída porque vos acordate que lo que tenemos acá sino es el GIA es el CPA que está en Tunuyán y la realidad es que el tratamiento se cae, acá debería haber un CPA como también debería haber un infante, o sea acá el único abordaje que hay como oficial es el GIA, me entendés el cual trabaja una vez en la semana en forma grupal.*



*Nosotros te vuelvo a decir hemos trabajado con Veronica y con Virginia que van bien pero la verdad que lo hicimos de... haber de metidas, de onda... (Entrevista 3)*

Se puede observar que la autonomía del profesional en la prestación de servicios se ve limitada y dentro de las posibilidades de políticas de salud para abarcar dicha problemática ha habido un recorte de presupuesto faltando tantos recursos materiales como humano.



## CAPITULO VII

### “CONCLUSIÓN”

En el presente estudio, me propuse como objetivo general “Conocer la intervención y representaciones sociales que tienen lxs profesionales de la Guardia del Hospital Victorino Tagarelli respecto al consumo problemático de alcohol en pacientes sociales que son aquellas personas que se encuentran en situación de calle y la relación que éstas tienen con la demanda de intervención profesional del GIA durante el primer

semestre del año 2022”. Considero que dicho objetivo, ha sido cumplido, valiéndome de la metodología propuesta, obteniendo datos relevantes que permitieron llegar a las conclusiones y propuestas de la investigación.

Recuperaré los objetivos específicos a fin de dar cuenta de cada uno de ellos. El primero consistió “Identificar las representaciones sociales de lxs profesionales de la Guardia, del Hospital Victorino Tagarelli acerca del consumo problemático de alcohol en pacientes sociales”. Debido a que *“Las representaciones sociales son, por lo tanto, construcciones colectivas que funcionan de manera cotidiana”* (Montesinos, 2015, pág. 55) y que implican modos de percibir y comprender la realidad y a los otros, se puede identificar que las representaciones de los profesionales de la guardia están determinadas por el ámbito en el que se desenvuelven, siendo este, un espacio atravesado por el modelo médico hegemónico y por la institución salud y cada profesional de la guardia tiene una concepción diferente en cuanto a la definición de Paciente Social. Enfermeros y Médicos llaman paciente social a toda persona que llega a la guardia cuando en realidad muchos de ellos tienen una familia o red vincular. La Trabajadora Social de la guardia es quien plantea dicha diferenciación.

*...en esto de casos sociales entramos a ver que muchas veces tildan a los pacientes de casos social en guardia y en realidad no son casos sociales porque tienen una familia o una red familiar o comunitaria que contenga, siii? Caso social sería cuando el paciente está solo no tiene a ninguna red social bueno ahí configuraría un caso social... (Entrevista 3 – Trabajadora Social)*

Se puede decir que lxs profesionales coinciden en el análisis de que el consumo problemático de alcohol no está problematizado socialmente y sostienen que la problematización no se ha establecido debido a la naturalización del consumo de alcohol en el Departamento.

*...Está súper naturalizado el consumo de alcohol y más en el departamento. Hay personas que toman hasta cansarse... (Entrevista 2 - Enfermera)*

*...Siiiiii Francamente el alcoholismo está naturalizado en San Carlos, tiene que ver a mi criterio por dos cuestiones, una por una cuestión social y una cuestión de moda... (Entrevista 5 - Médica del grupo GIA)*

En lo que concierne al objetivo “Describir la prevalencia de consumo problemático de alcohol en pacientes sociales y los factores que inciden en ella” se puede decir que la mayoría de lxs profesionales coinciden en que la prevalencia del consumo de alcohol de la población en general se da en fechas puntuales como lo son las fiestas de fin de año, la fiesta de la tradición y los fines de semana.

*...El consumo de alcohol en el departamento aumenta, de acuerdo a las atenciones que tenemos en la guardia, considerablemente para las fiestas de fin de año, las fiestas locales, fines de semana, que es cuando vienen a la guardia... por ejemplo la fiesta de la tradición, que es cuando más toma la población... (Entrevista 1 - Enfermera)*

Tenemos al profesional que habla de ciertos meses donde se puede observar el aumento del consumo de alcohol en pacientes, a lo que ella denomina brote y lo asocia a la depresión, problemas de salud mental.

*...Hay ciertos meses como por ejemplo marzo, agosto, septiembre, diciembre donde se pueden ver brotes en los pacientes que llegan a la guardia... (Entrevista 4 - Enfermera)*

Por último, tenemos a lxs pacientes que están todas las semanas en la guardia por el consumo de alcohol, en su mayoría pacientes sociales, pacientes que sufren diferentes dificultades como deterioro en la salud física, mental, ruptura de lazos afectivos, familiares debido a su problemática.

*...Hay un alto porcentaje de pacientes que llegan a las guardias por problemas de alcohol, acá en la guardia muchos de los pacientes sociales los tenemos todas las semanas... (Entrevista 5 – Médica del GIA)*

En cuanto a los factores que intervienen, en general lxs profesionales afirman que se debe a situaciones personales, como así también factores familiares, sociales y el contexto en el que llevan a cabo su vida cotidiana.

*...Hay muchos factores que inciden, como por ejemplo amistades, problemas familiares, emocionales, no saber que quieres de tu vida, sentir un vacío... (Entrevista 4 - Enfermera)*

En cuanto al objetivo “Constatar qué aportes se realizan desde el Trabajo Social y profesionales de la salud en dicha problemática” conforme a lo referido por lxs profesionales (enfermerxs) desde la guardia se les informa a los pacientes ambulantes o familiares cuando llegan acompañados, de la existencia del grupo GIA pero queda a voluntad del paciente o algún familiar o persona de su red vincular si quiere o quieren asistir.

*...Una vez que llegan al hospital se lleva a cabo la atención necesaria y si el paciente lo requiere se articula con el grupo GIA del Hospital quien hace acompañamiento, pero, es voluntario y puede asistir el paciente o familiar... (Entrevista 1 - Enfermera)*

Cuando hablamos de pacientes que pasan a internación, en su mayoría pacientes sociales, el abordaje es distinto ya que se articula directamente con lxs profesionales que están al frente del GIA y la trabajadora social, quienes les hacen un seguimiento independientemente de su voluntad.

*...si el paciente pasa a internación y queda internado ya es como un abordaje independientemente de su voluntad o sea lo vamos a ver si o si se le sugiere, se le hace la articulación con el GIA si es necesario también con salud mental... (Entrevista 3 – Trabajadora Social)*

En general la autonomía del profesional en la prestación de servicios se ve limitada y dentro de las posibilidades de políticas de salud para abarcar dicha problemática ha

habido un recorte de presupuesto, faltando tanto, recursos materiales como humano, lo que llevó a cuestionarme ¿A qué lógica responden los objetivos institucionales? ¿Cuáles son los discursos institucionales que se generan desde los objetivos del servicio y la práctica profesional? Responder a estas preguntas permitirá dar luz a cuestiones que parecen estar ocultas y que de alguna forma permiten u obstaculizan el quehacer profesional.

El concepto de institución alude a un cuerpo social normativo, decantado de significados colectivamente producidos e instituidos por consenso e identificación. La institución comprende un organigrama, reglamentos, programas, recursos, etc. Pero no son obras al azar, sino que son parte de una estructura social, son mecanismos a través de los cuales se llevan a cabo determinados programas.

El proceso de investigación se encontró atravesado por la institución salud y quien avala la efectivización de la política salud como garante de su cumplimiento es el Estado y nos encontramos frente a un estado mínimo que no garantiza el suficiente presupuesto para la salud.

En relación al objetivo “Analizar las explicaciones de lxs profesionales de la Guardia del Hospital Victorino Tagarelli sobre las causas por las que no solicitan demanda profesional frente al consumo problemático de alcohol” podemos dar cuenta que las causas por la que no solicitan la atención profesional tiene que ver con la vergüenza y el estigma social por parte de la población ya que al ser un departamento en donde la mayoría de la población se conoce está muy presente en el pensamiento de toda persona el qué dirán, el que piensa el otro de mí, el creer que será señalado por su situación y muchos de ellos llegan no por su problemática de alcohol sino por sufrir alguna otra enfermedad crónica como lo es la cirrosis u otro tipo de enfermedad producto del alcohol.

*...La mayoría no demandan atención... por ese motivo no llegan a la guardia y tampoco sus familiares se acercan a pedir asesoramiento, muchos de ellos llegan cuando ya se les manifiesta alguna enfermedad crónica como por ejemplo cirrosis... (Entrevista 1 - Enfermera)*

*...el estigma social que continúa teniendo, mirá que contradictorio porque por un lado esto que yo te decía recién como que socialmente está aprobado el consumo, lo promocionan, está naturalizado, pero por otro lado si alguien está con un problema de consumo problemático de alcohol se siente mal mirado, estigmatizado de vergüenza de.... El qué dirán en el pueblo... (Entrevista 3 – Trabajadora Social)*

El último objetivo establecía “Identificar la satisfacción de lxs pacientes/familias que conforman el grupo GIA y han sido atendidxs en la guardia del Hospital Victorino Tagarelli respecto al servicio que prestan” Frente a este objetivo nos encontramos con la historia de un paciente que compartió su historia en un diario local, en el que cuenta



que pintó su parripollo y le puso por nombre GIA en agradecimiento al grupo que lo ayudó a salir del alcoholismo. Edgar fue una persona alcohólica por 15 años y como consecuencia estuvo a punto de perderlo todo. Asistió al grupo porque su esposa comenzó a buscar ayuda, en un principio le costó, pero entendió que debía buscar ayuda porque solo no iba a poder y así fue que comenzó a asistir por su voluntad todos los lunes por un año en busca de recuperarse y lo logró, pudo mejorar la relación con su esposa, sus hijos y encontrar la paz que no tenía. Por último, él cuenta que en lo personal no siente vergüenza, al contrario, siente orgullo y es un gran logro por eso lo cuenta abiertamente e invita a todo aquel que esté atravesando una problemática de alcohol que se acerque al grupo GIA.

Para dar fin a dicha investigación terminaré con una conclusión personal y diré que el aprendizaje que adquirí en dicha investigación, es reconocer la importancia que tiene no solo tener un posicionamiento crítico en la intervención profesional, sino que también es vital poder percibirse como actores políticos, agentes de cambio.

No cabe duda que estamos frente a un desafío constante en la búsqueda por reivindicar la importancia del rol del trabajador social en esta área y los aportes enriquecedores desde nuestra profesión en pos de un abordaje más integral para el paciente y su familia.