

Universidad Nacional de la Patagonia San Juan Bosco
FACULTAD DE HUMANIDADES Y CIENCIAS SOCIALES
LICENCIATURA EN TRABAJO SOCIAL

TESIS DE GRADO PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN TRABAJO SOCIAL

**“Centros de Día: la intervención del Trabajador Social en la rehabilitación de
adolescentes con consumo problemático de sustancias en la Ciudad de San Rafael,
Mendoza durante los años 2011 y 2012.**

María Mabel Guinsburg

Directora: Lic. Sandra Beatriz Garazzino.

Co Directora: Mg. Ana lía Pomes.

2020

Agradecimientos.

“Yo soy otros.”

Antonin Artaud.

- A Amir, mi hijo, con quien he compartido este proceso que es el cierre de un ciclo interno importante y transgresor del cual él ha sido mi mayor inspiración y motivación.
- A Mecha, amiga y Directora, la alegría de compartir este momento no tiene dimensión, tu certeza y tus palabras acompañan cada parte de este escrito.
- A Ana Lia, por sus aportes y confianza, por reforzar la mirada compleja y comprensiva.
- A mi familia, Mabel, Yayo, Agus y Luji... aún desde las diferencias pudimos re-construir nuestras historias y acá estoy escribiendo para concluir amorosamente un ciclo de vida del cual ustedes han sido una parte fundamental.
- A Angie, corazón único, lleno de amor, de enseñanza, de vida y de música. ¡Gracias!

RESUMEN.

La presente tesis se basa en la investigación en relación al abordaje de la intervención del Trabajador Social en la rehabilitación de adolescentes con consumo problemático de sustancias en la ciudad de San Rafael, Mendoza.

A través del análisis de la experiencia se busca profundizar sobre las distintas intervenciones del Trabajador Social en lo que implica la rehabilitación de las personas que han sido parte del Centro de Día, como también invita a re pensar las distintas estrategias por las que se pueden llevar a cabo diferentes cursos de acción que propicien la elección de una vida saludable, comprendiendo que el concepto de Adicción trasciende al consumo en sí mismo.

La investigación propone comprender que los cambios físicos y emocionales de la adolescencia se manifiestan en dificultades en sus vidas cotidianas y colocan al adolescente en una etapa de extrema vulnerabilidad, lo cual hace que pueda considerarse a la adolescencia como un factor de riesgo para diferentes trastornos que incluyen el abuso de sustancias.

Puesto que el consumo problemático en adolescentes presenta una enorme complejidad tanto en sus causas como en sus consecuencias individuales y sociales, su abordaje debe ser multidisciplinario, para abrir un camino posible de transformación y reparación. Dentro de los profesionales encargados de la compleja tarea de rehabilitación, el profesional de Trabajo Social representa uno de los pilares fundamentales para lograr el éxito. Y es especialmente importante en el contexto de los Centros de Día, que constituyen una alternativa a los centros de internación, en el que se realizan actividades, tanto educativas como de esparcimiento, que tienen como objetivo brindar herramientas para trascender la situación de consumo problemático y evitar recaídas.

Para ello se realizará un trabajo de campo que incluirá el análisis del funcionamiento de un Centro de Día y la realización de entrevistas a los profesionales del centro, así como a los adolescentes afectados con esta problemática que concurren al mismo.

Palabras claves: trabajo social, adolescencia, adicciones, centro de día.

ÍNDICE.

| | |
|--|----|
| Carátula | 1 |
| Resumen | 2 |
| Índice | 3 |
| Agradecimientos | 5 |
| Introducción | 6 |
| Capítulo I. | |
| LA ADOLESCENCIA COMO CUESTIÓN SOCIAL COMPLEJA | 11 |
| 1.1 Adolescencia | |
| Capítulo II. | |
| POLITICAS DE ESTADO RESPECTO A LOS ADOLESCENTES | 15 |
| 2.1 Salud Mental en Argentina. Marco Legal y su necesaria vinculación a los Derechos Humanos y Políticas Públicas. | |
| Capítulo III. | |
| EL CAMPO DE LA DROGADICCIÓN | 19 |
| 3.1 Consumo de sustancias | |
| 3.1.1 Reseña Histórica | |
| 3.2 Patrones de Consumo de Acuerdo a la Mirada Médica, Ética y Jurista | 22 |
| 3.2.1 Criterios de Clasificación de Dependencia | 23 |
| 3.3.2 Criterios de Clasificación de Abuso | 24 |
| 3.3.3 Clasificación de Sustancias | 25 |
| 3.4 La Prevención Inespecífica en el Campo de la Drogadiccción | 27 |
| Capítulo IV | |
| LA INTERVENCIÓN SOCIAL COMO DISPOSITIVO | |
| 4.1 Una aproximación a la construcción del concepto | 31 |
| 4.2 El Centro de Día como Dispositivo Institucional Ambulatorio | 34 |
| 4.2.1 Características Generales del Centro de Día | 36 |
| 4.2.2 Características Generales de los Adolescentes que concurren al Centro de Día | 37 |
| 4.3 Beneficios que provee este tipo de dispositivo para la recuperación | 38 |
| 4.3.1 La mirada de los Profesionales | |
| 4.3.2 La mirada de los adolescentes | 41 |
| 4.3.3 La mirada de una ex paciente | 46 |

| | |
|---|----|
| 4.4 Las intervenciones de la Trabajadora Social | 47 |
|---|----|

Capítulo V

PROPUESTAS DE INTERVENCION DESDE EL TRABAJO SOCIAL

| | |
|--|----|
| 5.1 El Trabajo Social y la Intervención Interdisciplinaria | 49 |
|--|----|

| | |
|------------------------------|----|
| 5.2 Actividades Terapéuticas | 55 |
|------------------------------|----|

5.2.1 Dispositivo Grupal

| | |
|-------------------|----|
| 5.3 El Psicodrama | 57 |
|-------------------|----|

| | |
|--|----|
| 5.3.1 Bases Filosóficas del Psicodrama | 58 |
|--|----|

| | |
|--------------|----|
| CONCLUSIONES | 61 |
|--------------|----|

| | |
|--------|----|
| ANEXOS | 64 |
|--------|----|

| | |
|--------------|----|
| BIBLIOGRAFÍA | 87 |
|--------------|----|

INTRODUCCIÓN.

El consumo problemático de sustancias psicoactivas representa una trama compleja social de grandes dimensiones. Estas sustancias son compuestos químicos de origen natural o sintético, que afectan a las funciones del sistema nervioso, y pueden ser utilizados esporádicamente, aunque no exento de riesgos, como de manera crónica.

Este problema se enmarca en la sociedad actual que presenta características, como el consumismo, la fascinación por la velocidad y la búsqueda por la evasión, que pueden llegar a promover el consumo así como dificultar la recuperación.

En este contexto desfavorable, la adolescencia representa un factor de riesgo para el abuso de sustancias. Los cambios físicos y emocionales de esta etapa acarrearán dificultades tanto en el centro de vida como en otros espacios que hacen a la vida cotidiana. Se forjan en esta etapa los rasgos de la personalidad e identidad individuales. Así como también ocurre una maduración social para la que el adolescente explora distintos grupos de pertenencia que le otorguen el sentido comunitario. Estos cambios y transformaciones colocan al adolescente en una etapa de extrema vulnerabilidad, con un aumento de las tasas de suicidio, de embarazos no planificados, de trastornos alimenticios y de consumo problemático de diferentes sustancias psicoactivas.

Un informe del Observatorio Argentino de Drogas [OAD] (2017) notificó que la edad de inicio de consumo de sustancias psicoactivas disminuye de manera alarmante. Este trabajo, que incluyó 18.960.593 personas de entre 12 y 65 años de todo el país, indicó que el consumo de marihuana tiene una edad promedio de inicio entre los 18 y 19 años mientras que el de cocaína es de 20 años. Respecto al consumo de sustancias no ilícitas, el informe reveló que más del 79% de la población al llegar a los 18 años ya había fumado tabaco al menos una vez y que el 77 % ya había consumido alguna bebida alcohólica. Ministerio de Salud. Argentina (2017).

Más preocupante aún es el hecho de que más de la mitad de los niños y adolescentes estudiados manifestaron que les sería fácil conseguir marihuana en 24 horas, mientras que un tercio reveló que sería fácil conseguir cocaína en 24 horas.

La creciente tolerancia social y la disminución de la percepción del riesgo vinculado con el consumo de drogas que produce una falsa idea de inocuidad de estas sustancias, facilita el primer contacto y el consumo tanto ocasional como crónico.

Una vez establecido el primer contacto con este tipo de sustancias, no es infrecuente incurrir en el abuso, es decir su uso inadecuado respecto a su cantidad, frecuencia o finalidad, y la dependencia, es decir la necesidad física y/o psicológica de consumirla.

Su tratamiento incluye una gran variedad de alternativas entre las que se encuentran los Centros de Día (CDD), que representan dispositivos diurnos en los que se ofrecen atención y asesoramiento personalizados, acorde a la realidad de cada persona, así como actividades educativas y recreativas grupales.

Puesto que el consumo problemático de sustancias en adolescentes presenta una enorme complejidad tanto en sus causas como en sus consecuencias individuales y sociales, su abordaje debe ser multidisciplinario. Dentro de los profesionales encargados de la tarea de rehabilitación, el Trabajador Social (TS) representa uno de los pilares fundamentales para lograr el éxito. Y es especialmente importante en el contexto de los CDD, en el que se realizan actividades que tienen como objetivo brindar herramientas para trascender el problema y evitar recaídas. El TS no solo sirve de apoyo en el día a día, sino que brinda una valoración calificada sobre la problemática en general, tomando en cuenta aspectos del contexto familiar y soporte social que rodea al adolescente.

En el terreno de la construcción de dispositivos frente a un problema social, la intervención implica una serie de problemas que orientan nuevamente la mirada a la singularidad de las poblaciones sobre las que se pretende intervenir. Por una parte, se hace necesario un mayor conocimiento del contexto, lo que implica una profunda mirada hacia lo local. Por otra parte, se hace necesario, hacia dentro de los equipos de trabajo, generar una serie de acuerdos mínimos, en función de definir qué es la drogadicción, cuál es la modalidad de tratamiento a la que se adscribe y qué tipo de prevención se propone. En definitiva, implica optar por el lugar al que se le asignará el protagonismo de las acciones, esto es, la sustancia "droga" o el sujeto insertado en un contexto histórico social. Carballada, Alfredo (2008)

La investigación en Trabajo Social es de importancia como actividad de búsqueda, argumentación y producción de conocimiento. Según Margarita Rozas Pagaza (1998) se puede visualizar la investigación en tres niveles: la investigación básica que busca avanzar en el conocimiento de la intervención y la disciplina, la investigación sobre los campos problemáticos que da cuenta de la lucha por la satisfacción de necesidades de los sujetos en su vida cotidiana, y la actitud investigativa vinculada a la comprensión empírica e intelectual del objeto de intervención.

El proceso de investigación se inició con la selección del tema a partir de una pasantía de segundo año de la carrera de Trabajo Social en el marco del Grupo GIA en el Hospital

Regional de Comodoro Rivadavia; esta pasantía se articuló con la cursada de la Licenciatura en Trabajo social lo que permitió ir realizando una praxis integrando teoría y práctica y también la experiencia realizada por la tesista, en el Centro de Día en la Ciudad de San Rafael durante los años 2011 y 2012.

Para conocer el contexto teórico sobre la temática se recolectó información bibliográfica sobre trabajo social, adolescencia, adicciones y Centros de Días de distintas fuentes: libros, revistas, artículos, trabajos de investigación, diarios, entre otros.

Ahora bien, en el proyecto de tesina se plantearon las siguientes preguntas de investigación:

- ¿Cómo es el funcionamiento de un Centro de Día?
- ¿Cómo es percibido el trabajo del Trabajador Social por los demás integrantes del equipo de trabajo?
- ¿Cuál es la importancia que le otorgan al Trabajador Social los adolescentes que concurren al centro?
- ¿Cuáles son los aportes del Trabajador Social a esta problemática?
- ¿Cuál es la importancia del abordaje interdisciplinario?
- ¿Qué estrategias podrían mejorar el funcionamiento del Centro de Día?
- ¿Cuáles son los fundamentos jurídicos en los que se ampara la intervención del Trabajador Social en relación a los Derechos Humanos?

Y se establecieron como objetivos:

- Objetivo General: estudiar el papel del Trabajador Social en el proceso de recuperación de adolescentes en situación de consumo problemático de sustancias en el contexto de un Centro de Día en la ciudad de San Rafael, Mendoza.
- Objetivos Específicos:
 - Analizar el funcionamiento de un Centro de Día de la ciudad de San Rafael, Mendoza.
 - Indagar sobre las alternativas y los beneficios que provee este tipo de dispositivos institucional para la recuperación de adolescentes con consumo problemático de sustancias.
 - Identificar estrategias que mejoren la calidad de atención e incrementen los

buenos resultados en cuanto a la recuperación.

- Analizar las intervenciones del Trabajador Social en casos particulares.

El campo de investigación seleccionado fue el Centro de Día “Nehuen”, dado que fue en este espacio en donde se pudieron conocer las distintas historias de vida de los adolescentes que pertenecían a dicho lugar y realizar así la escucha activa necesaria y tan enriquecedora.

Posteriormente se registraron relatos, acciones y diálogos desde una actitud investigativa. El contacto con los informantes claves posibilita la comprensión de la trama social (Rozas Pagaza, 1998), por lo que se realizaron entrevistas semi-estructuradas a los referentes de la institución. La información otorgada por estos sobre los adolescentes, las adicciones, la intervención del trabajador social y el centro de día posibilitó profundizar el conocimiento del campo problemático.

Así también, se utilizaron las técnicas de observación, entrevistas y recolección bibliográfica. Sin embargo, el centro de la investigación estuvo focalizado en las entrevistas semi-estructuradas a los adolescentes que concurrían al centro de día para conocer, comprender y analizar sus relatos de vida.

Entonces, se realizaron 7 entrevistas semi-estructuradas tanto a los adolescentes que concurrían al Centro de Día, como a los integrantes del equipo técnico del mismo espacio terapéutico. De los cuales, 4 eran de género femenino y 3 de género masculino. La metodología utilizada fue predominantemente cualitativa.

Considerando que la investigación cuantitativa, por si sola, resulta insuficiente para acceder a la perspectiva de los sujetos implicados en los procesos sociales; entendiendo que la investigación cualitativa nos permite el conocimiento de la realidad social, integrando sujeto y objeto, haciendo posible la comprensión de sus vínculos y sus interacciones.

Como forma de registro para las entrevistas se utilizó la grabación, previo consentimiento de los entrevistados. A fin de realizar el procesamiento de los datos obtenidos, inicialmente se des grabaron y transcribieron cada una de las entrevistas, para luego realizar una lectura en profundidad de lo escrito y así lograr diferenciar los principales ejes temáticos desarrollados. Este tipo de procesamiento, característico de los diseños cualitativos, se denomina codificación abierta. Aquí se busca clasificar los contenidos en base a las similitudes con el marco teórico. Hernández Sampieri et al., (2014).

Tal como sostienen Hernández Sampieri, et al., (2014), en la investigación cualitativa la recolección y el análisis de los datos ocurren prácticamente en paralelo. Así, a fin de completar el objetivo de este proyecto se realizó el análisis de los datos recolectados. El análisis

cuantitativo es sumamente contextual, consiste en estudiar cada dato en sí mismo y en relación con los demás. Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2014).

La presente tesina se estructura en 5 capítulos: En el primer capítulo se desarrolla el concepto de adolescencia como cuestión social compleja, tomando datos de la OMS como también del Observatorio de Drogas en lo que implican las características de esta etapa de vida.

Además se toma la concepción que brinda Carballada en torno al ser adolescente en la sociedad actual; las dificultades de estar inmersos en un sistema que sin lugar a dudas dirige todo hacia un camino de satisfacción inmediata, dejando de lado las necesidades reales de estos adolescentes que hoy encuentran herramientas dentro de un sistema de consumo atroz.

En el capítulo II se desarrollan las Políticas de Estado respecto a los adolescentes, en relación a la Salud Mental en Argentina, el marco legal vigente y su necesaria vinculación a los DD.HH. y Políticas Públicas.

En el capítulo III se presenta el campo de la drogadicción, describiendo la mirada médica, ética y jurista como también la prevención inespecífica.

En el capítulo IV se toma el concepto de la intervención social como dispositivo. Además se pone de manifiesto el análisis del CDD como dispositivo institucional ambulatorio, como también se expresan las distintas miradas de quienes han sido parte del CDD analizado.

Por último, en el capítulo V se plantean las propuestas de la intervención desde el Trabajo Social, la intervención interdisciplinaria y se hace referencia a la importancia de las actividades terapéuticas como los dispositivos grupales y el Psicodrama.

CAPÍTULO I: LA ADOLESCENCIA COMO CUESTION SOCIAL COMPLEJA.

1.1 Adolescencia.

La OMS (Organización Mundial de la Salud) describe a la adolescencia como una etapa que se extiende entre los 10 y 19 años, y que coincide con la pubertad. En esta etapa se experimentan cambios físicos como el aumento de la masa corporal, el desarrollo sexual y la aparición de los caracteres sexuales secundarios. Pero también se caracteriza por cambios en aspectos psicológicos como la búsqueda de la identidad, necesidad de independencia pero a su vez de pertenencia grupal, entre muchas otras. Rubio Prado, R. (2000).

Estas verdaderas transformaciones hacen de la adolescencia una etapa trascendental en la vida de una persona, que determina el surgimiento de conflictos tanto internos como con sus vínculos.

A su vez, estas características están atravesadas por el momento histórico y la sociedad en la que el adolescente se encuentra inmerso. Diferentes autores han incluido la importancia del entorno en la problemática adolescente; como Bandura, quien estudió la influencia negativa de los compañeros y de los adultos significativos que actúan como modelos consumidores. Bandura, A. (1977).

Todas estas características colocan al adolescente en una situación de vulnerabilidad que le posibilita a caer en problemáticas como el consumo de sustancias. En nuestro país, más del 79% de la población al llegar a los 18 años ya ha fumado tabaco al menos una vez y el 77 % ya ha consumido alguna bebida alcohólica. A su vez el consumo de marihuana tiene una edad promedio de inicio entre los 18 y 19 años mientras que el de cocaína es de 20 años. Todo esto propiciado por la gran facilidad para conseguir todo tipo de sustancias y la aceptación social que existe hacia las drogas no ilícitas. Ministerio de Salud. Argentina. (2017)

Existen diferentes factores de riesgo para el consumo de sustancias. Por un lado se encuentran los que se relacionan con el entorno más cercano del individuo. La familia, por ejemplo, puede influir tanto positiva como negativamente en el adolescente, contribuyendo al desarrollo de una personalidad más o menos propensa a las adicciones. Arbex, C., Porras, J., Carrón, J. y Comas, D. (1995).

Las amistades cercanas también ejercen gran influencia, tal es así que si el adolescente integra un grupo en el que se consume, aumentan las probabilidades de que éste también

consume. Comas, D. (1992). Para el adolescente, el grupo de amigos satisface su necesidad de pertenencia y constituye un marco de referencia para la construcción de su identidad.

También existen factores sociales que ejercen una fuerte influencia alentando al consumo de sustancias. Uno de ellos es la fácil accesibilidad. Un informe de 2017 del Observatorio Argentino de Drogas (OAD) reflejó que más de la mitad de los niños y adolescentes estudiados manifestaron que les sería fácil conseguir marihuana en 24 horas, mientras que un tercio manifestó que sería fácil conseguir cocaína en 24 horas. Ministerio de Salud. Argentina (2017).

Además, la creciente tolerancia social y la disminución de la percepción del riesgo vinculado con el consumo de drogas que produce una falsa idea de inocuidad de estas sustancias, facilita el primer contacto y el consumo tanto ocasional como crónico. Los medios y la publicidad venden una imagen de diversión asociada al alcohol, asociada a valores importantes para los adolescentes como la amistad y la aventura que constituye una importante fuente de presión social hacia el consumo.

La pérdida de espacios de socialización que sufrió nuestro país en los últimos treinta años, muestran dificultades de diversa índole que van desde la fragmentación de la vida cotidiana hasta la complejidad para acceder a formas constructivas de la pertenencia y la identidad. La drogadicción, en tanto padecimiento, se convierte en una expresión del desencanto frente a un mundo fragmentado y sin sentido.

Estas cuestiones son observables desde diferentes aspectos que van desde el sentido del cuerpo, donde se inscribe una nueva forma de la bio política, hasta la aparición de problemáticas sociales complejas que integran desde el sufrimiento las parcelaciones institucionales que dejó como huella la crisis de los últimos años. Se es adolescente en una sociedad que puja por ser adolescente, especialmente en el mundo de los adultos.

El discurso predominante referido a las drogas reafirma su “capacidad destructiva” aumentándose la carga simbólica y tal vez transformándola en algo deseable en escenografías y guiones de la vida cotidiana donde todo parece fluir sin sentido.

Desde la potencialidad de destrucción se analiza el fenómeno drogadicción desde determinismos centrados en las viejas metáforas médico – biológicas de la relación causa efecto.

Una sociedad adolescente donde una “etapa” de la vida se transforma en valor en sí mismo, como un objeto de consumo para ser adquirido por adultos que lo logran gracias a su inserción en el mercado. Se es adolescente a costa de ropas informales; de marcas, de cuerpos trabajados en gimnasios, de cirugías, de actitudes “transgresoras”, de dietas. Mientras

que los jóvenes “adolescentes” poseen cada vez más restricciones en su circulación; inserción e inscripción social.

Una sociedad donde los ancianos no son tenidos en cuenta por su sabiduría experiencia o conocimiento, sino por lograr permanecer como jóvenes de cuerpo y espíritu.

Se vive en una paradoja de una sociedad de adultos disfrazados de jóvenes que ocultan a éstos o los exhiben a su lado como trofeos que irradian lo que no se tiene.

La sociedad se convierte en adolescente, una especie de estilo de vida que exalta la adolescencia, la juventud, mientras estas, se ven encerradas en los circuitos de consumo, para pertenecer, hace falta obtener productos “simbólicos” que día a día se desactualizan. La necesidad de acceder a consumos emblemáticos, es una forma frágil y economicista de construir lazo social, solidaridad y pertenencia.

Esta sensación de puro presente, da cuenta de la necesidad de resolver todo en lo inmediato, en un contexto de precariedad y exclusión social. Las ciudadanía de los jóvenes, se transforman en recortadas, flexibles inestables y efímeras. De este modo, se naturaliza la exclusión social, se crean nuevas formas de estigmatización y ser joven en la sociedad adolescente, puede ser peligroso.

Tanto desde lo cotidiano, como en relación al consumo de drogas sus efectos y sospechas. “Cuidar a los jóvenes de las drogas”; surge muchas veces como discurso de adultos que exagera su carga simbólica.

De este modo las hacen más atractivas, necesarias, transformando a la sustancia “droga” en un objeto de dominación, no por el efecto de ésta sino por las relaciones sociales y explicaciones socioculturales que genera la hipocresía de una sociedad que impone una gestión de los riesgos y de una supuesta peligrosidad depositada en una franja de edades o características sociales.

Las drogas, de este modo, se transforman en nuevos elementos de control y disciplinamiento, tanto desde el discurso que las construye como importantes, como desde el discurso del cuidado y el tratamiento. Se refuerza de esta manera, la estigmatización naturalizándola, generando nuevas formas de la fragmentación.

Se considera a los consumidores como jóvenes, con potencial adictivo y delincencial habitando un espacio de “guerra natural”, sin reglas y sin ley que solo se resuelve con un sistema hobbesiano de tratamiento, donde la entrega de la soberanía es clave fundamental, actuando como extorsión para quienes reconocen su problema y desean ingresar a un sistema de tratamiento.

Así la asociación drogas – juventud, es presentada, muchas veces, desde un fatalismo

donde la única resolución es el control de determinadas poblaciones con una serie de características enumeradas por expertos y manuales internacionales.

Las drogas se siguen pensando desde el discurso médico, como si fueran bacterias o virus que ingresan a la sociedad y generan adictos por mero contacto o contagio. La drogadicción aún se presenta explicada desde relaciones causales, unívocas, determinadas desde donde se construye un fatalismo que impide la acción o resalta la inviabilidad de determinadas poblaciones.

Se sigue pensando que hay adictos porque hay drogas, mientras se vive en una sociedad donde todo consumo es exaltado para llenar las mismas ausencias que el mercado produce.

Contradictoriamente, esta sociedad que se define como adolescente, forma parte de un país y un continente donde la exclusión social se orienta hacia los jóvenes, donde las cárceles bajan año tras año el promedio de edad. La sociedad adolescente, demanda cada vez mayores sistemas de control hacia éstos, ratificándose el discurso que marca una idea de joven deteriorado, sin horizontes.

Tal vez sean los jóvenes los que estén construyendo con la precariedad de las herramientas que les proporcionaron, un mundo donde el pasado y el presente se integran en los escenarios de la incertidumbre. Carballada Alfredo (2006).

CAPÍTULO II. POLÍTICAS DE ESTADO RESPECTO A LOS ADOLESCENTES.

2.1 Salud Mental en Argentina. Marco Legal y su necesaria vinculación a los Derechos Humanos y Políticas Públicas.

Previo a desarrollar en profundidad la temática de abordaje y las reflexiones en relación a la misma desde la práctica de intervención profesional, resulta fundamental esclarecer desde qué marco legal y de política pública hablamos cuando hacemos mención a la Salud Mental, para comprender los cambios de mirada sobre la temática en el último tiempo y la aparición de nuevos modelos de intervención.

A la hora de evaluar los posibles abordajes del consumo problemático de sustancias, se vuelve necesaria la realización de una revisión de la legislación argentina que regula los comportamientos relacionados con el consumo de drogas.

Penalmente, rige en la actualidad la Ley 27.737 que, a decir de Gómez (2013), “confiere al consumidor el doble estatuto de enfermo y delincuente” y “esta doble condición es insoslayable a la hora de pensar las intervenciones posibles desde una lógica asentada en la salud mental”. Gómez, Raúl Ángel (2013).

Esta ley es el resultado del devenir histórico de un modelo prohibicionista que comienza en 1909 en Estados Unidos, cuya legislación ha aportado el modelo de los acuerdos internacionales para el control de drogas. A pesar de su notable falta de éxito, estas políticas prohibicionistas han ido ganando terreno y se han expandido hasta convertirse a nivel mundial en el modelo paradigmático de “la guerra contra las drogas”, que con un fuerte discurso bélico transmite el objetivo de los estados de combatir con fuerza las drogas a través de medidas criminalizadoras. Davenport-Hines, R. (2003).

En Argentina, la legislación prohibicionista tiene su origen en la Ley 11.331, sancionada en 1930.

Dentro del marco de “La Guerra contra las Drogas”, la Ley 23.737 sobre tenencia y tráfico de estupefacientes, sancionada en 1989, tipifica entre otras conductas penalizables, la tenencia simple, la tenencia para consumo personal y la tenencia con fines de comercialización, las cuales castiga con un sistema mixto que incluye la aplicación de penas y medidas de seguridad. Slapak, S. & Grigoravicius, M. (2006).

El texto de esta ley se retoma por la Ley 27.302, del año 2016, a partir de la cual se han actualizado las penas y multas.

Es así como la legislación extiende su incumbencia del fuero penal al ámbito de la prevención de los consumos y a la asistencia de los usuarios, planteando como posibilidad punitiva una medida educativa o curativa, en lugar de una medida a ser cumplimentada en el sistema penal. A. Galante, M. P. Pawlowicz, D. Rossi, A. Corda, G. Touzé y P. Goltzman (2012).

Podemos decir entonces, junto a Cunial (2013) y Touzé (2006), que se consolida en este momento una perspectiva que puede ser caracterizada como bifronte. Por un lado, se persigue el control sosteniendo una lógica punitiva; por el otro, se busca la cura y se estructura a partir de una lógica sanitaria. S. Cunial (2013).

La sanción de la Ley 27.302 fue posible porque en el transcurso del año 2009, la Corte Suprema de Justicia llevó a cabo el llamado “fallo Arriola”, a partir del cual se declara la invalidez del Artículo 14 de la Ley 23.737, al considerarla en contradicción con el Artículo 19 de la Constitución Nacional porque invade el ámbito de la libertad personal, el cual se encuentra excluido de la autoridad de los órganos estatales. En este sentido, se planteó la inviabilidad de continuar penalizando la tenencia de estupefacientes para uso personal “que se realice en condiciones tales que no traigan aparejado un peligro concreto o un daño a derechos o bienes de terceros” (Corte Suprema de Justicia, 2009). Así mismo, este fallo instó a los poderes públicos a diseñar una política de Estado que combata el tráfico ilícito de estupefacientes y, en cuanto el consumo, convocó a la adopción de medidas preventivas desde los ámbitos sanitarios y educativos, que se enfocaran particularmente en disuadir a los niños y adolescentes del consumo. G. Touzé, P. Goltzman, E. Amorin, P. Cymerman y M. P. Pawlowicz (2012).

Se considera así que el fallo Arriola puso sobre la mesa la inminente necesidad de ubicar a los usuarios de drogas en el ámbito de la salud pública. Esto se expresó en el año 2010, con la sanción de la Ley de Salud Mental 26.657, que implica un cambio de paradigma en lo que respecta a las prácticas de salud mental.

En el ámbito del consumo de estupefacientes se destacan los siguientes aspectos:

- La inclusión de las adicciones en el ámbito de la salud mental.
- La atención interdisciplinaria e intersectorial basada en redes comunitarias.
- La atención ambulatoria.
- El mantenimiento de los lazos familiares, laborales, sociales y afectivos de las personas usuarias de los servicios de salud mental.
- La adopción de prácticas de salud acordes con el respeto y garantía de los Derechos

Humanos. M. S. Llovera y M. Scialla (2016), M. S. Llovera y M. Scialla (2014).

Se evidencia así cómo la legislación argentina vigente ubica el consumo de sustancias en la doble categoría de delito y enfermedad y coloca a los miembros del equipo de salud interviniente ante la opción de “curar o castigar”. Como agentes de salud, los trabajadores sociales y todos los miembros del equipo interviniente en esta problemática, deben ocuparse de aquellos sujetos que han entablado una relación tal con una sustancia que le ha ocasionado una diversidad de problemas, sociales, legales y de salud; pero es evidente que “una legislación que confiere al sujeto el doble estatus de enfermo y delincuente condiciona tanto nuestro saber cómo nuestro hacer en el tema”. Gómez R.A. (2007).

La declaración de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, nos ha ubicado en los últimos años en un contexto de cambio paradigmático de lógicas, políticas y prácticas en lo que concierne a esta temática. Se han descrito lineamientos rectores para el abordaje de la Salud Mental, entre los cuales se destaca que el proceso de atención debe realizarse preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalario, en el marco del territorio local de las personas y mediante una intervención interdisciplinaria e intersectorial, basado en los principios de Atención Primaria de la Salud, dirigido a reforzar, restituir y promover los lazos sociales. Dispone la necesidad de desarrollar redes de promoción, prevención, asistencia, rehabilitación, reinserción social y comunitaria.

Retomando el marco legal que rige o debería regir la práctica en esta temática, la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 parte de reconocer a la misma como un proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implican una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona.

A su vez, en su Artículo 4°, deja asentado que “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”. Desde su sanción, queda establecido entonces que se trata de una problemática de competencia del sector salud y eso incluye la necesidad de generar estrategias de prevención y promoción de la salud.

Desde una perspectiva integral de Salud, se entiende que el abordaje de dicha temática implica a distintos actores del propio campo de la salud, entre ellos al Trabajo Social, pero también requiere de actores de múltiples sectores. Esto nos ubica en un trabajo que necesariamente debe ser interdisciplinario, desde un enfoque de derechos y en red con otras

instituciones.

El enfoque de derechos busca resolver en forma más concreta la superación de la consideración de las personas como meros “beneficiarios”, para que éstas sean reconceptualizadas como titulares plenos e integrales de derechos cuya garantía es responsabilidad del Estado. Esta noción de “titular pleno” se presenta como una opción interesante a la de titular de un derecho social. Desde esta visión, la acción de las Políticas Sociales y la Intervención del Trabajo Social se centralizan en el sujeto de Intervención en tanto sujeto de derecho, desde una visión que se presenta como ampliada y que se funda en una nueva doble centralidad: Sujeto - Estado.

De este modo, el Derecho es tal desde que se aplica y no a partir de su enunciado. La articulación de las nociones de Derechos Humanos y Derechos Sociales potencia ambas cuestiones y le otorga un nuevo sentido a las Políticas Sociales y a la Intervención del Trabajo Social (Carballeda, 2016), entendiendo al usuario como sujeto de derecho y comprendiendo el rol profesional de garantizar y facilitar el acceso efectivo a los DDHH.

Los artículos 9 y 11 de la Ley Nacional dan cuenta de cómo se piensa la atención integral con anclaje territorial, alejándose de la lógica hospitalaria. El primero de ellos establece que el proceso de atención debe realizarse preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalario y en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial, basado en los principios de la atención primaria de la salud. El segundo plantea la promoción de estrategias tales como: consultas ambulatorias, servicios de inclusión social y laboral, atención domiciliaria supervisada y apoyo a las personas y grupos familiares y comunitarios, servicios para la promoción y prevención en salud mental.

La incorporación de los conceptos de ciudadanía y derechos como componentes fundamentales de la práctica de atención y cuidado surge como una tarea para el Trabajo Social. Es trascendental poder tener una lectura y un abordaje desde el paradigma de Derechos.

Desde Trabajo Social, promover la construcción de lugares de encuentro fundados principalmente en el respeto por el otro y en la escucha de su palabra, inscribiendo de alguna manera “marcas” de cuidado que posibiliten posicionarse como sujetos de derechos, contrarrestando -aunque sea por unos instantes- el arrasamiento de la subjetividad que sufren cotidianamente y su objetivación bajo la categoría “persona en situación de calle” o “adicta”. Teniendo en cuenta que la intervención en lo social es una acción básicamente intersubjetiva y fuertemente discursiva, la palabra, la mirada y la escucha son sus elementos más

sobresalientes. Carballada, A. (2005). Lic. Camila Canepa (2020)

CAPÍTULO III. EL CAMPO DE LA DROGADICCION.

3.1 Consumo de Sustancias

3.1.1 Reseña Histórica

La interacción de las personas con sustancias psicoactivas data prácticamente desde los inicios de la humanidad. Las primeras civilizaciones ya conocían los efectos de ciertos hongos y plantas, como la adormidera del opio y las usaban con fines rituales, mágicos, como remedios o estimulantes. Estos usos han ido sufriendo múltiples adaptaciones, según las épocas y los lugares, los contextos étnicos, religiosos o políticos. Touzé (2011-2012).

Cuando se descubrió que era posible sistematizar algunos cultivos de granos, a la par se descubrió su fermentación y de esta manera se conoció el alcohol, que probablemente fue la primera sustancia con la que se interactuó y la más utilizada por los pueblos mediterráneos y occidentales, ya que “evidencias arqueológicas datan el cultivo de uvas y consumo de alcohol en Irán y Armenia 6.000 años a.C.” Su efecto se le atribuía a la invocación de espíritus por lo que se lo utilizaba en ocasiones especiales, como ser celebraciones religiosas o ante el inicio de una guerra. Folgarait (2008).

Hasta la llegada del cristianismo no existían prohibiciones al respecto del consumo de alcohol, hongos y plantas que hoy se conoce tienen propiedades psicoactivas. Las leyes del Imperio Romano entendían a las drogas como un objeto neutro, es decir, que no era malo ni bueno por sí mismo, sino que ese atributo lo otorgaba la utilización que se hacía de ellas, “cabe tanto lo que sirve para matar como lo que sirve para curar”. Folgarait (2008).

Ya en la Edad Media el cristianismo censura en Europa cualquier uso no medicinal de las drogas a excepción del consumo del alcohol y el rapé. De esta manera el uso que se realizaba de sustancias psicoactivas hasta entonces perdió su connotación social y religiosa y pasó a convertirse en un hábito individual.

A partir del s. XVIII se expandió en Europa la utilización de los derivados del cannabis y la adormidera junto al consumo de cocaína. A comienzos del siglo XIX, con el advenimiento de los principios universales de libertad, desaparecen los delitos de lesa majestad, que incluía a la hechicería, la herejía y la magia. Bravo y Díaz (2013).

La Revolución Industrial también jugó un papel importante ya que es a partir de este momento que surge la síntesis de productos farmacéuticos como así también emergen las motivaciones económicas y junto a ellas el tráfico ilegal. Ya en el siglo XX, al adquirir la psiquiatría un carácter científico, se asistió a una producción masiva de medicamentos

psiquiátricos aparejada a una gran tolerancia hacia su consumo, las drogas principalmente estaban dirigidas a tratar el insomnio, la ansiedad y la depresión, se convirtió en una oferta de drogas para “paliar la angustia de vivir” sostenida a su vez por el marketing dirigido a lograr el mejoramiento de la salud. Ulbrich Karina Andrea, (2014).

Se evidencia de este modo que la concepción sobre el uso de sustancias es una construcción cuyo desarrollo y significado varía según el momento histórico, la cultura, el modelo económico, y las propias diferencias entre las sustancias. En este sentido, atribuirle al uso de sustancias psicoactivas el matiz de “problemático” no es algo natural o dado, sino que forma parte de una construcción, lo que podríamos llamar “la construcción social del problema droga”. Touzé (2014).

Intentar llevar adelante una genealogía del Consumo Problemático de Drogas implica analizar la construcción de conceptos, estereotipos y construcciones de relato a través de este tema. Pero también esta mirada involucra la construcción de estrategias de Intervención Social, tanto de las Políticas Públicas como desde los diferentes dispositivos de Prevención y Asistencia.

De este modo es posible entender que las diferentes propuestas terapéuticas y asistenciales se fueron construyendo en distintos contextos atravesados por una serie de variables, de orden económico, social, cultural y geopolítico. Por ejemplo la prohibición del uso de opio en los EEUU a fines de la década de los cuarenta en el siglo XIX se vincula con el confinamiento y control de la población china que había arribado a las costas de California luego de la II Guerra Mundial curiosamente, esa prohibición era más condescendiente con la heroína que con el opio, lo que muestra cierta situación paradójica si se observa este tema solamente desde las sustancias. Esta cuestión, se relaciona con otro episodio histórico que se traslada un siglo atrás.

Durante la mitad del siglo XIX, contrabandistas ingleses, franceses y estadounidenses lograban introducir opio en China desde plantaciones que se explotaban en la India (que en ese período histórico era una colonia británica). Estos contrabandistas, bien podrían ser llamados “narcotraficantes” en el lenguaje de hoy, fundamentaban sus prácticas en la doctrina del libre comercio, tratando de enfrentar de esta manera las restricciones que China imponía a ese contrabando.

Cuando China amplió las limitaciones, comenzaron los problemas diplomáticos para ese país y a partir de que prohibió expresamente el ingreso de esta mercancía se desató la llamada “Guerra del Opio” donde Inglaterra, Francia y EEUU invaden China para lograr que se apruebe el libre comercio del opio.

Tal vez la cuestión de fondo de la Guerra del Opio no pasaba por la sustancia, sino por la balanza comercial China que antes de la guerra tenía un saldo favorable para ese país, dada la exportación de sedas y otros productos y luego de ésta y al extenderse el consumo de opio, la balanza comercial se inclina del lado de Inglaterra. Quizás uno de los hechos más curiosos de esta guerra pase por lo que ocurre después. China, al poseer un territorio muy grande y con condiciones de plantar opio, lo hace y logra un consumo de esta sustancia sin que se importe o se consiga por contrabando. Esto ocurre a fines del siglo XIX, pocos años más tarde el contrabando y venta de opio dejó de ser un negocio rentable para EEUU, Inglaterra y Francia ya que China logra autoabastecerse.

De esta manera China es considerado un país potencialmente peligroso por su potencialidad de producción de esta sustancia. Estas cuestiones pueden dar algunos indicios del sentido político que se hace de las sustancias, sus efectos y formas de abordajes.

Algo similar ocurre con el Alcohol y el alcoholismo, la preocupación por este tema es posible ubicarla a fines del siglo XIX en los EEUU, existiendo en ese país algunos antecedentes en el siglo XVIII.

El incremento del prohibicionismo y el crecimiento de las ligas anti alcohólicas comienza a darse a principios del siglo XX en prácticamente todo el mundo, en Argentina existieron ligas antialcohólicas en Buenos Aires y Rosario. El discurso que se generaba desde éstas y su efectividad, llegó a que en los EEUU se realice una enmienda constitucional que prohibió el consumo de alcohol. Este episodio es conocido como la "Ley Seca". Cuando algunos investigadores trabajaron sobre la génesis de ese fenómeno, lo primero que les llamó la atención era que no existían graves problemas de alcoholismo en ese país. Lo que sí estaba ocurriendo era que la sociedad estadounidense estaba cambiando a partir del crecimiento de grupos de poder político y económico que no tenían mucho que ver con el espíritu puritano fundacional de ese país.

El ingerir alcohol, comenzaba asociarse con el peligro, la enfermedad, la desviación social, y llegó a transformarse, también, en una especie de ostentación económica, debido a las dificultades para adquirirlo por las restricciones de la Ley Seca.

Por otro lado, el alcoholismo había comenzado a crecer de igual forma que las campañas de prevención y los sistemas de tratamiento. Podría afirmarse que los valores puritanos, lograron cierta cohesión justo antes del ingreso de los EEUU a la II Guerra Mundial.

Al terminar la II Guerra Mundial, el alcohol ocupaba un lugar diferente en la sociedad estadounidense. El alcohol se había incorporado a la vida cotidiana; es la época del "trago luego del trabajo" o la "borrachera de fin de semana". Cuando la prohibición termina, se habían

incrementado los casos de alcoholismo, las muertes asociadas a la destilación clandestina y la mafia era una asociación inmanejable en complicidad con parte de los políticos y la policía. Por otra parte, en ese contexto surge el primer sistema de tratamiento a través de un sistema que recuerda el espíritu puritano: Alcohólicos Anónimos.

El alcohol, deja de estar en el lugar de lo prohibido, este comienza a ser ocupado por las drogas. En 1937, se sancionó en EEUU la primera ley de penalización de consumo de marihuana. A partir de esa época comienza a hablarse de drogas, casi de la misma forma en que antes se hablaba sobre el alcohol. La sociedad norteamericana, continuó suavizando sus contradicciones en la búsqueda de enemigos ocultos ahora asociados a la población de origen hispano y africano, quienes son rápidamente asociados con la marihuana. Pero, esas mismas contradicciones, tuvieron un valor relevante en los movimientos contestatarios de la década de los sesenta. Donde comienza a construirse la relación entre drogas, rebelión juvenil, hipismo y rock and roll. De todas maneras, las formas de conceptualización, prevención, del alcoholismo y la drogadicción continuaron exportándose.

A partir de la década de los 80 el antropólogo argentino Eduardo Menéndez introduce el concepto de proceso de alcoholización integrando componentes sociales, económicos y políticos en la lectura de ese problema. En adiciones se creará durante la década de los sesenta el modelo que conocemos como “Comunidades Terapéuticas”, un sistema de premios y castigos copiado del Programa Synanon que recuerda al de Alcohólicos Anónimos. La prevención se irá construyendo desde el discurso prohibicionista que evoca al discurso abstemio de las primeras ligas anti alcohólicas de principios de siglo XX. Carballada (2014)

3.2 Patrones de Consumo de acuerdo a la mirada médica, ético y jurista.

Se intentara dar una mirada tomando en cuenta la descripción que realiza el DSM en cuanto a sustancias y sus consecuencias en contraposición a la prevención inespecífica que da cuenta de la amplitud y la necesidad de considerar al sujeto inmerso en una realidad socio política diferente.

El DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) es el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales editado por la Asociación Americana de Psiquiatría y se constituye como el principal sistema clasificatorio de los trastornos mentales, proporcionando las descripciones de las diferentes categorías diagnósticas.

Si bien la última edición es la quinta, conocida como DSM-5, publicada en mayo de 2013; en lo que respecta a los patrones de consumo se continúa utilizando la clasificación de la edición anterior, DSM-IV, publicada en 1994, por ser más general, intuitiva y de más fácil aplicación en

la práctica.

Resulta importante destacar que en la quinta edición del DSM la palabra “adicción” no se utiliza como término diagnóstico, a pesar de su uso habitual, a causa de su definición incierta y su posible connotación negativa. Se utiliza en su lugar la expresión más neutra “trastorno por consumo de sustancias” para describir el amplio abanico de un trastorno, desde un estado leve a uno grave de consumo compulsivo y continuamente recidivante.

Tanto en la quinta como en la cuarta edición, el DSM divide a los trastornos relacionados con sustancias en dos grupos: los trastornos por consumo de sustancias y los trastornos inducidos por sustancias, que abarcan intoxicación, abstinencia y otros trastornos mentales inducidos por una sustancia o medicamentos, los cuales no serán tratados en este trabajo.

Los trastornos relacionados con sustancias comprenden a su vez dos conceptos que deben ser definidos con claridad: dependencia y abuso.

La dependencia a sustancias se caracteriza en un conjunto de síntomas cognoscitivos, comportamentales y fisiológicos que indican que el individuo continúa consumiendo la sustancia, a pesar de la aparición de problemas significativos relacionados con ella. Se observa un patrón de autoadministración que lleva a la tolerancia y a una ingestión compulsiva de la sustancia. Los síntomas son similares para todos los tipos de sustancias, especialmente la necesidad irresistible de consumo, conocida como craving.

Se podría afirmar que el craving forma parte de una adicción, que existe una intensificación del deseo ante señales asociadas al consumo, que este anhelo es una sensación principalmente subjetiva para cada individuo y que es importante enseñar a los pacientes a analizar, afrontar y utilizar sus deseos y a observar cómo desaparecen sin necesidad de consumo. La importancia del mejor conocimiento de este fenómeno radica en las posibilidades de medición y futuro tratamiento del mismo, mejorando de manera significativa la asistencia en las drogodependencias, con una mayor eficacia en el mantenimiento de la abstinencia. Revista de la Asociación Española de neuropsiquiatría. (2004).

3.2.1 Criterios de clasificación de dependencia.

- El deseo intenso a consumir una sustancia.
- Disminución de la capacidad para controlar el consumo
- Síntomas del síndrome de abstinencia

- Tolerancia
- Abandono progresivo de otras fuentes de placer o diversiones, y aumento del tiempo necesario para obtener/ingerir la sustancia o para recuperarse de sus efectos.
- Persistencia en el consumo de la sustancia a pesar de sus evidentes consecuencias perjudiciales.

Por su parte, el DSM-V integra en un solo diagnóstico las antiguas categorías de abuso y dependencia, con la pretensión de coincidir mejor con los síntomas que los pacientes experimentan.

En general, para considerar que existe una dependencia se deben cumplir al menos tres de los siguientes criterios:

- Tolerancia: cada vez necesita más para lograr los mismos efectos.
- Deseo intenso de consumir la sustancia
- Síndrome de abstinencia al dejar de consumir
- Esfuerzos persistentes sin éxito para reducir o detener el uso
- Uso mayor o durante más tiempo del pretendido
- Abandono de importantes actividades de la vida normal, como el trabajo o la familia
- Se continúa el uso pese a reconocer que causará o empeorará problemas psiquiátricos o psicológicos.

Por otro lado, el abuso de sustancia presenta como característica principal un patrón desadaptativo de consumo manifestado por consecuencias adversas significativas y recurrentes relacionadas con el consumo repetido. A diferencia de los criterios para la dependencia de sustancias, los criterios para el abuso de sustancias no incluyen la tolerancia, la abstinencia ni el patrón de uso compulsivo, y, en su lugar, se citan únicamente las consecuencias dañinas del consumo repetido. Para el diagnóstico de abuso se requiere la presencia de uno (o más) de los siguientes ítems durante un período de 12 meses.

3.3.2 Criterios de clasificación de abuso.

- Deterioro social:
 - El consumo recurrente puede llevar al incumplimiento de deberes en los ámbitos académicos, laborales o domésticos.

- Puede seguir consumiendo a pesar de los problemas recurrentes o persistentes en la esfera social o interpersonal causados o exacerbados por los efectos del consumo.
 - Se reducen o abandonan importantes actividades sociales, ocupacionales o recreativas debido al consumo de sustancias.
- Consumo de riesgo:
 - Puede producirse un consumo recurrente de la sustancia incluso en situaciones en las que provoca un riesgo físico.
 - La persona consume de forma continuada a pesar de saber que padece un problema físico o psíquico recurrente o persistente que probablemente se pueda originar o exacerbar por dicho consumo.
 - Criterio farmacológico:
 - Tolerancia
 - Abstinencia.

3.3.3 Clasificación de Sustancias

Según el DSM-5, los trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos pueden relacionarse con sustancias que abarcan diez clases de drogas distintas: alcohol, cafeína, cannabis, alucinógenos, inhalantes, opiáceos, sedantes, hipnóticos y ansiolíticos, estimulantes (sustancias anfetamínicas, cocaína y otras), tabaco y otras sustancias (o sustancias desconocidas). Estas diez clases no son completamente distintas entre sí, lo que permite diferentes tipos de clasificaciones a partir de diferentes características de las sustancias.

Las drogas han sido clasificadas según múltiples sistemas de categorización, predominando en la actualidad las clasificaciones en función de sus efectos farmacológicos sobre el sistema nervioso. Según esta clasificación, existen las drogas depresoras que inhiben funciones en alguna región del cerebro, que a su vez se subdivide en: antihistamínicos, antipsicóticos, disociativos, GABAérgicos, glicinérgicos, narcóticos y simpatológicos.

Por otro lado, las drogas estimulantes producen mejoras temporales de la actividad neurológica o física, pudiendo producir síntomas adicionales como incremento de la alerta, productividad, incremento de la presión sanguínea y del ritmo cardíaco, euforia, disminución del

apetito o el sueño, convulsiones, entre otras. Este grupo se subdivide a su vez en: adamantanos, alquilaminas, arilciclohexilaminas, benzodiazepinas, colinérgicos, convulsivos, eugeroicos, oxazolinas, feniletilaminas, piperazinas, piperidinas, pirrolidinas y tropanos.

Otro tipo de drogas abarca a las alucinógeas que son capaces de producir cambios en la percepción, consciencia y emociones. Este grupo se divide a su vez en otros tres: psicodélicos, que producen una alteración en la cognición y la percepción; disociativos, que producen un bloqueo de las señales de la mente consciente hacia otras partes del cerebro produciendo alucinaciones, privación sensorial, disociación y trance; delirantes, que producen delirios, a diferencia de los alucinógenos psicodélicos y disociativos en el que se mantiene cierto estado de consciencia.

Por otro lado, también se debe nombrar a los opioides, que se unen a receptores opioides situados principalmente en el sistema nervioso central y en el tracto gastrointestinal. Hay tres grandes clases de sustancias opiáceas: alcaloides del opio, como morfina y codeína; opiáceos semi-sintéticos, tales como heroína y oxicodona; y opioides completamente sintéticos, tales como petidina y metadona, que tienen una estructura no relacionada con los alcaloides del opio.

Una clasificación usada frecuentemente implica el estado legal de las sustancias. Las drogas pueden clasificarse en función de las restricciones legales establecidas en cada estado particular respecto al consumo, producción y venta de las diferentes sustancias. Así, en la mayor parte de los países occidentales las drogas se clasifican según la normativa legal, del siguiente modo:

- Drogas o sustancias lícitas: se ocupan libremente de acuerdo a los deseos de cada consumidor. Por ejemplo, las bebidas alcohólicas y el tabaco.
- Drogas que se utilizan principalmente como medicamento: generalmente se obtienen mediante prescripción médica y su uso va ligado al tratamiento de trastornos del ánimo, trastornos del sueño, enfermedades dolorosas o con el fin de lograr mayor lucidez o concentración. Por ejemplo, los psicofármacos, estimulantes menores y la metadona.
- Drogas o sustancias ilícitas: varían de acuerdo a la legislación de cada país. Son aquellas cuyo comercio se considera ilegal, como los derivados cannabis, la heroína y la cocaína. Existen convenciones internacionales que han establecido como prohibido el uso no médico de opiáceos, cannabis, alucinógenos, cocaína y muchos otros estimulantes, al igual que de los hipnóticos y sedantes. Tipos de

drogas. [Internet] (2016).

3.4 La prevención inespecífica en el campo de la drogadicción.

En una primera aproximación a la prevención inespecífica la podemos definir sintéticamente como aquellas acciones generales no relacionadas directamente con el fenómeno, que se dirigen a trabajar sobre las causas o factores que son los que originan o fomentan el problema de la drogadicción.

Mientras que la prevención específica, que es a la que más acostumbrados estamos a reconocer y considerar prevención, se vincula directamente con el fenómeno y se la identifica con la información sobre los riesgos, con alertar sobre los daños de determinadas acciones, conductas, etc. en cuanto que favorecerían la aparición del problema, con brindar conocimientos para formar actitudes y generar hábitos de “vida sana”, entre otras acciones y objetivos.

Ante todo para referirnos al tema drogas, partimos por considerar que las concepciones que existen sobre las mismas son múltiples y diversas, cambiando su connotación desde las distintas disciplinas, profesiones, sujetos. Asimismo en cada contexto social las drogas adquieren un significado propio desde las vivencias que se tienen en relación con la misma.

A su vez, en esta misma línea de ideas, se destaca que las drogas han adquirido significaciones distintas a lo largo de la historia y en los distintos espacios socio-culturales. Por lo tanto, arribar a una única definición se hace prácticamente imposible. Desde este lugar partimos por afirmar que solo podemos comprender acabadamente las concepciones que se tienen sobre las drogas y la drogadicción si las consideramos dentro del contexto histórico, social, cultural, económico en el cual emergen y se presentan.

Actualmente las ideas y nociones que circulan en la sociedad sobre estas problemáticas son múltiples y diversas, respondiendo a distintas interpretaciones e intereses diversos. Por ello es importante señalar que, debido a la multiplicidad de factores que intervienen en su aparición, la drogadicción se concibe indistintamente como problema; como enfermedad que compete al campo de la salud mental; como síntoma de una familia disfuncional, o bien, como fenómeno resultante de una sociedad compleja en su estructura y favorecedora para una minoría de sus integrantes, a expensas de individuos y grupos marginales que no tienen acceso a los servicios básicos de bienestar colectivo. En este sentido, se enfatiza que las dificultades que se plantean en el ámbito terapéutico de las

adiciones son notables, puesto que no existe consenso sobre su conceptualización.

Por lo tanto, consideramos que como profesionales de lo social es indispensable ejercitar una permanente problematización y reflexión crítica sobre las ideas asociadas a las drogas y la drogadicción que sustentan nuestros ejercicios profesionales, ya que en toda práctica se establece una relación dialéctica entre reflexión y acción, teoría y práctica, por lo que las nociones que tengamos sobre estas problemáticas determinan el modo de actuar ante las mismas. Es importante tener presente que el modo en que se defina y la construcción social que se haga del tema de las drogas va a determinar su modo de abordaje y los mecanismos que se pongan en juego para su control. Por lo tanto, cuanto más se investigue y reflexione sobre el tema más claramente se podrá definir el marco referencial desde el cual intervenir y las consecuentes acciones a realizar.

Como venimos mencionando todas nuestras acciones implican y realimentan una determinada concepción de la realidad, los sujetos, y la problemática, en este caso la drogadicción. En este sentido, nuestras prácticas en prevención pueden responder a diversas interpretaciones de la problemática y a la vez contribuyen a construir determinadas representaciones sobre ésta y sobre los sujetos afectados por la misma.

Asimismo, como hemos presentado, se visualiza que la percepción social sobre las drogas varía históricamente y responde más a condicionantes de tipo socio-político que a modificaciones sustanciales en los patrones epidemiológicos. Es decir, la sustancia en sí misma no constituye el problema, sino que el mismo se configura en función de una serie de factores políticos, económicos, sociales y culturales.

Muestra clara de esto es el hecho de que las diferentes épocas muestran distintas elecciones de diferentes sustancias, lo cual no puede interpretarse sólo desde la lógica de la oferta y la demanda, sino más bien desde la significación social de una u otra sustancia en el contexto de cada época. Asimismo, aquellas sustancias que en un determinado contexto socio histórico fueron prohibidas y condenadas, en otros eran sumamente aceptadas.

En este sentido, a través de las mismas acciones de prevención podemos contribuir a establecer patrones de disciplinamiento. En muchas ocasiones la drogadicción y los sujetos adictos se presentan desde la demonización de las drogas, lo que implicaría concebir que la sustancia ingresa en el organismo y corrompe el alma, corrompe la moral, corrompe la virtud, la conducta, hace cosas, y eso involucra una fuerte actividad que infiero que la sustancia tiene y, por lo tanto, una espectacular carga simbólica para estas sustancias. Es decir, desde esta perspectiva, estoy diciendo la sustancia “hace”, cuestión que está muy presente en nuestro

imaginario social actual, con la idea de que la sustancia me hace adicto, por ejemplo o el alcohol me transforma en alcohólico.

Desde este lugar también se presenta la drogadicción como una enfermedad, concibiendo al sujeto que consume drogas ante todo como un enfermo, como categoría patológica, vinculada a las nociones de peligrosidad, delincuencia, promiscuidad y a prácticas asociadas con la desviación o la transgresión. Esto conduce necesariamente a reforzar los etiquetamientos a poblaciones y grupos a partir de nociones de sentido común, que funcionan como conformaciones culturales de hegemonía sin un compromiso por definir los fenómenos sociales aludidos, ni contextualizar dichas prácticas.

Por lo tanto, esto da cuenta de que la problemática de la drogadicción está sumamente “filtrada” por los discursos hegemónicos sobre la misma. Desde estos, en muchos casos, el usuario de drogas es visualizado socialmente como un ser peligroso que transgrede el sistema, como un enemigo de la seguridad pública. De este modo, una construcción de la cuestión de las drogas asociada a la transgresión de la ley excluye las responsabilidades de la propia comunidad y reduce las intervenciones a las meramente punitivas. Todo lo que se diga o se haga con las drogas y con los que las usan, está vinculado con la sanción penal, con la inseguridad y delincuencia.

Por lo tanto, si a través de los intentos de prevención basados en estas concepciones, y especialmente desde los modelos ético-jurídico y médico, lo que se hace es precisamente contribuir a estigmatizar a los sujetos usuarios de drogas, presentándolos como alguien o algo inferior y reduciendo, por lo tanto, precisamente sus posibilidades de acción, de desplegar sus potencialidades para superar la situación.

Al mismo tiempo, al estigmatizar a los consumidores se escinde la problemática del contexto en el cual está inserta. De este modo, la construcción del uso de drogas como problema social encuentra fundamento en diversos procesos económicos, políticos y culturales. Muchos análisis sobre el uso de drogas han eliminado su complejidad para reducirla, naturalizarla y circunscribirla a la interpretación jurídico-penal o psiquiatra. Asimismo, las prácticas profesionales de diferentes disciplinas reproducen estos saberes, lo que se expresa en estereotipos que contribuyen al desarrollo de procesos de estigmatización social de individuos y conjuntos sociales.

Se concibe que estos procesos se desarrollan desde mecanismos de poder que, al constituir las verdades en el imaginario colectivo, influyen sobre las subjetividades, presentándose como una forma de manipulación del otro y de negación de las situaciones sociales y económicas que producen la problemática. Por eso es necesario, desde la

prevención, promover la emergencia de los distintos sujetos, nacidos de sus necesidades concretas.

Por lo tanto, se considera preciso desarrollar acciones que tiendan a no estigmatizar, sino que consideren a las personas como actores con posibilidades de creación, de acción, de pensarse, definirse, encontrarse, proyectarse. Teniendo en cuenta la permanente interrelación entre los factores del contexto macro y micro social de cada sujeto, y a su vez su singularidad, que lo distingue y hace única a cada persona. Lic.De Ieso Lia Carla (2008)

CAPÍTULO IV. LA INTERVENCIÓN SOCIAL COMO DISPOSITIVO.

4.1 Una aproximación a la construcción del concepto.

Pensar la Intervención en lo Social como dispositivo, supone un diálogo que abarque diferentes perspectivas de visibilidad, enunciación, surcos de poder, y especialmente de las formas de construcción de subjetividad que se liga a esta. Una manera de aproximación a este tema puede construirse desde la perspectiva lingüística y la construcción de subjetividad.

Si el sujeto de intervención es construido por el lenguaje, no se correspondería exactamente con la noción de individuo que plantea la modernidad, y mucho menos con la idea de poblaciones estables que surge en general de los manuales y de muchas orientaciones metodológicas de la intervención. En otras palabras, un sujeto que es construido por el lenguaje no es un sujeto estadístico, es decir estandarizado, enunciado desde una sumatoria articulada de variables. Ese sujeto es singular y se constituye también en forma permanente, nunca es el mismo.

En definitiva, la discusión acerca de la noción de sujeto de intervención que una práctica utiliza, su relación con el marco conceptual que le da forma y el diálogo e interacción con el contexto histórico social, construirá diferentes formas de intervenir, en distintos momentos históricos apoyados en una gran diversidad de paradigmas.

Así, en la intervención social: el orden simbólico, la cultura, el lenguaje y la sociedad construyen una nueva forma del todo, donde es posible salirse de manera creativa de la contradicción individuo sociedad.

El compromiso ético político de la intervención social, también, implica la necesidad de rastrear lo original de la propia cultura, para poder desde allí, construir las formas del hacer enmarcadas dentro de la singularidad, reemplazando el pensamiento ilustrado, especialmente la forma de conocer fundada en el pensamiento cartesiano, para reemplazarla por una forma propia y diferente de pensar.

Esto, no implica una absoluta oposición con los otros discursos, pero sí, la necesidad de formular conceptos en relación a las realidades propias, en diálogo con diferentes formas de saber y conocer.

Asimismo, la construcción de la vida cotidiana entendida como espacio de intervención social donde lo cultural tiene un lugar relevante, implica que en la cultura, los significados fluyen, interactúan, se mueven y constituyen tanto el escenario de intervención como a los problemas sociales.

Así, las significaciones sociales se unen a otras significaciones, nada queda solidificado, en los espacios de intervención. Simplemente se trata de separarse de esa cristalización construida artificialmente que conlleva la pérdida de la idea de movimiento de la constelación de tramas sociales donde se interviene.

Los inicios de la intervención social pueden ligarse a tres elementos claramente definidos; la noción de sociedad; el concepto de cuestión social y la construcción de prácticas y objetos de conocimiento. Esos tres ejes, que pueden considerarse, constitutivos de la Intervención Social fueron construyendo diferentes espacios de diálogo, encuentro y confrontación. Estos se consolidaron especialmente a través de la propia práctica y de los interrogantes que fueron surgiendo en su desarrollo.

Ese carácter contradictorio atraviesa una serie de cuestiones, estas básicamente se relacionan con diferentes “series” históricas, donde a veces, la promesa de la libertad, por ejemplo como enunciado de “transformación”, significó formas de control sutiles o explícitas.

En las prácticas que se construyen en la modernidad, puede observarse otro común denominador: la necesidad de transformar lo que se considera “irracional”. Así, la emancipación como condición moderna surge desde la necesidad de sojuzgar a los hombres desde una mirada y análisis científico. Esto, no implica solamente un programa epistemológico, sino también un programa político donde es posible observar una de las primeras contradicciones del pensamiento moderno; en nombre de la humanización, la transformación y la emancipación, se sometieron a la dominación a diferentes culturas y pueblos.

Otra perspectiva surge de comprender la noción de necesidad como un derecho social no cumplido. De esta forma quien padece necesidades es un acreedor de la sociedad, no un beneficiario ni un desviado por incapacidad de adaptación, “retraso cultural”. De este modo deja de ser un mero receptor o depositarios de un ingreso condicionado o la acción de una Política Social, sino que se construye como un titular de derechos, partícipe de una comunidad activa y organizada en una sociedad que lo incorpora, lo necesita e intenta hacerlo protagonistas en un proceso de movilidad social ascendente.

Este puede ser construido desde el encuentro de las diferentes formas de intervención social con las propias capacidades y habilidades existentes en lo territorial como en cada situación en particular. Esta visión, centrada desde una perspectiva de reciprocidad hacia el fortalecimiento de la organización comunitaria y social para la construcción nuevas formas de inclusión social, muestra otra orientación de la intervención social, donde lo cultural, lejos de ser un problema se convierte en un componente clave para lograr la integración.

La práctica cotidiana en el campo de la intervención social muestra la construcción de

respuestas propias, pensamientos originales que se salen de condicionantes y determinantes extraños, generando nuevas búsquedas orientadas a dimensiones a veces olvidadas de la condición histórica y social de cada sujeto de intervención.

De este modo es posible también pensar a la Intervención Social como *dispositivo*, es decir desde su constitución y movilidad como una red ó trama, conformada por discursos, disposiciones, reglamentos, leyes, enunciados, proposiciones filosóficas y morales. (Foucault 1991)

Desde esta perspectiva quizás exista la posibilidad de conceptualizar a la intervención social desde las relaciones que pueden existir entre los diferentes elementos que conforman esa red, sus interacciones y especialmente la singularidad de éstas en cada circunstancia. Es justamente en el escenario de la intervención social donde confluyen esos componentes y allí se hace presente la intervención como *dispositivo*, reconstruyéndose de ese modo en un juego de diferentes interacciones que se constituyen de manera heterogénea y particular.

Los diferentes escenarios donde se desarrolla la práctica concreta y cotidiana se presentan como uno de los primeros espacios a observar y trabajar en la intervención social como proceso de análisis desde una perspectiva centrada en la idea de dispositivo, allí donde lo macro social se entrecruza inexorablemente con lo micro construyendo series singulares de inscripción tanto subjetivas como contextuales.

Se entrecruzan interpelando desde diferentes esferas. El espacio institucional, también implica una superposición de mundos y de lógicas que dan cuenta de una enorme diversidad de marcos comprensivos y explicativos. Todo esto se inscribe de alguna manera tanto en los sujetos sobre los que se interviene socialmente como en la historia colectiva. Surge de esta manera, la importancia de una mirada retrospectiva que debe hacer dialogar contextualizadamente, no solo los aspectos actuales de lo que se escucha y observa sino también sus atravesamientos histórico sociales.

De este modo la Intervención Social, entendida como dispositivo, permite tener en cuenta la conformación de diferentes relaciones estables e inestables entre sus componentes. Pero, también, al ser una construcción moderna, puede verse desde allí su perspectiva emancipadora, no solo punitiva. Esta perspectiva implica el reconocimiento de una singularidad de lo micro; conectada con lo macro. A su vez, esta singularidad posee una construcción histórica, un posicionamiento en el presente y si se quiere una perspectiva con respecto al futuro, que le otorgará significados particulares.

Entonces, si para Foucault (1985) un dispositivo es " *un conjunto decididamente heterogéneo, que comprende discursos, instituciones, instalaciones arquitectónicas, decisiones*

reglamentarias, leyes, medidas administrativas, enunciados científicos, proposiciones filosóficas, morales, filantrópicas, en resumen: los elementos del dispositivo pertenecen tanto a lo dicho como a lo no dicho. El dispositivo es la red que puede establecerse entre estos elementos”, también se presenta como un conjunto capaz de ser transformado y reordenado. Entonces es posible pensar que la intervención social puede ser una forma de construcción de órdenes diferentes. Desde esta perspectiva se hace posible pensar la intervención social como una forma de “hacer ver”, de vincular a ese otro con lo propio, con la cultura con aquello que lo construye. Carballada, A. (2007)

4.2 El Centro de Día como Dispositivo Institucional Ambulatorio.

Retomando la idea de pensar a la intervención Social como un dispositivo, se puede mencionar que considerar al Centro de Día como un dispositivo de intervención ambulatorio es, sin dudas, el espacio que puede tener características similares a lo descrito previamente.

El Centro de Día presenta encuadres flexibles orientados a contener y alojar a las/os usuarias/os de sustancias psicoactivas, construyendo intervenciones desde la singularidad de cada sujeto. Una vez en el Centro, se intenta recrear un escenario diferente al de la calle, que implique, según las/os profesionales, “una pausa en el consumo” y posibilite procesos subjetivantes en los que cada concurrente pueda hacerse preguntas sobre sus prácticas de consumo, su situación vincular, habitacional, laboral, de identidad, entre otras. La propuesta es habilitar y favorecer el salto subjetivo que comprende ocupar otro lugar social, de modo tal que no se identifique únicamente como usuaria/o de sustancias, reconociendo -reconociéndose- diversas cualidades y habilidades; esta posibilidad promueve el surgimiento de diferentes tipos de demandas que puedan constituirse como sujetos de la pregunta. Lic. Andrea Natalia Berti (2020)

Respecto al paradigma de reducción de riesgos y daños que fundamenta las intervenciones de este dispositivo, el mismo se propone la disminución o minimización de las consecuencias negativas (jurídicas, sociales, sanitarias) asociadas al consumo de sustancias psicoactivas con el fin de evitar daños mayores. Para alcanzar este objetivo es necesaria la construcción gradual de estrategias que se propongan la regulación o moderación del consumo por parte del sujeto, de acuerdo a sus posibilidades. Asimismo resulta importante reducir barreras en la accesibilidad a la red interinstitucional local de abordaje de la salud, a través de intervenciones territorializadas, interdisciplinarias e intersectoriales.

Además de reconocer que las personas sostienen modos heterogéneos de vinculación con las sustancias psicoactivas, de modo tal que pueden reconocerse diversos consumos,

desde los simples (no compulsivos) hasta los problemáticos. Así, el eje se encuentra en el sujeto y el vínculo que establece con la/s sustancia/s.

Por otra parte, se trata de abordar el consumo de sustancias psicoactivas como una mediación entre aspectos singulares del sujeto (historia de vida, personalidad, redes familiares y/o comunitarias, situación de salud, laboral, escolar, habitacional) y determinantes macro sociales (determinaciones universales como políticas públicas en salud, política económica, políticas sociales, etc). Es por ello que resulta fundamental situar la función que cumple/n la/s sustancia/s en la singularidad de cada quien.

Se parte de pensar a la persona usuaria de sustancias como sujeto de derechos, responsable de sus prácticas y de sus cambios, como un sujeto inscripto en un contexto social, histórico, cultural y económico, con un modo de vida e historia personal. Desde este paradigma es necesario que la persona pueda problematizar su consumo para construir una intervención al respecto.

En el marco de este modelo, los dispositivos de asistencia y prevención presentan criterios de umbral mínimo de exigencia dado que la abstinencia obligatoria no es condición de inicio y única meta de un tratamiento, sino que se contempla como una opción más entre otros posibles.

Finalmente, la perspectiva de reducción de riesgos y daños establece algunas líneas de trabajo con usuarias/os de sustancias psicoactivas, entre ellas: promover el pasaje de sustancias más tóxicas a menos tóxicas; cambios en las vías de administración (de más a menos riesgosas); regulación del uso de sustancias a través de la disminución de dosis y frecuencia; reducción del patrón de uso múltiple de sustancias (mezcla o combinación de sustancias); ofrecer un espacio de escucha; adopción de medidas de autocuidado previas, simultáneas y posteriores al consumo (uso de sustancias en situaciones menos peligrosas), entre otras. Asociación Civil Intercambios, s/r; Bekinschtein et al; Hospital Nacional en Red “Lic. Laura Bonaparte”, (2015); Marlatt, (1998); Quevedo, s/r. (2017).

Este tipo de dispositivo abarca aquellas intervenciones en las que los usuarios/as de sustancias realizan actividades durante un tiempo determinado a lo largo del día, y dedican el resto del día a sus actividades cotidianas en sus casas o trabajo. Cada equipo interdisciplinario determina la cantidad de horas de trabajo, individual o grupal, y propone las actividades que pueden resultar útiles para esa persona en particular.

Una característica importante de este tipo de dispositivos es la importancia que se le da a los vínculos, tanto dentro como fuera de la familia. La atención a la familia se considera una cuestión importante, ya que es un pilar indispensable para sostener no tan solo la recuperación,

sino también la permanencia y dificultades que vayan aconteciendo mientras son parte de este lugar.

A su vez, el hecho de no apartarse totalmente de su entorno, permite que, con las intervenciones del equipo interdisciplinario, se desarrollen herramientas para hacer frente a situaciones cotidianas que podrían promover el consumo.

4.2.1 Características Generales del Centro de Día

Como se mencionó anteriormente, un CDD en el contexto del consumo problemático de sustancias es una institución destinada a la realización de un tratamiento de tipo ambulatorio, aunque de internación parcial, como lo es el Hospital de Día, cuya finalidad no es sólo la desintoxicación sino la obtención de habilidades sociales que faciliten la inserción social.

Este CDD, ubicado cerca del Barrio El Molino de la ciudad de San Rafael de Mendoza, es una institución de gestión privada inaugurada en 2012. Cuenta con una casa propia con espacios aptos para trabajo individual así como con espacios más amplios donde se desarrollan trabajos grupales.

Se encuentra dirigido por un director y vicedirector. El equipo de trabajo es multidisciplinario y cuenta con un psicólogo social, una psicóloga, una médica clínica, una trabajadora social, dos talleristas y una asistente; todos los profesionales trabajan en el centro desde hace tres años.

En él se realizan un conjunto de actividades programadas, individuales y grupales, dirigidas por diferentes profesionales. Estas actividades planificadas cuidadosamente y con horario estable, incluyen tareas para cada uno de los pacientes y actividades fijas con los profesionales del CDD.

Algunas de estas actividades son individuales, como la terapia psicológica individual, la cual representa uno de los pilares en todo tratamiento de recuperación.

Esta terapia está dirigida a modificar el comportamiento adictivo o de riesgo y supone un espacio de reflexión y la posibilidad de ser escuchado. Esta actividad tiene una programación semanal, excepto que acontezca alguna situación en alguno de los pacientes que haga necesario aumentar la cantidad de sesiones.

Por otro lado, también se organizan actividades grupales que abarcan la terapia grupal, la zoo terapia y el psicodrama, además de diferentes tipos de talleres y salidas grupales. Estas actividades grupales representan un espacio de formación de todo individuo como sujeto de lo colectivo. Toda persona es formada por un conjunto de personas significativas que influyen

inculcando valores, costumbres, actitudes, formas de pensamientos y de relación con su entorno. En este sentido, las actividades grupales resultan especialmente beneficiosas para los pacientes con grupos familiares des adaptativos. De esta manera, los grupos operan como un aparato de transformación que permite modificar las concepciones sobre el grupo de pares cambiando los pensamientos individuales relacionados con el consumo de sustancias.

Tal como expresa la Lic. Susana Scarano (1992), en el grupo se trabaja desde lo cotidiano, desde donde cada uno puede, desde lo que cada uno trae. Están quienes ya han transitado por la experiencia y ayudan a los que se incorporan por primera vez, generalmente invadidos por el temor y la desconfianza. Esta ayuda es a veces indirecta: alcanzando un mate, preguntándole por su trabajo, o la familia, o la situación que lo trae al grupo. Tratando de no invadir y saturar con preguntas. A veces un chiste, una anécdota risueña va surgiendo, que hace a que el otro pueda relajarse. A veces, cuando la persona (sea familiar, paciente) esta con mucha angustia, es escuchada con mucha atención y se la calma mostrando con hechos concretos, desde vivencias concretas, desde experiencias similares, que de esto se sale, que es posible la recuperación.

Es necesario tener una disposición abierta, de escucha, de espera. La trama se va armando y lo que aparece como construcción se nutre de la versión que trae cada uno, pero en una producción diferente, que se va recreando en el interjuego dialectico, en la propia interacción. Y ese dar y recibir entre cada miembro y los demás, permite ir adquiriendo una representación de sí mismo, no masificada. Permite irse percibiendo como sujeto singular. Se va dando un grado de pertenencia donde cada persona se visualiza como integrante del grupo y a su vez siente a los demás miembros incluidos en su mundo interno. Son muy intensos y profundos los afectos que se van moviendo, creándose un espacio continente, muy especial, donde pueden sentirse respaldados. Es donde se potencia la posibilidad de transformar la realidad. Scarano, Susana (1992).

4.2.2 Características de los Adolescentes que concurren al Centro de Día.

Diariamente concurren al CDD 6 adolescentes y jóvenes de entre 15 a 21 años con un nivel de escolaridad hasta secundario incompleto. Estos proceden de barrios cercanos como Rama Caída, Cuadro Nacional, El Cerrito y otros de los Barrios más céntricos, como El Sosneado, Unimev y Barrio Tac.

4.3 Beneficios que provee este tipo de dispositivos para la recuperación.

4.3.1 La mirada de los Profesionales

En primer lugar se analizaron las entrevistas realizadas a profesionales que integran el equipo de trabajo de este centro: el director terapéutico, la licenciada en psicología, la licenciada en trabajo social y la zoo terapeuta. La entrevista a la licenciada en trabajo social es analizada de manera individual en el apartado 5.3.

Antes de analizar los beneficios que provee este tipo de dispositivos para la recuperación de adolescentes con consumo problemático de sustancias, se interrogó sobre los desafíos a los que se habían enfrentado en el último año. Tanto la zoo terapeuta como la licenciada en psicología se refirieron a problemáticas relacionadas con su campo de conocimientos.

Por un lado, la zoo terapeuta encontró dificultades al introducir este tipo de terapia alternativa, ya que el trabajo con animales es relativamente nuevo, al menos dentro de la Ciudad de San Rafael, Mendoza.

La licenciada en psicología remarcó la dificultad del abordaje de pacientes que presentan comorbilidades como ciertos trastornos mentales. La comorbilidad psiquiátrica indica la presencia simultánea de un trastorno mental y el consumo problemático de sustancias, pudiendo afectar el curso y el pronóstico del trastorno adictivo. Esto puede deberse a que el consumo de sustancias determine la aparición de un trastorno mental, o bien que un trastorno primario preexistente determine la aparición de un abuso de drogas. Otra posibilidad es que ambos ocurran paralelamente de manera primaria. Los abordajes para estos pacientes pueden ser secuenciales, en paralelo o integrados, siendo estos últimos los más utilizados. Cortés Tomás Maite. I.S.B.N.: 978-84-612-4795-0.

También se refirió a la complejidad del trabajo con la familia del adolescente. Para algunos autores, el proceso de socialización inicial dentro de la familia explica en gran parte la problemática del consumo. Oetting E. & Donnermeyer J. (1998).

De hecho Cruz-Salmerón (2011) observó que la disfuncionalidad familiar es un factor de riesgo para la drogadicción en adolescentes cuando es deficiente la autoridad y la supervisión en la familia, mientras que el apoyo familiar y la fase de dispersión son factores de protección. Cruz-Salmerón VH, Martínez-Martínez ML, Garibay-López L y Camacho-Calderón N. (2011).

La incorporación de las familias en el tratamiento de pacientes con consumo problemático han mostrado eficacia para aumentar el compromiso de los pacientes y sus

familias con los programas aumentando así la adherencia. Este abordaje también es efectivo para mejorar el funcionamiento familiar y facilitar la normalización de los pacientes en cuanto a su incorporación social. Girón, S. S., Martínez Delgado, J. M. y González Saiz, F. (2002).

Sin embargo, no está exento de dificultades. En muchas ocasiones se puede encontrar la negativa de la familia a involucrarse en el proceso, o bien falta de apoyo debido problemas de adicción o trastornos mentales en otros miembros de la familia Zapata M. (2009).

En numerosas circunstancias la disfuncionalidad propia de este tipo de familias hace difícil la coordinación de estrategias o dificulta el diálogo sano haciendo imposible este tipo de abordajes.

Es interesante aquí poder observar que se representa al adolescente, como indica el abordaje de este estudio, como el responsable de todo aquello que acontezca negativamente dentro de la vida cotidiana de dicha familia.

Recuperando esta expresión “chivo emisario” remite a una ceremonia religiosa (del pueblo judío y otros cultos religiosos) dirigida a transferir las culpas colectivas a un animal, en este caso un chivo. Se trataba, por supuesto, de un rito mágico, que en algunas culturas podía llegar a aplicarse a seres humanos.

La noción se utiliza hoy para connotar el hecho de descargar sentimientos agresivos en alguien que no es el verdadero objetivo de estos, pero actuaría como un receptor de esa agresión desplazada. En psicología social, el chivo emisario es un rol adjudicado (y asumido) por un miembro del grupo. A partir de esa asunción, éste “se hace depositario de los aspectos negativos o atemorizantes del mismo o de la tarea”; es una suerte de acuerdo tácito en el que se comprometen tanto él como los otros miembros, llamados “expiadores”.

Si bien la idea de chivo emisario se puede aplicar a toda situación grupal, Pichon Rivière la describe particularmente en el grupo familiar y sus ansiedades, en tanto aspectos negativos o atemorizantes asumidos. Señala que, cuando un sujeto se hace cargo de las ansiedades del grupo familiar, se configura la situación de chivo emisario. “El sujeto se defiende entonces de la ansiedad apelando a los mecanismos o técnicas del yo estudiadas por la psicología individual. Si este recurso adaptativo falla, hace su eclosión la enfermedad, con la consiguiente segregación del paciente, abandono del rol, dificultades en la reintegración del miembro enfermo, etc.” Y agrega: “Un enfoque inmediato y pluridimensional de la situación de enfermedad facilitará una redistribución de ansiedades, liberando al paciente de la ‘ansiedad global’ que había asumido, en un intento de ‘preservación’ del grupo”.

No hay que confundirse los roles de chivo emisario y de portavoz, aunque a veces sean asumidos, simultánea o consecutivamente, por una misma persona. El portavoz expresa lo que

pasa en el grupo; el chivo emisario se hace cargo de sus aspectos negativos. Jorge Grippio (2012).

Una vez que ese o esa adolescente decide comenzar el tratamiento dentro del CDD, se comienza a observar que se ponen en evidencia las distintas situaciones que lo o la han llevado a ser en este momento un usuario de sustancias; aquí se desprende que generalmente han sido niños, niñas cuyos adultos responsables no han sido capaces o no han podido establecer límites claros en lo que respecta a la crianza, han evitado como adultos confrontar los “berrinches” facilitando todo aquello que ese niño o niña demandara en su momento; generando en forma inmediata una demanda que pocas veces pudo ser satisfecha y que cuando se intento modificar se lo hizo desde la condicionalidad y no desde los límites.

Por otro lado, el Director Terapéutico se refirió a una cuestión más general sobre este asunto. Expuso que uno de sus desafíos fue crear conciencia sobre esta problemática pero que se encontró con la falta de interés tanto de los afectados como de los no afectados.

Esto es una realidad en todo el país como lo demuestran los resultados del Estudio Nacional en población de 12 a 15 años sobre consumo de sustancias psicoactivas publicado en 2017 por la Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina (Sedronar). Este informe concluye que la percepción de riesgo del consumo de sustancias, es decir la idea de daño que las personas atribuyen al uso de diferentes sustancias, no es alto. En esta encuesta específicamente se preguntó: “En su opinión, cuál cree usted que es el riesgo que corre una persona que consume...”, y las opciones de respuesta contemplaron las siguientes opiniones: ningún riesgo, riesgo leve o moderado, gran riesgo y no sabe qué riesgo corre.

Si bien en general la percepción de gran riesgo creció levemente entre el 2010 y el 2017 sobre el beber frecuentemente, sobre el uso ocasional de pasta base, paco y de éxtasis, la percepción de daño asociado al uso frecuente de tabaco y al uso ocasional de cocaína se mantuvo estable entre el 2010 y 2017.

De manera interesante se observa que la droga que mayor tolerancia presenta en su uso ocasional es la marihuana, en el 2017 sólo el 41% piensa que esta modalidad de uso es de gran riesgo. También resulta importante destacar que se observó un aumento de la cantidad de población que reconoce haber recibido oferta directa de marihuana (35,5%), cocaína (16,8%), pasta base (4,4%) y éxtasis (6,3%), ya sea para consumir o probar. Esto refleja una normalización del consumo en muchos ámbitos y el acostumbramiento de la sociedad en general a este consumo que lleva a la falta de consciencia del riesgo que conlleva. Sedronar, (2017).

Ya entrando en el análisis de los beneficios que otorga el CDD a los jóvenes, se le consultó su opinión a estos profesionales y su aporte personal. En todas las respuestas subyace que uno de los temas más importantes son las relaciones. De una u otra manera, los profesionales dejan entre ver que uno de los mayores aportes es el desarrollo de relaciones sanas de los adolescentes con los profesionales y entre sí.

Otro tema que aparece en las distintas respuestas de los profesionales es el de los hábitos y la rutina. Una característica cardinal de una persona con consumo problemático de sustancias es que su deseo de consumo hace que pasen a segundo plano ciertas necesidades básicas.

Estos pacientes suelen presentar malos hábitos de alimentación, problemas con el sueño, tendencia al abandono y es frecuente que paulatinamente vayan perdiendo interés por todas las cosas que le rodean que no estén ligadas al consumo. Esto los lleva progresivamente al aislamiento social. Es por esto que muchas de las intervenciones programadas en el CDD están dirigidas a crear hábitos sanos. Otorgar tareas y motivar a que las cumplan representa una intervención básica cuyos propósitos son enfatizar la importancia del quehacer cotidiano, tanto para el grupo como para la persona, y refuerza la idea de responsabilidad de cumplir con la tarea asignada.

Por último se les consultó sobre su opinión respecto al trabajo de la TS.

4.3.2 La mirada de los Adolescentes

A la hora de valorar cualquier tipo de intervención, es de fundamental importancia conocer la opinión de todos los involucrados, incluyendo a los pacientes. Es por esto que se realizaron entrevistas a tres adolescentes que concurren al CDD. Estos jóvenes se encuentran bajo tratamiento desde hace entre seis y doce meses, concurren por primera vez obligados por sus padres y/o adultos responsables y presentan más de dos años de consumo.

Los tres coinciden en la importancia del apoyo de la familia en el proceso de recuperación. De hecho desde el CDD, los profesionales colaboran mediante la realización de distintas actividades en las que puedan interactuar.

En las familias, luego de percatarse de la problemática de uno de sus miembros, suelen aparecer ciertos interrogantes sobre cómo llegó a esta situación. Muchas veces, la resistencia a aceptar el problema no permite encarar la situación de una manera favorable, entendiendo que es una problemática de toda la familia.

En el caso de los tres jóvenes analizados, al igual del de muchos otros, los familiares tienen intenciones de ayudar, sin embargo muchas veces no tienen las herramientas para hacerlo con eficacia. Por lo tanto, brindar un espacio para que la familia pueda enfrentar las situaciones que ha desencadenado el abuso a las drogas, hablar de sus temores y compartir experiencias, permite evitar actitudes contraproducentes para ayudar a ese familiar y reconstruir los vínculos.

El trabajo con la familia debe considerarse uno de los puntos más importantes para la recuperación, ya que es una condición necesaria para poder pensar la salud de manera integral, restableciendo los vínculos más comprometidos y favoreciendo la reinserción social. Torre, L. (2007).

Continuando con el análisis, nuevamente surge el tema de los límites en relación a la familia, y una frase común en adolescentes con distintos problemas de conducta: "...no estoy acostumbrado a que me pongan límites".

La falta de límites se refleja también en la imposibilidad de adaptarse a las reglas que disponen otras instituciones como la escuela. De hecho, si bien dos de ellos se encuentran escolarizados, refieren tener problemas en la escuela, y el tercer adolescente relata no querer concurrir. La falta de límites junto a la intolerancia a la frustración que pudiera derivarse del no cumplimiento de dichos deseos representan factores de riesgo tanto para el consumo inicial como para las posibles recaídas. Estas características son identificadas en muchos adolescentes. Mesa, P. y León-Fuentes, J. (1996).

Son en parte consecuencia de pautas cada vez más permisivas de crianza, las cuales fallan en el establecimiento de límites y disciplina adecuados. Young, J. E. (1999).

Esto supone que deben ser incluidas intervenciones educativas hacia los padres o referentes de estos jóvenes que marquen la importancia del establecimiento de límites y el desarrollo de la tolerancia a la frustración.

Arbex Sanchez (2002), en su libro "Guía de Intervención: Menores y Consumo de Drogas", define ciertas características que hacen que la adolescencia sea especialmente vulnerable a las conductas de riesgo, dos de las cuales tienen que ver con los límites: la necesidad de transgresión y la sensación de invulnerabilidad.

La necesidad de transgresión es una característica esencial en el comportamiento adolescente, sin embargo los padres de los adolescentes actuales no han dejado lugar a que pueda producirse. Esta generación de padres que tiende a ser más liberales que en generaciones anteriores, ha provocado que el espacio de transgresión a conductas que transgreden el orden social, como el consumo de sustancias prohibidas o el delito. Esto,

sumado a otra de las características que nombra la autora, la sensación de invulnerabilidad, lleva a conductas aún más riesgosas de las que son incapaces de medir realmente las consecuencias. Arbex Sanchez, C. (2002).

Esto remarca aún más la importancia de la incorporación de límites y reglas en la rutina de los jóvenes. Quizás de una manera más conversada y flexible que lo que ocurría en tiempos anteriores, pero con firmeza, sabiendo que los ayuda para una vida sana en sociedad.

Realizar acuerdos que habiliten a la puesta de límites es también permitir que ese adolescente pueda ser parte de aquello que se está proponiendo, re pensándolo como un sujeto de derechos que en ese momento preciso no puede accionar desde otro lugar, lo cual es temporario, observarlo y acompañarlo para que pueda modificar, aprender e internalizar los límites como una forma sana y verdadera es, a mi criterio, la única posibilidad real en la intervención.

Otro tópico fundamental en la recuperación de cualquier paciente con problemas relacionados al consumo es su entorno social, son las amistades, especialmente en el adolescente, representan una influencia clave tanto para el inicio del consumo como para las recaídas.

Comprender que durante la etapa de la adolescencia, se siente la necesidad de “despegarse” de los adultos responsables y poder encontrar en otros/as características similares en cuanto a intereses, es poder ampliar la mirada en cuanto a la elección de pares.

Los/as adolescentes que por sus historias, conformación de sus centros de vida y características particulares que no han contado con el acompañamiento necesario y suficiente para esta etapa, probablemente elijan pares que los vinculen con situaciones de riesgo.

En los tres casos analizados, los entrevistados refieren no tener más contacto con compañeros de consumo. A pesar de que parezca evidente la importancia de rodearse de un entorno sano que fomente actividades que no tengan relación con el consumo de sustancias tóxicas, no siempre es tan evidente para el paciente. De las respuestas se desprende que dos de ellos comprenden esta importancia, sin embargo uno de ellos refiere no entender por qué no puede “juntarse con nadie”.

El entorno es crítico tanto para desencadenar el inicio de la conducta de riesgo como para provocar recaídas. Si bien esta característica aplica para personas con consumo problemático de sustancias de cualquier edad, es especialmente importante durante la adolescencia, donde el grupo ejerce una influencia necesaria para el desarrollo normal. Para Arbex Sanchez (2002), dentro de las características que aumentan la vulnerabilidad del adolescente hacia las conductas de riesgo, pueden identificarse algunas que tienen que ver

específicamente con el grupo de pares. Entre ellas puede destacarse la necesidad de conformidad intra grupal. Los grupos se presentan como un medio de intercambio de las vivencias personales, familiares y educativas, a la vez que le permiten sentirse integrado a la sociedad. Sin embargo, el grupo puede constituir en sí mismo un factor de riesgo para diferentes tipos de conductas inadecuadas. La vulnerabilidad de cada individuo a las presiones que pueda ejercer el grupo pueden ser moduladas por herramientas personales como la autoestima y diferentes habilidades sociales. El grupo también es determinante en la formación de una identidad propia. El autor propone a la necesidad de reafirmación como otra de las características que aumentan la vulnerabilidad del adolescente y plantea que para reafirmar la identidad se comparten ritos generadores de vínculos sociales que son propios del grupo en el que se encuentre el adolescente. Arbex Sanchez, C. (2002).

El apoyo del grupo es fundamental también para la recuperación. Se les consultó sobre esta cuestión a los adolescentes y dos de ellos estuvieron de acuerdo en la importancia del apoyo mutuo. Sin embargo, la otra respuesta reflejó la gran dificultad para relacionarse de esta joven.

Las relaciones interpersonales importantes en el desarrollo y la capacidad de establecer vínculos aparecen de manera innata desde el nacimiento. Sin embargo, a pesar de ser algo prácticamente natural en el ser humano, pueden aparecer dificultades. Dada la relevancia de las relaciones interpersonales, se han generado distintas teorías para estudiar los mecanismos empleados para relacionarse con semejantes, entre ellas la teoría del vínculo de Pichon - Rivière (1980). En su trabajo "Teoría del vínculo", conceptualiza el término vínculo como la forma en que una persona se relaciona con las demás, estableciendo una estructura relacional única entre ambos que marca la manera de interactuar. Pichon - Rivière resalta que el vínculo es un elemento fundamental para la supervivencia y la adaptación al medio social. Sin embargo no todo tipo de vínculo es sano; existen diferentes maneras de relacionarse que constituyen una vinculación patológica. Pichon - Rivière, E (1980).

Resulta interesante interrogar sobre la mirada del adolescente sobre los aportes del CDD para su recuperación. Los tres se refirieron a las actividades recreativas: uno remarcó sus gustos por las actividades con animales, especialmente con perros, otro sobre su preferencia al psicodrama y el último a todas las actividades. Esto refuerza la importancia de este tipo de actividades en el proceso de recuperación, el cual debe otorgar herramientas para desenvolverse en la sociedad, pero de una manera amena y divertida, especialmente cuando se trabaja con niños y adolescentes.

Es característica de las personas con consumo problemático de sustancias la necesidad

de proyectar su angustia a través de la palabra, por lo que muchas terapias de grupo se basan en la verbalización de la experiencia pasada y de la sintomatología presente. Esto produce la sensación de ser reconocido y comprendido por el grupo de iguales, encontrando cierto alivio por sentirse acompañado en el proceso. El grupo, en muchas ocasiones representa un lugar donde se está a salvo.

Además se considera fundamental en la Terapia Grupal no hacer referencia al consumo en sí, sino poder compartir sentires, sensaciones, pensamientos, poner el cuerpo en acción para así poder comprender que la situación de consumo se puede llegar a modificar especialmente cuando se comienza a adquirir el concepto de conciencia de enfermedad.

Uno de los primeros elementos que es fundamental abordar en el tratamiento de una adicción es la toma de conciencia de enfermedad por parte de la persona adicta. Por lo general, al inicio del tratamiento es habitual que exista negación de la enfermedad, es decir, que la persona no se reconozca como enferma y que defienda que su conducta adictiva es perfectamente controlada y voluntaria. Esta negación se da no sólo en el adicto, sino que también puede aparecer en la familia de éste.

Como bien se explica desde NA (Narcóticos Anónimos) «la negación es la parte de nuestra enfermedad que hace que nos resulte difícil, si no imposible, reconocer la realidad. Durante la adicción, la negación nos protegía de ver en qué se había convertido nuestra vida. Nos engañábamos creyendo que podíamos seguir consumiendo sin problemas.» (2003).

Es decir, la negación implica que la persona adicta se niega a reconocer su situación real: problemas que le está causando la droga a todos los niveles (familiar, laboral, social, personal, etc.), los efectos negativos que produce, etc., manteniendo que aun puede llegar a controlar el consumo, y que realmente son los demás quienes no le entienden y tienen una visión distorsionada de la realidad... porque no sólo «niega» la existencia de la enfermedad y sus consecuencias, sino que también cree que es realmente así. Puesto que la drogadicción es una enfermedad, el primer paso para poder realizar una intervención adecuada y que el tratamiento aporte resultados positivos, es que la persona reconozca que está enferma y decida tomar medidas, ya que el tratamiento de la adicción requiere una gran implicación y compromiso por parte de la persona, sin el cual no se podrá avanzar.

Un fenómeno que puede surgir en el entorno familiar del adicto activo es la co-dependencia, una de cuyas consecuencias es que los familiares que conviven con la persona adicta tienden a desarrollar, inconscientemente, comportamientos similares a los de éste, con la finalidad de reducir la situación de caos y dolor que genera el comportamiento adictivo, de manera que terminan comportándose como el adicto pero sin haber consumido: la negación

está incluida entre las pautas de conducta que puede desarrollar la familia a causa de la co-dependencia y, cuando esto sucede, se logra crear una situación de aparente equilibrio y armonía, al menos al principio, hasta que las consecuencias negativas son realmente insoportables.

La negación tiende a hacerse crónica con el tiempo, por lo que superarla será un proceso duro y complicado en el que la persona comenzará a tomar conciencia de la situación real de su vida, la cual no es para nada agradable, así como a reconocer que él no controla su enfermedad la cual, además, no tiene cura. De este modo, el adicto se pone en manos de los especialistas que le irán guiando en el camino de su recuperación.

Se puede ver que la negación es un fenómeno de la adicción que es necesario abordar y suprimir para lograr tratar la enfermedad. La aceptación de la situación real y eliminación de la negación es un proceso duro para el adicto, puesto que implica la toma de conciencia de una realidad que no es para nada agradable pero, quien da el paso para comenzar a trabajar en esta línea, sabe que está más cerca de su recuperación y de poder mejorar en mayor o menor medida esa realidad. Barrera Mojica, G. (2007) Obando, L. A. y Pochet Coronado, J. F. (2003).

Ante la indagación sobre los problemas a los que se enfrentaron en el CDD, hacen referencia de alguna manera a las tareas asignadas y a la convivencia.

Por último, se les consultó específicamente por el trabajo de la TS.

4.3.3 La mirada de una ex paciente

Se le realizó también una entrevista a una joven de 28 años que, si bien actualmente no concurre al CDD en estudio, lo hizo en años anteriores. Hoy en día se encuentra viviendo fuera de Argentina, pero su recorrido y experiencias pueden ser de ayuda para comprender más esta problemática y los aportes del CDD a su recuperación.

Esta joven había llegado al centro por decisión propia, luego de 10 años de consumo de diferentes sustancias como alcohol, marihuana y cocaína, entre otras, y con tres intentos de tratamiento. En su relato se percibe una historia de fracasos en sus relaciones y en sus intentos de estudiar una carrera, debidos al consumo y a la falta de rutina como consecuencia del consumo de sustancias.

Coincide con los demás entrevistados en que el apoyo de la familia es fundamental. Subraya que actualmente su pareja es su principal apoyo y al hablar de ella aparecen palabras como compartir, charlar y disfrutar.

También enfatiza la importancia de cambiar el entorno para sostener la recuperación.

En su relato se evidencia el distanciamiento de su grupo habitual (amigos y familia) y el reemplazo por vínculos tóxicos que la acercaban al consumo.

Respecto al CDD, expone el valor del apoyo de sus compañeros y la ayuda para tomar conciencia sobre la enfermedad. También refiere haber aprendido herramientas para afrontar dificultades, aumentar su autoestima y reconciliarse con el pasado.

4.4 Las intervenciones de la Trabajadora Social.

Finalmente, se realizó una entrevista a la trabajadora social del CDD, la cual se encuentra trabajando en él desde sus inicios, participando desde el armado del proyecto hace ya más de tres años. Su trabajo en el centro es diario, concurriendo de lunes a viernes y los sábados a las reuniones de equipo.

Refiere que una herramienta central en el abordaje de adolescentes con consumo problemático de sustancias es la entrevista, tanto con los familiares como con el mismo adolescente. Estas entrevistas en algunas ocasiones son realizadas por un solo profesional, mientras que en otras circunstancias participan más de uno.

La TS refiere que la entrevista abierta representa un punto de partida en la comunicación que genera un espacio de escucha, libre de prejuicios. Las entrevistas en el contexto del trabajo social apuntan a modificar aspectos en la vida cotidiana que apuntan a generar cambios que ayuden al paciente en su tratamiento.

Al interrogar sobre los desafíos encontrados, la TS expone que generar un vínculo sano, desde el primer contacto, es el mayor de los desafíos. Otro de los desafíos es trabajar desde el amor incondicional.

En cuanto al trabajo diario, además de la realización de entrevistas, la labor de la TS es la de coordinar las diferentes actividades. La entrevistada refiere la importancia de estrategias que mejoren la calidad de atención e incrementen los buenos resultados en cuanto a la recuperación.

Además menciona la importancia del trabajo en red, de acuerdo a Elina Dabas (2006), la red social, en tanto forma la trama de la vida, no es una sino múltiple, está en perpetuo flujo, cambia su configuración y permite diversos modos de abordaje, tanto conceptualmente como en la práctica profesional y vital de cada cual.

Las redes son dinámicas, muestran diversidad de afluentes y admiten itinerarios singulares.

No hay vía privilegiada para entrar a una red, ni caminos prefijados, podemos llegar a

ella e cualquier sitio y recorrerla de muchísimas formas diferentes. No existe, ni puede existir, una única y verdadera definición de red. En el caso que precisemos una definición (y vale la pena sospechar siempre de esta necesidad), será provisoria y tendrá fines operativos, nunca normativos.

Cada cual ha llegado a pensar la “Red Social” inmerso en su propia red, gracias a otros, con otros, contra otros, a pesar de otros, influidos por otros.

Cada cual va recorriendo la red en función de problemáticas, de estilos de conocimientos, de competencias profesionales y hasta gustos diferentes.

La Red Social implica un proceso de transformación permanente tanto singular como colectivo, que acontece en múltiples espacios y (a) sincrónicamente. Podemos pensarla como un sistema abierto, multicéntrico y heterárquico, a través de la interacción permanente, el intercambio dinámico y diverso entre los actores de un colectivo (familia, equipo de trabajo, barrio, organización, la escuela, la asociación de profesionales, el centro comunitario, entre otros) y con integrantes de otros colectivos, posibilita la potencialización de los recursos que poseen y la creación de alternativas novedosas para fortalecer la trama de la vida, cada miembro del colectivo se enriquece a través de las múltiples relaciones que cada uno de los otros desarrolla, optimizando los aprendizajes al ser estos socialmente compartidos. Dabas (2002).

En tanto la perspectiva de red nos propone la concepción de un mundo construido por todos, nos coloca en situaciones de responsabilidades compartidas. El mundo “no es tal no es dado” sino que lo construimos entre todos.

Entonces, esto nos enfrenta al desafío de pensar como pasamos de las decisiones por mayoría a la generación de consenso; de las estrategias de intervención a estrategias cooperativas que promuevan ligaduras; del orden preestablecido a una organización coordinada.

CAPÍTULO V. PROPUESTAS DE INTERVENCIÓN DESDE EL TRABAJO SOCIAL.

5.1 El Trabajo Social y la Intervención Interdisciplinaria.

Para comenzar a hablar del lugar del Trabajador/a Social dentro de las intervenciones es necesario articular con la Ley Federal de Trabajo Social N° 27072, la cual en el capítulo III, artículo 9, refiere en cuanto a las incumbencias profesionales que:

Siempre en defensa, reivindicación y promoción del ejercicio efectivo de los derechos humanos y sociales, los/as Licenciados/as en Trabajo Social están habilitados para las siguientes actividades profesionales dentro de la especificidad profesional que les aporta el título habilitante:

1. Asesoramiento, diseño, ejecución, auditoría y evaluación de:
2. a) Políticas públicas vinculadas con los distintos ámbitos de ejercicio profesional, tales como hábitat, salud, desarrollo social, discapacidad, educación, trabajo, medio ambiente, justicia, niñez y adolescencia, economía social, violencias sociales, género, minorías étnicas, ancianidad y adicciones, entre otros;
3. b) Planes, programas y proyectos sociales;
4. c) Diagnósticos familiares, institucionales, comunitarios, estudios de impacto social y ambiental;
5. d) Proyectos institucionales y de organizaciones sociales, sean éstas gubernamentales o no gubernamentales.
6. Integración, coordinación, orientación, capacitación y/o supervisión de equipos de trabajo disciplinario, multidisciplinario e interdisciplinario, aportando elementos para la lectura e identificación de la situación abordada, incorporando los aspectos socioeconómicos, políticos, ambientales y culturales que influyen en ella, y proponiendo estrategias de intervención.
7. Elaboración de informes sociales, informes socioeconómicos, sociosanitarios y socio-ambientales, informes situacionales y/o periciales.
8. Intervención en contextos domiciliarios, institucionales y/o comunitarios.
9. Elaboración de pericias sociales en el ámbito de la Justicia, ya sea como peritos oficiales, de parte, mandatario y/o consultor técnico.
10. Intervención profesional en instancias o programas de mediación.
11. Intervención profesional como agentes de salud.

12. Dirección y desempeño de funciones de docencia de grado y posgrado, extensión e investigación en el ámbito de las unidades académicas de formación profesional en trabajo social y en ciencias sociales.
13. Desempeño de tareas de docencia, capacitación, investigación, supervisión e integración de equipos técnicos en diferentes niveles del sistema educativo formal y del campo educativo no formal, en áreas afines a las ciencias sociales.
14. Dirección, integración de equipos y desarrollo de líneas y proyectos de investigación en el campo social, que contribuyan a:
 15. a) La producción de conocimientos en trabajo social y la profundización sobre la especificidad profesional y la teoría social;
 16. b) La producción de conocimientos teórico-metodológicos para aportar a la intervención profesional en los diferentes campos de acción;
 17. c) La producción de conocimiento que posibilite la identificación de factores que inciden en la generación y reproducción de las problemáticas sociales y posibles estrategias de modificación o superación.
18. Participación en asesoramiento, diseño e implementación de nuevas legislaciones de carácter social, integrando foros y consejos de promoción y protección de derechos.
19. Dirección y administración de instituciones públicas y/o privadas en diferentes niveles de funcionamiento y decisión de las políticas públicas.

Teniendo en cuenta este marco legal, el cual no solo resguarda en cuanto a los derechos del profesional en Trabajo Social, sino que también le da un encuadre a las intervenciones, se puede decir que en relación a la compleja cuestión social que implica intervenir con adolescentes en situación de consumo problemático, se tiene que considerar que las adicciones ya no se consideran como un problema de salud del individuo particular, sino que pertenecen al campo de los problemas sociales. Esta problemática representa hoy más que nunca un fenómeno social y como tal afecta e involucra a todos los actores sociales. Esto implica que, como dijera Stehlik C. (2008), el trabajo interdisciplinario, es una resultante casi obligada, como modo de intervención, más que una amplitud consensuada, elaborada e instituida entre las diferentes disciplinas que pueden formar parte de un equipo técnico. Stehlik C. (2008).

En este sentido, el trabajador/a social vendría a jugar un rol protagónico en la conformación de un equipo de trabajo. La existencia de equipos interdisciplinarios resulta así indispensable, de manera que la persona pueda beneficiarse de una actuación

multidimensional que se beneficia de la sinergia entre sus diferentes componentes.

Además, la necesidad de que la intervención profesional se realice de manera interdisciplinaria queda plasmada en lo establecido en el Artículo 8 de la Ley 26.657 de salud mental: “Debe promoverse que la atención en salud mental esté a cargo de un equipo interdisciplinario integrado por profesionales, técnicos y otros trabajadores capacitados con la debida acreditación de la autoridad competente. Se incluyen las áreas de psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional y otras disciplinas o campos pertinentes”.

Se entiende al Trabajo Social como una de las ciencias sociales que estudia los distintos aspectos de las personas y a éstas relacionadas en la sociedad, buscando el bienestar social. Así, la profesión del trabajo social promueve un cambio social a partir de la resolución de problemas en relaciones humanas para aumentar el bienestar de cada persona en particular y de la sociedad en general. Utilizando teorías de comportamiento humano y sistemas sociales, el trabajo social interviene en los puntos donde la gente interactúa con sus ambientes. AIETS y FITS. (2004).

La autora Quintero Velásquez (2004) manifiesta que: “el trabajo social es una intervención en el sentido que intervenir significa tomar parte de una acción con la intención de influenciarla. La intervención del trabajador social consiste en permitir a la persona/sujeto desarrollar sus capacidades, ayudarlo a modificar su situación y finalmente ayudarlo a resolver sus problemas.” Quintero Velásquez, A. (2004).

Según la Federación Internacional de Trabajadores Sociales y la Asociación Internacional de Escuelas de Trabajo Social (2004), el trabajo social se basa en el respeto al valor y dignidad inherentes a toda persona, y a los derechos que de ello se desprenden. Los trabajadores sociales deben apoyar y defender la integridad y bienestar físico, psicológico, emocional y espiritual de cada persona; cumpliendo así una tarea fundamental al momento de encarar la rehabilitación de personas con consumo problemático de sustancias. AIETS y FITS. (2004).

Según Ezequiel Ander-Egg, en su Diccionario de Trabajo Social, (2006) las funciones específicas o propias del trabajo social son de dos tipos:

- Por una parte, son una de las formas de implementación de la política social, en cuanto conjunto de técnicas operativas y procedimientos de actuación;
- Por otro lado, se trata de diferentes formas de intervención social para atender problemas individuales, grupales o comunitarios, con un propósito de promoción, educación y/o animación social.

De una manera general, puede afirmarse que el trabajo social es una modalidad operativa de actuación con individuos, grupos o comunidades, para la realización de una serie de actividades destinadas a resolver problemas, satisfacer necesidades o para atender a sus centros de interés. Las tareas de acción social y la prestación de servicios son realizadas, en cuanto a sus objetivos tácticos, con un alcance asistencial, rehabilitador o preventivo.

A través de estas acciones con la gente implicada en los programas o actividades, sean usuarios/as o destinatarios/as de los servicios, se procura desatar un proceso de promoción del autodesarrollo interdependiente de individuos, grupos y comunidades, según sea en cada caso el ámbito de actuación. En este aspecto, el trabajo social es una forma de movilización de recursos humanos.

En la realización de estas funciones, el trabajador/a social como agente externo, pero inserto e inmerso en la misma realidad problemática que atiende, procura concientizar/concientizándose, movilizar/movilizándose y crear los espacios y ámbitos de actuación, para que la gente se organice a fin de participar en la realización de proyectos y actividades específicas de cara a resolver sus problemas y satisfacer sus necesidades. Cuando la índole de las actividades lo permite, la gente ha de participar en y desde sus propias organizaciones, procurando que tengan intervención en todo aquello que les concierne, ya sea como usuarios, beneficiarios o ciudadanos.

Dentro del mismo encuadre, Ezequiel Ander-Egg, refiere que en cuanto al trabajo social con drogodependientes es complejo como consecuencia de los diferentes factores que se interrelacionan con este problema (económicos, sociales, políticos, culturales, etc.) y preocupante por la extensión y gravedad que ha alcanzado.

Los aspectos más decisivos de esta problemática desbordan en mucho el ámbito de actuación de los/as trabajadores/as sociales, puesto que el narcotráfico está ligado a la corrupción política y policial en muchos países y a poderosos intereses económicos en juego.

En este campo los/as trabajadores/as sociales suelen actuar junto con otros profesionales, en tareas de asistencia, rehabilitación y prevención. Dentro de comunidades terapéuticas, suelen trabajar en tareas de rehabilitación y, a través de la tarea informativa/educativa llevada a cabo en escuelas y la instalación de centros sociales en zonas propensas a la venta y consumo de drogas, se realizan tareas de prevención. Los roles y funciones de los/as trabajadores/as sociales en este campo suelen ser muy variados e irregulares, sin que sus tareas estén muy definidas, algo parecido ocurre con otras profesiones en este mismo campo. Ezequiel Ander- Egg (2006).

Es por esto que actualmente se evidencia una mayor presencia de los trabajadores sociales en todos los ámbitos, tanto en el marco de instituciones públicas como privadas. Si bien tanto la prevención, como el tratamiento y la reinserción social son pilares fundamentales en lo que respecta a las adicciones; es interesante hacer hincapié especial en la reinserción social y la elaboración de un proyecto de vida como los objetivos más importantes del trabajador social en el ámbito de las adicciones, ya que se trata de una intervención esencialmente social cuyo objetivo es integrar en la comunidad a las personas con uso problemático de drogas. Sixto-Costoya, A. y Olivar Arroyo A. (2018).

La reinserción social es, pues, cualquier intervención social cuyo objetivo sea integrar en una comunidad a las personas con problemas de adicciones, basándose en estrategias psicoterapéuticas, educativas, sanitarias y sociales. Gutiérrez, A. (2007)

También para Burak Solum Donas, la participación del trabajador social con personas con consumo problemático de sustancias debe de ser en el marco de la multidisciplina, trabajando en conjunto con otros profesionales de la salud, teniendo como objetivos principales y particularmente para adolescentes:

- Educación preventiva continua.
- Coordinación y coherencias de los programas y los equipos.
- Desarrollo de políticas preventivas.
- Participación de las poblaciones.
- Accionar articulado de las instituciones.
- Integración de los sectores.
- Interdisciplinariedad e intersectorialidad en el trabajo de los equipos.
- Sostenibilidad.
- Investigación.
- Evaluación.
- Reprogramación participativa. Solum Donas B. (2001).

El profesional del trabajo social, en su trato con los asistidos, deberá siempre mantener una conducta no crítica, respetando al individuo como persona. El objetivo del trabajador social para-con el sujeto será entonces, corregir al máximo sus problemas de personalidad buscando reemplazar la sensación de ansiedad e inseguridad que lo caracteriza por una de bienestar y proporcionándole los medios para que pueda adquirir firmeza, confianza y seguridad en sí mismo, así como sentido de responsabilidad personal, familiar y con su entorno social. Becerra

R.M. (1999).

Sumando a todo lo descripto previamente, se considera fundamental la mirada de Carballada en lo que respecta al sentido de la intervención, implica una serie de acciones, mecanismos, procesos que construyen representaciones y construcción de ese “otro” sobre el que se interviene. Desde esta perspectiva, la intervención como campo es un lugar de construcción de creencias, hábitos, y modalidades de hacer. La intervención es también un lugar de certezas e incertidumbre. De ahí que la intervención involucre un compromiso ético. Dado que se interviene no solo sobre los problemas sociales, sino en función del padecimiento que estos generan.

En este aspecto, la reflexión también se orienta hacia los condicionantes de la intervención, desde diferentes aspectos, pero esencialmente a partir de prácticas, representaciones sociales y construcciones discursivas que la preceden. De algún modo le imponen un orden una ley que le confiere dirección al hacer. De allí que la intervención envuelve una reflexión ética, donde las prácticas requieren mirarse hacia dentro, dialogar con su propia historia, con los atravesamientos del contexto.

Analizando críticamente los argumentos que la construyen, desde una perspectiva de “deliberación”; el latín *deliberatio*, de *librare*, pesar: acción de pesar, reflexionar. Es decir desde la reflexión acerca de las motivaciones que se tienen en cuenta antes de tomar una decisión. En definitiva la deliberación en tanto reflexión hace responsable a la intervención y ratifica o no la propia autonomía de una práctica. Dentro de la intervención, la reflexión ética implica una revisión de los marcos conceptuales desde donde se actúa y de los esquemas de justificación. La intervención desde esta perspectiva es un lugar de construcción de nuevas preguntas, un espacio desde donde se construye agenda pública, teniendo en cuenta las dimensiones de lo micro en lo macro social. La intervención también es un “lugar” de generación de acontecimiento, donde se rompe la dicotomía individuo sociedad, en la posibilidad de visualizar relaciones de fuerza que se invierten, desde un vocabulario retomado. Es decir la posibilidad de encontrar nuevos espacios para la palabra. La intervención, muchas veces hace visible aquello que no se visualiza, que se encuentra naturalizado, de este modo se sale de lo establecido.

En síntesis, la Intervención es un “hacer ver”, no agrega ni quita nada a ese “otro” sobre el cual llevamos adelante nuestra práctica cotidiana.

La intervención en Lo Social Implica una serie de mecanismos y acciones que van cobrando complejidad a través del tiempo, por el propio desarrollo de las prácticas que intervienen y por la complejidad del contexto de intervención. La emergencia de las Problemáticas Sociales Complejas implica reconocer la Intervención en lo Social como un

saber experto que trasciende los campos disciplinares dialogando con cada espacio de saber, generando nuevas preguntas que en definitiva son trasladadas desde los escenarios de la Intervención donde sobresale la incertidumbre, la injusticia y el padecimiento. Entender la Intervención como dispositivo implica también una necesaria articulación con las políticas públicas y las organizaciones de la sociedad civil.

5.2 Actividades Terapéuticas

5.2.1 Dispositivo Grupal

Todo CDD funciona mediante dispositivos grupales. Existen múltiples definiciones del concepto de grupo. E. Pichón Rivière caracteriza al grupo como "conjunto restringido de personas que, ligadas por constantes de tiempo y espacio y articuladas por su mutua representación interna se propone, en forma explícita o implícita, una tarea que constituye su finalidad, interactuando a través de complejos mecanismos de asunción y adjudicación de roles". Pichon Rivière, Enrique (1997).

Naturalmente el ser humano forma parte de distintos grupos a lo largo de su vida. En este caso particular, los grupos de pares cumplen un rol importante en la recuperación. El potencial terapéutico de la ayuda grupal consiste en la posibilidad de identificación con otros participantes que están atravesando situaciones similares.

En este contexto, la terapia de grupo otorga la posibilidad de crear vínculos horizontales con los participantes, además de un lazo central hacia la persona que coordina el grupo, que supone efectos terapéuticos por la posibilidad de producir lo que se conoce como "ilusión grupal" Jasiner, (2008) que será lo que propicie el ensayo de nuevas formas de vincularse. Se trata de un espacio con una estructura flexible en cuanto a su contenido, ya que es el momento para hacer hablar y escuchar a las personas que integran este grupo terapéutico.

Según refiere Dora García (1997) entiende al grupo como un conjunto restringido de personas que interactúan compartiendo un espacio físico y un tiempo determinado. A través de la internalización recíproca se proponen, de manera explícita o implícita, realizar una tarea. Durante este proceso se produce un dinámico interjuego de roles y la construcción de un nosotros. La internalización recíproca o la mutua representación interna como la describe E. Pichón Rivière, es uno de los organizadores del grupo como estructura, es decir que es un rasgo esencial y constitutivo del grupo, es un elemento instituyente del grupo, le otorga a esa multiplicidad de sujetos una unidad, una coherencia interna y una interdependencia, rasgos característicos de toda estructura o sistema.

Desde estos conceptos estoy hablando de los grupos pequeños, cara a cara, en los cuales se va reconstruyendo la mutua representación interna a partir de un proceso, de una praxis por la que cada integrante que participa de una situación, reconstruye dentro de sí, a nivel de lo intrasubjetivo, esa situación. Las relaciones que hasta ese momento eran anónimas, exteriores, se transforman en relaciones de interioridad. Es decir, se cuenta con el otro que está presente como objeto, como modelo, como rival.

Este otro es reconocido como significativo para mí cuando está involucrado en una relación o contradicción fundamental, la que se da entre necesidad y satisfacción; la necesidad y la internalización es el punto de partida de la interacción. Cuando nos vemos involucrados con los otros en una necesidad y desde ella desarrollamos una tarea en común, podemos hablar de que se ha instituido un grupo, una estructura de relaciones entre sujetos.

Así podemos afirmar que el grupo es una estructura en movimiento; la estructura grupal esta puesta en marcha y constituida a partir de las necesidades y la necesidad es, per se, principio de movimiento.

En relación a la mutua representación interna, esta puede construirse si los grupos con los cuales trabajamos llevan a cabo su tarea durante un proceso; proceso que denominamos dialéctica entre sujetos, donde estos se afectan, se determinan y se constituyen recíprocamente. La interacción produce efectos y el efecto es básicamente la modificación de los sujetos intervinientes a nivel de la dimensión intrasubjetiva, de la transformación del mundo interno. Es decir, que se internaliza una modalidad de experiencia, relaciones vividas que adquieren otra dimensión; esa dimensión intrasujeto también va a modificar lo intersubjetivo, lo relacional observable.

La internalización no se produce de manera global, sino que se va dando en la medida que se desarrollan las identificaciones, es procesal; implica un proceso de interacción intensísimo y prolongado, como es la familia, por ejemplo.

Con respecto al interjuego de roles que se despliegan en un grupo, Dora García toma lo que George Mead describe en la teoría de los roles: hace mucho hincapié en el proceso de interacción y desarrolla la teoría del "otro generalizado". En ella dice que el gesto vocal, el lenguaje, la palabra, tiene entre los seres humanos una actividad fundamental para la interacción. Explica que cuando uno habla, está enviando un mensaje, pero que antes de emitirlo, realizamos todo un procesamiento interno del discurso que vamos a emitir, haciendo una evaluación de los receptores del mensaje, fantaseando cual va a ser la respuesta de estos.

Podemos decir que no es solo el lenguaje, la palabra, lo que permite la interacción con el otro, sino también que interviene la mirada. La mirada como constituyente del sujeto. Lic.

Dora García (1997).

Las actividades, tanto grupales como individuales, realizadas en el Centro de Día, conforman un grupo de acciones que se orientan a la rehabilitación y la inserción social. Estos espacios ofrecen la oportunidad de vivir nuevas experiencias.

La terapia individual le permite indagar sobre los procesos y determinantes de la conducta adictiva y comprender la conducta por su relación con el contexto social y biográfico, además de generar en conjunto con el Psicólogo/a un encuadre seguro que le permita a esa persona poder trascender internamente para re-encontrarse desde sus mejores lugares.

Por otro lado, existen otro tipo de actividades que incorporan componentes lúdicos y creativos para propiciar cambios conductuales y cognitivos mediante el entrenamiento de habilidades. Entre ellas podemos nombrar la actividad física recreativa, arte, psicodrama, zooterapia, entre otras.

En relación a esto último podemos dar cuenta que toda actividad que promueva una conciencia de sí mismo es parte fundamental de los diferentes “darse cuenta” que surgen mediante estos procesos terapéuticos.

5.3 El Psicodrama

Para ello, tomo como ejemplo el Psicodrama, ya que durante mi experiencia dentro del Centro de Día pude llevar a cabo distintos Talleres Psicodramáticos.

Para lo cual me parece fundamental referir a Jacob Levy Moreno quien indiscutiblemente fue un hombre creador, adelantado a su contexto histórico. Planteó con sus ideas filosóficas y creatividad, una manera diferente de mirar la realidad: llevar las ideas, los conflictos y las emociones a ser abordados en un escenario mediante la acción dramática. Su búsqueda era la “revolución creadora”, él planteaba esencialmente que al modificar nuestros vínculos, en los pequeños grupos de pertenencia un gran cambio socio-cultural era posible. Realizó aportes fundamentales a la Psicología, al Teatro y al trabajo comunitario con población marginal.

Moreno presentó al psicodrama como "una nueva forma de psicoterapia que puede ser ampliamente aplicada". Según su creador: "Históricamente el psicodrama representa el punto decisivo en el apartamiento del tratamiento del individuo aislado hacia el tratamiento del individuo en grupos, del tratamiento del individuo con métodos verbales hacia el tratamiento con métodos de acción (...) El psicodrama pone al paciente sobre un escenario, donde puede resolver sus problemas con la ayuda de unos pocos actores terapéuticos. Es tanto un método de diagnóstico como de tratamiento."

El método psicodramático permite a los-as protagonistas actuar los acontecimientos relevantes de su vida en vez de simplemente hablar sobre ellos. Esto implica explorar en la acción, no sólo los acontecimientos históricos, sino las dimensiones de los acontecimientos psicológicos no abordados habitualmente: los pensamientos no verbalizados, los encuentros con quienes no están presentes, representaciones de fantasías sobre lo que los otros pueden estar sintiendo o pensando, un futuro posible imaginado y muchos otros aspectos que resulten conflictivos o que estén obturando la fluidez de las conductas espontáneas.

Algunos de los objetivos principales son:

- Darse cuenta de los propios pensamientos, sentimientos, motivaciones, conductas y relaciones.
- Mejorar la comprensión de las situaciones, de los puntos de vista de otras personas y de nuestra imagen o accionar sobre ellas.
- Investigar y descubrir nuestra propia capacidad para generar diferentes conductas opcionales (nuevas respuestas actitudinales).
- Ensayar, aprender o prepararse para actuar las conductas o respuestas que se encontraron más convenientes.

5.3.1 Bases filosóficas del Psicodrama

Hay tres conceptos principales que constituyen el basamento de la teoría moreniana, sobre la cual se fue construyendo el Psicodrama:

- La filosofía del momento:

Si bien el concepto de habitar el presente, estar presentes en el aquí y ahora, es muy considerado en la actualidad, hace un siglo eso no era pensado de la misma manera. Moreno basó su ideología en esa premisa, que afirma que lo más importante en la vida es lo que está aconteciendo en el aquí y ahora, en ese preciso y singular momento. Así lo define: “Un instante no es parte de la historia, toda la historia es parte de un instante”. Al abordar una escena psicodramáticamente todo lo que allí acontezca está en el presente. Hablamos siempre en tiempo presente, tanto en psicodrama como en Teatro espontáneo, la escena no ocurrió, no ocurrirá, simplemente está ocurriendo. Básicamente percibimos nuestra existencia en el aquí y ahora, todo ocurre en este momento. La filosofía del momento es uno de los ejes teóricos del Psicodrama y uno de sus pilares como instrumento

terapéutico. El momento es la unidad de tiempo inasible, ya que es ahora, en función de lo que hubo antes y deja de ser para ser futuro, uniendo así los tres tiempos. Nos plantea la paradoja de ese tiempo intangible y tan abarcativo. Moreno desarrolló tres formas dramáticas conectadas directamente con la noción de filosofía del momento: el teatro espontáneo, el periódico viviente y el teatro terapéutico.

- La teoría del encuentro

“En el principio era la existencia, pero no hay existencia sin existente. En el principio era el verbo, la idea, pero antes fue la acción, pero una acción no es posible sin un actor, sin un objeto al que apunte el actor y sin un tú. En un principio era el encuentro” J.L. Moreno.

En esta frase observamos la significación trascendental que le otorga el creador del Psicodrama a la palabra encuentro. La define como una conexión real e intensa con una persona en un momento preciso, no como una vaga relación superficial, sino para compartir desde lo más profundo de su espontaneidad. Interviene en todo encuentro algo que Moreno denomina factor telé, el primer lazo afectivo que construimos con otro. Así lo describe en el encuentro terapeuta-paciente, director protagonista.

TELÉ - Tele (del griego lejos, influencia a la distancia) “la transferencia es el desarrollo de fantasías (inconscientes) que el paciente proyecta sobre el terapeuta, otorgándole una cierta fascinación”.

Pero Moreno destaca otro proceso que también tiene lugar en el paciente. No todo es transferencia en los vínculos. El paciente, a la vez, percibe intuitivamente pero con cierta objetividad, qué clase de persona es el terapeuta. “Estas intuiciones de la conducta inmediata del terapeuta – física, mental u otra – son las relaciones Tele”. Intervienen en ese encuentro lo gestual, lo actitudinal, lo quinesésico, la mirada, puede también haber intercambio de palabras o solamente una circulación intuitiva de emociones. No existe “yo” sin “tú”, el uno no existe sin el otro. Sartre planteaba que uno existe porque es mirado por otro. Parafraseando lo podríamos decir que desde la óptica moreniana uno existe encontrándose con los otros.

- La espontaneidad y la creatividad

“Factor e” “A menudo se cita mi definición operacional de la espontaneidad del siguiente modo: El protagonista se ve en la necesidad de responder con cierta adecuación a una nueva situación, o de una manera en cierta medida novedosa, a una situación conocida”... “Al nacer, el niño se traslada a un conjunto de relaciones totalmente extraño. No dispone de ningún modelo para dar forma a sus actos. Se enfrenta a una situación nueva, más que en cualquier otra ocasión de su vida posterior. A esta respuesta de un individuo ante una situación nueva – y

a la nueva respuesta a una situación vieja – la hemos llamado espontaneidad. Para que el niño viva, esta respuesta debe ser positiva y resuelta. Debe ser rápida, siguiendo el estímulo del momento. Esta respuesta debe ser más o menos adecuada. Debe haber disponible en los momentos cruciales, al menos, cierto monto disponible de este factor e (espontaneidad). Ya se requiere un mínimo de espontaneidad en el primer día de vida”. J.L.Moreno.

Cierto es que aún hoy no pueden darse bases sistemáticas, unívocas y exactas para comprender como se producen nuevas ideas transformadoras, los descubrimientos científicos o las obras artísticas. Algunos autores se centran en el producto, otros en el proceso, algunos en el objetivo final, etc. Para Moreno el significado de la espontaneidad es: novedad, frescura, diversidad, amplitud. El origen de la palabra viene del latín: sua sponte, que significa desde adentro. Un patrimonio humano, siempre presente, aunque en algunos casos este factor e se encuentra obturado. Moreno considera cuatro formas de espontaneidad:

- La espontaneidad que se dirige a la activación de reservas culturales y estereotipos sociales.
- La espontaneidad que se dirige a la creación de nuevos objetos, propuestas, abordajes.
- La espontaneidad que se dirige a la expresión de nuevas facetas de la personalidad.
- La espontaneidad que se dirige a la formación de respuestas adecuadas a situaciones nuevas.

Siguiendo estas ideas el punto de partida para iniciar un proceso creador está adentro del individuo, en un estado de espontaneidad. La creatividad, el potencial creador viene desde adentro sua sponte. Y... precisamente esa es la invitación que nos mueve y nos conmueve para comenzar a adentrarnos en este apasionante método psicoterapéutico grupal. Lic. Adriana Piterbarg. Directora de la Escuela de Arte y Psicodrama (2003).

CONCLUSIONES.

Comenzar a comprender la palabra adicción y lo que implica es ingresar en un camino en donde los cuestionamientos son necesarios.

Comprender la adicción como la imposibilidad de poner en palabras aquello que está sucediendo a nivel interno es desaprender todo el lenguaje simbólico adquirido para poder entender que esas personas, sujetos de derechos de la intervención profesional requieren la interdisciplinariedad en el abordaje, para poder re-significar lo adquirido y lo impuesto también.

Pensar en un CDD cuya estructura no sólo edilicia sino también la del equipo técnico se presente como un espacio de puertas abiertas en el que quienes llegan puedan transitar y transitar-se desde todos los lugares habitables y lo que no lo son también, es empezar a desenredar los hilos que los han traído a ese espacio.

Se podría seguir investigando sobre las sustancias y sus consecuencias, sin embargo aquí radica mi postura como Licenciada en Trabajo Social; el conocimiento teórico es necesario sin dudas, es parte del quehacer profesional, es lo que habilita a la especificidad y es también el requisito para intervenir profesionalmente; con todo esto expuesto considero necesario poder escribir que quienquiera sea que se desempeñe en el ámbito de la rehabilitación, en acompañar a otros, en buscar estrategias sanas y reales, que sean concretas, que formen parte de un proyecto de vida sano, tiene que poder contar con una cualidad que a mi entender es fundamental: la empatía.

Aplicar las intervenciones profesionales desde una mirada empática y comprensiva habilita a poder ingresar en el campo de esa otra, de ese otro que está dispuesto a compartir sus experiencias conmigo.

El rol de la Trabajadora Social es sin lugar a dudas fundamental en el acompañamiento, no imprescindible, pero si importante. Todos aquellos que llegan a un CDD requieren en primera instancia que quien los reciba pueda realizar una escucha activa y empática sobre aquello que se demanda en ese momento.

Este trabajo investigativo en el cual no solo he volcado el conocimiento desde la teoría sino también toda la experiencia que he recabado desde el minuto cero en el que empecé a compartir con adolescentes pretende mostrar que considerar a ese sujeto de derechos no como un usuario de un beneficio, sino como una persona que demanda la atención, la compañía, la escucha y que está dispuesto en mayor o menor grado a realizar un tratamiento.

También quiero compartir que desde mis primeras prácticas pre- profesionales y luego pudiendo ser parte de distintos grupos terapéuticos, pude aprender a mirar más allá de lo que

se decía y por sobre todo aprendí a comprender, a desnaturalizar, a desdramatizar y a preguntar abiertamente, dejando el espacio necesario y suficiente para que ese otro y esa otra pudieran poner en palabras lo que acontecía.

Podría hoy, en este momento hacer un escrito de todas las experiencias que pude compartir, de cada uno de esos chicos y de esas chicas que pude acompañar, los y las recuerdo a todos, con nombres y apellidos, edades, domicilios y a sus familias.

Empecé en Comodoro Rivadavia y hoy continuo interviniendo en San Rafael, la mirada fue modificándose, comprendí que lo mejor que podía hacer era estar presente, así sin más.

Estar activamente, hablar, hacer talleres y continuar estando desde la complejidad y la amorosidad.

Dar la mano, abrazar, escuchar, reírnos mucho, sanar.

Cuando una persona dentro del CDD recibe el alta terapéutica, lo asociamos inmediatamente a que está sana o sano.

Yo lo asocio a un recorrido muchas veces difícil, con reconocimiento de enfermedad y con posibilidades de recaídas.

Mis palabras casi siempre fueron las mismas ante las altas, acá estoy, no importa cómo ni cuándo, ni donde, acá estoy.

Quizás estas conclusiones no sean las esperadas teóricamente hablando pero es que hay algo que me propuse desde el momento que decidí estar en este proceso de tesis, que quedara impresa mi esencia, que claro que puedo hablar técnicamente, sin embargo la técnica se ve y se observa en la intervención.

Sabemos que la persona que han transitado por un CDD encuentran serias dificultades al momento de volver a formar parte de la sociedad laboralmente activa, por ello es tan importante una vez que se ha avanzado en el tratamiento, poder organizar un proyecto de vida acorde a los intereses y posibilidades de ese, esa sujeto de derechos.

Pensar en un proyecto de vida habilita la posibilidad de organizarse en el futuro cercano, evaluando las alternativas reales y concretas; generando vínculos sanos que no tengan nada que ver con la co-dependencia, sino con la autonomía como pilar fundamental del mismo.

Desde el momento de la admisión, hasta el alta terapéutica es fundamental, de acuerdo a mi mirada, no dejar de observar los cambios y modificaciones que esa persona ha realizado para así descubrir juntos que desea para su vida.

Finalmente tengo la certeza que aplicando las estrategias necesarias, llevando a cabo intervenciones respetuosas, sumando a la familia, generando vínculos sanos, ampliando el

universo de posibilidades, se puede, sin lugar a dudas lograr altas terapéuticas que sean reales y sostenibles en el tiempo.

Que cada dispositivo permita a cada persona que llegue, trabajar desde la libertad y el auto-conocimiento, que se transite desde el dolor y que se re-encuentren con su propia esencia.

Ese sin dudas ha sido mi objetivo e intencionalidad, no conozco otra manera que la de ser amorosamente responsable con cada una de las personas con las que afortunadamente me he encontrado en cada espacio recorrido.

ANEXOS.***Consentimiento Informado.***

Consentimiento informado

Por la presente presto mi consentimiento para que María Mabel Guinsburg, estudiante de la carrera de Licenciatura en Trabajo Social, lleve a cabo una entrevista para su trabajo de investigación.

Tomo conocimiento de que la información que se recabará será resguardada bajo la forma de anonimato.

Firma

Lugar y fecha

Aclaración

DNI

Entrevistas realizadas

Entrevista: profesional Zooterapeuta.

1. *¿Cuál es su función en el Centro de Día?*

Soy Zooterapeuta.

2. *¿Cuáles fueron los desafíos más grandes de éste año?*

El desafío con el que me encontré fue el introducir una Terapia Alternativa como es el trabajo con los animales, que es algo que no es muy común primero en nuestra Ciudad y por sobre todo tratar de que entiendan cuál es el mensaje que yo quiero brindar y desde el lugar en el que quiero trabajar.

3. *¿Cuál es el mayor aporte que usted siente que le otorga al Centro de día y a los Jóvenes?*

Desde mi vivencia personal lo que más se aporta es un ambiente en los Talleres de Zoo terapia donde los chicos pueden distenderse, pueden vincularse desde un lugar más simple, más práctico; los animales tienen esta cosa de la conexión inmediata y la practicidad para lograr cosas en poco tiempo, con pocos movimientos o con solamente una mirada.

Los chicos quedan en un estado de relajación y de bienestar que ha sido lo que he notado en cuanto a mi aporte al grupo tanto de los chicos que están en el Tratamiento como también para mis compañeros de Equipo.

Retomo el trabajo que hicimos, en el que vos Maribel estabas presente, junto a Enzo e Ionna, en relación al vínculo con su mamá, Elena y como él pudo hablarle a Ionna como si fuera Elena y comprender tanto de su vida.

El trabajo que hizo Jesús con las arañas, como se vio identificado y descubrió lo mágico que tienen las arañas y cuál es la función que cumplen en el medio ambiente y él enseguida lo captó y pudo verse identificado, dibujarlas, expresarse, tocarlas, estar en contacto con ellas.

Con los caballos también, el caballo trabajado desde el espejo, les gustó mucho, han sido trabajos muy lindos, creo que los animales son una herramienta súper necesaria en todo lo que tiene que ver en recuperar la sensibilidad, la conectividad y los animales para eso son mágicos.

4. *¿Cómo cree que ayuda el Centro a éstos jóvenes? Beneficios.*

Desde la mañana, que llegan, hasta la tarde que se van, están todo el tiempo haciendo una tarea y un trabajo que los lleva a re encontrarse con ellos mismos, desde las

diferentes Terapias hasta una actividad como puede ser cocinar, preparar el mate, hacer algo para el grupo.

Se sienten importantes en cualquier tarea que ellos estén haciendo, se le empezó a dar valor a lo que realizan, obviamente que el aporte de los Profesionales es súper importante; el hecho de que fueran valorando cada cosa que los chicos van haciendo y que estuvieran conscientes de todos los avances que van teniendo; no se buscan grandes cambios, el cambio se va viendo día a día en pequeñas cosas en ellos.

Van creando hábitos sanos, hábitos buenos, el estar, el compartir, el ser empáticos, el mirar al otro.

Sí es un trabajo muy importante para los chicos, para mí el Centro de Día es un espacio en el que durante todo el tiempo que están ahí, el re encuentro con ellos mismos es constante y después desde esa mirada empezar a tener en cuenta al que está al lado.

5. *¿Cómo se fomenta la relación con amigos y familia?*

Se crea un hábito de colaboración, de empatía, de integración y todo esto después es inevitablemente llevado a la familia, también el hecho de hacer partícipe a la familia de todas éstas actividades y cómo los profesionales van logrando que la Familia también tenga su tiempo de trabajo y que estén al tanto de los progresos de los chicos y que sea como una compañía de uno con el otro todo el tiempo, obviamente se llega a dar cuenta rápido que la Adicción no es el problema solamente del adolescente, es un problema que nace en la familia, que se genera en la familia, entonces cuando se empiezan a mover cosas dentro del ámbito familiar es cuando empieza a cambiar.

Entrevista a Licenciada en Psicología.

1. *¿Cuál es su función en el Centro de Día?*

Realizar Tratamiento Psicológico de manera individual y también colaborar en los Talleres y salidas, por ejemplo, las actividades recreativas con los adolescentes como también hacer entrevistas con el grupo familiar, en caso que se requiera, o un acompañamiento de los mismos.

2. *¿Cuáles fueron los desafíos más grandes de éste año?*

Trabajar con adolescentes que tienen comorbilidad con otros tipos de patologías como pueden ser los Trastornos Mentales que ya requieren una intervención un poco más compleja como así también con esas situaciones trabajar con la familia en el reconocimiento y la conciencia de enfermedad y los cuidados que deben tener; asimismo trabajar con las familias de chicos con consumo se torna difícil en cuanto a la

aceptación y los límites que deben poner ante distintos hábitos saludables como el no tener alcohol en la casa, medicación prescrita al alcance de ellos; más que nada en la puesta de límites creo que es uno de los mayores desafíos.

3. *¿Cuál es el mayor aporte que usted siente que le otorga al Centro de día y a los Jóvenes?*

Considero que el hecho de no marcar una diferencia jerárquica y de posicionarme en una función igual a ellos, por ejemplo, que todos colaboremos con las actividades del Centro, que compartamos momentos fuera y que los acompañemos en este proceso creo que es uno de los grandes aportes, entendiendo que han sido sujetos que han estado y conviven en familias disfuncionales, que no han recibido el acompañamiento necesario de los mismos ni la puesta de límites.

También es un aporte el vincularse de igual a igual, considerando que hay pautas que cada uno desde su lado tiene que cumplir.

4. *¿Cómo cree que ayuda el Centro a éstos jóvenes? Beneficios.*

El establecer rutinas, trabajar sobre aspectos que nunca se han planteado, guiar y orientar a las familias en cuanto a los recursos que tiene el adolescente y construir o redefinir nuevas formas de vincularse con los mismos; los ayuda en cuanto a tener un espacio para poder expresarse, los ayuda a posicionarse en un lugar de importancia entendiendo que ellos son parte de un sistema y que también pueden aportar al Centro nuevas miradas, funciones, que tienen un rol fundamental que es algo que ha quedado desplazado desde su familia y está bueno posicionarlos desde ese lugar.

5. *¿Cómo se fomenta la relación con amigos y familia?*

A partir de actividades recreativas, Talleres de Grupo, Psicodrama, se intenta crear espacios sanos de vinculación para poder, justamente eso, redefinir las relaciones entre los mismos y formar nuevas formas de hablarse, de dialogar, etc.

Entrevista al Director Terapéutico.

1. *¿Cuál es su función en el Centro de Día?*

Soy el Director Terapéutico.

2. *¿Cuáles fueron los desafíos más grandes de éste año?*

Para mí el desafío más grande fue intentar crear conciencia de la problemática y es evidente que no lo logré, así que fue un desafío y una frustración; por un lado venía con toda la idea de que iba a haber mucha gente que le pudiera interesar la problemática y en la medida que fui viendo como somos los Sanrafaelinos, lo que no nos gusta mejor

no lo miramos y si no nos afecta directamente lo obviamos totalmente y si nos afecta nos intentamos hacer los desentendidos, estamos pensando siempre en el qué dirán que en cuál es el problema cómo abordarlo y cuál es nuestra responsabilidad con respecto a eso.

3. *¿Cuál es el mayor aporte que usted siente que le otorga al Centro de día y a los Jóvenes?*

El único quizás haya sido armar una Asociación y con los chicos creo que poder mantener una distancia sana y ese lugar de amor responsable, nunca tuve un accionar deshonesto con los chicos; a veces obviamente con las dificultades del tema. Siempre intentando ser justo, esa es una de las cosas que a mí más me interesan.

4. *¿Cómo cree que ayuda el Centro a éstos jóvenes? Beneficios.*

Creo que el Equipo le mostró que había otra forma de relacionarse, que existía un lugar donde se podían expresar, donde podían jugar, hablar y que eso no era utilizado en contra de ellos y a que pudiesen divertirse o aprender algunos modelos nuevos que quizás en su casa y en su vida no habían estado y sobre todo el Equipo ponía el límite con Amor que es lo que creo que falta en cada casa en la que ésta problemática está en evidencia siempre.

5. *¿Cómo se fomenta la relación con amigos y familia?*

Otorgando tiempo y lo más importante intentando actuar con buenos ejemplos, me parece que en una Sociedad donde lo importante o lo prioritario no se le da ese lugar, entonces se dice, se habla y se le otorgan ciertos lugares a cosas que quizás para mí sean secundarias donde el ser no es lo primordial, donde el tener es más interesante para la mirada del otro, a mí me parece que mientras eso exista no se van a fomentar relaciones sanas y también el tiempo hace que crezca una relación y en la familia es exactamente igual y creo también que con el tiempo con una sana responsabilidad y con límites claros y poniendo al otro como un Sujeto que no soy yo y que piensa diferente y que puede tener una crítica y que está pasando por una evolución diferente a la mía, me parece que si podemos lograr entender eso, probablemente podamos fomentar mejores relaciones.

Y en el tema familiar creo que si los padres pueden apoyar la iniciativa de sus hijos y en algún momento sus hijos deciden modificar eso que tenían como objetivo, los padres pueden acompañar por fuera de sus sueños y expectativas, me parece que sus hijos no necesitan mucho más fuera del acompañamiento.

Entrevista a la Licenciada en Trabajo Social

1. ¿Cuánto tiempo hace que trabajas en este centro?

Trabajo en éste Centro hace 2 años. Comenzamos junto al director Terapéutico en el armado del Proyecto con el fin de lograr la creación de la Asociación que lleva el nombre de éste Centro de Día: Asociación Nehuén.

Todo el armado y generación del Proyecto nos llevó un año de trabajo hasta que comenzamos con la convocatoria a través de Talleres en distintos lugares de nuestra Ciudad con el fin de dar a conocer la apertura del Centro de Día.

2. ¿Cuál es la carga horaria que tienes asignada a este servicio?

Concurro de lunes a viernes, de 10 a 12 hs.

3. ¿Realizan reuniones de equipo? ¿Con qué frecuencia?

Realizamos reuniones de Equipo los días sábado de 10 a 13 hs.

4. ¿Planifican anualmente la actividad que desarrollan? ¿La socializas con el resto del equipo de trabajo?

La Planificación es fundamental, sin ella no podría llevar a cabo las distintas actividades que se realizan en el Centro de Día.

Socializarlas es también prioritario, la comunicación entre los miembros de un Equipo Técnico hace a que, específicamente en ésta problemática, se eviten “grietas” que no favorecen a la mirada que tienen los adolescentes sobre el Equipo Técnico.

Vale decirte que el trabajo en red es fundamental.

5. ¿Concurren a realizar las entrevistas en contexto familiar solas? ¿Va la Lic. T. Social con la Psicóloga o con algún otro integrante del equipo?

Las entrevistas las realizo sin la presencia de la Lic. En Psicología, ya que apuntan a modificar aspectos en la vida cotidiana de la Familia, con estrategias claras y precisas de lo que pueden y no pueden hacer.

Estos aspectos o pautas de conductas que se manifiestan a nivel intra-familiar son, justamente, aquellos que no apuntan a generar el cambio necesario para modificar la vida cotidiana de ese o esa adolescente que se encuentra en Tratamiento en el Centro de Día.

Por otro lado, se generan dentro de la Institución, entrevistas en conjunto con la Psicóloga con el fin de ir construyendo criterios que apoyen a las estrategias previamente elaboradas.

6. ¿Con que frecuencia se reúnen? ¿Cuál es tu opinión al respecto sobre este espacio?

Nos encontramos una vez a la semana, en donde realizamos el abordaje en conjunto y

los días sábado con todos los demás integrantes del equipo Técnico.

Para mí, éste espacio es de suma importancia; ya que entre ambas nos consultamos sobre las miradas que tenemos en determinadas situaciones.

La Psicología en el ámbito de las adicciones es fundamental y la construcción de estrategias desde mi rol también lo es; entonces entre ambas podemos generar cambios que favorecen a los adolescentes y a sus familias.

7. Cuáles son los desafíos con los que se ha encontrado?

El desafío más grande es el de poder generar un vínculo sano con ese adolescente que ingresa al Centro de día; y cuando hablo de vínculos me refiero al primer contacto, a ese que puede llegar a determinar el cómo va a estar y sentir esa persona; más allá de que cuando ya ingresó es porque cumplió con los criterios de Admisión.

Sostener y acompañar es también un gran desafío; trabajar con las familias para generar en conjunto la conciencia de enfermedad, tomando a ese hijo o hija que ingresa como un Sujeto de Derechos que más allá del deseo de otros tiene que poder internalizar que es él o ella quien tiene que tomar la decisión, la cual naturalmente que se va construyendo en el transcurso del Tratamiento.

Es también un desafío trabajar desde lo que para mí es el Amor Incondicional, el cual es aprender y aprehender a internalizar los límites sin poner condiciones; entendiéndolo que si logro auto-limitarme es porque puedo ponerme en primer lugar y desde allí aprender a elegir sanamente.

8. ¿Qué cosas considera ventajas respecto a otras técnicas?

En relación a las técnicas, considero que la entrevista abierta es el puntapié necesario para comenzar, luego poder dirigirla hacia aquello que hace a la consulta y al tratamiento es necesario, pero generar un espacio de escucha, libre de prejuicios es para mí lo más importante.

En relación al Tratamiento en sí, la posibilidad de estar en un Centro de Día es una alternativa para lograr salir del proceso adictivo.

Siempre digo que cada persona que llega es un otro distinto a mí, por su historia de vida, pero igual a mí en esencia, somos seres humanos atravesados por nuestra historia, por nuestro contexto, por la familia en la que crecimos; eso nos diferencia y también muchas veces nos iguala; entonces transitar un proceso de recuperación en un Centro de día es encontramos desde las similitudes y diferencias y allí posicionarme desde el Amor Incondicional para acompañar en todo aquello que ese otro necesite y demande.

9. *¿ Por qué eligió este trabajo?*

Elegí ser Trabajadora Social por mi historia de vida; elegí trabajar en adicciones porque creo que poder acompañar a otro u otra en que le pueda poner palabras a todo aquello que le esté pasando es, para mí, un regalo de la vida.

Elijo estar, acompañar, sostener, mirar a los ojos, generar cambios en la vida de otros y otras, porque sé lo que cuesta no tener todo eso que nombré.

Amo lo que hago, siempre digo que soy una apasionada, que no me importan las horas que le dedico, que para mí re-encontrarme con aquellos que me dieron la posibilidad de estar en sus vidas y recibir un abrazo es lo mejor que me puede pasar.

Si hoy me preguntaran si cambiaría de Profesión, mi respuesta sería no; no me imagino ni ahora ni en un futuro lejos de ésta hacer en la vida.

Entrevistas a los adolescentes que concurren al CDD.

Joven 1. 17 años.

1. *¿Cuánto tiempo hace que concurrís a éste Centro?*

Hace un año que estoy en tratamiento.

2. *¿Cómo llegaste al Centro de Día?*

Llegué por motivos excesivos de drogas lo que me llevaba también a delinquir. Empecé totalmente obligado.

3. *¿Cuál fue el motivo que desencadenó la primera consulta?*

Tuve un episodio con la policía local, me estaba fugando y choqué contra las motos de la policía, ahí mi abuelo y mi mamá me dijeron que así no podía seguir y me trajeron a este lugar.

4. *Años de consumo, características.*

5 años en total consumiendo.

Policonsumo (marihuana, cocaína, ácidos)

Estaba todo el día consumiendo, no me interesaba nada más.

5. *¿Has tenido otros intentos de tratamientos?*

No, este es mi primer Tratamiento.

6. *Apoyo de la familia. ¿Cómo es la relación con los convivientes de su casa? ¿Cambió desde que asistís al Centro de Día?*

Mi familia me ha apoyado siempre. Cambió todo, desde la convivencia hasta el trato de todos los días; no ha sido fácil para mí ya que no estaba acostumbrado a que me pusieran límites y que me dijeran qué puedo hacer y qué no.

Hoy es una relación muy linda, con charlas sumamente sanas y siempre de un lado de construir más allá de las distintas formas de ser de cada integrante de mi familia.

7. *Relación con amigos / entorno / barrio. ¿Cambió desde que asistís al Centro de Día?*

Me alejé totalmente del entorno nocivo, de esas amistades que me podían hacer flaquear en mi decisión y así recaer. Sí me empecé a relacionar con amistades sanas.

8. *Escuela. ¿Estás escolarizado? ¿Cómo es la relación con tus compañeros? ¿Cambió desde que asistís al Centro de Día?*

Sí asisto a la Escuela, la relación es la normal. Igual me cuesta todavía y sí cambió mucho ya que desde el Centro de Día aprendí a poder interpretar desde otro lugar y la manera de comunicarme con los otros.

9. *¿Cómo te sentís en cuanto al Apoyo de tus compañeros del Centro de Día?*

Todos nos apoyamos mutuamente, especialmente de mi amiga Angie.

10. *¿Has encontrado problemas dentro de éste ámbito?*

Sí muchas dificultades ya que venía de una vida muy desorganizada, con mucha violencia aprendida así que sí fue complicada la convivencia con otras personas dentro de éste Centro de Día.

11. *¿En qué aspectos creés que te ayudó el Centro de Día? En cada actividad en particular.*

Me ayudan todas y cada una de las actividades del Centro de Día, todas aportaron en diferentes aspectos de mi tratamiento y quiero agregar que con la ayuda de Ustedes y la de Dios hoy he podido avanzar en mi vida. Dios siempre me sostuvo la mano y puso en mi vida buena gente para ayudarme.

Joven 2. 15 años.

1. *¿Cuánto tiempo hace que concurrís a éste Centro?*

Hace un año que estoy en tratamiento.

2. *¿Cómo llegaste al Centro de Día?*

Llegué por consumo y obligada por mis padres.

3. *¿Cuál fue el motivo que desencadenó la primera consulta?*

Que ya no daba para más, mis viejos me dijeron o empezaba acá o me mandaban lejos y bueno, elegí venir y ver qué onda.

4. *Años de consumo, características.*

2 años en total consumiendo, principalmente marihuana. Consumía más que nada con amigos y amigas, lo que pasa es que de hacerlo los fines de semana empecé a hacerlo todos

los días y en cualquier momento.

5. *¿Has tenido otros intentos de tratamientos?*

No, este es mi primer Tratamiento.

6. *Apoyo de la familia. ¿Cómo es la relación con los convivientes de su casa? ¿Cambió desde que asistís al Centro de Día?*

Mi familia me trajo acá y me está ayudando a salir. Desde que estoy acá entendí que sin ellos no puedo.

7. *Relación con amigos / entorno / barrio. ¿Cambió desde que asistís al Centro de Día?*

De los amigos con los que consumía no veo a ninguno, eso es parte de las normas del Centro de día; sí me pasó que me encontré de nuevo con los viejos amigos y con ellos sí puedo estar y compartir.

8. *Escuela. ¿Estás escolarizado? ¿Cómo es la relación con tus compañeros? ¿Cambió desde que asistís al Centro de Día?*

Dejé la escuela hace 2 años, quizás vuelva en algún momento, ahora no es algo que quiera hacer por más que me lo han propuesto.

9. *¿Cómo te sentís en cuanto al Apoyo de tus compañeros del Centro de Día?*

Somos un lindo grupo, nos ayudamos entre todos.

10. *¿Has encontrado problemas dentro de éste ámbito?*

Es difícil entender que tengo que dejar algo que tanto me gustaba, no es fácil. Todavía me cuesta aceptar algunos límites, y tener que hacer las tareas que nos dan.

11. *¿En qué aspectos creés que te ayudó el Centro de Día? En cada actividad en particular.*

Me está ayudando a aceptar, en cuanto a las actividades me gustan todas, la que más disfruto es el Taller de Psicodrama.

Joven 3. 13 años.

1. *¿Cuánto tiempo hace que concurrís a éste Centro?*

Hace 6 meses que estoy en tratamiento.

2. *¿Cómo llegaste al Centro de Día?*

Llegué por consumo y obligada por mis padres.

3. *¿Cuál fue el motivo que desencadenó la primera consulta?*

Que últimamente no me he estado sintiendo bien, esto triste, angustiada y parece que la marihuana no me ayuda mucho para sentirme diferente; cosa que mis amigos sí me habían dicho que me iba a hacer bien.

4. *Años de consumo, características.*

2 años en total consumiendo marihuana.

A veces sola y muchas más acompañada.

5. *¿Has tenido otros intentos de tratamientos?*

No, este es mi primer Tratamiento.

6. *Apoyo de la familia. ¿Cómo es la relación con los convivientes de su casa? ¿Cambió desde que asistís al Centro de Día?*

Mi familia me trajo, ellos me acompañan en todo, yo estoy viendo que no es con todos los chicos igual, algunos están muy solos.

Mis hermanas también me acompañan mucho, aunque a veces son medias pesadas, no quieren dejarme sola.

7. *Relación con amigos / entorno / barrio. ¿Cambió desde que asistís al Centro de Día?*

Ahora no puedo juntarme con nadie, es algo que todavía no entiendo, a veces me dan ganas de salir corriendo de mi casa pero sé que si lo hago vuelve todo para atrás.

8. *Escuela. ¿Estás escolarizado? ¿Cómo es la relación con tus compañeros? ¿Cambió desde que asistís al Centro de Día?*

Estoy en 1° año, me cuesta bastante y acá me dijeron que le tengo que poner pilas, que es importante continuar estudiando.

Suena distinto cuando me lo dicen acá de cuando me lo dicen mis viejos o mis hermanas más grandes.

9. *¿Cómo te sentís en cuanto al Apoyo de tus compañeros del Centro de Día?*

No los conozco mucho, la verdad que me cuesta relacionarme con gente nueva, prefiero estar más tiempo sola, igual, cuando tenemos que trabajar en grupos es como que no me queda otra opción y le pongo onda.

10. *¿Has encontrado problemas dentro de éste ámbito?*

No, ninguno, a veces me da bronca que me den tareas pero la Psicóloga dice que así voy a ir encontrando un orden interno, no sé bien a qué se refiere, pero bueno tengo que hacerlo.

11. *¿En qué aspectos creés que te ayudó el Centro de Día? En cada actividad en particular.*

Está piola, me gusta mucho cuando viene Mónica, que es la que trae los perros, es muy copada y yo amo a los perros.

A veces me gustaría estar en otro lugar pero cuando ella llega me cambia el humor, me ayuda, me hace sentir querida.

Fotos del Centro de Día.



Espacio de encuentro del CDD para realizar talleres grupales.



Oficina del CDD para la realización de entrevistas.



Consultorio del CDD para la realización de terapia individual.



Los chicos y chicas en plena producción dentro de la cocina del CDD.
Aquí se organiza el desayuno y almuerzo, teniendo como responsable de la preparación a alguno de los adolescentes.



Almuerzo con los chicos y las chicas.

También con la participación del Equipo Técnico.



Cena de despedida de Hugo, el asistente que formaba parte del Equipo Técnico.



Una característica esencial en este CDD es a colaboración de quienes acompañaban a los adolescentes que eran parte del día a día del mismo.



San Rafael, Mendoza, cuenta con un clima fabuloso para poder organizar actividades recreativas al aire libre.



Nuevamente disfrutando del sol, la música, creyendo fuertemente que la naturaleza es parte de todo el proceso.



Una de las tantas actividades que los chicos y chicas hacían.

En esta oportunidad crearon una obra de títeres y también animaron la fiesta que se estaba realizando en esa escuela por el festejo del Día del niño.



El primer alta, y la necesidad de poder poner en palabras todo lo transmitido, recorrido y aprendido de la mano de Enzo.



Segunda alta. La felicidad esta en cada una de sus sonrisas.

BIBLIOGRAFIA.

- A. Galante, M. P. Pawlowicz, D. Rossi, A. Corda, G. Touzé y P. Goltzman (2012), “El fallo Arriola: Debate en torno a la des judicialización de la atención sanitaria de los usuarios de drogas”, en G. Arias, B. García Godoy y A. Bazzalo. Comps, Trabajos seleccionados, IV Encuentro Internacional “Aportes a la construcción de lo público”, Buenos Aires, Carrera de Trabajo Social, Universidad de Buenos Aires. Disponible en <<http://www.aacademica.org/maria.pia.pawlowicz/39.pdf>>, último acceso el 20 de noviembre de 2016.
- Abuso de drogas: tratamiento y rehabilitación Guía práctica de planificación y aplicación. Publicación de las Naciones Unidas. Núm. de venta: S.03.XI.II ISBN 92-1-348084-9.
- AIETS y FITS. (2004). Ética en el trabajo social, Declaración de principios aprobado por la asamblea general.
- Ander-Egg E. (1972). El trabajo social como acción liberadora. Humanitas.
- Ander-Egg E. (2006). Diccionario del Trabajo Social. LUMEN.
- Arbex, C., Porrás, J., Carrón, J. y Comas, D. (1995). Materiales de formación en prevención de drogodependencias. Módulo I: Contenidos generales. Madrid: Ministerio de Educación y Ciencia. Comunidad de Madrid.
- Arbex Sanchez, C. (2002) Guía de Intervención: Menores y Consumo de Drogas. Madrid: ADES.
- Asociación Civil Intercambios, s/r; Bekinschtein et al; Hospital Nacional en Red “Lic. Laura Bonaparte”, (2015); Marlatt, (1998); Quevedo, s/r. (2017).
- Bandura, A. (1977). Social learning theory. Englewood Cliffs, N. J.: Prentice Hall). O bien Hawkins y Weis, quienes analizaron el conflicto generacional y marcaron la importancia del distanciamiento adolescente de la familia y del entorno escolar. Hawkins, D. y Weis, J. (1985). The social development model: An integrated approach to delinquency prevention. Journal of Primary Prevention, 6, 73-97).
- Barranco C, (s.f.) La intervención en trabajo social desde la calidad integrada. Págs. 79 – 102. Recuperado de: rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/5592/1/ALT_12_05.pdf.
- Barrera Mojica, G. 2007) ¿Qué hacer cuando un adicto no quiere acudir a un tratamiento? Obando, L. A. y Pochet Coronado, J. F. (2003). Drogadicción: los hijos de la negación. Ciencias Sociales, vol. 99 (45-55).
- Barreto-Pico M. (2017) Papel del trabajador social en las adicciones. Dom. Cien., ISSN: 2477-8818 Vol. 3, núm. 4, octubre 2017, pp. 310-326.

- Bases psicológicas de la prevención del consumo de drogas. Papeles del Psicólogo, 28 (1): 11-20. Oetting E. & Donnermeyer J. (1998). Primary socialization theory: The etiology of drug use and deviance. Substance Use & Misuse, 33, 995-1026.
- Becerra R.M. (1999). Trabajo social en drogadicción. Ed. Humanitas.
- Bravo y Díaz (2013). Bravo, D y Díaz, Y TESINA DE GRADO LICENCIATURA EN TRABAJO SOCIAL “La intervención del trabajo social en las adicciones dentro del programa juego responsable” UNCuyo Facultas de Cs Políticas y Sociales. Mendoza.
- Carballeda, A. “La intervención en lo social. Exclusión e integración en los nuevos Catalán Rivas M, « El adolescente y sus usos de drogas en una sociedad de riesgos », Polis [En línea], 2 | 2002, Publicado el 26 noviembre 2012, Recuperado de: <http://polis.revues.org/7951>.
- Carballeda, A. “La Intervención en lo Social y las Problemáticas Sociales Complejas: los escenarios actuales del Trabajo Social”. Edición N° 48. Revista Margen.
- Carballeda, A. “La adolescencia y la drogadicción en los escenarios del desencanto”. Edición N° 42. Revista Margen.
- Carballeda, A. “El enfoque de derechos, los derechos sociales y la intervención del Trabajo Social” Edición N° 82. Revista Margen.
- Carballeda, A. “La intervención en lo social como dispositivo. Una mirada desde los escenarios actuales.”
- Carballeda, A. “Políticas de reinserción y la integración de la sociedad. Una mirada desde las políticas sociales”.
- Carballeda, A. “La Intervención en lo Social, las Problemáticas Sociales Complejas y las Políticas Públicas.
- Carballeda, A. “La intervención del Trabajo Social en el campo de la Salud Mental. Algunos interrogantes y perspectivas. Edición N° 65. Revista Margen.
- Carballeda, A. “Drogadicción, Problemáticas Sociales Complejas y Políticas Públicas: Una mirada desde la Intervención en Lo Social.
- Carballeda, A. “Alcoholismo, Puritanismo y el discurso de la Drogadicción.
- Comas, D. (1992). La fundamentación teórica y las respuestas sociales a los problemas de prevención. Adicciones, 1, 4.
- Cortés Tomás Maite. Guía clínica de intervención psicológica en adicciones. Guías Clínicas socidrogalcohol basadas en la evidencia científica. edita: Socidrogalcohol I.S.B.N.: 978-84-612-4795-0).
- Couso, O. & Staude, S. (1998). El fracaso de un síntoma. Recuperado de

<http://www.efba.org/efbaonline/couso-08.htm> (marzo, 2016).

- Cruz-Salmerón VH, Martínez-Martínez ML, Garibay-López L y Camacho-Calderón N. Comparación del perfil de funcionamiento familiar en los adolescentes con y sin drogadicción de un colegio de bachilleres. *Aten Primaria*. (2011); 43 2:89—94.
- Dabas, Elina (2002). *Viviendo redes. Experiencias y estrategias para fortalecer la trama social*.
- Davenport-Hines, R. (2003) *La búsqueda del olvido. Historia global de las drogas*. Editorial Turner.
- Escenarios sociales.” En *Revista de Trabajo Social – FCH – UNCPBA*. Año N° 3. N° 4. Tandil, Argentina. Diciembre de 2010.
- Estudio nacional en población de 12 a 65 años sobre consumo de sustancias psicoactivas. argentina, 2017 Factores de riesgo en el consumo de sustancias psicoactivas. Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina (Sedronar).
- Ferrer J, Montagud X, (s.f.) Trabajo social y complejidad: los “wicked problems”. Recuperado de: www10.ujaen.es/sites/default/files/users/factra/Congreso/51.pdf .
- Folgarait (2008). Folgarait, Alejandra. “En trance, todo lo que querés saber sobre drogas de diseño”. Ed. Sudamericana; Buenos Aires. Año 2008.
- Foucault, Michel (1991) *La Voluntad de saber*. Madrid. Editorial La Piqueta.
- Foucault, Michel. *Saber y verdad*”, Madrid 1985 .Ediciones de la Piqueta.
- G. Touzé, P. Goltzman, E. Amorin, P. Cymerman y M. P. Pawlowicz (2012), “Consideraciones sobre el debate legislativo en torno a la ley de drogas”, en *Debate Público*, Buenos Aires.
- García Mínguez J, Sánchez Ramos J M. (2010) Centros de día de atención a menores: competencias del educador social como figura de referencia. *Rev. hist. edu. latinoam*. Vol. 15. pp. 125 – 146.
- Girón, S. S., Martínez Delgado, J. M. y González Saiz, F. (2002). Drogodependencias juveniles: revisión sobre la utilidad de los abordajes terapéuticos basados en la familia. *Trastornos Adictivos*, 4, 161-170.
- Gómez, Raúl Angel (2013). LA LEGISLACIÓN PENAL ARGENTINA SOBRE DROGAS. UNA APROXIMACIÓN HISTÓRICA. V Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XX Jornadas de Investigación Noveno Encuentro de

Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

- Gómez R.A. (2007) ¿De qué hablamos cuando hablamos de Drogas? En Gómez, R. A. (comp.) Drogas y control social. (pp 103- 114) Córdoba: Editorial Brujas.
- Gutiérrez, A. (2007) Drogodependencias y trabajo social, Madrid: Ediciones académicas.
- Hernández Sampieri et al (1994). Metodología de la investigación, México, Mc Graw Hill, Cap. 4 y 5.
- Hernández, Delia Cristina (2010) Tratamiento de adicciones en Colombia. Revista Colombiana de Psiquiatría, vol. 39, pp. 153-170.
- Hernández Porto Y, Díaz Martorell R, Domínguez Cruz AM, . Diario de la juventud cubana, Alas trágicas para volar (I). [Internet]. Jun (2015) [citado 2016 Oct 24]. Disponible en: <http://www.juventudrebelde.cu/cuba/2015-06-27/alas-tragicas-para-volar-i/>.
- Hernández Sampieri y otros (1994). Metodología de la investigación, México, Mc Graw Hill, Cap. 4 y 5.
- Hernández Sampieri et al., (2014).
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2014). Metodología de la investigación, 6° Edición. Editorial: McGraw-Hill.
- Intriago Quijije AJ, Moreira Chica TJ (2018). El trabajo social y su intervención en las comunidades terapéuticas de rehabilitación social por consumo de sustancias psicoactivas, en la ciudad de Portoviejo. Revista Caribeña de Ciencias Sociales. Recuperado de: <https://www.eumed.net/rev/caribe/2018/04/trabajo-social-portoviejo.html//hdl.handle.net/20.500.11763/caribe1804trabajo-social-portoviejo>.
- Jasiner, (2008).
- Jiménez Fernández A. (2015) El papel del trabajador social en los equipos integrales de los centros ambulatorios de atención a drogodependientes en la Comunidad de Madrid. Tesis Doctoral. Universidad Complutense de Madrid.
- Jones, M.; Más allá de la comunidad terapéutica. Genitor. (1970).
- Jorge Grippo (2012). Psiconotas.com
- Lic. De Ieso Lia Carla. “La prevención inespecífica en el campo de la drogadicción”. Edición N° 48. Revista Margen.
- Lic. Adriana Piterbarg. Directora de la Escuela de Arte y Psicodrama (2003). Tomado de: www.artepsicodrama.com
- Lic. Andrea Natalia Berti. “Reflexiones acerca de la construcción de autonomía de los

sujetos en los procesos de intervención profesional en el marco de la Residencia de Trabajo Social”. Edición N° 96. Revista Margen.

- Lic. Camila Cánepa. “La cabeza piensa donde los pies pisan” Reflexiones sobre una experiencia local de trabajo con personas que atraviesan situaciones de uso de sustancias psicoactivas en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Edición N° 96. Revista Margen.
- Lic. Dora García. “El grupo, método y técnicas participativas”.
- Lic. Mariela Staffolani. “¿Prevenir el consumo? o ¿Disciplinar al sujeto? Edición N° 30. Revista Margen.
- Lizón García, (1996): “Los Centros de Día,” en: BUENO BUENO, A. (coord.): Intervención social con menores. Fundamentación y programas de la comunidad valenciana. Universidad de Alicante, Fundación cultural CAM. pp. 279-289.
- M. A. Llovera y M. Scialla (2016), “La de-construcción del problema droga: ¿nuevas soluciones para viejos problemas?”, Ponencia presentada en las III Jornadas de Estudios de América Latina y el Caribe (IELAC), Buenos Aires, Clacso – Universidad de Buenos Aires. / F. Bonis, M. S. Llovera y M. Scialla (2014), “El abordaje del consumo problemático de sustancias en la ciudad de Pérez como política pública”, Ponencia presentada en el XI Congreso Argentino de Antropología Social, 23 al 26 de Julio de 2014, Universidad Nacional de Rosario.
- Mayor, J. (1995) Las drogodependencias como objeto del Trabajo Social. Cuadernos de Trabajo Social. Servicio de Publicaciones. Universidad Complutense. Madrid, Págs. 213-239.
- Mesa, P. y León-Fuentes, J. Drogodependencias y adolescencia. Causas y consecuencias del abuso. En J. Buendía (Ed.) (1996). Psicopatología en niños y adolescentes (pp. 333-352). Madrid: Editorial Pirámide. Urra, J. (2006). El pequeño dictador. Cuando los padres son las víctimas. Madrid: La esfera de los libros.
- Naciones Unidas. Abuso de drogas: tratamiento y rehabilitación Guía práctica de planificación y aplicación. Núm. de venta: S.03.XI.II ISBN 92-1-348084-9.
- Observatorio Argentino de Drogas [OAD] (2017).
- Pichon Rivière, E. (1997) “El proceso grupal” Del Psicoanálisis a la psicología social, Ed. Nueva Visión.
- Pichon Rivière, Enrique- “El proceso grupal” Del Psicoanálisis a la psicología social, Ed. Nueva Visión (1997).
- Pichon-Riviere, E (1980). Teoría del vínculo. Selección y Revisión de Fernando

Taragano. Colección Psicología Contemporánea. Ediciones Nuevas: Buenos Aires.

- Quintero Velásquez, A. (2004). El Trabajo Social Familiar y el enfoque sistémico. Bs. As: Lumen Humánitas.
- Revista de la asociación española de neuropsiquiatría no.89 Madrid ene./mar. (2004). El craving un componente esencial en la abstinencia.
- Rojas E, Real T; García-Silberman S; Medina-Mora, ME. (2011) Revisión sistemática sobre tratamiento de adicciones en México Salud Mental, vol. 34, núm. 4, julio-agosto, 2011, pp. 351-365.
- Rozas Pagaza Margarita (1998) La intervención profesional en relación con la cuestión social.
- Rubio Prado, R. (2000) El desarrollo en la edad de la Educación Secundaria (I): adolescencia y juventud. Cambios que acompañan a la pubertad. Implicancias educativas en Psicopedagogía. Vol. I Sevilla. Ed. MAD.
- Scarano, Susana (1992). Alcoholismo, identidad y grupo. Ediciones cinco.
- Sixto-Costoya, A. y Olivar Arroyo A. (2018) "Educación Social y Trabajo Social en adicciones: recuperar el territorio colaborando". Revista de educación Social (núm 26, págs 141-158) ISSN 1698-9007.
- Slapak, S. & Grigoravicius, M. (2006) Consumo de Drogas: La construcción social de un problema social. Anuarios de investigaciones Vol. 14 (pp. 239-249).
- Solum Donas B. (2001). Adolescencia y juventud en América Latina. LUR.
- Stehlik C. (2008), Stehlik C. (2008). Adicciones: una situación de compromiso. ¿Para quién? Periódico de trabajo social y ciencias sociales.
- Tipos de drogas. [Internet]. (2016) Disponible en: <http://www.tiposdedrogas.net/>
- Torre, L. (2007). El adicto y la familia en Recuperación. Recuperado en http://www.clikisalud.net/adicciones/pdf/adicto_y_familia_en_recuperacion.pdf.
- Touzé (2011-2012) Construcción social del problema droga. En Diplomatura Interdisciplinaria en Clínica de las adicciones y otras patologías del Consumo. Universidad de Mendoza.
- Touzé (2014), "Estigma y discriminación", en Políticas de drogas, VIH y Derechos Humanos, Buenos Aires, Intercambios Asociación Civil.
- Ulbrich Karina Andrea, Tesis de Grado: "Un acercamiento desde el Trabajo Social a las Políticas de Prevención y Asistencia sobre el uso y abuso de Alcohol y otras Drogas en la Industria del Petróleo" Universidad Nacional de la Patagonia San Juan Bosco. Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales. Comodoro Rivadavia. (2014).

- Valverde Obando, L. A. y Pochet Coronado, J. F., (2003).
- Vasilachis de Gialdino, I. Estrategias de investigación cualitativa (2009) Ed. GEDISA ISBN 9788497841733.
- Young, J. E. (1999). Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach, 3rd edition. Sarasota, FL: Professional Resources Press.
- Zapata M. (2009) La familia, soporte para la recuperación de la adicción a las drogas. Revista CES Psicología, 2(2):86-94.

