

2004

# El alcoholismo un flagelo social siempre presente en la zona norte de la Provincia de Santa Cruz y siempre ausente en sus políticas de salud mental

Vicari, Celia Raquel

Universidad Nacional de Mar del Plata, Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social

---

<http://kimelu.mdp.edu.ar/xmlui/handle/123456789/633>

*Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository*

# UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA

*Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio  
Social*

UNIVERSIDAD ABIERTA – SISTEMA A  
DISTANCIA

Licenciatura en Servicio Social

INFORME FINAL DE TESIS

Tema: *"El alcoholismo un flagelo social siempre presente en  
la Zona Norte de la Provincia de Santa Cruz y siempre  
ausente en sus políticas de Salud Mental"*

Alumna: **Celia Raquel Vicari**

Directores de Tesis: **Prof. Enrique Di Carlo y Prof. Elda Bea**

Agosto 2004

Biblioteca	
Inventariada	
2601	
Ver	
Universidad	

I. INTRODUCCIÓN	Pag. 4
II. FUNDAMENTACIÓN	Pag. 7
III. ASPECTOS METODOLOGICOS Problema -Hipótesis – Objetivos – Variables Relevantes. Tipo de Diseño. Técnicas .	Pag. 11
IV. CAPITULO 1: Marco Teórico-Metodológico del Trabajo Social. Paradigma Humanista Dialéctico – Método de la Comunicación Racional. Objeto en Trabajo Social.	Pag. 15
IV.CAPITULO 2 : Políticas de Salud Mental en la Argentina. El lugar del Alcoholismo en ellas.	Pag.27
VI. CAPITULO 3 : ¿Qué son los Grupos G.I.A.? Alcoholismo, Identidad y Grupo. Su historia en la Patagonia. El Grupo G.I.A. del Hospital Distrital Caleta Olivia	Pag.33
VII. CAPITULO 4 : Desarrollo local en Santa Cruz Norte. Un poco de Historia. El impacto de la privatización de Y.P.F en la transformación socioeconómica de la región y en el consumo de alcohol. Algunos datos que caracterizan el problema del Alcoholismo en Caleta Olivia.	Pag. 48
VIII. CAPITULO 5: Una mirada interpretativa de las Entrevistas realizadas a Ex – Pacientes, Familiares, Profesionales y Ex -Ypefianos.	Pag. 55
IX. CONCLUSIONES	Pag. 71
X. UNA REFLEXION FINAL	Pag. 75
XI. ANEXOS	Pag. 76
XII. BIBLIOGRAFÍA	Pag.132

---

## **AGRADECIMIENTOS**

Especialmente a mi madre Chela y a Rodo que siempre me alentaron y sostuvieron para continuar esta laboriosa tarea.

A la Universidad Abierta de la Universidad Nacional de Mar del Plata y la gente que trabaja allí posibilitando que concretemos este perfeccionamiento profesional.

A los pacientes del Hospital Distrital Caleta Olivia que junto a otros compañeros de la Red Patagónica de Grupos G.I.A. me enseñaron a aprender de su proceso de salud-enfermedad y construir juntos una nueva posibilidad.

---

## **DEDICATORIA**

A mi maestro y amigo Enrique Di Carlo quien me puso en este camino y revalorizó con su presencia docente y amistosa mi lugar profesional en el Trabajo Social.

## INTRODUCCION

**“El hombre es lo que él se hace con lo que hicieron con él”**

*J.P.Sartre*

La elección temática de este trabajo de tesis viene a plasmar en la escritura, un largo camino que comenzó en 1983 cuando comencé a encontrarme con el padecimiento de los que beben. Aprendí a conocer no sólo la enfermedad del bebedor sino la tragedia cotidiana de su existencia personal y también de sus familias y del ámbito social al que pertenecen.

Mi inicio como trabajadora social estuvo significado por la tarea institucional en Salud y, particularmente, en Salud Mental, descubriendo así que el Alcoholismo constituye no solamente una enfermedad social preponderante sino un flagelo histórico social que ha atentado contra todas las civilizaciones.

En la Patagonia, en la zona norte de la provincia de Santa Cruz, se encuentra una ciudad con población originalmente petrolera, migrante, de desarrollo creciente entre otras tantas características, cuyos habitantes no escapan al flagelo del alcohol. La demanda médica y psicosocial de jóvenes cada vez más jóvenes, adultos de ambos sexos y ancianos solos, algunos desocupados, desarraigados, quizás añorando vivir, habiendo perdido vínculos de pertenencia e identidad pero, en todos, esa demanda traduce el haber buscado la salida compensatoria en la ilusión de la bebida.

Advertimos que el alcoholismo era “un problema social” en Caleta Olivia y, junto a colegas, profesionales de otras disciplinas, pacientes, familiares, trabajadores de la salud y acción social y demás ciudadanos interesados o comprometidos llegamos a conformar el primer Grupo Institucional de Alcoholismo, el primer **G.I.A.** de la provincia

de Santa Cruz en el año 1988. Fue una respuesta terapéutica original a un problema prioritario de salud.

Pero no todos lo comprendieron así, desde el lugar del poder oficial desacreditaron el poder de la salud que ese recurso grupal brindaba. Atrás quedaron los derechos del paciente, los proyectos personales de salud, las esperanzas familiares, las utopías de los profesionales que protagonizaban ese tramo de historia y entre los que me encontraba.

Esta Tesis intentará reflexionar críticamente la comprensión de esta historia social de salud que he intentado esbozar.

Finalmente, quiero esclarecerle al lector que en el desarrollo de los capítulos podrá encontrar, luego de esta Introducción, la Fundamentación, que busca justificar la preponderancia del tema con algunos datos estadísticos que así lo expresan aunque fueron de difícil hallazgo por falta de fuentes serias. En el Capítulo I, el marco teórico-metodológico epistemológico del Trabajo Social profesional; en el Capítulo II, el marco teórico referente a las Políticas de Salud Mental, sus diferentes orientaciones en nuestro país y particularmente el lugar atribuido a las Adicciones y al Alcoholismo; en el Capítulo III explicaremos qué son los Grupos G.I.A. desde su matriz conceptual y su historia en la Patagonia y en Santa Cruz Norte; en el Capítulo IV comentaré las Entrevistas semi-estructuradas y en profundidad realizadas a los diferentes sujetos sociales, es decir, desde el paradigma interpretativo-comprensivista buscaré inferir las expresiones de la unidad de análisis. Así poder arribar a las Conclusiones incluyendo la integración entre los datos cuantitativos y cualitativos obtenidos y los conceptos teóricos, para finalmente, arribar a la Reflexión Final donde expresaré desde un lugar más subjetivo, la connotación que la conclusión de esta Tesis implica para quien escribe. Se agregarán también en la sección

Anexos algunos cuadros estadísticos y fuentes documentales para ilustrar lo dicho, como así también, el desarrollo completo de las entrevistas realizadas.

Ojalá el presente trabajo contribuya a la reflexión acerca de la magnitud del problema del alcoholismo en esta parte de la Patagonia y en el país, que encierra en tragedia y miseria a tantas familias. Ojalá pueda comprenderse la eficacia como alternativa en salud del recurso que representan los GIA.

Quiero retribuir desde estas líneas tantos aprendizajes que me brindaron los pacientes del G.I.A. del "viejo y pequeño" Hospital Distrital Caleta Olivia.

Junio, 2004.

---

## FUNDAMENTACION

Como lo indica el título hablar de Alcoholismo no sólo implica referirse a una enfermedad social, tanto en la zona patagónica como en el resto del país y más allá de sus fronteras, sino fundamentalmente, tomar conciencia que se está frente a una "epidemia social" o "flagelo social" como lo definen autores calificados. Es decir, estamos frente a un **problema de salud relevante** que tiene la particularidad de ser negado social e institucionalmente por las autoridades respectivas, permaneciendo ausente también en las políticas sociales de salud y específicamente dentro del marco pertinente de la Salud Mental. Las demandas en salud por alcoholismo aunque son numerosas permanecen enmascaradas detrás de diagnósticos no vergonzantes.

En este trabajo de tesis no es mi objetivo hablar de Alcohol sino más concretamente hablar de Alcoholismo y de Alcohólicos porque se trata de personas que enferman por el alcohol, que en su proceso de salud-enfermedad físico-psíquico y social arrastran en el dolor a sus familiares, a sus amigos, a sus afectos pero que también, a su vez, son ellos mismos arrastrados por una sociedad que induce a beber desde diferentes medios.

En Caleta Olivia el aumento del consumo de alcohol siempre fue significativo, pero hoy penosamente no sólo ha aumentado su consumo sino que se ha complejizado involucrando a nuevos sujetos sociales.

Los jóvenes se inician cada vez a edad más temprana en una población que es mayoritariamente joven. Las adolescentes particularmente son la noticia en las peleas nocturnas de las discotecas y bailantas los fines de semana, uniendo así alcoholismo y violencia juvenil. Un ejemplo reciente de lo anterior refiere una pelea entre dos patotas juveniles, ocurrida un sábado a la noche en un reconocido boliche, una de las cuales era



liderada por una adolescente de 15 años. La mujer históricamente negada por su condición de género, tampoco era incluida al describir esta problemática pero hoy ya comparte el mismo lugar con el hombre. Lugar que culturalmente correspondió al varón, macho, pater-familia, patriarca de la sociedad. Por otro lado, en el Servicio de Pediatría del Hospital Zonal, cada vez son más frecuentes las internaciones de niños víctima de maltrato infantil, cuyos padres y madres padecen alcoholismo también.

Por tratarse, Caleta Olivia de una sociedad de origen minero como consecuencia del descubrimiento del "oro negro" en 1944, se radicaron en la zona muchos hombres solos en búsqueda de un porvenir laboral, en el marco de la modernidad y el progreso social. Provenían de lejanas provincias del norte de nuestro país o también de Chile y fueron integrando las nuevas familias santacruceñas, las familias de los petroleros. Familias que también iban a estar caracterizadas en su trama vincular por el alcohol como desencadenante de conflictos y violencia familiar. Esposas e hijos desesperados ante la realidad de un jefe de familia alcoholizado, debilitado en su rol fijo de aportar el dinero para el sustento familiar, y respondiendo así con conductas de sobreprotección para que nadie se entere de la vergüenza familiar o, en el otro extremo, los interminables reproches al "borracho" de la familia.

En algunos casos, el alcohol pretendía encubrir la añoranza de los afectos que quedaron en su lugar de origen, en su terruño, el dolor del desarraigo, la pérdida de aquellas imágenes de una vegetación generosa que ahora eran reemplazadas por el agreste y árido paisaje de la estepa patagónica, con la constante huracanada del Viento y las temperaturas bajo cero. La mayoría eran personas que provenían de la actividad agrícola y ahora tenían que aprender a trabajar en "bocha de pozo" adquiriendo la nueva identidad de obrero petrolero.

El alcoholismo es el principal problema de salud de la población; es el principal diagnóstico de clínica médica en las salas de internación general. Esta afirmación surge de la experiencia cotidiana de trabajo en dos Hospitales desde hace más de veinte años y también de algunos datos estadísticos que aunque escasos y poco confiables voy a transcribirlos.

En la Argentina existen más de tres millones de personas que beben en exceso o tienen dependencia física del alcohol y la edad de iniciación del consumo ha descendido progresivamente hasta ubicarse entre los 11 y 12 años de edad. Acorde a datos de trabajos regionales y locales, se estima que el 12% de los mayores de 15 años es bebedor patológico. Esta clasificación de bebedor patológico o "bebedor problema" agrupa a los que beben en exceso (7%) y a los que presentan una dependencia física del alcohol (5%), tomando de la población general del censo del 2001. Un informe de la OMS-OPS Argentina establece que el Alcoholismo es la principal causa de muerte en la población de 14 a 64 años de edad. Se calcula que el 10% de la población de nuestro país, estimada en 30.000.000 de habitantes es alcohólica, con lo cual se está hablando de 3.000.000 de enfermos alcohólicos. En la provincia de Santa Cruz, se calcula existen más de 10.000 enfermos alcohólicos en una población cuya densidad poblacional no llega a una persona por kilómetro cuadrado (0,8 hab./ Km<sup>2</sup>). Habría que considerar además los índices de Daño Social que el alcoholismo representa, ya que el alcohol ocupa porcentajes destacados entre las contravenciones policiales (80 – 90%); los accidentes de tránsito (30%) y los accidentes de trabajo (30 – 40%).

Cabe destacar y aclarar al respecto, que en la Oficina de Estadísticas y Censos del Ministerio de Asuntos Sociales de la Provincia de Santa Cruz, Subsecretaria de Salud Pública ,con sede en la ciudad de Rio Gallegos, **NO EXISTE** registro de datos sobre

alcoholismo. Los hospitales de cada localidad deben remitir mensualmente a sede central las estadísticas de todas las demandas de salud efectuadas , entre las cuales existen patologías de denuncia obligatoria por leyes nacionales. Alcoholismo no figura entre estas últimas. Asimismo, entre las demandas por consultorio externo de Clínica Médica del Hospital de Caleta Olivia , no existe tampoco registro específico de diagnóstico por alcoholismo, sólo se encuentran detrás de rótulos como cirrosis, polineuritis, hemorragias digestivas, peleas de arma blanca, etc.

La misma respuesta negativa se obtuvo en la Universidad Nacional de la Patagonia Austral con sede en Caleta Olivia y en la Municipalidad local. Sólo la Policía se ocupa de registrar alcoholismo pero dentro de las Contravenciones, aportándonos datos proyectivos que ampliaré en el Anexo respectivo.

Esta ausencia de información estadística o en el mejor de los casos subregistro, donde el alcoholismo permanece oculto, nos lleva a reflexionar acerca de la negación sistemática que hacen tanto la sociedad como las instituciones sanitarias responsables de su asistencia.

En este contexto, paradójicamente de salud ,no resulta extraño que hayan negado también al Grupo Institucional de Alcoholismo que existió en el Hospital de Caleta Olivia y que ofrecía una alternativa diferente de asistencia, prevención y rehabilitación del alcoholismo. Se busca demostrar el vacío institucional terapéutico que siguió a su disolución para movilizar la necesidad de que vuelvan a funcionar en la dinámica hospitalaria como parte de las políticas sociales de salud pública.

## ASPECTOS METODOLOGICOS

---

El presente trabajo de investigación está referido a la sistematización de una experiencia de campo de la cual participó quien escribe estas líneas en su carácter de Asistente Social del Hospital Distrital Caleta Olivia donde se desempeña desde 1983. En Investigación hay autores como Carlos Sabino que la denominan también Estudio de Caso.

El tipo de investigación será Exploratorio- Explicativo.

El **PROBLEMA:** El Alcoholismo como enfermedad se ha convertido en un flagelo social en todas las civilizaciones y el consumo de alcohol se ha acrecentado en forma preponderante a nivel mundial. En la zona norte de la provincia de Santa Cruz, particularmente, el aumento creciente del consumo de alcohol y de enfermos alcohólicos, tanto en jóvenes como en adultos de ambos sexos, estaría relacionado entre otros factores, con la falta de políticas sociales de Salud Mental que incluyan adicciones y traten al Alcoholismo como el **problema prioritario de salud de la población**. Un ejemplo fue el cierre del Grupo Institucional de Alcoholismo del Hospital Público de la ciudad de Caleta Olivia, que constituía un recurso terapéutico institucional altamente eficaz para la recuperación de enfermos alcohólicos. Al cerrarse se produce un vacío como respuesta asistencial con el agravamiento, además, de la transformación socioeconómica de la región y las penosas consecuencias sociales y psicológicas para la población ante la privatización de la empresa estatal petrolera Y.P.F. . .

### **Hipótesis I:**

El Alcoholismo es una enfermedad social que constituye un problema preponderante en la sociedad argentina en general y particularmente en la zona

patagónica. Sostenemos la hipótesis de que esta enfermedad se ha agravado por las cambiantes circunstancias presentes de la privatización de Y.P.F., que constituyó desde 1940 una fuente generadora de recursos económicos, históricos, culturales y políticos que le otorgó a los habitantes un sentido de identidad y de pertenencia característicos inscriptos en el imaginario colectivo. La ausencia de estas condiciones gravitó principalmente en el cotidiano de la población, como un vacío que genera angustia y que lleva a la ingesta sistemática del alcohol como búsqueda de compensación. En la realidad esta salida está muy lejos de resolver el problema, es más lo profundiza, constituyéndose una grave enfermedad social.

### **Hipótesis II:**

Existió en el marco del Hospital Distrital Caleta Olivia un recurso de gran eficacia para el tratamiento del alcoholismo, que le daba un lugar significativo y específico al profesional del Servicio Social, así como también, a muchos y diversos actores sociales de la comunidad. Este recurso, el Grupo Institucional de Alcoholismo (G.I.A.), no fue valorizado en su respuesta por las autoridades del Hospital, lo que en forma articulada con problemas internos propios de todo proceso grupal, lo llevó a su disolución. Esta situación agrava, a nuestro juicio el problema del alcoholismo, que queda librado a la asistencia eventual e individual de los pacientes hospitalarios.

### **Sintéticamente:**

Hipótesis I: La privatización de Y.P.F. y sus consecuencias en la organización social del bienestar social de Caleta Olivia constituye un factor indirecto de aumento del alcoholismo en la zona.

Hipótesis II: El G.I.A. de Caleta Olivia constituyó un factor de prevención, asistencia y recuperación eficaz al problema del alcoholismo, cerrándose ahora el mismo se agrava también el problema.

Hipótesis II: La organización y filosofía del G.I.A. es un recurso eficaz en el tratamiento del problema mencionado, dentro del cual el rol profesional del Asistente Social tiene un lugar destacado en su faz de promoción y de educación social.

### **Objetivos de Investigación**

#### **Objetivos Generales:**

1. Conocer de qué manera la privatización de la empresa Y.P.F. generó consecuencias negativas en la organización de la estructura social, laboral, económica y cultural de Caleta Olivia.
2. Explorar la relación existente entre la ausencia de la empresa petrolera estatal como matriz de identidad sociocultural significativa de las relaciones sociales y el vacío existencial entre sus habitantes, motivando el aumento de patologías psiquiátricas y adicciones, entre las cuales se destaca el alcoholismo.
3. Investigar la implicancia del cierre del grupo G.I.A. del Hospital Distrital en el aumento de consumo de alcohol de la población joven y adulta de la comunidad, al desaparecer el único recurso sistemático y eficaz que ofrecía la institución de Salud Pública para el creciente problema social del alcoholismo.

### **Objetivos Específicos:**

1. Desarrollar una investigación exploratoria que evidencie la intervención de las variables referentes a la desaparición de Y.P.F. y al cierre del grupo G.I.A. en el aumento de consumo de alcohol de la población de Caleta Olivia.
2. Realizar entrevistas semi-estructuradas y en profundidad a los diferentes actores sociales del ámbito institucional de salud ,del grupo G.I.A. ,sus familiares y ex - trabajadores de Y.P.F. para contrastar las hipótesis planteados desde el marco comprensivista de la investigación.

Para la **Unidad de Análisis** se considerará al paciente alcohólico del G.I.A. y su grupo familiar.

## MARCO TEORICO-METODOLOGICO DEL SERVICIO SOCIAL

En relación a las Hipótesis planteadas comenzaremos a desarrollar en el presente capítulo los contenidos teóricos, metodológicos y éticos que dan razón del enfoque epistemológico del Servicio Social como profesión dentro del campo de las Ciencias Sociales; clarificando así también mi propia posición como investigadora en esta Tesis.

Intentando superar el origen epistemológico de nuestra profesión, fuertemente influenciada por el Positivismo, hoy son los llamados Paradigmas Interpretativos que centrándose en la línea **comprensivista** nos plantean un horizonte teórico-metodológico cualitativamente diferente a todas las disciplinas sociales y, particularmente al Servicio Social, por su manera singular de abordar el objeto de investigación. Desde la noción de comprensión se analizarán los aspectos centrales del método profesional en sus fundamentos y posibilidades.

Citando al Profesor Enrique Di Carlo, autor que conjuntamente con su Equipo de investigación en epistemología y metodología de la Universidad Nacional de Mar del Plata han desarrollado una importante producción teórica al respecto en varios libros recientes, la noción de comprensión: "consiste sintéticamente en la **forma interpretativa racional** de los fenómenos humano-sociales, que no se ubica en una ruptura "objetiva" ante los acontecimientos propia de las ciencias naturales, ni tampoco simplificaciones subjetivistas de la conciencia ingenua. El criterio explicativo de la comprensión, se basa en



la capacidad del investigador social que dominando los conceptos pertinentes, sabe instalarse en el campo o problema estudiado (compenetrarse) sin perderse en el mismo."<sup>1</sup>

La línea comprensivista implica a su vez superar la hegemonía de las Ciencias Duras que desde Isaac Newton, Galileo y Copérnico centraron el conocimiento en fundamentos provenientes de la Física, la Lógica y las Matemáticas buscando "leyes universales" que pudieran predecir los fenómenos y explicaciones lineales causa-efecto, dejando de lado la variable histórica. Con el advenimiento de la Modernidad, durante el siglo XVIII, se configuró el Paradigma Mecanicista o Newtoniano buscando explicaciones acerca del funcionamiento de los fenómenos tanto naturales o físicos como sociales, sin distinguir la diferencia de su naturaleza constitutiva. Se pretendía conocer desde la racionalidad mecanicista y arribar a la verdad a través de certezas científicas. Predominan los conceptos de orden, progreso, libertad e individuo en el contexto del sistema capitalista naciente.

Habría que esperar hasta mediados del siglo XIX y mediados del XX para que un nuevo pensamiento irrumpa el campo científico: el Pensamiento Complejo. La linealidad causal es completada por la circularidad relacional. La razón y la comprensión dejan de transitar caminos paralelos. Las categorías de pares antitéticos como individuo y sociedad, empiria y teoría son reemplazados por "conexiones relacionales". Edgar Morin nos dirá que lo uno y lo múltiple completan la mirada haciéndola verdaderamente científica. La física clásica es superada por la "Cuántica" y la metáfora de la Red supera a la metáfora del Reloj que caracterizó el conocimiento científico mecanicista mirando a la sociedad desde la Física social.

---

<sup>1</sup> E.Di Carlo y Equipo "La Comprensión como fundamento de la investigación profesional"  
Ed.Humanitas pág.5 . Año 1995

Entonces la comprensión da cuenta de la complejidad del conocimiento. El sujeto complejo no busca solamente **descubrir** hechos y teorías empíricamente, buscando causalidad anterior, en el pasado, sino que pretende **validar** hechos y teorías conjugando ambos caminos en la construcción del conocimiento científico, se busca también motivaciones y explicaciones intencionales, con tensión a futuro. "Todo hecho científico también debe ser captado en su relaciones sociales, lo que significa para la existencia humana".<sup>2</sup>

La crisis de los paradigmas y de las teorías totalizadoras, producto de la sacralización de la razón instrumental dan lugar a un nuevo escenario de las ciencias. Estas pierden la certeza y toman vigor las corrientes que incorporan la dimensión subjetiva al análisis de los fenómenos (interpretacionismo, hermenéutica, fenomenología existencial, etc.). Cambia la identidad del sujeto que es siempre incompleta, una tarea a construir y a comprender en el devenir histórico.

Retomando el campo profesional del Trabajo Social, quisiera detenerme en una problemática epistemológica específica que marca la diferencia entre nuestra profesión y las Ciencias Sociales, no obstante compartir bases teóricas comunes. Precisamente, lo desarrollado anteriormente en relación con los paradigmas abona nuestra historia común. Pero, a su vez, existe una dificultad de integración porque la singularidad de cada disciplina como diría Margarita Rozas, está en la diferencia de su mirada, en cómo aborda y se apropia de su objeto en cuanto al conocimiento. Entonces cabría preguntarse desde dónde mira el Trabajo Social y cómo mira.

Existe una distancia epistemológica entre la forma en que concibe la investigación y el contacto con los fenómenos sociales, es decir la forma que aborda su objeto el Trabajo Social y la forma que lo conciben las ciencias sociales. La orientación

---

<sup>2</sup> Rubens Méndez, Op.Cit.pág.112

teórica dominante estuvo inspirada en autores como A.Comte y E.Durkheim para quienes los hechos sociales deben ser concebidos como cosas en el orden positivo para su análisis científico, o bien, M.Weber para quien la legitimidad de la investigación está garantizada por la neutralidad valorativa. El ideal de la investigación sociológica estuvo en la "objetividad" del fenómeno social. Asimismo, Burlastegui y Di Carlo, nos previenen que: "las cosas no son en si mismas ni objetivas ni subjetivas y tampoco se puede establecer de antemano niveles de significación en los hechos que se nos presentan. Lo único que se puede considerar objetivo o subjetivo es nuestro juicio y la objetividad del juicio depende de su capacidad de fundamentación para resistir a la crítica racional de otros juicios o teorías y a la confrontación con la realidad a la cual se refiere"<sup>3</sup>. El tema de la objetividad en T.Social se dirime en la "intersubjetividad", en el proceso deliberativo entre sujetos racionales que dialogan comprensiva y cooperativamente. Sería un error concebir la realidad como una ciega interacción de factores humanamente neutros. Sería desconocer todo lo que la realidad tiene de debate, de búsqueda creativa y de tendencias concientemente autoorientadas. El objeto en Trabajo Social es precisamente el sujeto en su dimensión individual, grupal, familiar o comunitaria que piensa y que actúa en debate con sus circunstancias sociales. Por lo tanto, el trabajador social en cuanto investigador social se relaciona en forma directa y activa con la realidad humano social y con los sujetos intervinientes, no busca solamente describir o contemplar la realidad, sino que busca comprenderla e interpretarla desde la relación dialógica con los sujetos para transformarla.)

Esta posición epistemológica impide la postura en ruptura marcadamente descriptiva del origen sociológico propio de las ciencias sociales y define la mirada de nuestra profesión como decíamos anteriormente.

---

<sup>3</sup> Mariza Burlastegui. Material complementario. Lic.S.S. a Distancia. Fac.Cs.Salud y S.S. Jun.1999.

Habiendo planteado y delimitado el marco epistemológico del proceso científico en el que ubicamos al Trabajo Social podremos comprender por qué se cuestiona aún en algunos ámbitos la científicidad de la profesión. No obstante reconocer que la comunidad profesional adeuda la sistematización seria y unificada de la teoría del Servicio Social.

Antes de referirme al paradigma científico del Trabajo Social, quisiera detenerme en las dificultades precisamente de esa valoración científica.

La impronta de la física clásica como modelo excluyente en el pensar científico, implicó reducir la ciencia y la técnica a la misma categoría imponiendo así la esquematicidad de la técnica en el modo de abordar los conocimientos. La técnica propone una solución fija para determinado tipo de problemas, repite o reproduce el mismo esquema porque no reconoce diversidades. Pensemos un ejemplo simple de un bioquímico, quien debe realizar como parte de su práctica profesional un hemograma, es decir, para contar la cantidad de glóbulos rojos que tiene un paciente cotidianamente y por años va a desarrollar el mismo procedimiento técnico. En relación a esta idea, recuerdo que en el laboratorio del Hospital había un cartel que decía: "La Patología no cambia". Asimismo, podrá utilizar aparatos técnicos más sofisticados como un microscopio o en otro caso un tomógrafo, pero la forma de buscar los datos es siempre la misma. En el trabajo social, también utilizamos técnicas como entrevistas, observación, registro social, pero la sofisticación de la técnica en el campo científico no garantiza aún la científicidad. La diferencia está no en el instrumento técnico a emplear sino en el concepto teórico pertinente que fundamenta la mirada específica desde la cual voy a interpretar las valoraciones adquiridas. Recordando a un clásico del Trabajo Social, Mary Richmond,

decimos: "tratar a lo diferente como diferente". La valoración de la diferencia humana no contradice la valoración de la igualdad humana en cuanto a la dignidad.

Es decir que la ciencia aplicada al campo de la realidad social pierde su carácter predictivo de ley general, no se trata de la igualdad estadística que masifica o pretende unificar a la sociedad. Trabajamos con conductas humanas, cambiantes, diferentes. Los fenómenos humano-sociales son realidades abiertas, dinámicas, históricas, que incluyen sustancialmente significados, en relación con el sentido que tienen para cada persona y en relación también con el contexto que los caracteriza. Concluimos tomando las palabras de Di Carlo y Equipo: ***"una de las principales bases de la cientificidad del trabajo social es el dominio crítico de conocimientos y conceptos para comprender al objeto social y actuar con él"***<sup>4</sup>

Esta capacidad de pertinencia conceptual y de criterios valorativos, ya que aprendemos de Gordon Hamilton que la teoría del trabajo social implica tanto conocimiento como valores, nos lleva a su vez, a jerarquizar la Investigación como único camino para construir ciencia en trabajo social." Sin investigación no hay trabajo social." (M.Richmond).

[ La Investigación como momento del proceso metodológico en trabajo social me permite apropiarme del objeto de estudio conociéndolo, interrogándolo, dialogando en forma racional y crítica, cooperando individual y colectivamente, desplegando la matriz de solidaridad de la profesión, en fin, comprendiendo el objeto. Dentro del proceso de intervención, investigo para conocer e investigo para transformar. ]

[ La investigación a su vez me previene de caer en la conciencia ingenua, que lejos está de posibilitar un Diagnóstico Social acorde a un encuadre profesional con conciencia profesional y pensar científico." ] Solamente [ la investigación nos permitirá

<sup>4</sup> E.Di Carlo y Equipo, Op.cit.pág.25 final.Edit.Human.1995:

comprender lo que sucede, y ésta, es la piedra angular de la orientación metodológica en trabajo social<sup>5</sup> }

### **PARADIGMA HUMANISTA DIALECTICO**

Así denominamos al [paradigma de base del trabajo social que lo fundamenta en su metodología y en su acción. Ambos términos , humanismo y dialéctica, son controvertidos porque tienen larga historia en el mundo de las ideas, por lo tanto, ameritan una reflexión crítica en la especificidad de nuestro campo social.]

[El Humanismo más allá de su connotación sensible y bondadosa, "humanitaria" que podría remitirnos a la etapa pre-científica de la historia profesional o también a la representación asignada al trabajador social en el imaginario social, pone en el centro de su valoración el reconocimiento de todo hombre como un fin en si mismo, es decir la persona portadora de universalidad, de conciencia.<sup>6</sup> Se afirma la igualdad radical de la dignidad humana en cada persona.]

Nos estamos refiriendo a una valoración filosófica cualitativamente profunda, no se trata de una generalidad ni tampoco solamente un sentimiento aunque importante de por sí. [El trabajo social se propone la construcción de la igualdad humana en diferentes dimensiones y campos, en su trabajo cotidiano de atender necesidades humanas concretas.] Sela Sierra, destacada docente y teórica de esta profesión, [se ha referido al rol profesional como una "microexperiencia social humanizante" enfatizando la profundidad filosófica del humanismo en la naturaleza constitutiva del rol profesional.]

---

<sup>5</sup> E.Di Carlo y Equipo, "T.S.Profesional:el método de la comunicación racional", pág.44.Edit.Human.1997.

<sup>6</sup> E.Di Carlo y Equipo, Op.cit.pág.45. Edit.Humanitas.1995.'

Sartre, quien constituye entre otros autores, las bases teóricas de este paradigma ha escrito una obra importante en este tema. En "El Existencialismo es un humanismo" diferencia entre el humanismo clásico, cerrado sobre sí mismo, que propone el culto de la humanidad, supone dar un valor al hombre de acuerdo con los actos más altos de ciertos hombres y, por otro lado, el humanismo existencialista significa que el hombre está continuamente fuera de sí mismo. Proyectándose y perdiéndose fuera de sí mismo es como hace existir al hombre. Es persiguiendo fines trascendentales como puede existir. No está encerrado en sí mismo sino presente siempre en el universo humano, en el sentido de un rebasamiento existencial. No hay otro universo que este universo humano, el universo de la subjetividad humana.<sup>7</sup>

[Estas ideas sartreanas abrevan el objetivo profesional de construcción de la igualdad humana, la búsqueda o contribución del bien común como tarea **a construir**, nada está dado.

El concepto de Dialéctica del paradigma que nos propone el Prof. Di Carlo tiene su base en el paradigma marxista, con importantes coincidencias, pero también, con diferencias como sucede con el Positivismo y con el Funcionalismo.

Sólo voy a destacar en qué puntos se separa del marxismo histórico. En primer lugar, porque el marxismo considera al humanismo como "ideología" burguesa y lo descalifica. Por otro lado, desconoce la importancia de la vida cotidiana y la construcción conciente de la igualdad; impone una expectativa científico-revolucionaria de cambio que llevó a considerar la tendencia conservadora del trabajo social.

---

<sup>7</sup> Jean Paul Sartre, "El Existencialismo es un Humanismo", pág.80 y 81.Edit.SUR.Año 1947.

## EL METODO DE LA COMUNICACIÓN RACIONAL

### LA CONCEPCIÓN DEL OBJETO

El concepto de Comunicación Racional fue introducido por primera vez por su creador en una investigación sobre orientación de grupos en el año 1972, en Montevideo, Uruguay. Se trata del *criterio metodológico básico* del trabajo social.

Cuando otros autores definen la metodología por su hacer y delimitación de campos de acción profesional o bien hablan de tipologías, Di Carlo en cambio se aboca a definir su objeto y los fines que persigue. "La modalidad específica en la cual se relaciona con su objeto, para lograr los fines que se propone."<sup>8</sup> Precisamente la especificidad de todo método que se precie de tal es la construcción del propio objeto y la delimitación del campo científico.

[ En Trabajo Social se define el objeto como **la persona pensante y actuante en debate con sus circunstancias**. "Es decir que el objeto sería la tensión dialéctica entre las necesidades e iniciativas humanas y las posibilidades, recursos y obstáculos de la realidad social circundante. El objeto en trabajo social incluye al sujeto humano social, a la persona como portadora de universalidad, de conciencia, como principio activo y capaz de poner en obra sus potencialidades] Ahora, esta metodología se caracteriza precisamente por la forma en que se relaciona con su objeto en base también a cómo lo valora. [ Establece una relación dialógica con los sujetos implicados con intencionalidad comunicativa, precisamente, esa acción comunicativa adquiere carácter transformador porque consiste en el examen racional participativo de los condicionamientos externos(positivos y negativos) que gravitan sobre la situación de

---

<sup>8</sup> E.Di Carlo, "El criterio metodológico básico del trabajo social", pág.31, en "Contribuc.Metod.S.S." comp..O.Dubini. Edit. Human.Año 1984.



contexto, de los recursos y capacidades internas del sujeto (existentes o potenciales), de la utilización de los recursos comunitarios disponibles y del orden de prioridades, aprecio y valores con que el sujeto enfoca la realidad y su propia existencia. Entonces, ***el análisis crítico-racional realizado en forma dialógica y participativa constituye el núcleo central metodológico del servicio social profesional***.<sup>9</sup> }

{ Es decir que, en la matriz conceptual del trabajo social podemos encontrar: una teoría de la Razón que abre el campo a la reflexión crítica y a la comprensión valorativa; una teoría del Vínculo, dado que el trabajador social debe promover vínculos concientes y confiables en la construcción de la relación profesional con la persona. Vínculo profesional que constituye la base transformadora del trabajo social. Finalmente una teoría de los Recursos que posibilite identificar y diferenciar aquellos existentes, potenciales o a solicitar utilizando también la "imaginación creativa" } de la cual hablaba Mary Richmond en la elaboración del plan de acción. ]

Cerrando el marco teórico conceptual me referiré a los autores elegidos por el Prof. Di Carlo para dar fundamento epistemológico a la metodología de la Comunicación Racional.

En primer lugar, George H. Mead cercano y contemporáneo a Mary Richmond, integrante de la denominada Escuela de Chicago quien presenta su paradigma como la base de la socialidad humana, cooperativa e inteligente. Tanto la constitución de la persona social, como la del yo, surgen para Mead del proceso social dentro del cual la comunicación simbólica con el otro contiene la autoreferencia. Hablamos con otros y nos hablamos a nosotros mismos. Constituimos vínculos y nos constituimos como individuos simultáneamente. En la experiencia social cooperativa que experimentamos aprendemos y vivenciamos un **Lenguaje** común y logramos así la **Comunicación Significante**, es

---

<sup>9</sup> E. Di Carlo, Op.cit., pág.31 y 32.

decir, comprendemos porque compartimos códigos comunes, compartimos significantes y consecuentemente dentro de este proceso emerge la **Persona**. La persona es entonces una construcción social. Tiene conciencia de sí, no sólo piensa sino que **se** piensa. Es sujeto y objeto a la vez desplegando la inteligencia reflexiva. Inteligencia que hará demorar su reacción y dirigir su acción en términos de construcción de futuro (sentido teleológico). La Cooperación Inteligente es constitutiva de la persona, posibilitada por el lenguaje y también, por el proceso de adopción de roles, tanto desde el punto de vista particular como colectivo. En este punto Mead se basa en el ejemplo del juego de los niños que ensayan individualmente el aprendizaje de roles o bien en el deporte como juego colectivo donde cada jugador hace su propia jugada pero tiene conciencia de su pertenencia a un equipo.

G.Mead junto a J.Dewey y G.Hamilton fundamentan desde la ética las bases axiológicas del Trabajo Social.

**John Dewey** : el pensamiento de Dewey aporta aspectos esenciales al marco filosófico y epistemológico en el cual se inspira a su vez el Social Diagnosis de 1917. La comprensión entre teoría y práctica humana son dos dimensiones de la misma realidad que se vinculan y regulan en forma dialéctica. Premisa constitutiva de la ciencia. Es decir que este autor puntualiza la conjunción entre teoría y práctica para que un hecho sea catalogado científico, proporcionando así una base sólida en el programa de investigación del servicio social dentro del marco de las ciencias sociales.

Dewey se opone a la ruptura positivista y naturalista entre hechos y valoraciones. Incluye en la investigación del conocimiento el campo de las costumbres, creencias y valores; dimensión esta última esencial en la comprensión de nuestro objeto. Nos propone así una lógica superadora del positivismo, el intelectualismo y empirismo." Si

el trabajo social perdiera de vista la conexión intrínseca entre hechos y valores, su tarea pasaría a ser una mera técnica, un manejo de cosas y datos sin mayor significado.”<sup>10</sup>

**R.G. COLLINGWOOD**: rompe la normatividad positivista que pretende basar la objetividad en la consideración meramente externa de los fenómenos; todo acontecimiento histórico contiene por ser un acontecimiento humano y no un hecho natural, un aspecto Externo y un aspecto Interno. Dicha **interioridad** del hecho es lo que explica y le da sentido y, a ella, el investigador no llega si no es capaz de compenetrarse, de comprender la situación particular entrando como sujeto en la misma. Subrayamos el concepto de Objeto de trabajo social como sujeto individual, grupal o comunitario con interioridad pensante y actuante. El problema de la objetividad en las Ciencias Sociales se resuelve en la intersubjetividad entre trabajador social y persona desde la relación dialógica.

**VON WRIGHT**: nos aporta el importante concepto de INTENCIONALIDAD o explicación teleológica (a futuro) en el ámbito de la comprensión. La explicación consiste en procurar que los fenómenos sea inteligibles teleologicamente, más bien que en determinar su predictibilidad e indagando sus causas eficientes. La intencionalidad implica la relación auténtica y sustancial entre sujeto y objeto de conocimiento. Ahora bien, es necesario diferenciar entre comprensión de la conducta como acción y la explicación teleológica de la acción, es decir, la conducta “**intencionalmente comprendida**”. Se puede decir que ese hombre está preocupado y tiene un saber acerca de su preocupación. El análisis del caso nos aporta los elementos del futuro y del pasado que son en esa preocupación, aquello que conforma el trasfondo contextual de motivos.

---

<sup>10</sup> E.DiCarlo y Equipo, “El método de la comunicación racional”, pág.23, Edit.Human. Año1997.

**LAS POLÍTICAS DE SALUD MENTAL EN LA ARGENTINA Y  
EL LUGAR DEL ALCOHOLISMO EN ELLAS.**

**Ciencias Sociales y Salud:**

En realidad como dice Mario Testa en su importante texto "Pensar en Salud", las ciencias sociales en la Argentina nunca tuvieron una importancia notoria en la interpretación de los problemas de salud. La salud en la Argentina siempre fue un problema médico al igual que las tendencias internacionales. Quizás una de las tantas razones podría encontrarse en que durante largo tiempo, existió un nivel de salud considerado como bueno o aceptable para el conjunto de la población. Argentina como "granero del mundo" en su modelo agroexportador, mantuvo uno de los mejores niveles nutricionales y un nivel de pleno empleo que tuvo ocupada a la población durante largos años.

Según Testa podría afirmarse que la preocupación histórica domina la relación entre las ciencias sociales y salud durante todo el siglo XIX en nuestro país. Esta preocupación surge básicamente de médicos y no de historiadores. Este fenómeno de origen médico de la preocupación social se verá repetido en todas las otras disciplinas sociales hasta bien avanzado el siglo XX. Para comprender esta situación, habría que pensar por un lado en una vertiente médica, en relación con los avances científicos en medicina, el impacto de la tecnología en salud, la industria química y el descubrimiento de drogas produciéndose una transformación revolucionaria tanto en el campo de la salud como en la sociedad. Por otro lado, habría que pensar en la vertiente social. Las ciencias sociales tienen un interés natural en los problemas de salud enfermedad. A partir del momento en que el desarrollo del capitalismo adquiere sus características actuales, los

problemas que plantea la economía, la sociología y la organización de la salud hacen que estas disciplinas intervengan en el análisis de sus determinaciones.

En Argentina, el interés por el problema a partir de esas disciplinas es muy reciente; téngase en cuenta el tardío interés nacional como consecuencia del retraso cultural con que copiamos las tendencias de los países centrales. No obstante, habría que considerar también "la barrera ideológica"<sup>11</sup>, es decir, la impronta que da el status de la profesión médica y la forma que esa práctica implica en nuestro particular contexto cultural. En definitiva, estamos ante el potente discurso del "modelo médico hegemónico", concepto acuñado por Eduardo Menéndez, que lidera el imaginario social acerca de la práctica médica en nuestro país y que también ha dejado sus huellas en las políticas de Salud Mental, ya sea por presencia o por ausencia de las mismas. La salud centrada en el paradigma biologista, asociado más a la enfermedad, a la patología, a la teoría de la normalidad, a la prescripción desde el lugar del saber autoritario más que al proceso dinámico de salud y enfermedad integrando la mirada del cuerpo a la psiquis, a lo familiar y a lo social. No se puede dejar de considerar la salud y la enfermedad como hecho político.

No pretendo desarrollar dicho concepto en este punto sino reflexionar acerca de sus consecuencias en las políticas de salud mental, como fenómeno humano social atingente también al Servicio Social y el lugar atribuido a las adicciones como el alcoholismo para su tratamiento.

### **Salud Mental, Crisis y Tiempos Posmodernos:**

Con el retorno a la democracia en nuestro país se reabrió un campo teórico-práctico interdisciplinario sobre los problemas de salud enfermedad, que sumado al

---

<sup>11</sup> Mario Testa, Op.cit., pág, 214.

retorno de importantes profesionales que habían participado activamente en el desarrollo de la Medicina Social Latinoamericana , posibilitaron la realización de cursos en salud colectiva, medicina social, salud mental, que favoreció la formación de una masa crítica de recursos humanos en dicha corriente y permitió la instalación a nivel del debate público de situaciones y temáticas pertenecientes a estos campos.

Pensar, actuar, escribir en el marco de lo que consideramos la Salud Mental colectiva no es una cuestión ingenua sino que tiene diversas implicancias. En su nombre se realizan prácticas muy diversas. El término Salud Mental se origina en la ola modernizadora de los años '50 albergando en su seno propuestas desde la prevención en relación con la Higiene Mental de las primeras décadas del siglo, hasta propuestas alternativas al dispositivo manicomial psiquiátrico, pasando por todo un abanico de propuestas tecnocráticas y normativas, modernizadoras y aggiornadoras del mismo. Es un término que no posee un sentido unívoco. Para algunos se opone a la psiquiatría , la "antipsiquiatría" y ,para otros, representa un complejo y sutil dispositivo capilar de control y normatización de la vida cotidiana. Nos identificamos con aquellos que centran la mirada en la salud de la población, en valores positivos , en la prevención y en la educación social. Implica recortar un campo complejo y heterogéneo tanto en lo que respecta a sus problemáticas, como a los actores sociales y a las instituciones. Implica reconocer el **poder** que circula en el campo de la salud, en términos foucaltianos, el poder que da el saber médico científico, el poder para curar en la dialéctica vida-muerte, el poder de las corporaciones , de la industria y el mercado, el poder político institucional y, entrampado en este escenario existencial, está el dolor del paciente, quien "pacientemente" espera ser curado...

Las políticas de salud mental no son ajenas ni están divorciadas del desarrollo político, social y económico de cada uno de los pueblos en juego. En cada país se elaboran y transforman esquemas de asistencia, atención y prevención disímiles en las diversas áreas que la conforman. La configuración macrosocial de cada país, su mayor o menor permeabilidad a la penetración cultural colonialista que distorsiona el análisis y la comprensión de las necesidades y desarrollos ideales para cada región, para cada economía, para cada cultura. Más aún si consideramos el cambiante panorama político y económico de nuestro país en las últimas décadas.

El concepto de "crisis" comienza a significar muchos ámbitos y no puede quedar afuera el campo social como encrucijada del sujeto de conocimiento en quien se anudan todas las miradas. Crisis de la Modernidad, crisis del modelo de Estado Benefactor y de un modo de distribución y de producción, el fordismo, en los setenta. Las imágenes de la película "Tiempos Modernos" de Charles Chaplin nos ilustran al respecto. Podemos agregar los conceptos de Capra referentes a la crisis del Paradigma Newtoniano del conocimiento, la crisis del Patriarcado y la crisis del agotamiento de las reservas naturales y los elementos fósiles.<sup>12</sup>

"La crisis del capitalismo es también la crisis de las ideas y de las perspectivas. La crisis es un intermedio dentro de cuyos límites el presente se desconoce a sí mismo. Las fronteras entre posible e imposible se vuelven inseguras y los paradigmas que permitían fijar objetivos, instrumentos y comportamientos para el conjunto de las fuerzas sociales, dejan de operar con la fuerza acostumbrada. El desarrollo sin cambios estructurales profundos es sustituido por cambios y tensiones que operan mientras el desarrollo parece haberse congelado..."<sup>13</sup> Los procesos de ajuste a veces llamados

---

<sup>12</sup> Fritjof Capra, "El Punto Crucial", Edit.Estaciones, Año 1992.

<sup>13</sup> Pipitone,H. "El capitalismo que cambia", Edic. Era, México, 1986.-

estructurales promueven la fragmentación social y los reagrupamientos sectoriales parciales; se reciente el tejido social dibujándose un nuevo mapa de la marginación social. Se produce la ruptura muchas veces de los lazos solidarios o la desarticulación de los vínculos sociales, las "desafilaciones" en términos de R. Castel tendría con los procesos de vulnerabilidad y exclusión social.

Es así como cada época produce su particular forma de padecimientos. Si bien hay que reconocer que las problemáticas sociales, la "cuestión social" comenzó con la historia de la sociedad humana aunque con diverso grado de complejidad, la "posmodernidad" se "caracteriza por los padecimientos psicosomáticos y adicciones, trastornos del carácter, perversiones, enfermedades funcionales, el incremento de la violencia y los suicidios conjuntamente con el aumento de las depresiones de diversa índole.

En el caso de las adicciones, el Alcoholismo en América latina hunde sus raíces en la conquista, pero nadie puede negar su incremento y su edad más temprana de inicio. Según investigaciones se tiende a asociar significativamente con las situaciones de **desempleo** y el aumento en jóvenes y mujeres. En la provincia de Buenos Aires, en 1989, el 20% de los ingresos al sistema de salud por trastornos mentales fueron por Síndrome de Dependencia al Alcohol . Sobre 410 muertes por "trastornos mentales", 210 tuvieron como causa el cuadro mencionado con un rango de edad que comienza a los 15 años. También el 8% de la población atendida en clínica médica ingresó con síntomas asociados al alcoholismo.<sup>14</sup>

Drogas, psicofármacos y alcohol articulan en su producción con intereses económicos de gran magnitud y su consumo es incentivado activamente de diferentes

---

<sup>14</sup> Sánchez, A."Alcoholismo: La grieta",Rev.Nudos y Redes,Año I N°1,Equipo de Drogadependencia,Minis.Salud y Ac.Soc.Pcia.Bs.As., Año 1992.



maneras. Desde el lado de los consumidores, su vulnerabilidad frente a esta oferta creciente quizás deviene de la misma vulnerabilidad relacional en que se desenvuelven sus vidas y de la imposibilidad de construir proyectos existenciales que permitan soportar las situaciones vitales.

**¿ QUE SON LOS GRUPOS G.I.A.?**  
**SU HISTORIA EN EL PROCESO CULTURAL DE**  
**ALCOHOLIZACION DE LA PATAGONIA**

**ALCOHOLISMO, GRUPO E IDENTIDAD:**

En este Capítulo me voy a basar como fuente bibliográfica principal en los aportes del Dr. Jorge Luis Pellegrini, creador junto a otros colaboradores de los Grupos G.I.A.

Así como el proceso de alcoholización es un proceso grupal –enfermamos socialmente- la propuesta terapéutica que comenzó a ponerse en práctica desde el 15 de febrero de 1984 reconoce al **grupo** como instrumento y soporte principal de la recuperación. Estamos hablando de los Grupos Institucionales de Alcoholismo(G.I.A.) que fueron gestados en el Hospital de General Roca (Río Negro).

Entendemos al Grupo G.I.A. como un soporte en el que se sustenta la contradictoria decisión de recuperarse del ser humano alcoholizado. Contradictoria porque coexisten en su mundo interno el Sí y el No. Frecuentemente se habla en los G.I.A. de la "mala junta". Ella es el grupo humano de referencia característico de los alcohólicos. "los amigos del boliche", los que "tomo y obligo" como dijo alguna vez el tango. Ese Sí y ese No se escenifican en los espacios cotidianos del enfermo, pero en el G.I.A. la contradicción se tensa de un modo mayor porque sería el lugar de la "otra junta", la de quienes buscan un proyecto de vida sin alcohol. A veces encontrándolo; otras veces perdiéndolo. En una lucha dura, llena de recovecos, incluida en una sociedad que empuja a tomar. ¿Qué clase de organización humana es "la mala junta"? Evidentemente no se la puede pensar como un grupo en el sentido de la teoría grupal. Puede funcionar el espacio –"el boliche"- como referente claro, de cierta fijeza Pero la composición humana, permanentemente

cambiante, aparece como el entorno necesario de una práctica solitaria, de aislamiento e introversión, de confusión progresiva y amnesias lacunares. Al otro día es probable que ni se recuerde con quién se bebió, quiénes estaban presente. Sí se recuerda la botella, la copa. El propio dinamismo de la adicción le da cierta fijeza temporal al encuentro toda vez que se va haciendo necesaria la ingesta diaria para calmar la sintomatología de la abstinencia. Esta descripción es propia de estados avanzados de alcoholización, habría que tener en cuenta también el momento evolutivo de la carrera. El fenómeno actual de adolescentes nucleados en torno de la cerveza nos hace pensar que juntarse y tomar son términos de una ecuación variable, donde a veces se juntan para tomar y, otras, toman para juntarse. Todo ello, como decía en la Introducción, puesto al servicio de una ilusoria salida de la realidad, una realidad que se ha tornado cada día más difícil de ser vivida. Ilusión porque la ingesta alcohólica nada transforma de lo que oprime, sino alucinatoriamente y con progresivo deterioro y pérdida personal.<sup>15</sup>

Podría sintetizar lo arriba expresado diciendo que nuestra tarea se realiza con seres humanos cuya vida es juntarse en torno de la botella que garantiza la fuga ilusoria, buscando que se agrupen en torno de una tarea modificadora de la realidad. Una realidad inclusora y reproductora de procesos de alcoholización que los sujetos pueden cambiar si se organizan para ello. Los G.I.A. abordan la matriz social del proceso de alcoholización no sólo porque programan su actividad preventiva hacia la sociedad, sino también porque hacen una lectura del camino social del enfermar, en el seno del trabajo grupal y en cada uno. Son grupos donde se habla en primera persona singular, pues en el recuperar la propia verdadera historia está quizás la mayor contribución a comprender la historia de

---

<sup>15</sup> Jorge Pellegrini, "Alcoholismo, Identidad y Grupo", Edic.CINCO, AÑO 1992.-

todos. A la vez, esto requiere el instrumento revelador del grupo. "Sólo no puedo, con otros quizá".

Los G.I.A. son una construcción grupal que incluye pacientes enfermos de alcoholismo, familiares, profesionales de diferentes disciplinas integrantes del Equipo de Salud Hospitalaria y cualquier miembro de la comunidad, centrados en la tarea de recuperación de aquellos pacientes a través de acciones preventivas, educativas y asistenciales. Su objetivo no es sólo frenar la ingesta, en un momento superior el grupo sostiene el paso siguiente: sostener esa decisión de no tomar. De tal modo, esos pasos los va dando cada individuo y representan logros suyos como parte de una organización grupal que se fortalece con cada recuperación. Pero el objetivo principal al que se tiende es que cada uno pueda construir un proyecto diferente de vida sin alcohol, donde recupere y resignifique sus sistemas vinculares no aceptando la depositación de la basura colectiva. Que no acepte más los naipes de menor valor y exija que la baraja se mezcle y vuelva a repartir.<sup>16</sup>

Por lo tanto, podemos señalar que estos grupos tienen tres características fundamentales, a saber:

- **Grupalidad**
- **Identidad**
- **Institucionalidad**

Al **GRUPO** ya nos hemos estado refiriendo porque precisamente la fuerza del tratamiento está puesta en la dinámica grupal, el Grupo es quien conjuntamente con el paciente, a través del fortalecimiento de la pertenencia, lograrán comprender y trabajar la recuperación convirtiendo la historia de alcohol de un "borracho" en un proyecto de vida sin alcohol de una persona. El grupo es también el ámbito en que se van desnudando las

---

<sup>16</sup> Jorge Pellegrini, "Alcohol, Alcoholismo, Alcohólicos", Eidec. Cinco, Año 1989. Pág. 40. .

múltiples inducciones a beber, generadas permanentemente por el discurso del poder. Se induce desde los medios masivos de comunicación. Se induce desde los mecanismos por los cuales las bebidas alcohólicas son mantenidas en un relativo bajo costo respecto de los significativos aumentos que sufren a diario los artículos de la canasta familiar. Se induce desde el discursos que lo mantiene ligado al festejo de alegrías, poder y éxitos sociales. Se induce desde planes educativos que nada enseñan sobre este problema acuciante, en ningún nivel de enseñanza. Se induce...

**IDENTIDAD:** El derecho a la identidad es un derecho humano inalienable que el alcohol borró y el grupo se propone recuperar. Los pacientes que concurren al G.I.A. son personas con nombre y apellido, no sin anónimas. La construcción de la identidad implica la existencia de vínculos, en cuyo proceso interaccional el individuo va "encontrando su lugar en el mundo". Como señala Marcos Bernard: "Siempre permanece un nivel de indiscriminación en todo sujeto, que busca apuntalarse en los vínculos. Ese apuntalamiento da lugar a los fenómenos propios de la pertenencia. En éstos el rol desempeñado por el sujeto en el grupo toma las características de un emblema identificatorio y tiende a adquirir cierta inercia" <sup>17</sup> . Asimismo, continúa diciendo Bernard: "La pérdida de un vínculo implica un momento de desapuntalamiento de la identidad. Es éste un elemento constituyente de los estados depresivos y empuja al sujeto a una situación de crisis".<sup>18</sup> Esta crisis preside el momento de incorporación del paciente al G.I.A. En la experiencia grupal se escucha la frase "no me hallo en el grupo" como parte de una sensación de extrañamiento que refleja el des apoyo delante del cual aparecen los interrogantes "¿cómo soy? ¿quién soy? ¿qué me pasó?". Es un período de gran desestructuración, en el que aparecen fantasías de fusión e indiferenciación grupal por el

---

<sup>17</sup> Bernard, Marcos: "El origen grupal de la identidad", Actualidad Psicológica, Bs.As., Año XVII, N°185, 1992.

<sup>18</sup> Bernard, Marcos: Op.cit.

temor a la desintegración. Es como si la individuación identificante se diluyera y los miembros, o el nuevo integrante más bien, se fundiera muy regresivamente con el grupo, desdibujándose aquellos aspectos de su identidad más propios del proceso de personificación. Algunos psicólogos han advertido al respecto, que hay que evitar el riesgo de cambiar de adicción, es decir, pasar de la adicción al alcohol a la adicción al grupo. Recuerdo una frase de una integrante del grupo del Hospital de Caleta Olivia, quien decía con lágrimas en los ojos durante una reunión: **"YO NACI EN EL G.I.A."**

Es muy importante cómo el grupo resuelve estas situaciones. Puede quedar "deslumbrado" frente al éxito que implica un paciente alcohólico adherido a un G.I.A. En parte ello representa un logro. Pero es clave manejar bien los tiempos. La situación crítica que abre la posibilidad de plantearse otro proyecto de vida, no debe prolongarse y cristalizarse, la pertenencia grupal no puede hacerles perder a cada uno de sus integrantes su propia identidad. "Yo soy paciente alcohólico". "Yo soy ex alcohólico", pareciera que el alcohol les da la identidad, existen para y por el alcohol. "Yo soy porque estoy en un G.I.A." Hay que insistir en la cuestión de los tiempos: estas afirmaciones puede ser el punto de arranque de un proceso terapéutico de reapoyos, construcción de un nuevo proyecto de vida, experimentación de nuevos modelos vinculares, recuperación de la capacidad de discriminación y de construcción de una nueva identidad o de recuperación de aquellos aspectos identificatorios originales antes que el alcohol los inundara. Un nuevo recuerdo grupal, puede ejemplificar lo anterior. Cuando Aída Velásquez, integrante del G.I.A. Caleta Olivia logró recuperarse, se reencontró con el afecto de sus hijos quienes antes la rechazaban, volvió a festejar el "Día de la Madre", recuperó su rol materno y también comenzó a estudiar para alfabetizarse, fortaleció su rol social como mujer.

**INSTITUCIONALIDAD:** llegamos al momento de hablar de la **I** de los G.I.A. para clarificar el importante tema del encuadre institucional sobre la base de referentes claros. Pensemos que seres humanos confusos por la alcoholización requieren de claridad permanente como respuesta terapéutica. Esos referentes claros son los días, horario, lugar y coordinador de la tarea grupal. Al respecto, el Dr. Pellegrini es muy riguroso en el planteo del encuadre y le da profundidad teórica. Dice que al ser grupos cuyo ámbito es el Hospital, están inscriptos en la vida cotidiana de la institución y precisamente cuesta bastante en dicho ámbito mantener referentes claros. Para los pacientes aunque no concurren deben saber con claridad cuándo, dónde y cómo se reúne el grupo. Este encuadre técnico exige que el tiempo y espacio del G.I.A tengan reconocimiento de la institución sanitaria, así como los cirujanos no operan en cualquier lugar y se preserva y reconoce el quirófano, también debe preservarse el lugar de reunión del G.I.A. Este encuadre permite que el proceso de internalización del G.I.A. en el psiquismo del sujeto se haga de un modo que facilita la referencia y contrarreferencia precisa.<sup>19</sup>

Aspecto importante del Encuadre es la figura del Coordinador grupal que implica su vez la existencia de un lugar de poder. La dinámica y el marco teórico del grupo tratan de poner en cuestión permanentemente ese poder, esta contradicción debe resolverse también en lo técnico porque un encuadre claro es un reaseguro grupal. Se han transitado diferentes caminos en la historia de los G.I.A. patagónicos con respecto a la figura del coordinador, en un principio han sido los profesionales quienes coordinaban; luego los propios pacientes con cierta capacitación al respecto y también, en el caso del G.I.A. Comodoro Rivadavia, un agente sanitario del hospital integrante a su vez del grupo.

Los grupos son una respuesta desde el sistema público al principal problema de salud de nuestra población. Este es un punto central. Si estamos frente al principal

---

<sup>19</sup> J. Pellegrini, "Alcoholismo, Identidad y Grupo", Edic. Cinco, Año 1992. Pág. 22.

problema sanitario de la población, las instituciones de Salud Pública deben darla una respuesta, si no quieren verse negadas en su propia identidad de instituciones de la salud colectiva. No dar respuesta es transformarse en promotores de la negación social del problema, que es el primer obstáculo a vencer. Negada por el Estado en todas sus instancias institucionales, la afirmación se opera con iniciativas concretas.

Definir a los G.I.A. como parte de la tarea del hospital, implica que los grupos participen de la vida cotidiana y del ordenamiento institucional. Entonces el horario de funcionamiento es parte del horario habitual del hospital, ése que la población conoce precisamente. De mañana casi en todos lados. No puede ser una actividad marginal o un lugar que Salud Pública preste para funcionar. Sería reafirmar la negación de la enfermedad. Que exista el espacio adecuado y correspondiente es afirmar la existencia del problema de salud que implica el Alcoholismo. Finalmente también, lo anterior lleva a preguntarnos qué tipo de hospital tenemos hoy en la Argentina, qué tipo de hospital queremos y a qué nos referimos cuando nos presentamos como defensores del hospital público.



## **UN POCO DE HISTORIA ACERCA DE LOS G.I.A. EN SANTA CRUZ NORTE**

**“ Un grupo puede transformar lo siniestro en maravilloso”**

*E.Pichon Rivière*

En Caleta Olivia, al norte de la provincia de Santa Cruz, existen dos hospitales. El histórico Hospital de Y.P.F. producto del boom petrolero de la década del cuarenta, hoy privatizado y convertido en hospital “MEPRISA” (Medicina Privada Sociedad Anónima) y, por otro lado, el antiguo y pequeño Hospital de la Provincia, el “Distrital” , que a su vez hoy se ha convertido en el nuevo Hospital Zonal con infraestructura moderna, tecnología de punta y complejidad N° 8.

A partir del año 1983, comenzamos a advertir, la colega que estaba a cargo del Servicio Social del Hospital de Y.P.F. y, la que suscribe, desde el Hospital Distrital, que entre las numerosas demandas que llegaban a ambos servicios, Alcoholismo figuraba como prioritario. No existía en la localidad ningún ámbito institucional público o privado que atendiera hasta ese momento el creciente problema que representaba para la pequeña comunidad caletense, tampoco en las localidades cercanas. En realidad, hubo un primer intento de comenzar a trabajar en el tema a través de “Alcohólicos Anónimos”, hicimos gestiones y vinieron representantes de Bahía Blanca y de Buenos Aires ,con quienes formamos los primeros grupos para enfermos alcohólicos y para sus familiares, tanto en Caleta Olivia como en Puerto Deseado, Pico Truncado y Las Heras, todas localidades de la zona norte de nuestra provincia; también en Comodoro Rivadavia, ciudad muy cercana a 70kms. que corresponde a la provincia de Chubut. La incipiente tarea de red incluía además de lo asistencial, acciones preventivas, educativas y promocionales con las diferentes instituciones de la comunidad como Educación, Policía, Iglesia, Centros

Vecinales barriales, gremios, etc. En ese momento, Y.P.F. como empresa estatal petrolera dinamizaba todo el campo laboral de la zona y, consecuentemente, era sinónimo no solamente de trabajo sino de actividad comercial y de desarrollo local. Por lo tanto, el trabajo del petrolero incluía irse al campo durante muchos días, alejarse de la familia y tomar para pasar el frío y el embate de la nieve y los vientos. Petróleo y Alcohol son variables de una misma realidad identitaria. La empresa y el gremio de S.U.P.E reconocían que tenían en la puerta un problema serio aunque no lo afrontaron con decisión.

Constituimos el primer **"Equipo Interdisciplinario de Atención al Enfermo Alcohólico"** donde además de las dos Asistentes Sociales antes mencionadas, participaba otra colega de Acción Social del Ministerio de Asuntos Sociales de la Provincia, una psicóloga del Hospital de YPF y un médico psiquiatra del Hospital Distrital. Entre otras tareas se llevaron a cabo también múltiples Charlas y Jornadas Regionales con el objetivo de instalar el problema que significaba el alcoholismo para nuestra zona y hacerlo dentro del ámbito de Salud, tanto desde el Hospital de la empresa YPF, como desde el Hospital Público Provincial, pero convocando la participación y compromiso comunitario.

Así fue como, a partir de estos intercambios, a mediados del año 1986 aportamos nuestra presencia por primera vez como Equipo Interdisciplinario de Caleta Olivia, en las I° Primeras Jornadas Patagónicas de Alcoholismo y Salud Mental realizadas en Comodoro Rivadavia. A partir de allí, comenzó la nueva etapa de conocimiento y trabajo con compañeros de diferentes disciplinas que ya estaban en tarea con un encuadre grupal e institucional en las provincias de Neuquen y Río Negro. Conocimos al Dr. Jorge Pellegrini en un Encuentro realizado en la ciudad de Bariloche, transcurría el año 1988, y desde entonces comenzamos como Equipo a construir nuestra utopía, armar los GIA en Santa Cruz.

Surgieron como fruto de una creación social del proceso de salud enfermedad, comenzábamos a recorrer un camino nuevo, una alternativa en salud diferente y, como ocurre en tantas situaciones, habría desconfianzas, prejuicios, en fin, como tantas calles y rutas patagónicas, nos tropezábamos con "greda y ripio".

El primer grupo GIA de Caleta Olivia fue creado en el mes de Octubre de 1.988 hasta su disolución aproximadamente en 1.997, hecho que tuvo que ver con las nuevas autoridades en la Dirección del Hospital, que no pudieron y no quisieron reconocer la eficacia de este recurso terapéutico para combatir el flagelo de una enfermedad de tanta demanda hospitalaria. Parecía que la única preocupación era saber cuántos pacientes se lograban recuperar en el GIA, la prioridad cuantitativa de los números y los resultados. Podríamos reflexionar, si el solo interés cuantitativo no evidencia la fuerza del viejo paradigma positivista en salud, al cual ya nos hemos referido en el capítulo anterior.

No fue fácil lograr integrar el GIA a la dinámica hospitalaria cotidiana, nos "facilitaban" o "prestaban" un espacio, por la tarde o por la noche, horarios marginales para una enfermedad marginal, para "los borrachitos". Recordemos que tanto el médico psiquiatra como la que suscribe éramos empleados del Hospital. Cuando logramos comenzar a reunirnos por la mañana: Lunes, Miércoles y Viernes de 8.30hs. a 10hs., constante de tiempo que debe estar clara a los fines del encuadre, el primer espacio de reunión era el Depósito del hospital. En la parte posterior, estaba la Morgue, entonces muchas veces hubo que suspender la reunión del GIA porque llegaban los señores de la empresa funeraria a retirar un cuerpo. Era como si la muerte hacía su intervención en medio de la reunión, alertando con la presencia de sus representantes funerarios, acerca de la posible y trágico final que nos puede llevar el alcohol. En alguna ocasión venían a retirar a algún viejo compañero de boliche.

Finalmente, el grupo llevó a cabo la construcción de su nuevo Salón, la "Sala del GIA", comenzó a referenciar la institución hospitalaria. Muchos compañeros y pacientes, eficientes albañiles la mayoría, iban los fines de semana al hospital para construir la Sala. Todos aportaron su trabajo, su esfuerzo, baldes de cemento, su compañía, sus mates. Por primera vez pacientes y profesionales juntos en un proyecto común de salud y enfermedad. Fue inaugurada inclusive con acto oficial y presencia de autoridades municipales y provinciales.

Los pacientes del GIA además de concurrir a la reunión semanal, realizaban Pase de Sala visitando a los internados y motivándolos para asistir al grupo y dejar la bebida; antes del alta médica, los pacientes internados concurrían al menos una vez al grupo como prescripción del médico tratante. Las reuniones estaban documentadas en Crónicas que generalmente escribía la Asistente Social que integraba el grupo; se realizaban estadísticas e informes de las actividades grupales que luego serían leídos y compartidos en los Encuentros Regionales de la Red GIA. Los empleados municipales alcohólicos concurrían también en horario de trabajo al Hospital como parte de su tratamiento y por ordenanza municipal, aún vigente. Se lograron espacios en las Radios y en el Canal de cable de la localidad. Los Colegios Primario y Secundarios de la localidad, como otras instituciones solicitaban charlas y experiencias de la modalidad GIA. El GIA del Hospital Distrital tenía presencia y reconocimiento en la comunidad, comenzó a ser un referente en Alcoholismo,

Además, no era un trabajo aislado sino acorde al modelo regional de su creador, constituyó un sistema integral o red patagónica de estudio y asistencia del alcoholismo. Se denominó CRESPA (Centro de Referencia Patagónico sobre Alcoholismo). Desde Caleta Olivia fuimos llevando la propuesta de trabajo a muchos hospitales de la

provincia de Santa Cruz que compartían la misma problemática en salud. Es decir que esta modalidad de trabajo en alcoholismo implicó la construcción de una importante red patagónica ,que como vasto movimiento social incluyó pacientes, familiares, trabajadores de la salud, jóvenes y otros profesionales o no, que lograron comprender la magnitud de este problema social y la importancia de centrarnos en la recuperación de los enfermos, es decir, potenciar los aspectos sanos que tienen las personas como unidad, este es el objetivo de la salud.

## **ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS**

### **¿Qué decimos cuando hablamos de alcoholismo?**

Cabe distinguir a esta altura, el consumo excesivo de ingesta alcohólica, del estado declarado de alcoholización, el enfermo alcohólico, comúnmente conocido como estado crónico. Suele generalizarse incluyendo en la categoría de alcohólicos a todas las personas que beben aunque su relación con la bebida sea cualitativamente diferente. De no existir tal distinción llegaríamos a resultados contraproducentes.

Abordar el tema Alcoholismo implica no sólo encontrarse con la dificultad de no poder acceder a fuentes estadísticas confiables, no sólo en nuestro país, sino también descubrir la disparidad de datos en un mismo país, una misma zona o localidad en investigaciones contemporáneas. Esta discordancia tiene como origen que aún carecemos de definiciones comunes para designar el mismo objeto de estudio. Existen diferentes definiciones sobre Alcoholismo o como diría Pellegrini, existen muchas indefiniciones respecto al tema, no sólo en el aspecto conceptual.

[Jellinek, un clásico sobre el tema, definía en 1938: "Alcoholismo es cualquier uso de bebidas alcohólicas que causa daño al individuo, a la sociedad, o a ambos". Queda aquí centrado un criterio de **daño** individual o social, sin hablarse de cantidades de alcohol, dependencia, hábito, etc.]

[Más tarde, La Asociación Médica Americana, da otra definición estableciendo que es una forma de dependencia a drogas y que el rasgo *determinante* para tipificación del alcoholismo es la presencia o ausencia de pérdida de control sobre la ingesta. Esta definición prioriza los aspectos psicológicos sobre el control de la ingesta, lo cual fue un avance en este campo pero continúa siendo incompleta.

La Organización Mundial de la Salud en 1957: [Los alcohólicos son bebedores excesivos, cuya dependencia del alcohol es tal, que presentan ya sea un desorden mental detectable, ya sea manifestaciones que afectan a su salud física y mental, sus relaciones con los demás y su comportamiento social y económico; ya sean pródromos que anuncian los trastornos antedichos". Pone el acento en el *exceso* de ingesta y en la *dependencia*. En 1978 la OMS modifica su criterio: pasa a hablar [de Síndrome de Dependencia del Alcohol, en lugar de Alcoholismo. En una extensa definición acude al ambiente sociocultural como patrón de medida de la permisividad de ingesta, señala el criterio de dependencia y resalta el alcohol como un eje estructurante de la vida cotidiana.]

En 1981 el CoTeSal (Comité Técnico Asesor sobre Alcoholismo) dependiente del Ministerio de Salud Pública y Medio Ambiente de la Argentina produce "Definiciones Operacionales de Alcoholismo para clasificación Estadística". Define al Síndrome de Dependencia del Alcohol (OMS-303-P) como: "Enfermedad caracterizada por la presencia regular de dependencia sociocultural y/o psicológica y física para el etano. La dependencia se manifiesta como incapacidad para detenerse, o de abstenerse después de la ingesta de

alcohol. El individuo encuadrado dentro de estas características se denominará ALCOHOLICO<sup>77</sup>. Es decir que toma el criterio de dependencia psíquica, física y sociocultural sin hablar de cantidades de ingesta ni de daños. El individuo no puede decir ni NO ni BASTA. Más adelante el CoTeSal define en un intento de clasificación sobre criterios de cantidad de etanol ingerido al Bebedor excesivo, Bebedor moderado y Abstemio. Entonces surge que al alcohólico se lo define por criterios cualitativos (la dependencia) y a otros estados como bebedor excesivo, moderado y abstemio por criterios cuantitativos. Estos se apoyan a su vez en el interrogatorio médico, policial o judicial al paciente y/o su familia, por lo cual se tornan poco confiables y de alto margen de subjetividad. ]

- Como vemos las definiciones han ido cambiando hacia una definición más cualitativa. De todos modos la información obtenida nunca es del todo confiable porque depende de lo que el paciente dice, lo que cree, oculta y ve; asimismo, lo que dice, cree, oculta y ve el acompañante familiar o amigo y, también, lo que decimos, creemos, vemos u ocultamos nosotros frente al alcoholismo.

[ Reflexionamos acerca de uno de los obstáculos centrales para el conocimiento epidemiológico. ] El carácter prejuicioso y prejuiciado frente a la enfermedad, sus connotaciones de castigo moral, su aura vergonzante, el rechazo social y la marginación consecuente, la descalificación que implica para el alcohólico y toda su familia, el enorme sufrimiento que padecen todos, etc. Trabajamos en un campo condicionado por prejuicios, representaciones sociales históricamente determinadas, discursos ideológicos de diverso signo y concepciones sobre la Salud y la Enfermedad o, sobre el hombre mismo, que se entrecruzan permanentemente en la práctica cotidiana con los pacientes, sus familias, sus procesos patológicos y los procesos del enfermar. ] Todo

se hace presente al momento de asistir, prevenir, rehabilitar, diagnosticar, educar o planificar en Alcoholismo. ]

Finalizamos diciendo que la dificultad para precisar una definición de Alcoholismo no es ingenua, hace a los múltiples aspectos que lo caracterizan y a la necesidad que tienen los sectores económicos poderosos para legitimar la existencia del principal problema de salud de la población argentina. Alberto Calabrese, un funcionario de la Secretaría de Prevención de la Drogadicción de la Nación, decía en un diario de la ciudad de Rosario: ***“Nuestra gran adicción olvidada es el alcohol y los psicofármacos. Hay que entender que las drogas son parte de la vida cotidiana”.***



**HISTORIA SOCIOCULTURAL DE LA ZONA NORTE DE SANTA CRUZ**

**ALCOHOLISMO: UN PROBLEMA DE SALUD EN CALETA OLIVIA**

En este capítulo me referiré al escenario sociocultural que ha servido de marco a esta historia de salud – enfermedad referente al proceso de alcoholización de un grupo de pacientes que dieron existencia al Grupo G.I.A. del entonces Hospital Distrital Caleta Olivia.

Para comprender los aspectos que hacen a la descripción histórica, económica, cultural y social de Caleta Olivia, ubicada en la zona norte de la provincia de Santa Cruz, quisiera retomar algunos conceptos de José Arocena en su libro “El desarrollo local un desafío contemporáneo” trabajados en la cátedra Política Social y Planificación del Desarrollo durante la etapa de cursado de la Licenciatura a Distancia.

Arocena dice que para poder aplicar el concepto de “sociedad local” a una realidad social determinada debe reunir condiciones a nivel socioeconómico y cultural. Entonces un territorio es una sociedad local cuando posee una identidad colectiva expresada en valores y normas interiorizadas por sus miembros y cuando conforma un sistema de relaciones de poder en torno a procesos locales que generan riqueza<sup>20</sup> A su vez, hablar de “sociedad local” nos lleva a plantear la capacidad real de iniciativa de las personas y grupos que actúan a nivel local. Esta iniciativa local implica la explotación de recursos locales, la creación de empresas, construcción de viviendas, etc. con la participación del “actor local”. Participación que debe estar planificada, por lo tanto, el problema debe ser formulado en términos de “planificación e iniciativa” integrando la

---

<sup>20</sup> José Arocena, “El desarrollo local: un desafío contemporáneo”, Centro Latinoamericano de Economía Humana( CLAEH).Univ.Cat.Uruguay, Edic.1995.

capacidad creativa del factor humano con el instrumento racionalizador y organizador de esa iniciativa, o sea la planificación.

Así también, continúa diciendo el autor, el desarrollo local será exitoso si incluye "identidad local" que estimule y potencie las iniciativas del grupo humano. La identidad se apoya en dos bases importantes: Historia y Territorio. La historia implica la memoria viva, las raíces, los valores y normas, la continuidad en el tiempo y también la posibilidad del cambio, alternativa como confirmación cultural de la identidad. El territorio refiere a la pertenencia de sus habitantes y a los componentes significativos que están inscriptos en el mismo; el espacio está cargado de sentido para el grupo que lo habita. Entonces la construcción de la identidad colectiva requiere de la historia y el territorio que se expresan a su vez en procesos variados de generación de Actores Locales. Por último, la noción de actor local se liga a la noción de desarrollo porque no consideramos cualquier acción que realice el actor local en un escenario social determinado, no importa la acción en sí misma sino el sentido que el actor imprime a esa acción. Entonces no cualquier individuo, organización, grupo o institución que actúe a nivel local puede ser considerado actor local del desarrollo. Sólo aquellos que organizan acciones para capitalizar mejor las potencialidades locales.<sup>21</sup>

### **Desarrollo local en Santa Cruz Norte – Caleta Olivia Un Poco de Historia**

Me referiré al desarrollo local en un territorio específico como es la región patagónica en la zona norte de la provincia de Santa Cruz donde se encuentra la ciudad de Caleta Olivia , que es la puerta de entrada a la provincia desde el norte del país.

---

<sup>21</sup> Arocena, José, Op.Cit.

Para aplicar el concepto de "sociedad local" es necesario describir los niveles socioeconómico y cultural de esta región patagónica. En primer lugar, la "generación de riqueza" estuvo centrada en la explotación del petróleo liderada por una empresa que definió el sentido social de la comunidad, Yacimientos Petrolíferos Fiscales Y.P.F. hoy privatizada en manos de empresarios españoles.

Pero antes de referirnos al petróleo es justo decir que la zona se caracteriza por dos etapas bien diferenciadas, la primera por la lana y la segunda sí por el petróleo. En la etapa lanera la zona era un desierto y corría la misma suerte que el resto de la región, es decir vientos muy intensos, huracanados, con ráfagas de más de 100kms, población muy escasa y dispersa en las estancias o caseríos, aislamiento marcado por la falta de carreteras asfaltadas, caminos y calles de ripio, aún existía el ferrocarril para transportar la carga de lana desde las estancias a los barcos en el único puerto sito sobre la ría de Puerto Deseado, a más de 200kms de la ciudad más cercana, Caleta Olivia.

En 1944 se descubre el petróleo en el pozo O-12 del campamento Cañadón Seco y comienza a partir de su descubrimiento la etapa de explotación del "oro negro" donde se asientan empresas que potencian la industria extractiva. El petróleo se convierte así en el motor del desarrollo urbano, político, social, cultural y comercial de la zona norte de Santa Cruz y sur del Chubut, provincia vecina. Obviamente que no se trata de cualquier empresa sino que fue Y.P.F. la que cumplió acabadamente esta tarea. Ocupó un lugar preponderante a partir de traer los primeros obreros ypefianos del norte argentino, particularmente de las provincias de Catamarca y La Rioja, comenzando el movimiento migratorio interno, característica singular de nuestra zona que luego se complementó con la inmigración chilena para trabajar en "boca de pozo" en el campo. Y.P.F. como empresa estatal representó la bonanza de las políticas propias del Estado

Benefactor, época de pleno empleo, salario altos, leyes laborales centradas en el trabajador como integrante de una categoría reconocida con jerarquía de clase, beneficios sociales, organizaciones sindicales, obra social sólida, es decir que ser un obrero del petróleo significaba tener el orgullo de "ser ypefiano", le daba identidad, pertenencia y también la seguridad de tener un lugar social de jerarquía en la localidad por trabajar en el petróleo.

Se cumplieron así los postulados de Arocena respecto a la sociedad local, la generación de riqueza, el desarrollo cultural y las relaciones de poder en torno a las actividades que implica la riqueza y la cultura de una comunidad.

Es decir el escenario de la etapa lanera es totalmente modificado a partir del boom petrolero y la presencia de Y.P.F. en la zona como eje rector del desarrollo. Aclarando además, que los beneficios eran compartidos, quizás en forma secundaria, pero por toda la comunidad de Caleta Olivia. Quien no trabajaba en la empresa se desempeñaba en cualquier otro rubro, pero su cliente era un ypefiano, sinónimo de buen cliente "pagador".

A partir de la década del '90 se produce el cambio de modelo económico y político en la Argentina dentro del marco de un mundo globalizado. Se produce el avance del Mercado y se retrae el Estado, se habla de un estado moderno y eficaz que requiere también el diseño de nuevas políticas, las **políticas de privatización** . Ocurre entonces lo que nunca se nunca se hubiese imaginado: la petrolera estatal fue privatizada , **Y.P.F.** ahora pertenecería a capitales privados extranjeros. Este hecho para la región fue trascendente. La empresa dejó de ser el símbolo de todo el acontecer cotidiano, deteniéndose el desarrollo dentro de su conceptualización económica y con ello toda la prosperidad que implicaba a sus empleados y al resto de la comunidad. Es aquí donde

queda al desnudo que la iniciativa local antes motorizada por el Estado a través de su empresa, pasa a manos de la "iniciativa privada" y con ello el desconcierto al interior de la sociedad local que fue violada , no solo en su fuente generadora de riqueza sino también en los significantes de su identidad cultural. El proyecto común de los habitantes de la zona giraba en torno al "Campamento", la "empresa", el "pozo", la "prove" (Por decir proveeduría) y así otros tantos términos de un lenguaje construido a partir de la producción petrolera que ahora plantea un vacío cultural que cercena esencialmente la identidad cultural de la zona. Antes decir "soy ypefiano" indicaba pertenencia a algo más que la empresa, a una forma de ser y de vivir, en cambio, ahora es un interrogante decir qué soy y adónde pertenezco ¿soy...?. Se vuelve a modificar el escenario.

La identidad local estaba signada por una historia particular, la historia del petróleo, inclusive diferenciándose dentro de la misma provincia de Santa Cruz. La riqueza de la provincia se genera en la zona norte donde están los pozos de petróleo y de allí también la competencia entre los habitantes de las localidades del norte donde está Caleta Olivia y del sur donde está la capital Río Gallegos.

La historia que le dio significado al territorio patagónico convirtiendo en próceres a los primeros pobladores que soportaron las penurias del clima, el viento, el frío, la nieve, la falta de agua y tantos recuerdos que permanecen en la memoria colectiva . Territorio en el que permanecerán las huellas de los botines de los obreros del petróleo como marca de una identidad que dejó de ser.

### **Algunos datos demográficos de Caleta Olivia:**

Caleta Olivia, como ya dijéramos anteriormente, se encuentra ubicada geográficamente en el extremo norte de la provincia de Santa Cruz. Limita en ese extremo con la provincia del Chubut, estando la próspera ciudad de Comodoro Rivadavia a escasos 75kms.; al oeste, la localidad más próxima es Pico Truncado a 60kms., al este el Mar Argentino y al sur, la continuación de la ruta nacional N° 3 que nos separa de la capital de la provincia a 750 kms. Una característica a destacar es la cercanía, hacia el oeste, con la República de Chile a menos de 400kms. Con esto quiero resaltar que en realidad Caleta Olivia tiene más intercambio en todos los niveles con Comodoro Rivadavia, o, por razones familiares o turísticas con Chile que con el resto de la provincia de Santa Cruz.

La población total de Caleta Olivia, según el último censo del 2001 es de:

- 36.068 habitantes (Población total de la provincia es de 196.958 hab.)

La región norte de la provincia comprende dos departamentos, la mayor cantidad de población se concentra en el departamento de Puerto Deseado y dentro de éste en la localidad de Caleta Olivia, casi el 45%.

A los efectos de una comprensión comparativa, cabe aclarar que:

- Superficie total de la región norte es de 92.393km<sup>2</sup> corresponde al 37,87% de la provincia.
- Densidad poblacional: 1.3 habitantes por km<sup>2</sup> – (En la provincia total la densidad es de 0,8hab./km<sup>2</sup>)

Una característica a resaltar de esta comunidad es precisamente su composición poblacional . Si históricamente los primeros pobladores eran aquellos que

vinieron del viejo continente para "hacer la América" y comenzaron a trabajar en las estancias; luego en la etapa lanera, los norteros de Catamarca y La Rioja para trabajar en el petróleo, en los últimos años ha venido mucha gente de Bolivia, buscando un porvenir, como también, ante la crisis económica que atraviesa nuestro país, llegan muchas familias de diferentes provincias argentinas buscando todos trabajo y futuro. A lo cual hay que sumar los "NYC", **"los nacidos y criados"** en la provincia que empiezan a hacerse sentir. Es decir, que la heterogeneidad cultural fruto de la migración interna y externa es una variables esencial para comprender muchas de las problemáticas sociales de esta comunidad santacruceña.

**INTERPRETACIÓN COMPENSIVISTA DE LAS ENTREVISTAS RELIZADAS DURANTE LA ETAPA DE INVESTIGACIÓN.**

En este capítulo me propongo reflexionar específicamente acerca del contenido de las respuestas obtenidas en las Entrevistas realizadas, desde el marco teórico-epistemológico desarrollado en el primer capítulo. Es decir, desde el Paradigma Compensivista de la Ciencias Sociales que da marco a su vez al Humanista-Dialéctico, propio del Trabajo Social.

Cabe recordar que se hicieron doce entrevistas, de las cuales diez fueron en la modalidad Semi-Estructurada y dos, En Profundidad, tipo Historia de Vida. Los entrevistados fueron elegidos acorde al conocimiento previo de quien realizó la investigación por su experiencia en el tema, dado que tuvo conocimiento directo con personas enfermas de alcoholismo que participaron a su vez en el Grupo G.I.A. del Hospital Distrital de Caleta Olivia, donde además, también se desempeñaba la trabajadora social al igual que otros profesionales, médicos clínicos, psiquiatras, psicólogos y asistentes sociales. Se realizaron tres (3) entrevistas a ex – pacientes del G.I.A.; una (1) a familiares del paciente; cinco (5) a los profesionales que integraron el grupo GIA o pertenecían a la institución hospitalaria acorde a su rol; una (1) entrevista en profundidad a un paciente alcohólico como prototipo de la conjunción entre las variables alcoholismo y dimensión sociocultural; una (1) entrevista semi-estructurada a un ex ypefiano y representante de la asociación que los nuclea actualmente y por último, otra historia de



vida, a un viejo poblador y ex -trabajador de YPF como prototipo también de la relación entre alcoholismo y trabajo petrolero.

Por lo tanto, con relación a la unidad de análisis y al sujeto de conocimiento, se abordó el objeto implementando técnicas de investigación que posibilitaran la metodología de la Comunicación Racional, es decir, priorizando la relación dialógica y participativa con el sujeto. A quien se busca no sólo conocer sino fundamentalmente comprender en las valoraciones y motivaciones que orientan su acción. De allí la importancia de incluir la dimensión histórica y sociocultural, como **variable relevante**, en relación con Alcoholismo, buscando precisamente interpretar los significados, los sentidos que los sujetos y la sociedad patagónica imputan al alcohol y a la conducta adictiva.

Alfredo Carballada, en su libro "*La Intervención en lo Social*", en el capítulo sobre La Intervención, nos dice al respecto: "En la intervención en lo social, lo que sobresale es la presencia de relatos. Esos relatos forman parte del núcleo significativo de los sujetos que demandan intervención. A su vez, los relatos atañen a la construcción real y simbólica de aquello que es presentado como problema. Según C. Geertz, los relatos portan en sí mismos las claves para su interpretación. Los relatos son mediados en la intervención por diferentes instrumentos, así como también por distintas categorías de análisis. Esa construcción de los sujetos que recurren a la intervención implica una serie de cuestiones que es necesario demarcar. En principio, que desde la intervención se interpretan situaciones, se captan las motivaciones y las intenciones de los demás, se logran entendimientos intersubjetivos, a veces se actúa coordinadamente y dentro de un universo social."<sup>22</sup>

---

<sup>22</sup> Carballada,A., "*La Intervención en lo social*", Edit. Paidós, Año 2002. Pág.101

No podemos dejar de reconocer que Carballada tiene una fuerte raíz teórica en Max Weber, para quien la explicación y la comprensión no son categorías antagónicas sino complementarias. La explicación es un momento del análisis, no un fin en sí mismo, y requiere la contrastación empírica, que implica la existencia de una cadena causal que puede estar presente o no. Además, la comprensión implica un acceso a la singularidad, en tanto incorpora la racionalidad propia de cada individuo. Es en este juego de comprensión y explicación donde surge la "imputación de sentidos". Para Weber, en la sociedad existen fundamentalmente los individuos y los significados, entendidos en un sentido puramente subjetivo, significados que los individuos atribuyen a sus acciones y a las de otros individuos con los cuales interactúan. Un enfoque interpretativo implica la búsqueda de motivaciones y no de causas mediante el reconocimiento y la multiplicidad de las primeras.<sup>23</sup>

A continuación intentaré sistematizar los datos obtenidos a partir de las entrevistas, organizados acorde a las preguntas formuladas y a criterios de significación subjetiva de los diferentes actores sociales donde aspectos de construcción real y simbólica constituyen el alcoholismo como problema social. Para luego poder encontrar en estas respuestas-relatos las claves de su interpretación.

Cabe aclarar que el bloque de preguntas o confección de las diferentes entrevistas y desarrollo completo de las mismas se encuentran en el Anexo de esta Tesis.

## **PROFESIONALES DEL GRUPO G.I.A.**

### **Descripción del Grupo:**

1. Abordaje grupal interdisciplinario que reconoce al Alcoholismo como problema social y lo relaciona con otras dimensiones existenciales de las personas.

---

<sup>23</sup> A.Carballada, Op.Cit., página 103,104,105.

2. Grupos centrados en la salud, abren el problema en lugar de cerrarlo replegándose solamente en la enfermedad alcohólica.
3. Experiencia positiva y pionera que posibilita la recuperación.
4. Lugar institucional importante que brinda contención.
5. Espacio que posibilitó "encontrarse" con otras personas teniendo un problema común y pudiendo juntas recuperarse. Encuentro para la Salud.

**Grupo como recurso eficaz:**

1. Si, hubo recuperación de pacientes
2. El grupo planteaba el alcoholismo como problema médico y social.
3. Como grupo hospitalario faltó abarcar mayor población afectada.
4. Faltó apoyo institucional a la formación profesional, suplida a su vez con muchas ganas y voluntad personal.

**Aspectos Positivos a resaltar:**

1. Aspecto institucional del grupo que evitaba competencias por jerarquías de roles(conciencia de equipo).
2. Recuperación de pacientes con escasas expectativas de vida y sociales.
3. Pertenencia grupal. Contención. Lugar de expresión personal.
4. Interacción grupal dinámica. Pertinencia en relación a tareas grupales.
5. Solidaridades, crecimiento personal. **Aprendizajes.**

### **Aspecto Negativo a resaltar:**

1. Debilidad para defenderse ante el ataque institucional como descrédito de las autoridades hospitalarias. Debilidad de la circunstancia más que del grupo.
2. Aislamiento grupal("te quedaste sola"; en referencia a A.S.).
3. Aislamiento institucional.
4. Falta de compromiso y consecuencia grupal con la tarea.
5. "La disolución como paradoja ante la buena integración grupal.
6. Conflictos grupales internos por la figura del Coordinador.

### **Grupo como recurso institucional:**

1. No, parcialmente.
2. Emprendimiento personal ("Lugar para depositar borrachos").
3. Si, "en ese momento".
4. Si, "todos lo reconocían así".
5. No, tampoco en Nivel Central (Ministerio de Salud y Acción Social).

### **Motivos de la disolución del Grupo:**

1. Vaivenes, luchas. No hubo modificaciones o inclusión de nuevos integrantes.
2. Absoluta falta de conciencia de Autoridades Sanitarias.
3. Abandono de algunos profesionales especialmente.(Psiquiatra).
4. Conflictos grupales internos.

5. Espacio diferente para el resto del Hospital que cuestionaba también el funcionamiento hospitalario.

#### **Evaluación de políticas de Salud Mental:**

1. No existen, son negadas.
2. Cuando funcionaba el GIA eran mínimas, hoy tienen mayor relevancia en cuanto a nombramiento de recursos profesionales y derivaciones psiquiátricas.
3. " Sólo esfuerzos desperdigados en localidades alejadas de la provincia.
4. No hay lineamientos claros en Salud Mental. Es la parte más desprotegida de la Salud en la provincia.

#### **Alcoholismo como demanda prioritaria en salud:**

1. Si, teniendo en cuenta que es consecuencia de la complejidad de la cuestión social. "Alcoholismo como elemento de control para contener la demanda social"
2. Si, teniendo en cuenta que el paciente no concurre por sí mismo generalmente (Familia, Policía, Justicia, Otros).
3. Si, enfermedad relevante y preocupante.
4. Si, conjuntamente con otras patologías importantes de salud mental (Adicciones y Neurosis) y de clínica médica (Oncológicas).
5. Patología de mayor demanda en hospitales de Santa Cruz desde hace 20 años aunque la institución no está preparada para

atenderla.

**Franja etárea y género de mayor consumo:**

1. Adolescentes - Niños
2. Adultos
3. Todos
4. Mujeres más
5. También Varones

**Relación entre transformación socioeconómica de Caleta Olivia por privatización de Y.P.F. y Consumo de Alcohol:**

1. La gente no supo reorganizarse económicamente. "Pensó que el chorro no se cortaba más" "Alguien les seguiría dando".
2. Aumento de adicciones y depresiones como cuadro de Sociopatía.
3. Aumento de consumo en jóvenes ya adultos.
4. Consumo en relación con cultura de sociedad petrolera patagónica.
5. Transformación de "Estado de Bienestar a Estado de Malestar Social".
6. Crisis de identidad social que incluyó a ex-ypefianos y a todos los miembros de la comunidad en forma diferente.

**PACIENTES DEL GRUPO G.I.A.:**

**Tiempo y Motivo porque dejaron el grupo:**

1. 12 años desde 1992 por motivos laborales.

2. 7 años por la enfermedad de mi esposa.
3. 6 años porque no teníamos donde reunirnos.

**El Grupo ayudó en tu recuperación:**

1. En todo, hubo mucho aprendizaje grupal.
2. Fue todo, aprendí el proceso de la enfermedad, recuperé mi familia.  
"Me contuvo para soportar la muerte de mi esposa".Comprendí las pérdidas cuando se está en carrera alcohólica".
3. " Fue muy importante. Recuperé hijos y logré mi casa.

**Grupo como sostén de la sobriedad ante recaídas:**

1. Si.
2. Si
3. Si

**La sobriedad sin Grupo GIA:**

1. La trabajo diariamente
2. Aprendí a cambiar de pensar y de actuar. Recuerdo al grupo diariamente.
3. El GIA me ayudó mucho para toda mi vida, no sólo con la sobriedad."No quiero saber nada con el alcohol".

### **Aspectos positivos a realzar:**

1. Apoyo y comprensión al nuevo integrante. Solidaridad grupal. "Mano tendida". Aprendizaje de las Jornadas y Cursos sobre alcoholismo con otros grupos GIA.
2. Perder la vergüenza de ser un enfermo alcohólico(estigmatización). Poder dar la cara. Tener identidad.
3. Poder recuperar la vida de uno, hijos y afectos. Trabajar desde el GIA en el hospital. Hacer el "Pase de Sala".

### **Aspectos positivos a realzar:**

1. Nada
2. Conflictos internos en la dinámica grupal (Celos por el lugar de la coordinación). Poco apoyo de autoridades. Actitud Directora de entonces.
3. Su disolución fue negativa.

### **Franja etárea y género con consumo de alcohol:**

1. Mucho en adolescentes y jóvenes y más en mujeres.
2. Sin lugar a dudas ha aumentado, más en adolescentes.
3. Si, niños, jóvenes, adultos; mujeres.

### **Aumento consumo y desocupación:**

1. Si, hay falta de trabajo y miseria.
2. Si, todo se relaciona con falta de trabajo. La desvalorización de la



persona lleva al alcohol.

3. No, porque se acostumbró a tomar y aunque trabaje siempre va a tomar.

### **Privatización YPF y aumento consumo alcohol:**

1. Si, YPF fue motor del movimiento laboral de la zona. Luego no hubo política de Estado a nivel laboral.
2. Si, se fue YPF y vino la vagancia, el desempleo y el alcohol.
3. " Si, en todo lugar donde desaparece una empresa como fuente laboral aumenta el consumo de alcohol.

### **Otros recursos públicos o privados para recuperarse del alcohol:**

1. ASUMIR Comunidad Terapéutica) – A.A. (Alcohólicos Anónimos) es un misterio su existencia en Caleta Olivia.
2. No sé, quizás alguna Clínica pero solo para desintoxicarse y después?
3. No, no sé.

### **Imagen personal que le representa el grupo hoy:**

1. "La más linda, una foto como recuerdo de todo el grupo. Fue lo más lindo que pasó en la vida".
2. "La imagen de los compañeros con nombre y apellido de cada uno".
3. "La Virgen del Valle y yo que estoy como en un espejo"; cuando tuve el accidente Jesús andaba con su Cruz a cuesta y me dijo que tenía que dejar de beber".

## **FAMILIARES DE PACIENTES DEL G.I.A.**

### **Vivencia familiar ante la enfermedad:**

1. Tristeza y sufrimiento.
2. Mezcla de sentimientos entre dolor y bronca.
3. Desconcierto e impotencia.

### **Significación del grupo para la familia:**

1. Nuestra solución.
2. Lo más lindo."
3. Encontramos en el grupo quién nos escuchara.

### **Aspecto positivo a realzar:**

1. Todo fue bueno
2. Nos abrieron las puertas del Hospital para que Pedro se recupere y lo logró.
3. Se aprendía a escuchar al Otro.

### **Aspecto negativo a realzar:**

1. Nada.

### **Aumento Consumo alcohol y Trabajo en Caleta Olivia:**

1. Si, falta de trabajo
2. Hay miseria, aumento prostitución.
3. Falta de espacio recreativo para los jóvenes.
4. "Todo es social".

### **Presidente Asociación Ex – Agentes de Y.P.F. – Delegación Caleta Olivia:**

#### **Privatización Y.P.F. y aumento consumo alcohol:**

- Sí, muchísimo
- Provocó Daño tremendo en población de la zona.
- Los trabajadores perdieron la seguridad de estar empleados.

#### **Relación entre transformación socioeconómica zona y consumo de alcohol:**

- Acertadísima la relación
- Provocó el destrozo de muchas familias, depresiones, suicidios.

#### **Por qué ypefianos desaprovecharon retiros e indemnizaciones:**

- No estaban preparados para ser comerciantes, éramos petroleros.
- Nuestra cultura era otra: campamento, campo, pozo, baterías.

#### **Alcoholismo como problema prioritario en salud:**

- Si, tiene bajo costo, cualquiera puede acceder como salida a problemas.
- Negación del problema por parte de enfermos y de la sociedad.
- Requiere trabajarlo como enfermedad desde salud en el Hospital.

**1) Jorge Domínguez – Ex – Ypefiano jubilado y vecino de Caleta Olivia.**

**Trabajar en YPF significaba:**

- Beneficios previsionales y sociales específicos por ser empleado de la empresa estatal petrolera(Proveeduría, Cooperativa, Pasajes, Vales y Nafta, Hospital con el mejor servicio médico, Cine.)
- Acceso a viviendas en barrios de YPF.
- Tener buen sueldo, facilidad para créditos en comercios locales.
- Status como trabajador en la comunidad "sentirse superior".
- Hacer la Patagonia (entre norteros y chilenos).
- Ser poblador pionero de Caleta Olivia.
- Las características del trabajo en el petróleo inducen a beber alcohol(aislamiento, padecer la rudeza del clima frío y ventoso, lejanía de afectos, vegetación desértica).
- Pertenecer a la empresa petrolera que constituye el motor social de la zona a nivel laboral, político, económico y social.
- Pertenecer a "la familia ypefiana".

Es decir que los factores anteriormente detallados evidencian la fuerte inscripción social que las siglas Y.P.F. implicaban para los obreros y empleados de la empresa, imputándoles un sentido existencial particular y diferente por PERTENECER a la empresa. La categoría en el escalafón de la empresa y el sector de trabajo establecían la diferenciación y fortalecían esa inscripción social.

### **La Desaparición de Y.P.F. significó:**

- Desmoronamiento social como una "implosión sociocultural".
- "Pérdida o Muerte del Padre proveedor y siempre nutriente.
- Desocupación y estancamiento de la región.
- Deserción poblacional, "se van todos, regresan a sus provincias de origen".
- Pasar a ser EX – Ypefiano ; "retirado"; "desocupado"
- Cambio de status. De ser superior a ser igual a todos.
- Pasar de ser obrero del petróleo a ser comerciante o remisero.
- Nuevos conflictos familiares o pérdida de la familia.
- Aumento de patologías psicoemocionales: angustias, depresiones, suicidios, etc.
- Comenzar a Alcoholicarse o aumentar el consumo anterior.
- Vacío sociocultural, "pérdida del territorio".

### **2) Antonio Aramayo – Ex – Paciente del G.I.A. oriundo del norte del país.**

#### **Vivir y trabajar en Caleta Olivia significó:**

- No poder lograr el ingreso a Y.P.F.
- Conseguir cualquier trabajo rápidamente, pero ser trabajador eventual ("vivir de changas") en Construcción.
- Ganar mucho dinero en comparación con Catamarca.
- Mantener la red de paisanos "los cata" que acompañan en el desarraigo.
- Acceder a beneficios secundarios de YPF en época de pleno empleo.

- Sentirse inferior que los petroleros.
- Comenzar a alcoholizarse.
- Lograr una mujer, formar una Familia, tener hija y nietos.
- Escasa recreación en tiempo libre.
- Soportar inclemencias climáticas, temperaturas bajo cero, nieve, viento.
- Falta de servicios básicos como agua corriente y potable.

**Pertenecer al grupo G.I.A significó:**

- Lograr la Recuperación .
- Tomar conciencia de enfermedad y su proceso.
- Recaer en el alcohol y volver a salir con el apoyo del grupo.
- Valorizar y recuperar la familia de origen que quedó en el pago. Conocer hermanos menores.
- Volver a estudiar y terminar estudios primarios y secundarios.
- Contención ante la pérdida de su esposa por fallecimiento.

Finalizando el presente intento de interpretación comprensivista de este capítulo, quiero concluir diciendo que la Variables Significativas anteriormente descritas se convierten a su vez en cuatro Variables Relevantes que tendrán relación empírica con las Hipótesis que a modo de preguntas inician y orientan el desarrollo de la presente investigación. Si bien éste será tema de las Conclusiones que se expresarán en el siguiente capítulo, decimos lo siguiente.

Los relatos de los diferentes actores sociales tales como Pacientes del G.I.A. del Hospital Distrital Caleta Olivia, Profesionales y del G.I.A. empleados a su vez de la Institución Pública Hospitalaria como agentes de salud, Familiares de dichos pacientes, Ex

– obreros y empleados de Y.P.F, actualmente representantes de agrupaciones petroleras y finalmente vecinos y ciudadanos de la comunidad de Caleta Olivia, todos ellos, se anudan en la relación entre:

- ALCOHOLISMO Y GRUPO
- ALCOHOLISMO Y ENFERMEDAD ALCOHOLICA
- ALCOHOLISMO E INSTITUCIÓN PÚBLICA DE SALUD
- ALCOHOLISMO Y TRABAJO

Relatos que a su vez se encuentran atravesados por un hilo conductor significativo que es la Historia y la Cultura Social de la sociedad petrolera de la región norte de la provincia de Santa Cruz, ejemplificada en la comunidad de Caleta Olivia.

---

## CONCLUSIONES

Comenzábamos esta tarea de investigación planteando algunas hipótesis que a modo de preguntas direccionaron la búsqueda de la información pertinente. Llegamos al final habiendo alcanzado ciertas precisiones sobre el tema abordado, pero de ninguna manera lo consideramos cerrado. Es decir, que muchas respuestas nos posibilitaron el ejercicio interpretativo, pero a su vez, nos inducen a seguir formulándonos nuevos interrogantes con el objetivo de una comprensión más científica

En primer lugar, no hay dudas que Y.P.F. como empresa del Estado cumplió acabadamente su cometido, en la región norte de Santa Cruz, como constructora de identidad social, dándole un sentido diferente al trabajo centrado en el petróleo, promoviendo una nueva cultura. La inserción laboral del trabajador petrolero implicaba además de asegurarse su supervivencia en un horizonte de prosperidad y progreso, contribuir a un proyecto nacional. El obrero petrolero, como figura del trabajador patagónico se convirtió en actor de desarrollo local, capaz de planificar iniciativas de explotación de recursos locales, construcción de viviendas, servicios, etc., construyendo así la identidad sociocultural de un territorio que comenzó a lograr significación histórica por su protagonismo junto a otros. La historia de Y.P.F., la historia del petróleo, la historia del poblador sureño, hilos de la misma trama. Ejemplo de esto es el popular monumento al obrero petrolero que está a la entrada de la ciudad. Viajeros y turistas que visitan la ciudad, la recuerdan luego, como la ciudad del "Gorosito", identificándola particularmente por ese monumento de grandes dimensiones con fisonomía del poblador catamarqueño original.



Con la privatización de Y.P.F. y el consecuente alejamiento del Estado como eje del escenario de desarrollo local comienza la etapa del "desencanto" como efecto de los procesos de modernización. Para la región patagónica norte de Santa Cruz comienza la desorganización social, una verdadera "implosión social". Sus habitantes pierden la brújula que durante más de cuarenta años había orientado cómo construir aquella identidad, había definido un modo de ser patagónico, ahora Caleta Olivia se convertía en un "no lugar" parafraseando a Marc Augé. "El Estado de Bienestar Social, se convierte en Malestar Social", expresó uno de los entrevistados.

La cotidianeidad signada por la sensación de vacío existencial gravita generando angustias y todo tipo de desórdenes psíquicos. La gente necesita buscar salidas compensatorias y la adicción a la bebida alcohólica resulta uno de los caminos más cortos. Hubo ypefianos que se fueron de la zona, los mismos que habían venido con Y.P.F. en la década del '40, ahora regresaban a sus provincias de origen con el dinero que cobraron por el retiro de la empresa al concretarse la privatización. Otros se quedaron para invertir en la zona convirtiéndose en "comerciantes", los que ayer eran trabajadores del petróleo. Allá o acá, exiliados en su propio territorio, buscaron en el alcohol la ilusión de una rápida compensación. Se encerraron aún más en su desencanto como las "borracheras secas" que relatan los alcohólicos en recuperación.

El Grupo G.I.A. que funcionó en el Hospital Distrital Caleta Olivia implicó un camino real hacia la posibilidad de liberación y de salud. "Uno solo no puede pero con el grupo y la familia sí". Con el grupo ya se puede, se opera el pasaje de la impotencia a la posibilidad, un paso trascendental para cambiar, para transformar el no ser del alcohólico por el comenzar a ser. Estos seres humanos habituados a la descalificación y a la exclusión comenzaban a recuperar y fortalecer su autoestima. Aquél vacío existencial era

resignificado por la posibilidad de construir un proyecto de vida sin alcohol. Cuán oportunas las palabras de J.P.Sartre: "el hombre es un ser posible".

Con referencia a la paradoja planteada en el título de esta tesis, quisiera concluir que, precisamente la ausencia sistemática de una definición institucional clara en políticas de Salud Mental , representativas de los auténticos problemas de salud de la mayoría de la población, confirma por omisión política la magnitud de este flagelo.

"La letra **I** de G.I.A. evidencia la potencia del encuadre institucional que sostienen. Los grupos son una respuesta concreta y eficaz desde el sistema público al principal problema de salud de nuestra población. Si estamos frente al principal problema sanitario de la población, las instituciones de salud pública deben darle una respuesta, si no se quieren ver negadas en su propia identidad de instituciones de la salud colectiva. No dar respuesta es transformarse en promotores de la negación social del problema, que es el primer obstáculo a vencer. Negada por el Estado en todas sus instancias institucionales, la afirmación se opera con iniciativas concretas". A estas palabras del fundador de los G.I.A. quisiera agregar algunas expresiones de un profesional entrevistado. "El GIA era un espacio diferente para el resto del hospital que cuestionaba el funcionamiento del mismo". "La Salud Mental es la parte más desprotegida de salud". "¿Qué salud queremos en Santa Cruz?" "¿Salud , qué salud?".

Pacientes y profesionales coincidieron en el desinterés por parte de las autoridades sanitarias respecto del considerar al alcoholismo como problema de salud y ocuparse del mismo responsablemente.

Asimismo, el GIA daba una respuesta importante al problema ya mencionado porque brindaba un abordaje integral. Los pacientes y familiares entrevistados recuperaron junto con su salud, otros aspectos centrales de sus vidas que

confirman tal recuperación. Es el caso de la revalorización y el re-encuentro de Antonio con su familia de origen, también la capacidad para estudiar y completar su escolaridad; la autoridad del rol de madre de Aída y también en su caso, aprender a leer y a escribir; la autoestima como ciudadano de Pedro; la alegría de la familia de Pedro, todos recuperaron su identidad personal y familiar deconstruyendo la estigmatización inherente al alcohólico.

Considero también que la persistencia hoy, luego de transcurridos varios años, de incluirse haciendo referencia personal, cuando se menciona al grupo GIA o a YPF pone en evidencia la fuerza de esas inscripciones sociales en la memoria colectiva de sus protagonistas, antiguos miembros del grupo y antiguos trabajadores de la empresa estatal.

Finalmente, en relación a la trabajadora social y el lugar que ocupó en dicho grupo, fue una posibilidad destacada de trabajar el nivel microcultural de la intervención social, precisamente donde los pacientes y otras personas se encontraban en la encrucijada subjetiva de su identidad personal y social, en la invención de una nueva subjetividad, pudiendo intervenir en la transformación del problema (enfermedad alcohólica) en la posibilidad de la salud y recuperación, promoviendo los recursos sanos de las personas.

El cierre del GIA y la desaparición de la empresa estatal no guardan relación directa con el aumento del consumo de alcohol en la población de Caleta Olivia; no pensamos una explicación causal lineal de esta problemática, pero si constituyeron factores intervinientes destacados en la valoración comprensivista y compleja .

Terminar esta Licenciatura en Servicio Social a Distancia me anuda con los protagonistas y actores sociales de esta historia social de salud, porque me facilitó transformar la impotencia en posibilidad.

También me exiliaron del territorio intelectual profesional cuando el gobierno de facto de la dictadura militar del año 1976 cerró la antigua Escuela de Servicio Social de la Universidad Nacional de Rosario y no pude terminar la carrera en esa prestigiosa universidad de mi ciudad de entonces.

La concreción de estos estudios académicos confirman mi identidad profesional y resignifican mi rol trabajadora social.-

Esta Tesis aunque sencilla en su pretensión científica, pero valiosa en el esfuerzo personal que implicó sirva de homenaje y eterno agradecimiento a mi maestro y amigo, Enrique Di Carlo.

# **A N E X O S**

## **ENTREVISTAS**

### **ENTREVISTA N° 11**

#### **HISTORIA DE VIDA**

##### **Jorge Domínguez – Ex – Ypefiano**

Jorge Domínguez es un vecino jubilado que vive en el barrio "26 de Junio", barrio construido por la Empresa Y.P.F. para sus obreros al igual que el barrio "Parque" o barrio "Viejo" en la localidad de Caleta Olivia.

#### **¿Cuándo llegó a Caleta Olivia?**

Llegué por primera vez en el año 1941 para hacer el Servicio Militar y una vez obtenida la baja decidí aceptar el ofrecimiento de YPF, que ese momento ofrecía puestos de trabajo, buen sueldo y con todos los beneficios previsionales asegurados. Tenía 19 años y como no tenía pasaje de regreso porque el Ejército no lo daba decidí quedarme. Recuerdo que había una cola larga de 80 postulantes y finalmente quedamos solo 12 que nos bancamos el frío y el viento, las temperaturas eran siempre bajo cero. Fuimos a trabajar al sector **Perforación** al campo, sin ropa, sin guantes, sin equipos especiales de trabajo. Las Baterías se recorrían a caballo o a pie; cuando nevaba no se reconocían los equipos de bombeo, entonces se miraba dónde había "manchas amarillas", allí había ovejas y nos quedábamos en ese lugar para calentarnos.

Nos trasladaban en "las perreras", camiones chicos con jaulas de madera. En cada barrio había una "Garita" donde se amontonaban todos para tomar los colectivos o esos camioncitos que le decía antes. No nos venía a buscar a la puerta de la casa como hacen ahora. Recorríamos estancias y cambiábamos carne o animales por gasoil, los estancieros eran buenos. Se ganaba bien, había dónde comprar alimentos buenos, "**La Proveeduría**", había de todo, hasta muebles y elementos de confort

para la casa. Estaba además, la **"Cooperativa"** de los empleados de Y.P.F, cada uno tenía su Libreta con las acciones que le pertenecían. También estaba la **Proveeduría de Cañadón Seco** a 15kms de Caleta, bueno y la **Proveeduría de Comodoro Rivadavia** que era inmensa con todo lo que uno quisiese. Era una región petrolera próspera donde todo era trabajo y actividad en relación con el petróleo siempre. Pero toda la gente se beneficiaba, no sólo el que trabajaba en Y.P.F. Estaban las empresas contratistas y sub-contratistas en transporte de personal y de cargas líquidas por ejemplo. Empresas que le vendían a Y.P.F. insumos para la producción de la industria petrolera, balancines de bombeo, caños, etc.

Indirectamente también se beneficiaban ramos como Construcción, Mantenimiento, Alimentos, Textiles, Servicio Doméstico, Cámara de Comercio local en general. Muchos comerciantes prósperos de hoy surgieron e hicieron su capital gracias a los empleados de YPF. Significaban un sueldo seguro y podía dársele crédito de entrada porque la paga estaba asegurada. Con solo decir que uno trabajaba en YPF ya se le abrían las puertas en cualquier comercio. Bueno, nos conocíamos y saludábamos todos. Antes era todo diferente, gente buena. En el Hospital de YPF había médicos buenísimos, eran amigos de uno, *"i éramos como una familia!"*

### **¿Cómo era Caleta cuando Ud. llegó?**

Caleta era todo monte, estaba el Correo y el Boliche, la barraca de Fernández, había un surtidor y la Comisaría.

### **¿De dónde venían las mayoría de la gente en esa época?**

De Catamarca y La Rioja, de Santiago del Estero eran los menos. De Chile también.

### **¿Cómo era la relación con los chilenos?**

Mala, eran pendencieros, solía haber "trifulcas", siempre moría alguno...; después de las peleas se los cargaba en un camión y se los llevaba a la frontera.

Pero chilenos y catamarqueños hicieron la Patagonia a pico y pala!!!

### **Cuénteme algo más de Usted en Caleta Olivia**

Luego de un tiempo de trabajar pedí la baja con reingreso, existía eso en aquél tiempo. Bueno, resulta que fui a Entre Ríos a visitar a una amiga y allí conocí a quien fue mi Señora. Ella era menor de edad, tenía 16 años, nos escapamos porque ella trabajaba en una casa de familia de plata; el patrón era médico y no nos dejaba ponernos de novio. Llegamos a Buenos Aires y allí nos agarraron, volvimos a Entre Ríos y gracias a la mediación de un cura nos pudimos casar. Entonces volví a Caleta, a Y.P.F. con el "bagallo". Teníamos una casa con mi señora y dábamos pensión, eran alrededor de veinte pensionistas.

Después en 1971 me pude comprar la casa. Y.P.F. nos ofrecía en este barrio o en barrio "Parque". La podía pagar en cuotas y me la descontaban del sueldo.

Mi esposa se enfermó del riñón, la derivaron a Comodoro, luego a Buenos Aires, a Entre Ríos porque ella era de allá, todo a través de la Obra Social de la empresa. No podía caminar en un momento, andaba en silla de ruedas. Luego mejoró y caminó. Pero, finalmente quedé solo. Es muy duro vivir solo, hay que tener un corazón muy grande. Yo tengo muchos amigos y voy a hablar con uno y con otros. Me gusta ir a bailar al Centro de Jubilados, a jugar al truco o a pasear al Hogar de Ancianos donde tengo conocidos, ellos me invitan par las Fiestas.

Muchos se mueren también porque se quedaron muy mal al privatizase YPF, no tenían edad para jubilarse, cobraron mucha plata pero no supieron invertirla bien, se la gastaron en coches nuevos, se pusieron de remiseros o de kiosqueros, pero



no eran comerciantes, no supieron hacerlo. Quién los iba a contratar con más de 40 o 50 años. Ninguna otra Empresa los contrataba a los "Retirados". Esa gente se sintió muy mal y muchos se dedicaron a tomar o a jugar, otros incluso han robado, se han suicidado, se deprimieron y empezaron a tener nuevos problemas familiares. Nunca pensaron que se iba a cortar el chorro de la manguera que daba la empresa. Si,... se tomaba mucho, bueno, y ahora también!!

### **¿Cuándo trabajaban en el petróleo también se tomaba mucho?**

Si, por el frío, cuando iban en el transporte al pozo o a la batería, ya iban tomando a veces y al regresar también, más.

### **¿Y los Jefes de Sector los sancionaban?**

Los Jefes tomaban más que ellos en muchos casos.

### **¿Los obreros o empleados ypefianos se sentían superiores a otros trabajadores de la comunidad?**

Sí, le cuento esto. Los "CATA"( Catamarqueños) se sacaban un diente de cada lado de la boca para reemplazarlo por otro de **Oro** y le mandaban fotos a sus familiares en Catamarca. También andaban con lapiceras de oro en el bolsillo mostrando su standard de vida, era un símbolo de trabajar y pertenecer a YPF. La Empresa tenía una escalafón jerárquico muy fuerte, cada empleado tenía una letra equivalente a su categoría y se luchaba para subir de categoría. Se competía por alcanzar otra Letra.

### **¿Cuándo se jubiló Ud.?**

Yo me jubilé en 1988 antes de la privatización. Me fui a San Luis, mi provincia de origen, pero volví otra vez a Caleta.

### **¿Qué significó para Ud. la privatización de la empresa?**

Quedarse sin YPF fue un vacío muy grande es como que a uno se le muere un hijo. *Nosotros* nos quedamos muy mal. Nadie protestó, nadie protestó como lo hacen ahora!!.

Ahora, todos protestan, mire los piqueteros y encima les dan subsidios, comida, remedios.

## **ENTREVISTA N° 5**

### **HISTORIA DE VIDA**

**Antonio Aramayo:** ex-integrante Grupo G.I.A. Hospital Distrital C.Olivia

Llegué a Caleta Olivia en Marzo de 1963. Era la época de Frondizi y las empresas traían gente del norte para trabajar en Y.P.F. Vinimos varios amigos "del pago" en tren desde Catamarca a Buenos Aires y de allí a San Antonio Oeste, hasta donde llegaba el tren; después en colectivo, la "Transportadora Patagónica" durante cuatro días hasta Caleta.

Llovía muchísimo, hacía frío intenso pero lo pude soportar. Recuerdo que me asombraba la compra al menudo y los precios. Allá en Catamarca comprábamos un zapallo entero, acá solo un pedazo o un morrón, era muy diferente.

La red de paisanos lo hacen sentirse acompañado a uno en Caleta, no sentirse solo. Siempre se encontraba con algún conocido del "pago" por las calles de Caleta.

Con respecto a mi familia yo fui hijo natural, criado por mi abuela, era el mayor de varios hermanos. Vivíamos con mi abuela y mi padrastro, su marido.

En Andangalá trabajaba en la agricultura, en las quintas, era lindo porque era menos pesado que la construcción por ejemplo. Allá ganaba \$40 por día y acá en Caleta ganaba \$40 por hora!!, no podía creerlo, para mí era muchísimo. Bueno, después de trabajar toda la semana en las quintas, como te decía antes, llegaba el sábado que era día de cobro en efectivo. Entonces iba al cine, me gusta mucho. En Caleta también, cuando llegué iba al cine hasta que se quemó o también a Cañadón Seco, al cine de Y.P.F.

Bueno, yo vine para trabajar en YPF, me anotaron pero no pude entrar. Me gustaba la "Construcción" y trabajé en casas de los Ingenieros de YPF o como mucamos a veces pero siempre había trabajo de algo. Había diferencia entre los

obreros de YPF y otros trabajadores; gente que no tiene estudios a veces y otros son "agrandaditos" de entrada. Pensaban que por tener buen trabajo, pertenecer a la Empresa y tener dinero seguro eran superiores. Ellos tenían su Hospital, su Cooperativa, su Proveeduría, Casas, Pasajes y Vales para viajar a "la Provincia" (Catamarca).

En cambio, hoy se sienten inferiores porque tienen que pelear por el tema del PAMI, perdieron muchas cosas que antes eran seguras. Al comienzo nos pusimos contentos con la privatización porque pensamos que íbamos a "estar iguales" los trabajadores, luego nos dimos cuenta que fue un error. Nos perjudicó a todos la privatización, a los ypefianos y al resto que también nos beneficiábamos por tener a los ypefianos como clientes. Yo tenía clientes que perdí al desaparecer YPF.

Fue un cambio total para Caleta, le cortaron un suministro, después se sintió ahogada. Esta situación de indemnizados separados del cargo, a esa gente no le fue bien; tampoco supieron invertir bien y se multiplicó en ellos como una consecuencia el Alcohol. Las personas eran petroleras y no comerciantes, entonces cuando se les terminó la inversión del dinero que cobraron y que pusieron kioscos y comercios "multirubro" o coches nuevos como remises quedó el vacío... Esto influyó en el aumento del consumo de alcohol, intentos de suicidio, depresiones.

Antes con YPF tenían todo, se le arreglaba todo por el hecho de trabajar en la empresa. Iban los carpinteros si tenía un placard roto, los jardineros para arreglar un cerco roto, para hacerle la quinta o el jardín. Nosotros íbamos a los pabellones de solteros o de casados y les hacíamos de "mucamos". Por eso decía que con YPF siempre se conseguía trabajo, adentro o afuera de la empresa.

En YPF se bebía mucho también, en el sector Perforación el 40% de la gente bebía y en Producción también porque tenía las famosas "Cuchas" donde se

refugiaban y tomaban, pasaban a comprar la botella en "Ranchos" en Cañadón Seco. En el transporte ya iban o volvían "entonados".

En 1970 – 1972 conocí a Amelia y de ahí siempre estuvimos juntos hasta que ella se enfermó y falleció el 2 de Enero de 1998. Por eso, el grupo G.I.A. fue muy importante porque nos pudimos recuperar y vivir muchas cosas lindas y también recuperar a la Familia de uno. Gracias a que dejé de tomar pude volver a mi pueblo, viajé a Andangalá y volví a ver a mi familia después de 38 años . Recién ahora conocí a mi hermano menor porque él nació después que yo me vine, él tiene 41 años.

Esto fue un recurso de mi sobriedad.

## ENTREVISTA N° 1 - AIDA VELÁSQUEZ

- 1) ¿Cuánto tiempo hace que dejaste el Grupo? ¿Dejaste por voluntad personal o porque el Grupo se cerró?

Dejé porque el Grupo se cerró.

- 2) ¿En qué medida tu participación en el grupo contribuyó a recuperarte?

Me ayudó mucho. El grupo fue muy importante en mi vida. Recuperé a mis hijos. En los años que tomé nunca tuve una casa como corresponde. Hoy si. (Describe su casa: "antes tenía un rancho hoy tengo pisos de cerámica.....").

Los dos chupábamos, mi marido y yo. Cuando conocí al grupo empecé a tener esas cosas. Yo no lo voy a poder dejar porque "YO NACI AHÍ"

Relata también la situación de otras personas que beben en Comodoro Rivadavia donde funciona otro grupo G.I.A. y que además tienen Sida. Relaciona la importancia de trabajar conjuntamente Alcoholismo y Sida. Destaca que cuando uno está borracho o drogado se encama con cualquiera y así puede infectarse .

- 3) ¿Considerás que tu pertenencia al Grupo te sostenía en la sobriedad? ¿En momentos de debilidad y posibles recaídas la pertenencia a un grupo te fortalecía?

Si, el grupo fue muy importante. (Recuerda otros compañeros que la aconsejaban cuando ella volvía a tomar).

Perdí al padre de mis hijos, mis bienes, las herramientas que tenía las cambiaba por alcohol, todo lo que podía lo cambiaba por alcohol. Yo no quiero saber más nada con el alcohol. Antes me burlaba del alcohol. Me reía del

grupo. Me reía de los Evangelios. En cambio, ahora puedo ayudar a otras personas. (Relata actividades solidarias en la Unión Vecinal del barrio donde vive y en la Escuela Especial adonde concurre su hija Roxana). El G.I.A. me ayudó mucho. Moriré con el GIA. Se emociona en el relato y llora.

4) ¿Actualmente podés sostener la sobriedad?

No sólo para mantenerme sobria . Me ayuda para toda mi vida. El GIA me ayudó para recuperar mis ocho hijos y ,ahora, ellos multiplican esa acción en el Colegio. Mi hija Roxana llevó libros sobre Alcoholismo a su colegio y le habló a sus compañeros sobre mi experiencia, sobre los G.I.A.

(Hace mucha autoreferencia a su historia de alcoholización). (Recuerda con añoranza la tarea que hacía el Grupo en el Hospital como el "Pase de Sala" hablándole a los pacientes internados alcohólicos e invitándolos a participar de la reunión grupal semanal. Destaca la importancia de poder entrar al Hospital donde están los doctores y hablarle a la gente, no sólo a los pacientes, también enfermeros y otros profesionales. Ayudar a los pacientes en aspectos humano-solidarios en forma voluntaria.

5) ¿Qué aspectos positivos considerás que tenía el grupo para recuperarte?

Todo lo que dije antes. Sin el GIA no estaría acá.

6) ¿Qué aspectos negativos tenía para recuperarse?

Se disolvió el Grupo , eso es negativo. Nosotros somos negativos. Los Coordinadores cuando competían a veces entre ellos. Cuando la "Jefa"

(Directora del Hospital) permitió que nos quitaran el Salón del Grupo. Quiero que haya espacio para nosotros. Queremos que acá nos den lugar.

7) ¿Te parece que ha aumentado el consumo de alcohol en Caleta Olivia en estos últimos años?

Bastante!! Compran alcohol o agregan más alcohol a cualquier caja de vino. Hay gente que desde las 6hs. de la mañana toman en negocios de barrios. Niños y adolescentes también. No puedo dejar a mis hijos que vayan a bailar. Hay chicos que no van a la Escuela y que gritan y beben. Otros que se drogan también además de tomar. Los padres no les ponen límites. Por eso es importante que el "Jefe del Hospital" se ocupe en serio de este problema.

En la mujer también se ve el alcoholismo mucho. De la mujer no se habla porque siempre se le hecha la culpa al hombre. En el bar "Tricolor" las mujeres cambian alcohol por sexo. Hay prostitución, alcohol, promiscuidad...se emborrachan, se pelean y se agarran enfermedades como el Sida.

8) ¿En alguna etapa de la vida más que en otra? Niños, Jóvenes, Adultos... ¿En hombres más que en mujeres?

Esta pregunta fue contestada conjuntamente con la anterior.

9) ¿Ese aumento puede estar relacionado con las condiciones laborales o la falta de trabajo en el petróleo u otro rubro en particular?



La gente no quiere trabajar porque está acostumbrada a que le den. Uno se acostumbró a tomar y de ahí no los sacás. Hay gente que trabaja en la Municipalidad como sereno e igual toma. Los trabajadores toman en cualquier lugar porque ya se acostumbraron.

- 10) ¿La privatización de Y.P.F y la ausencia social que significó como empresa estatal puede haber influido en el aumento de consumo de alcohol?

Hace treinta años que estoy en Caleta, vengo de Perito Moreno, en ese tiempo en Caleta había unas pocas casas y todo dependía de Y.P.F, todos trabajaban en Y.P.F o tenía otros trabajos gracias a YPF. Cuando se fue YPF vino la vagancia, el alcohol y la falta de trabajo. Aunque antes también con YPF corría mucho dinero y entonces había prostitución para sacarle dinero a los mejores.

- 11) ¿Hoy que otros recursos terapéuticos conocés a nivel privado o público para asistir a las personas con problemas de alcoholismo?

Creo que funciona o funcionaba Alcohólicos Anónimos en el SUPE; el MOSDI, ese grupo que atiende mujeres golpeadas también por sus maridos alcohólicos.

- 12) Hoy luego de tantos años, mirando ese GIA a la distancia, qué imagen se te representa?

La Virgen del Valle y yo que estoy como en un espejo. Cuando tuve el accidente en la calle y se me cruzó Jesús con la cruz y me dijo que tenía que dejar de tomar...

QUIERO SEGUIR LUCHANDO CON MI GIA ACA EN EL HOSPITAL.

## **ENTREVISTA N° 2 ANTONIO ARAMAYO**

1) Dejé por la enfermedad de mi señora y luego se disolvió pero siempre estoy en contacto o averiguo qué pasa. El grupo anduvo por muchos lados desde que tuvo que irse del Hospital, el dispensario "Mar del Plata" , el dispensario "Gobernador Gregores"... La Directora, Dra. Eredia nos ocupó el salón y nos prometió darnos un lugar en el nuevo Hospital, nos llenó nuestra Sala con aparatos de rayos, nos dio la promesa y....no la cumplió. No nos dio un lugar en el nuevo Hospital.

2) Fue TODO, llegué a poder comprender que es una enfermedad, sus causas, la desmembración de la familia, todo lo que sucede cuando uno anda en carrera alcohólica; me ayudó muchísimo cuando Amelia, mi esposa, estuvo enferma, todo lo que pude aprender para soportar luego la muerte de Amelia. Su partida fue una prueba para mi sobriedad.

3) Sin dudas, yo tuve una recaída, viéndome mal y pensando en el grupo, me apoye en él y recobré las ganas de salir Cuando recomencé la abstinencia fue duro, no quería salir a la calle. Apoyarme en el grupo fue mi fuerza.

4) Si, sin dudas, recuerdo todo lo que aprendí, aprendí a cambiar de pensamiento y de actuar. "Si tenemos un problema y encima nos hacemos problema por eso, entonces, tenemos dos problemas." Siempre recuerdo al Dr.Pellegrini por todos esos aprendizajes. Asumir la responsabilidad de llevar la llave de la

Sala, nadie quería hacerse cargo.

- 5) El apoyo, la comprensión, saber comprender al que llegaba, lo que uno recibía, “ la mano tendida”, la solidaridad cuando un compañero necesitaba algo, lo que se podía aprender en las Jornadas yendo a otras ciudades y provincias.
  - 6) Había problemas de relaciones por ser un grupo, siempre suceden estas cosas, celos, pero se resolvía. Otra cosa también, teníamos poco apoyo de las autoridades.
  - 7) Eso, sin lugar a dudas que es así. En mi época, antes, se comenzaba a beber al ser mayor, después del servicio militar. Hoy desde más jóvenes, se ve que aumentó la cantidad de mujeres que consumen alcohol sobre todo en la adolescencia. Antes en cualquier casa invitaban una copita de caña o vino. En la construcción, a las 12hs. ya había una damajuana y se hacía poco.
  - 8) Es indudable, antes tomábamos por el frío, hoy no hace tanto frío, a veces se está ocioso, no tienen trabajo y beben; cualquier motivo familiar lo hace tomar. Todo tiene que ver con la falta de trabajo, se desvaloriza a la Persona, se va tirando a la persona para ese lado, del alcohol...
1. Si, sin duda. No solamente con YPF en todo lugar donde una empresa deja cesantes a sus obreros aumenta el consumo de alcohol.

9) No, sé si hay. Quizás una Clínica para desintoxicarlo, el médico le dice que tiene que dejar de beber pero y después qué hace...?

10) Imagen positiva de compañeros ,principalmente del Dr.Pellegrini y tantos otros como Pedro Cortez, Pedro Montiel, José Guerrero, Aída Velásquez, Mario Maciel, imágenes muy positivas. Ruperto!.  
Compañeros de Pico Truncado, Puerto Deseado y Comodoro Rivadavia.  
Qué lindo recordarlos con nombre y apellido, aquello de la Identidad que tanto hablábamos en el Grupo. Me acuerdo de las Jornadas del año 1989, las primeras que organizamos desde el GIA y que les dimos a todos los participantes para que se llevaran de recuerdo una botellita de petróleo.

Yo no entendía nada, qué era hacer una Jornada, un Taller, un Curso, para mi un taller era el lugar donde había herramientas.

“¿Cómo ir aun grupo para curarse de alcoholismo, no te dan remedios?”

Cuántas cosas aprendí!!!!

### **ENTREVISTA N° 3**

#### **PEDRO MONTIEL**

- 1) Desde 1992 hace 12 (doce) años.
- 2) Me sirvió en todo, mucho aprendizaje del grupo, de la enfermedad, de mis compañeros.

Lo mío fue así. Fui con mi cuñado a hablar con el Dr.Diaz y él me mandó a vos ( Asistente Social). Me dio mucho resultado. Me costó mucho tomar la decisión de llegar al Hospital. Recuerdo que la primera vez que decidí ir para dejar la bebida, al llegar al Hospital pregunté por el Dr.Olmos y entré directamente a su consultorio. Antes pasaba muchas veces por el hospital pero no me animaba a entrar. Bueno, el Dr.Olmos me dijo que me iba a internar. Yo avisé que iba a mi casa a buscar ropa y regresaba; no me creían, pero yo volví. Me internaron y luego pasé a la reunión de grupo GIA. Me daba mucha vergüenza. Pero tomé la determinación. Antes yo siempre pensaba que lo podía manejar solo. Prometía una y otra vez, pero siempre volvía a caer. Me peleaba con mis familiares, lloraba y repetía siempre la misma situación.

(Acota el cuñado que está presente durante la entrevista).

*A Pedro le costaba mucho enfrentar y hablar con los profesionales o con una autoridad porque siempre tuvo perfil bajo.*

(A su vez, esto desencadena que Pedro, el entrevistado, comente parte de su historia de vida, cuando llegó a Caleta Olivia desde Chile).

Yo vine a fines del 1973 cuando fue el golpe de estado en Chile, tenía por entonces 20 años. Comencé a trabajar en la construcción donde corre el alcohol; además, no tenía mucha experiencia, no sabía mucho de construcción. Cuando salí de

Santiago me sentí liberado; después comenzó el desarraigo...pero tenía miedo de volver allá. La dictadura fue muy dura. Hacían "simulacros de fusilamiento" y todo eso afectó mi personalidad, tenía miedos, temores.

3) Sí.

4) Sí, llevo dieciséis años de sobriedad. Día a día trabajo mi sobriedad para mantenerla y agradezco al grupo. Le insisto a mis compañeros para que busquen el grupo.

5) Aspecto Positivo: perder la vergüenza de ser un enfermo alcohólico. Vos das la cara ahí; en otros grupos no se da eso, por ejemplo en Alcohólicos Anónimos. Recuerdo cuando iba a la televisión con la Lic Mónica Cuello, la psicóloga. Mostrarse, tomar conciencia de haber tomado, es muy destacable.

6) Aspecto Negativo: Dentro de lo que tratamos en el grupo no, nada.

7) Si, lamentablemente en la Juventud, los chicos y las chicas a cualquier hora beben mucho. Es más difícil detectar el alcoholismo en la mujer porque lo tapan más, que en el caso del varón.

8) *Si, falta de trabajo, miseria, prostitución, como en el resto del país. Es todo social; la liberación de la mujer que sale a trabajar.*(Acotación del cuñado presente).

Aquí, hay una diferencia. Esto era un campamento petrolero de hombres solos. Las empresas querían sacarle el jugo al obrero. Acá siempre fueron fuerte los recursos materiales . El TENER. Entonces, en el caso de los chicos acceden a las drogas, al alcohol, a tener un auto, pero están vacíos por dentro.

9) Los políticos no se ocupan de este problema con seriedad. Tiene que ver con la Pobreza, con la falta de trabajo, tiene mucho que ver. Antes había trabajo en YPF o sino en las empresa subcontratistas, pero siempre había trabajo, todos teníamos recursos. YPF era un motor social, había trabajo para el albañil, el plomero, el carpintero, el pintor y muchos más. Pero también, los antiguos ypefianos tienen la culpa porque ellos ayudaron a privatizar YPF. Decían que se termine YPF para que no haya más vagancia porque muchos no cuidaban su trabajo, total la empresa les pagaba igual.

Todo está relacionado con la ignorancia del obrero.

10) Creo que suele estar Alcohólicos Anónimos, pero es un misterio, no se sabe si está o no. La Comunidad Terapéutica ASUMIR. No tendrían por qué desaparecer estos grupos.

11) La más linda. Es lomejor que me pasó en mi vida. La mejor imagen es esa, la del GIA. Recuerdo a la gente, cómo trabajó, con tanto amor. Uno llega muy destruido y nadie te tiene confianza.

Con referencia a mi salida del grupo, se había producido una dificultad con la Coordinación, porque había gente como yo que trabajaba por cuenta



propia, si no trabajaba no cobraba. En cambio, otra gente de la Municipalidad, estaba a sueldo y cobraban igual, entonces pedían certificado médico y justificaban sus ausencias al trabajo. Yo muchas veces no podía ir a la reunión porque tenía que trabajar.

Había mucha gente con fuerza, con ganas de trabajar entonces en el GIA; había Proyectos de hacer grupos en otros barrios, extendernos desde el hospital a la comunidad y, además, el problema del alcohol no tenía las mismas dimensiones que hoy. Podría haberse prevenido la magnitud y complejidad que tiene hoy el alcohol en Caleta Olivia.

Los funcionarios del estado y los políticos tienen una actitud indiferente frente a esta enfermedad. El alcohol afecta igual a personas con cargos importantes o rango político o dinero. "No hay clase social para esta enfermedad"

## ENTREVISTA N° 4

### **FAMILIA DE PEDRO MONTIEL**

1) ¿Cómo vivieron Uds. como familiares la enfermedad de Pedro?

Con mucha tristeza, era una mezcla grande de sentimientos. Sufríamos todos. Se le pedía que dejara de tomar, se lo quería ver bien. El no era malo, sólo que tenía ese vicio.

2) ¿Qué significó ese grupo GIA para Uds.?

Lo más lindo, fue nuestra solución. No sabíamos que hacer para verlo bien. Fue lindo además porque íbamos todos, toda la familia. Nosotros necesitábamos que alguien nos escuche; los chicos más grandes vivieron parte de lo de Chile, la partida para Argentina y después acá la pobreza en Caleta.

3) ¿Qué marcarían como positivo y como negativo del Grupo?

Todo fue bueno, nos "abrieron las puertas del hospital para que él se recupere". Me lo curaron. "Se aprendía a escuchar al otro". Recuerdo que se trabajaba con mucho amor, toda la gente, los pacientes, los profesionales, los familiares.

De negativo, nada.

4) ¿Consideran que ha aumentado el consumo de alcohol en Caleta Olivia?

Si, es evidente. Tiene que ver además, con la falta de trabajo, la miseria, como en el resto del país. Es todo social, como le decíamos anteriormente.

Los jóvenes en Caleta no tiene adónde ir cuando terminan el secundario si es que terminan.

Hay mucha venta clandestina, hay muchísimos bares y almacenes de barrio, se ve todos los días, acá nomás en el barrio, los chicos en las esquinas tomando desde temprano.

## **ENTREVISTA N° 6**

**Dr. Julio R. Olmos -Médico Psiquiatra -H.D.C.O.**

- 1) El grupo GIA era una posibilidad de conocer personas que padecían la enfermedad del alcoholismo y que tenían el deseo de recuperarse de esta enfermedad. Llegaban al grupo por diferentes lugares, Clínica Médica, Familiares, otras Instituciones de la comunidad. Tenían conciencia de juntarse porque tenían una enfermedad común, una amistad, solidaridad. Nunca perdieron de vista el por qué del grupo. Era un grupo terapéutico **NO** centrado en la enfermedad sino fundamentalmente en la salud.
- 2) Si, fue un recurso eficaz para el tratamiento del alcohol. Nos faltaba preparación para atender la problemática. Nos faltó apoyo institucional pero se suplía con las ganas y la voluntad de los mismos componentes del grupo.
- 3) Aspecto Positivo: gran solidaridad entre ellos y el aprendizaje en cada reunión de los GIA y también el crecimiento que se iba dando en ellos.
- 4) Aspecto Negativo: conflictos internos dentro del grupo por el lugar del Coordinador. También falta de compromiso de algunos integrantes de los G.I.A.
- 5) No, nunca fue entendido por la Institución Hospitalaria ni por el nivel central. Algunos colegas pensaban que el grupo era el lugar donde ir a depositar la basura (los borrachos). A nivel central era una molestia porque a partir de los G.I.A. se comenzaba a cuestionar al Hospital y a la Salud Pública en general.

6) A medida que se iban retirando algunos integrantes nos íbamos quedando solos, los que se quedaron iban psicopateando de alguna manera la tarea; quizás nosotros no supimos transmitir bien el mensaje.

Hay que pensar que el grupo significó un **espacio diferente** para el resto del Hospital. Se creó de la nada, era un referente de una determinada patología, pero además de esa patología abarcaba otros aspectos de la salud, creo que molestaba incluso el funcionamiento del Hospital.

7) No, no existe una política clara; si esfuerzos desperdigados en diferentes localidades. Por ejemplo, en Pico Truncado existe un grupo con modalidad diferente. Todavía en Santa Cruz no se opinó de cuáles serían las políticas en salud. No hay lineamientos claros; quizás por razones de distancia o apatía no nos podemos reunir. En cada Centro de Salud Mental se deberían establecer cuáles son los lineamientos en Salud Mental. En realidad Salud Mental es la parte más desprotegida en Salud.

8) Alcoholismo, sigue siendo desde hace más de 20 años la enfermedad que tiene más demanda en los Hospitales de Santa Cruz, pero estos hospitales no están preparados, siguen siendo esfuerzos individuales, no orgánicos, ni sistematizados, no institucionalizados como pretendió el grupo GIA.

La pregunta sería: **¿ qué tipo de Salud queremos en nuestra provincia?**

9) Es difícil responder esto con precisión, quizás podría puntualizar la franja juvenil o personas adultas de mediana edad, es decir, también jóvenes.

10) No, hay una relación directa entre desaparición de YPF y el incremento del

Consumo. Cuando desaparece YPF se pone más en evidencia la significación de la patología. Antes la existencia de la empresa y sus recursos contenía y a la vez ocultaba o negaba la fuerza de la enfermedad a partir también de estadísticas no confiables.

En mi experiencia de médico atendí personas que se alcoholizaban como consecuencia de aquello. La privatización de YPF implicó un problema social con impacto en todos los niveles, comercial, económico, social, cultural y, a partir de ese impacto social, comenzaron a emerger otro tipo de patologías mentales. Crisis de angustia, duelos, problemas de identidad. El Ypefiano tenía una vivencia de pertenecer, de propiedad. Comienza **"el duelo de muerte del padre"**, la crisis de Identidad Social. Se pasó a un estado de malestar que aún continúa. Por ejemplo, el gobierno actual piensa crear una petrolera estatal.

**"Se pasó de un estado de Bienestar a un estado de Malestar Social"**

Transformó el estado de bienestar de la región santacruceña a un estado de malestar económico, laboral, social y obviamente cultural. Podríamos hablar de un estado de desorganización y desintegración social.

## **ENTREVISTA N° 7:**

**Dr. Ernesto M. Pagano – Ex – Director del H.D.C.O.**

- 1) En su momento ocupó un lugar importante dentro de las actividades terapéuticas del Hospital Distrital llegando a un grado de integración con la actividad hospitalaria y *parecía que pertenecía a la institución.*
- 2) Si, lo ideal hubiese sido que abarcase una población mayor pero como grupo hospitalario creo que lo cumplió.
- 3) Aspecto Positivo: fundamentalmente la interacción grupal. Buena integración grupal.
- 4) Aspecto Negativo: se me presentó una paradoja con ese grupo; siendo un grupo con tan buena integración terminó disolviéndose. Ejemplo de dicha integración, fue ponerse de acuerdo para construir el Salón, pero luego terminó disolviéndose.
- 5) Si, en relación a lo dicho en la primera respuesta. Sin formar parte de la Orgánica del Hospital pertenecía al hospital. Todos los profesionales como enfermeros, médicos, personal del Hospital lo reconocían como tal.
- 6) Me parece que los pacientes del grupo fueron abandonados por el profesional que formaba parte de ese grupo. A medida que apareció menor dedicación por parte de ese profesional, el grupo comenzó a desmoronarse en particular. Me refiero al médico psiquiatra.

7) En la etapa que existió el grupo la Salud Mental ocupaba un área mínima dentro de las Políticas de Salud. Actualmente, creo que está más dimensionada. Existen más recursos profesionales. Hay tres psiquiatras y cuatro psicólogos. Además, se gestionan derivaciones y convenios con Instituciones de Salud Mental fuera de la provincia.

8) Forma parte de un grupo de patologías prevalentes conjuntamente con otras Adicciones y Neurosis (Salud Mental) y Ontología (Clínica Médica).

9) Está de moda hablar de los jóvenes pero se reparte entre todos. Talvés la prevalencia sea mayor en varones.

10) En principio en una sociedad minera como es la sociedad petrolera (con condiciones de trabajo particular en cuanto a horarios y demás) favorece el alcohol .

A esto se le debe sumar toda la transformación socioeconómica con la privatización de Y.P.F.



## **ENTREVISTA N° 8**

**Lic. Elizabeth Pintos – Enfermera H.D.C.O.**

1) El grupo G.I.A. que existió en el Hospital Distrital surgió de la necesidad de contener a personas alcohólicas. Fue un grupo que de a poco fue creciendo y sintiéndose cada vez más fuerte con la conformación de profesionales de la salud por un lado y pacientes por el otro. A medida que el tiempo transcurría fue tomando un lugar preponderante dentro de la institución. Sus pacientes día a día eran cada vez más y sentían que allí tenían el lugar de contención.

2) El grupo GIA si significó un recurso eficaz para el tratamiento del alcoholismo en Caleta Olivia, ya que existieron varios pacientes que pudieron revertir su enfermedad y ser coordinador del mismo.

3) Como aspectos positivos resaltaría: -contención; -pertenencia grupal ; -lugar que les permitía expresar su lucha contra la enfermedad, miedos, angustia, ansiedades, etc.

4) Ninguno.

5) Si, fue comprendido en ese momento que estuvo como un "recurso institucional hospitalario" porque ellos mismos se encargaron de hacerlo sentir así.

6) Creo que existieron diferentes razones para que el grupo no continúe que tuvieron que ver con los Directores de la Institución y que no consideraron que era un grupo necesario para poder combatir este flagelo que es el alcoholismo.

7) Considero que la Provincia de Santa Cruz en estos últimos años no tiene políticas de salud mental que apunten por ejemplo a esta enfermedad.

8) De acuerdo a mi experiencia profesional en el Hospital y en Caleta Olivia, considero que el alcoholismo constituye una demanda prioritaria en relación a otras patologías y a otras adicciones sociales, pero que no existen políticas para considerarla hoy en día como una enfermedad relevante y preocupante en nuestra sociedad.

9) Actualmente se observa que existe una mayor franja en el grupo de adolescentes 14 años en adelante y adultos con prevalencia del género masculino pero también en el género femenino.

10) La transformación socioeconómica de la región a partir de la privatización de Y.P.F y su consecuente desocupación influyó en el aumento del consumo de alcohol por parte de jóvenes y adultos, teniendo en cuenta que nuestra sociedad no ofrece muchas alternativas culturales, recreativas, etc. para los jóvenes.

## **ENTREVISTA N° 9**

**Dr. Carlos Díaz – Médico Clínico HDCO.**

- 1) Experiencia positiva teniendo en cuenta a los pacientes entre los cuales se logró la recuperación de algunos pacientes y, profesionalmente, configuramos un grupo pionero en este tipo de atención y tratamiento.
- 2) En esos momentos comparando con la andas que había antes considero que dimos el puntapié inicial. Si, hicimos lo posible dentro de las limitaciones para poner en el tapete médico y social este grave problema que representa esta adicción al alcohol.
- 3) Aspecto Positivo a realzar: rescatar algunos pacientes que hasta ese momento tenían escasas expectativas sociales e incluso de vida y reintegrarlos a la sociedad e incluso sumarlos al grupo de prevención y curación del alcohol. Uno solo rescatado ya es mucho.
- 4) Aspecto Negativo: falta de consecuencia del grupo que conformamos y un poco el aislamiento institucional que padecimos en aquella época.
- 5) En primera instancia no; "no se ahora", sino más bien como un emprendimiento personal de algunos que nos habíamos nucleado en ese grupo.
- 6) No continuó por falta absolutamente de toma de conciencia de las autoridades sanitarias. Hay que pensar también el contexto social nacional e internacional

en el se da esta problemática de salud. Los males actuales como la Desintegración Social la Globalización, el Consumismo, estamos frente a una hipnosis colectiva. El Estado cae como rehén de empresas multinacionales. El impacto creciente del aumento de drogas legales, tabaco y alcohol.

7) Inexistentes.

8) Si, teniendo en cuenta las características de la enfermedad, que el paciente no concurre en forma espontánea, viene traído por su grupo familiar o por la Policía o Justicia, una vez desencadenado el cuadro de gravedad física, psíquica y social.

9) Quizás más entre los jóvenes, en las adolescentes mujeres y en niños.

10) Hay que considerar que las privatizaciones conllevaron desocupación y la consiguiente angustia en un amplio sector poblacional, esto sin duda ha coadyuvado y desencadenado una sociopatía con el ulterior aumento de cuadros depresivos y consumo de sustancias tóxicas entre las que hay que destacar al alcohol por su gran consumo a todas las edades y en ambos sexos. Los jóvenes protagonizan hechos delictivos y se exponen a enfermedades de contagio sexual. Se producen también muchos embarazos no deseados y daños contra la propiedad y contra personas. Esta es parte de la cruda realidad de las noches y fines de semana en Caleta. Los Valores han cambiado bastante en algunos casos o bien están ausentes en otros casos. Téngase en cuenta que la Moral es social y la Etica es personal, entonces la moral social actualmente en esta sociedad se traduce en escapismos de búsqueda de placer. Y, sin

duda que el Alcohol es uno de los más frecuentes.

## ENTREVISTA N° 10

**A.S.Marta Costa – Servicio Social Ministerio de  
Asuntos Sociales Pcia. Sta. Cruz**

1. Fue un grupo de atención al enfermo alcohólico; significó un abordaje integral y comprometido porque incluyó pacientes, familiares, terapeutas y las instituciones también. Creo que fue lo mejor que existió porque, hoy, decimos que hacemos algo pero lo marginamos, se hace ver que se hace algo pero se lo oculta y se lo margina, se segrega a pacientes y a la tarea en alcoholismo. El G.I.A. en cambio, implicó todo un trabajo diferente. Partió de reconocer que el alcoholismo existe, que es un problema y que puede ser atendido y modificado, aún, cuando el enfermo no se recuperaba, implicaba una malla que sostenía y abría el problema, daba contención para re-pensar el problema. Incluía el aspecto laboral, por ejemplo, no se quedaba sólo en el alcohol. Evidentemente el abordaje de la problemática era amplio.

2. Si, sin duda, por todo lo dicho anteriormente.

3. Aspecto Positivo: lo más positivo fue que al participar la Institución no hay jerarquías especiales dentro del Equipo Terapéutico, hay paridad entre terapeutas y pacientes. La Institución le da lugar al equipo como un todo.

4. Aspecto Negativo: no haber tenido la fortaleza de defenderse. ¿Qué habrá pasado para que lo hayan podido barrer desde el grupo reaccionario institucional del poder?. Quizás fue una debilidad de la circunstancia más que del grupo en sí. Había gente que estaba abocada a muchas cosas y no pudo dedicarse específicamente a su defensa. Me refiero al Servicio Social del

Ministerio sede Caleta Olivia y al Servicio Social del Hospital. "*Vos quedaste sola*"

5. Si, pero no fue la totalidad de la Institución que lo asumió como propio.
6. Es verdad que siempre hay vaivenes, luchas, pero vos quedaste sola como único referente de la parte profesional. No se pudo incluir a más personas o modificarse otras.
7. La negación, no hay políticas, la política es negar. Cómo puede ser que no se considere la Prevención.
8. Yo creo que si, que constituye una demanda social y sanitaria prioritaria en nuestra ciudad. Cada vez es más ancha la franja de afectados. Lo digo en relación también con mi experiencia como madre de adolescente. En el Colegio Polimodal, cada vez son más chicos los adolescentes que se alcoholizan en la escuela. Sin olvidar que el alcohol es consecuencia de otra situación mayor que la genera. La situación sociopolítica y económica actual es muy compleja. Todo se desmorona y el alcohol es un elemento de control para contener desde grupos de élite. Pero llegará un momento que el agua desbordará a todos.
9. En parte si, porque la gente no se supo organizar a nivel económico, se gastó el dinero rápidamente. También hay que recordar cómo el sistema de la empresa YPF, en cuanto a condiciones de trabajo, obreros expuestos a bajas temperaturas, sistema de turnos, recibían demasiados beneficios, todo esto favorecía el consumo de alcohol. La gente pensó que

el chorro no se iba a cortar, que alguien seguiría dándole algo más. Las condiciones y características propias de la actividad como la soledad y el aislamiento también contribuían al mayor consumo.



## **ENTREVISTA N°12**

**Sr. LITO REYNOSO - Ex – Agente de Y.P.F. –  
Presidente Asociación de Ex – Agentes de Y.P.F.  
Delegación Caleta Olivia.-**

1. ¿Considera que la privatización de Y.P.F. y los cambios producidos consecuentemente a nivel laboral, social y económico tiene relación con el consumo de alcohol en la región?

Sí, muchísimo, y no sólo en Caleta Olivia, sino en todo el país. Ha sido increíble el daño que significó la desaparición de Y.P.F. para los agentes porque les brindaba la "*seguridad de ser empleados*". Entonces, esa pérdida implicó que muchas personas se dedicaran al alcoholismo por aislamiento social, por conflictos con su familia.

2. ¿Sería acertado asociar el cambio socioeconómico y laboral que se produjo en la región con Alcoholismo?

Sí, acertadísimo porque fue tremendo el daño producido en nuestra gente.

3. ¿Por qué los trabajadores ypefianos no pudieron aprovechar la indemnización que cobraron para afrontar una nueva manera de vivir con su familia?

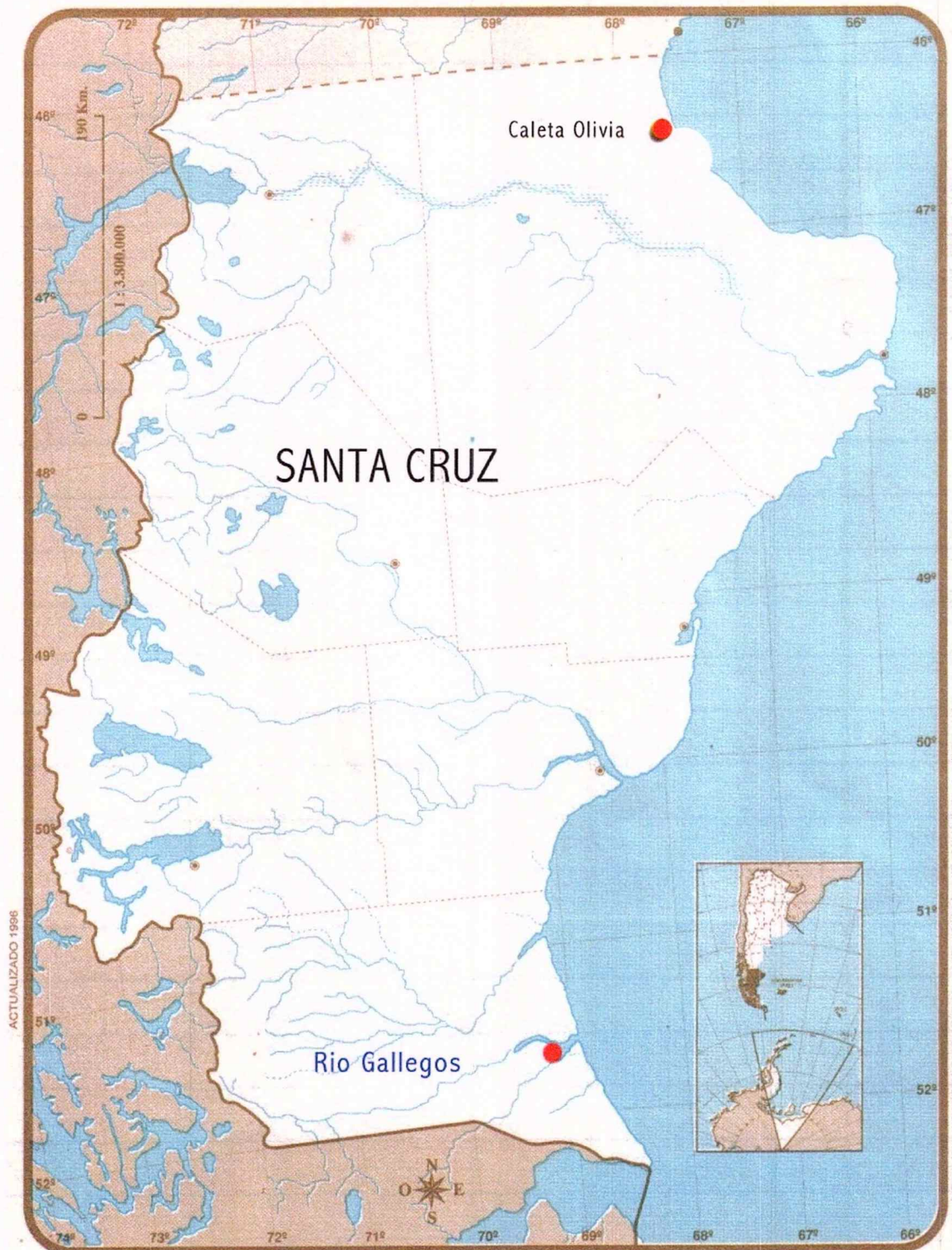
Sucede que nosotros no estábamos preparados para ser comerciantes, nosotros éramos trabajadores, empleados del petróleo acostumbrados a estar en el campo, en pozo, en el campamento, era otra cultura. Por eso digo que la privatización ha destrozado las familias de los agentes, todas eran familias "bien constituidas", llevándolas a tantos conflictos emocionales y al Alcohol.

4. ¿Considera que el Alcoholismo es un problema prioritario en nuestra zona?

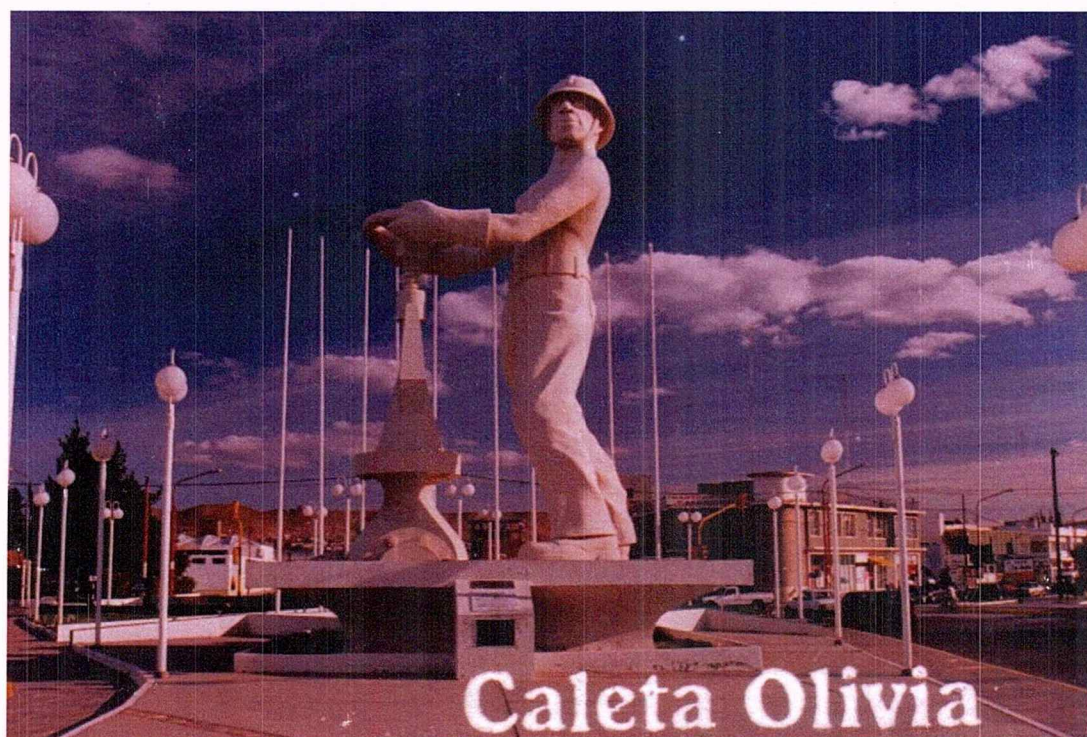
Sí, porque es mucho más barato acceder a una caja de "Tetrabrick" que a la droga. Además, el alcohólico niega el problema, promete que no va a beber más y vuelve a tomar.

Yo me acuerdo que trabajábamos en el viejo Hospital de Y.P.F., una de las glorias de nuestra empresa, con un Médico y una Asistente Social porque funcionaba un grupo, G.I.A., en ese Hospital también, bueno, y nosotros íbamos recorriendo los distintos Campamentos de Pico Truncado, Las Heras, Cañadón Seco para dar charlas sobre Higiene y Seguridad Industrial e incluíamos Alcoholismo. El objetivo era trabajar dando Prevención relacionando Alcohol y Trabajo, acorde a la forma de trabajar en el petróleo y en Y.P.F.

## MAPA DE LA PROVINCIA DE SANTA CRUZ



## IMÁGENES FOTOGRAFICAS



- Monumento al Obrero Petrolero en la Ciudad de Caleta Olivia



➤ Caleta Olivia en el año 1936.



➤ Pozo surgente de Petroleo.



- Aparato de bombeo de petróleo desde el pozo a la batería (comúnmente llamada cigüeña)

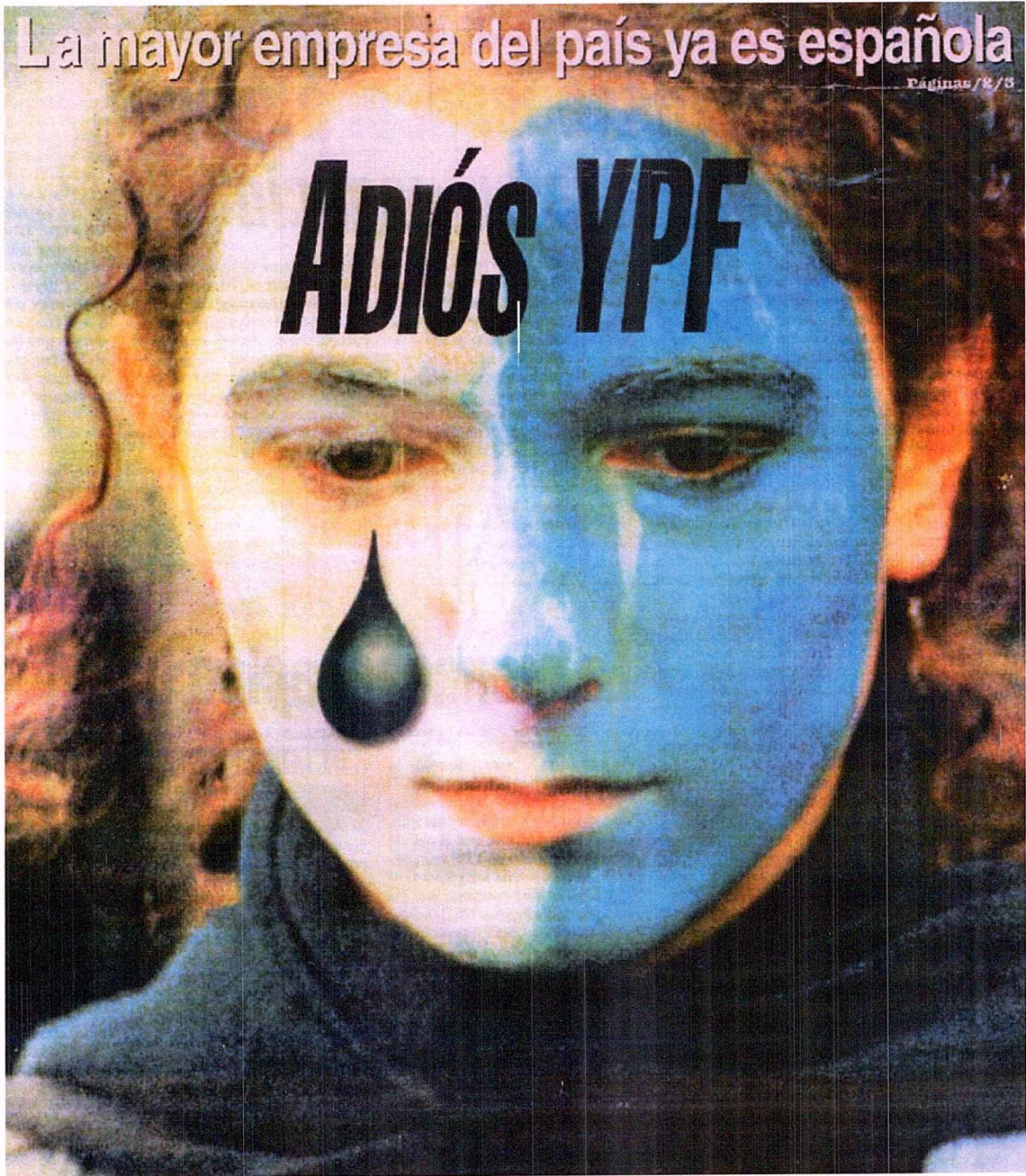




La mayor empresa del país ya es española

Páginas 2/3

# ADIÓS YPF



## IMÁGENES FOTOGRAFICAS DEL GRUPO G.I.A.





- Logotipo del Grupo Institucional de Alcoholismo del Hospital Distrital de Caleta Olivia.

Reunión Grupo - Fecha 3-9-93.

Comenzamos la reunión a las 9:15 hrs.  
El Sr. médico de Jorge Pedraza invitado para  
Supervisar técnicamente nuestra tarea.

Están presentes: Pedro Loty, Adolfo Paredes del  
S. Kater, Mario Maciel, Pascual Rosario,  
Antonia, Aranzazu, Adelina Peña, Dra. Sara  
García, Celia Vicini, A.S. Dr. Olmos, Pedro Matel.

Comienza la reunión pidiendo Pedro que  
empiecen y nos presentemos el mes.

Empieza la reunión. Antonia: catata por la  
presencia de los profesionales.

Idem: catata por estar nosotros sabiendo que  
Rufeto va siempre.

Mario: alcoh. refiriendo viene acá p' seguir  
recuperarse. Jorge de pregunta "¿sabe es?"  
catata el alcohol. J. de hace denuncia de se trae  
algunas a aquella zona. Para - Stop Esten-

Rosario: hace de pregunta "¿por qué le gusta?"  
hace un informe, Rosario era alcoholico.

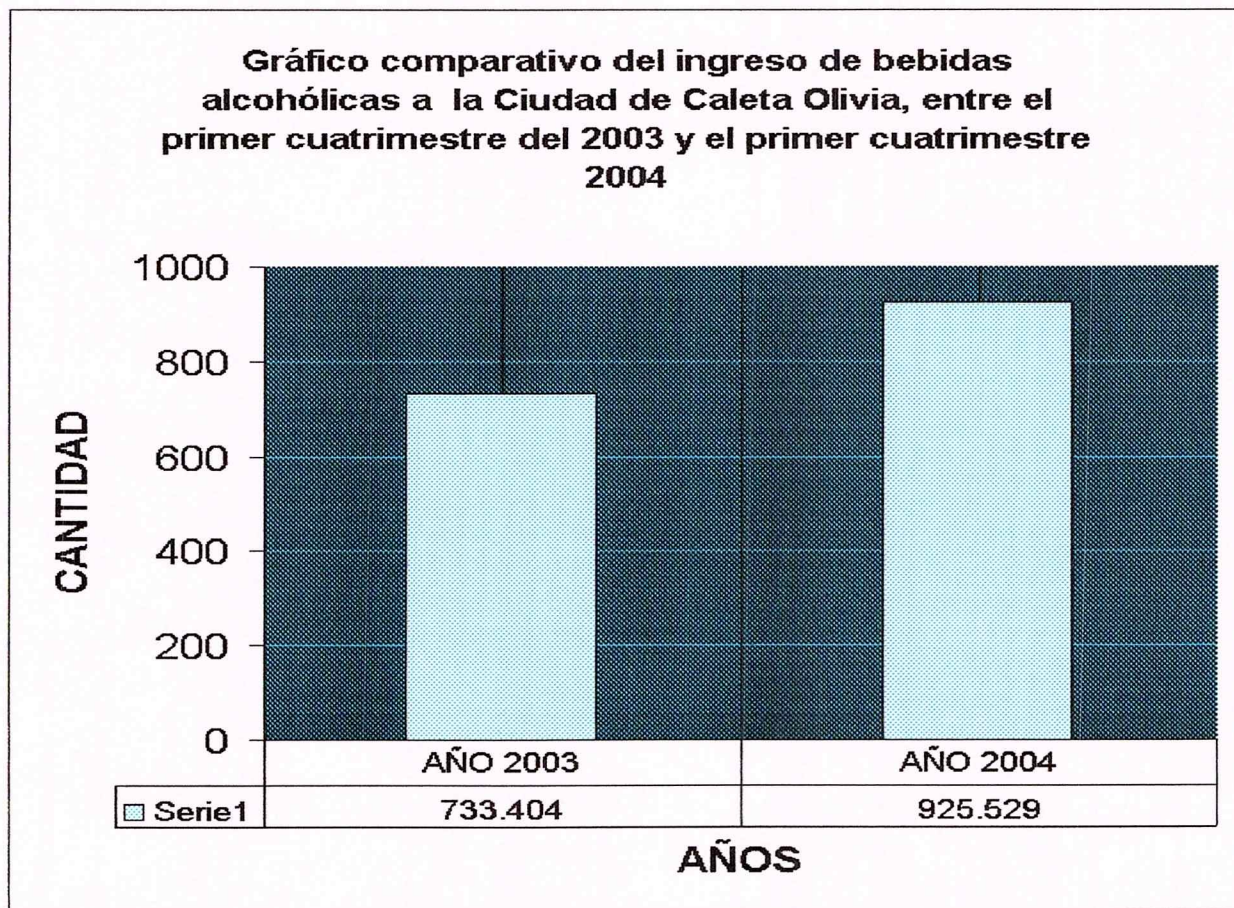
Antonia: en alcohol. & está recuperando el  
q' le hace bien. J. "¿qué suena Ud. acá?"  
Cuatro afecto, compañeros, me siento como  
puedo sacar cosas & adentro, antes está como  
se aburre me truen cosas de otros.

Sara García: medicina caben al q'is por Dr.  
Compañía de Caidá. Estoy aprendiendo de C.  
y leé, estoy pensando de abarcarla y aprendiendo  
Jorge = "¿por qué viene acá?", (le pide permiso a



**TABLA COMPARATIVA DEL INGRESO DE BEBIDAS ALCOHOLICAS A LA CIUDAD DE CALETA OLIVIA ENTRE EL PRIMER CUATRIMESTRE DEL 2003 Y EL PRIMER CUATRIMESTRE DEL 2004**

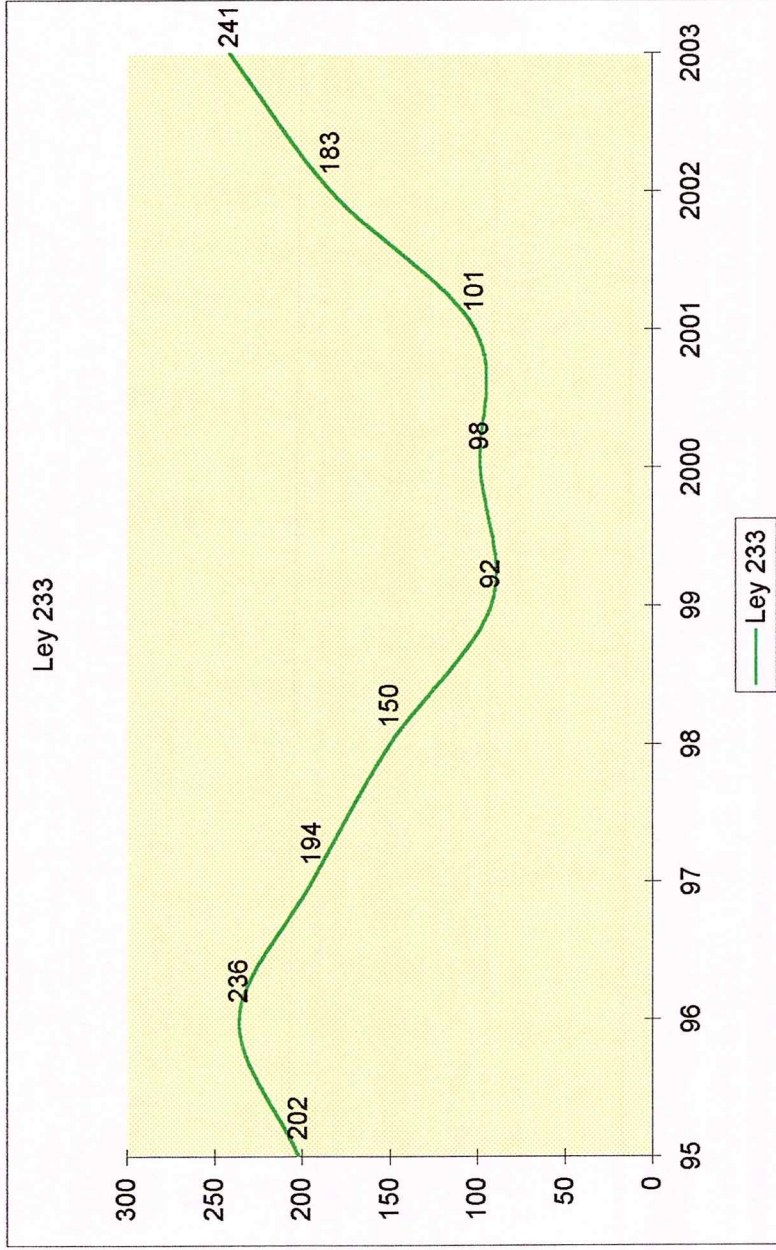
MES	AÑO 2003	AÑO 2004
CANTIDAD	733.404	925.529



VARIABLES	AÑO	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
LEY 10.903		156	305	275	285	290	320	301	336	384
LEY 233		202	236	194	150	92	98	101	183	241
EXPOSICIONES POLICIALES		70	108	91	46	32	104	83	69	109
ACTAS DE ENTREGA		112	189	100	44	57	85	153	93	89
FUERA HORARIO PERMITIDO		- - -	- - -	1289	1891	1792	1584	1396	1347	1588

**Cantidad de Contravencionales que se han realizado y su evolución desde 1995 al 2003.**

Contravencionales realizados a menores cuyas edades van a partir de los 14 años



Fuente: Gabinete Social de la Unidad  
Regional Zona Norte – Caleta Olivia  
Policía de Santa Cruz



## BIBLIOGRAFÍA

---

1. DI CARLO, Enrique y Equipo E.I.E.M. "La Comprensión como fundamento de la Investigación Profesional". Edit.Humanitas. Año 1995.-
2. DI CARLO, Enrique y Equipo E.I.E.M. "Trabajo Social Profesional: El Método de la Comunicación Racional". Edit.Human. Año 1997.-
3. DI CARLO, Enrique y Equipo E.I.E.M."Trabajo Social con Grupos y Redes".Edit. Lumen-Human. Año 1997.
4. DI CARLO, Enrique. "Necesidades básicas y cambio social". Edit.Human. Año 1983. -
5. DI CARLO, Enrique. "Perspectivas en la conducción de grupos".Edit.Human. Año 1983.
6. RICHMOND, Mary."Caso Social Individual". Edit. Human. Año 1977.
7. PERLMAN, Helen H."El Trabajo Social Individualizado".4ª Edic. Edit.Rialp S.A. Madrid. Año 1980.
8. HAMILTON, Gordon ."Teoría y Práctica del Trabajo Social de Casos".La Prensa Médica Mexicana .S.A. Año 1984.
9. DEWEY,J."Lógica-Teoría de la Investigación". Fondo de Cultura económica. México. Año 1950. ✓
10. NASSIF, Ricardo. "Dewey, su pensamiento pedagógico". Centro Editor de América Latina.Buenos Aires. Año 1992.
11. SARTRE, Jean Paul. "El Existencialismo es un Humanismo". SUR Bs.As. Año 1947. -
- 12."La Sociología clásica: DURKHEIM y WEBER". Centro Editor América Latina. Biblioteca Total. Año 1977.-
13. CARBALLEDA, Alfredo. "La Intervención en lo Social". Edit. Paidós. 1º Edic. Año 2002.-
14. TESTA Mario,"Pensar en Salud". Lugar Edit. Año 1993. ✓
15. VARIOS.Compiladores: O.Saidón y P.Troianovski. "Políticas en Salud Mental". Lugar Edit. Año 1994.
16. SONTAG, Susan. "La Enfermedad y sus metáforas". Edit.Taurus. Año 1996.

17. GOFFMAN, Erving. "Estigma. La Identidad deteriorada". Amorrortu Edit. Año 1993. ↵
18. PELLEGRINI, Jorge. "Alcohol, Alcoholismo, Alcohólicos". Edic. Cinco. Año 1990. ↵
19. PELLEGRINI, Jorge. "Alcoholismo, Identidad y Grupo". Edic. Cinco. Año 1992. ↵
20. GILABERT, Abelardo. "El Manicomio ¿una Institución para los Locos? 2ª Edic. Edic. Cinco. Bs.As. Año 1992.
21. ACTA PSIQUIATRICA y PSICOLÓGICA de América Latina. Publicación de Acta Fondo para la Salud Mental. Bs.As. Abril 1974. Vol. XX N° 2.
22. FOUCAULT, Michel. "Vigilar y Castigar". Edit. Siglo XXI- Año 1992.
23. SABINO, Carlos. "El Proceso de Investigación". Lumen-Human. Año 1996. ↵
24. SCHUSTER, Félix. "El Método en las Ciencias Sociales". Edit. de América Latina. Año 1997.
25. ECO HUMBERTO. "Cómo se hace una Tesis". Edit. Gedisa. Año 1998.
26. SAMAJA, Juan. "Epistemología y Metodología". Edit. Eudeba. Año 1994.