

2001

# El grupo de ayuda mutua como nivel de intervención en el abordaje de familias con problemas relacionados con el uso indebido de drogas

Serati, Laura Judith

Serati, Laura Judith

---

<http://kimelu.mdp.edu.ar/xmlui/handle/123456789/628>

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

Biblioteca C.E.C.S. y S.S.

“EL GRUPO DE AYUDA MUTUA  
COMO NIVEL DE INTERVENCIÓN EN EL  
ABORDAJE  
DE FAMILIAS CON PROBLEMAS  
RELACIONADOS CON EL USO INDEBIDO  
DE DROGAS”

Biblioteca	C.S. y S.S.
Inventario 2520	Signatura 13p
Vol	Edición 21
Universidad Na	de Mar del Plata

ALUMNA: LAURA JUDITH SERATI

S.S.1933/90

DIRECTORA DE TESIS: LIC. VIVIANA IBAÑEZ

CO - DIRECTORA DE TESIS: LIC. MERCEDEZ

CHAUBELL

DEPARTAMENTO DE SERVICIO SOCIAL

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Y DEL SERVICIO SOCIAL

UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA

AÑO: 2001.

## INDICE

### **MARCO TEORICO**

• Eje Temático 1	
Servicio Social.....	2
Metodología del Servicio Social.....	7
Metodología del Servicio Social de Grupo.....	13
• Eje Temático 2	
Grupo.....	20
Estructura y Dinámica.....	26
Proceso Grupal.....	30
Grupo de Ayuda Mutua.....	34
Rol del Trabajador Social como coordinador de Grupo.....	39
• Eje Temático 3	
Familia.....	43
Familia y Crisis.....	52
Adicciones. Consideraciones Generales.....	57
La Familia que presenta problemas relacionados con el uso indebido de drogas.....	66
• Glosario.....	73

### **MARCO DE REFERENCIA**

• Características Institucionales.....	79
Hospital Interzonal de Maternidad e Infancia.....	80
Centro Preventivo Asistencial Mar del Plata.....	82
• Características del Grupo de Ayuda Mutua.....	83
Principios del Grupo de Ayuda Mutua.....	84
Objetivos Del Grupo de Ayuda Mutua.....	86
• Metodología de Trabajo.....	87

### **CRONICAS DE LAS REUNIONES GRUPALES**

Introducción.....	90
Planillas de Admisión a las Reuniones Grupales.....	91

Planillas de Asistencia a las Reuniones Grupales.....	115
Reunión N°1.....	117
Reunión N°2.....	121
Reunión N°3.....	125
Reunión N°4.....	129
Reunión N°5.....	133
Reunión N°6.....	138
Reunión N°7.....	143
Reunión N°8.....	147
Reunión N°9.....	151
Reunión N°10.....	156
Reunión N°11.....	159
Reunión N°12.....	163
Reunión N°13.....	166
Reunión N°14.....	170
Evaluación del Proceso Grupal.....	173
<b>CONCLUSIONES.....</b>	<b>177</b>
<b>BIBLIOGRAFIA.....</b>	<b>181</b>
<b>ANEXO</b>	
Ley 23.737.....	186

# MARCO TEORICO

## SERVICIO SOCIAL

Desde sus orígenes en América Latina, el Servicio Social surge y se desarrolla como ...“una profesión destinada a atender, orientar y socorrer a sectores sociales en situación carencial, que recurrían a las instituciones en busca de apoyo”... (1). En 1948, la Unión Panamericana definió a la profesión como ...“una técnica que por medio de la aplicación de las conquistas científicas, y el concepto humano de la justicia social, tiene por objetivos: a) ayudar a los individuos, grupos o comunidades a resolver los propios problemas; b) actuar en la implantación y mantenimiento de un orden social que garantice la seguridad y el bienestar de todos los individuos”...(2). Se caracterizaba por intervenciones de tipo asistencialista. Para poder dar respuesta a las necesidades de los asistidos se utilizaba como marco conceptual los límites de las instituciones oficiales y las políticas sociales existentes. Salvo pocas excepciones, durante este período, el S.S. no alcanzó un grado aceptable de estructuración metodológica.(Este modelo de tratamiento social ubicaba al A.S. como aquella persona que aporta respuestas a quienes sufren carencias o necesidades). El Servicio Social se caracterizaba por ser una actividad solidaria, voluntaria y relacionada con la caridad. Es así, como el Caso Social Individual surge como el método que acerca la profesión a los niveles del conocimiento científico, pudiendo mostrar – de esta manera- coherencia entre las distintas actividades.

A partir de la década del '60, comenzó a desarrollarse un movimiento de transformación profesional. A nivel de formación académica se dejaban de

(1) De Robertis, Cristina. “Metodología de la Intervención en Trabajo Social”, 29.

(2) Ander –Egg, Ezequiel. “Diccionario de Trabajo Social”, 20.

lado las asignaturas que correspondían a una concepción limitada y asistencialista. Se incorporaron a los diferentes planes de estudio materias que corresponden al área de las ciencias sociales y psicológicas. Los profesionales comenzaron a actuar más intensamente a nivel comunitario, ya que uno de los principales ejes de acción lo constituían los problemas sociales. Se promulgaba una intención transformadora del Ser Profesional. Este proceso de cambio sucede paralela y consecuentemente con lo acontecido en los sectores políticos y gubernamentales de América Latina, y en particular de nuestro país (tensión a nivel mundial por la “guerra fría”; afianzamiento del modelo capitalista y de la apertura económica; estallidos revolucionarios; surgimiento de movimientos guerrilleros; crisis social a nivel político y económico; etc.).

Desde la profesión se criticaba a la metodología tradicional por su carácter paliativo y adaptable al sistema socio-político imperante. El papel del Trabajador Social se amplió. Debió contribuir en la elaboración y aplicación de programas de desarrollo tendientes a mejorar el nivel de vida y orientar a la población en la comprensión de los problemas. Al mismo tiempo, debió promover la adaptación social, tanto a nivel individual como colectivo, para lograr la inserción de éstos en los planes emanados de macropolíticas nacionales desarrollistas. Este modelo planteaba que a partir de la planificación de las políticas sociales y la industrialización se lograría alcanzar el crecimiento económico esperable para adquirir la categoría de país desarrollado.

El participar de los planes de política social generó en los profesionales la necesidad de cuestionar el rol de agente de cambio, el lugar que ocupaban dentro de los acontecimientos políticos y su relación con los espacios de poder, y por su puesto, el vacío metodológico y la necesidad de sistematizar conocimientos teóricos que avalen la praxis profesional. Esto ocasionó, en gran parte de los T.S., cambios en la postura profesional. Como dirían Barreix y Casineri ...”fuimos tomando conciencia de la falacia del planteo desarrollista, o



sea que subdesarrollo - desarrollo, no son dos polos transitables del primero al segundo, a través de la vía de desarrollo"...(3).

Tras el advenimiento de la democracia y como consecuencia de los cuestionamientos profesionales anteriormente mencionados, el Trabajador Social asume que su accionar se concreta a partir de la praxis y que ésta se haya <sup>de</sup> condicionada por aspectos socio-históricos, motivo por el cual debe replantearse continuamente ciertos aspectos profesionales (rol, función, objeto de intervención, etc.). Al respecto, comenta Carlos Eroles ..." Una mirada crítico teórica dirigida a las políticas sociales y a las instituciones deberá preguntarse si éstas son adecuadas a las nuevas y heterogéneas situaciones de la población, si están atendiendo a las nuevas demandas y necesidades"...(4).

Algunas teorías en las que se apoya, hoy en día, el Trabajo Social sostienen la idea que el sujeto es en gran parte producto de su historia, que es diferente a la de otros y que, en consecuencia, lo apoya o limita. Entre la persona y la realidad social existe una relación dialéctica, en tanto que la realidad social es producto de la persona en un determinado momento y en otro ejerce influencia sobre ésta. De esta manera, el Ser Humano es productor y producto de la realidad social.

Si el hombre es persona en tanto se relaciona con otros hombres, debemos partir de considerarlo un ser social. Esto implica que a través de su forma de relacionarse con el otro, se generan demandas y expectativas propias y, por consiguiente, de los otros. Al hablar de necesidad se puede hacer referencia a una situación de carencia inicial que origina determinadas demandas. Estas demandas pueden dar origen a la intervención profesional.

(3) Barreix, Juan y Cassineri, Ethel. "A treinta años de la Reconceptualización" en Revista "Trabajo Social y País", 99.

(4) Eroles, Carlos. "Derechos Humanos y Trabajo Social" , 86.

Una situación se transforma en problema social (demanda) cuando afecta o desequilibra, directa o indirectamente, a un individuo o a un conjunto de personas. Considerando que el Trabajo Social tiene como uno de sus objetivos el propender hacia el bienestar social, al intervenir en una situación problema se debe analizar el desequilibrio existente entre necesidades humanas y recursos sociales; de esta manera se aborda no solo la situación problema sino también la transformación de las condiciones sociales. Para que esta intervención sea eficaz, debe partir de la idea de que el sistema de valores y creencias de la cultura a la cual pertenece la persona es el que se utilizará como marco de referencia para todo juicio valorativo sobre su vida, y en consecuencia, sobre sus necesidades. Es por ésto, que toda acción profesional debe ser analizada en un contexto determinado que le de sentido.

Si se plantea que algo debe hacerse podría ser porque lo existente no es satisfactorio. En consecuencia, se debe transformar una situación. Producir un cambio. El hombre en estado de necesidad tiende a fijarse en el presente. Vive al día. Considera que pensar demasiado no vale la pena, ya que resulta difícil ( o imposible) cambiar la situación original. Pues bien. El Trabajo Social considera que es posible modificar una situación problema y superarla. Se basa en la hipótesis de que cuando es posible lograrlo, tanto en un plano individual familiar como político social, depende – en gran parte- de la movilización y desarrollo de las capacidades del sujeto en tanto persona.

El Trabajo Social basado en el principio de autodeterminación, es decir, en la idea del sujeto como ser pensante y actuante, posee como hipótesis primordial que el sujeto social es capaz de reflexionar sobre su situación y a partir de allí transformar aquello que sea factible. Como diría Di Carlo, se trata de considerar al ..."hombre como ser pensante en debate con sus circunstancias"...(5). El Hombre piensa. Esta característica humana es tan

(5) Di Carlo, Enrique y Equipo. " La comprensión como fundamento de la Investigación profesional", 34.

básica y esencial, está tan unida al ser persona que tiende a ser olvidada. El Hombre es sujeto y objeto, a la vez, de las intervenciones profesionales; por lo tanto, se debe tender a alentarlo y apoyarlo en la toma de decisiones, como así también debe respetarse su individualidad y promover su autonomía. El Trabajo Social se inspira en la valoración de la igualdad humana, la cual consiste en el reconocimiento a todo ser humano del derecho a darse su propia orientación de valor y vida, dentro de los límites de la convivencia y de la realización de su propia dignidad. Por tal motivo, el Trabajador Social intentará redefinir con el sujeto el problema dentro de un contexto determinado, el cual será examinado en el presente, en términos de objetivos y recursos (existentes y potenciales). Cabe aclarar que los recursos primordiales en una intervención lo constituyen: el Trabajador Social y el Otro.

El Trabajador Social asume, entre otros, el rol de educador social, en tanto que su función sea la de animar intencionadamente un proceso en el cual los hombres con quienes trabaja reflexionen respecto de sus situaciones problemas y tomen decisiones tendientes a su resolución. No da recetas mágicas. El profesional debe interpretar y describir científicamente la realidad de los problemas sociales que develan las personas, es ésto lo que le permite conocer los hechos en el mismo espacio donde ocurren. La práctica profesional constituye la manera mediante la cual el T.S. encuentra sentido al objetivo del bienestar social. Trabaja con una realidad socioeconómica, cultural y política, que dificulta o facilita el logro de los objetivos de la intervención profesional. De ahí, la necesidad de permanente evaluación hacia su persona, acerca de lo que hace, cómo lo hace y para qué lo hace, mientras lo está haciendo.

## METODOLOGIA DEL SERVICIO SOCIAL

### CONSIDERACIONES GENERALES

La metodología del Trabajo Social se fue construyendo a partir de la contribución de las experiencias prácticas, su acumulación y sistematización, y a partir de los aportes de las ciencias humanas. ...”el dinamismo vital de una profesión es medido por su capacidad de creación y de experimentación, por la elaboración de la teoría a partir de la práctica y por la definición de sus métodos en función de sus objetivos”...(1). Epistemológicamente, se considera que las teorías deben ser superadas por nuevos paradigmas emergentes de las mismas investigaciones científicas. Si partimos de la base que el Trabajo Social es una profesión que se encuentra influenciada por aspectos histórico sociales, es una lógica exigencia la necesidad de reevaluar su cuerpo teórico y aspectos metodológicos periódicamente.

Predomina la idea de que no es metodológica y filosóficamente pertinente definir al sujeto social a partir de un esquema mental pre - formado, es decir, a partir de categorías de problemas pre - establecidas ( comúnmente llamadas “etiquetas”) donde no se particulariza la situación. De esta manera, se cae en el error de simplificar, negando – en cierta forma- la existencia de variables e indicadores que hacen a la particularidad de cada situación. Siguiendo esta idea, se consideraría a todos los desocupados, los niños abandonados, etc. como iguales. El Trabajo Social se inspira en la valoración de la igualdad humana. Platon planteaba que la esencia de la igualdad consiste

(1) De Robertis, Cristina. “Metodología de la Intervención en Trabajo Social”, 65.

en tratar las cosas desiguales de una manera desigual, otorgándoles así carácter de unicidad. Surge, de este planteo, la necesidad de considerar al hombre como un ser único inmerso en un contexto social particular.

En la práctica profesional, el Trabajador Social se enfrenta a una realidad dinámica y contradictoria. Existe un orden lógico y sistematizado en su accionar. Al definir su proyecto de intervención, debe tener en cuenta la institución empleadora, los recursos disponibles y las necesidades de los sujetos intervinientes. La definición de los objetivos y la modalidad de intervención surgen del análisis de la situación problema original. Este accionar es separado en etapas o fases a los fines didácticos, pero en realidad se dan simultáneamente de manera espiralada y ascendente. Durante el transcurso de una entrevista profesional se pueden encontrar, en forma casi paralela, las distintas fases del proceso metodológico. El que exista un método de trabajo permite definir el problema en cuestión, proponer una tentativa de explicación y un plan de acción tendiente a modificar la situación de partida (este método es aplicable a los distintos niveles de intervención profesional). Como ya se ha dicho antes, el profesional interviene en una realidad dinámica y cambiante, en la cual los diferentes elementos que la componen poseen lazos interdependientes y móviles. Es por esto que la dicha intervención se la denomina proceso. Este término implica la noción de evolución, desarrollo en el tiempo, sin perder de vista la idea de un todo coherente. Durante este proceso, se pone mayor o menor énfasis en las distintas etapas del proceso metodológico, según el momento en que se encuentre de la intervención.

Como se ha dicho anteriormente, la intervención del Trabajador Social está relacionada con la necesidad de la persona de modificar una situación determinada, de producir un cambio. El concepto de cambio no determina ni especifica la dirección exacta del desplazamiento ni la naturaleza de su modificación; únicamente indica la existencia de una posible transformación.

Siempre que se habla de cambio, se debe definir qué se quiere cambiar, por qué y quién quiere cambiar algo, cómo se pretende concretar esa modificación, etcétera. Es así que los interrogantes más habituales son: ¿de

qué transformación se trata? ¿quién determina el cambio? ¿cómo medirlo? En relación a este último cuestionamiento, Cristina De Robertis plantea que ...”si bien es relativamente fácil mensurar la transformación de elementos objetivos u observables en la situación del asistido....( )....es en cambio mucho más difícil medir los cambios subjetivos vinculados a la manera como el asistido percibe y vive, él mismo, su situación”... (2). Es por este motivo, que De Robertis propone realizar la evaluación en términos del cambio ocurrido entre la situación de partida y la situación existente al finalizar la intervención del Trabajador Social.

Es necesario que el Trabajador Social advierta la necesidad real (motivación) del asistido en efectuar el cambio y el nivel de malestar del sujeto en la situación original. Generalmente, la esperanza de alcanzar una satisfacción es lo que impulsa a una persona a cambiar; en otras situaciones, puede estar relacionado con el temor a perder algo o alguien querido. Resulta imprescindible, tener en cuenta al inicio de toda intervención que cambio significa movimiento y que todo movimiento implica fricción. Es decir, que cambio genera el surgimiento de conflictos, tensiones, sentimientos ambivalentes, etcétera.

Para que exista una intervención profesional suele existir una necesidad que requiera de alguna forma de atención. Esa necesidad debería ser identificada por el sujeto como un problema. Generalmente, la persona que se acerca al Servicio Social en busca de ayuda, es porque ha intentado por sus propios medios modificar aquello que le resultaba problemático y no ha podido. En otras ocasiones, puede acercarse como consecuencia de una derivación de otro profesional, un requerimiento legal o, incluso puede tratarse de un problema social advertido por el Trabajador social.

(2) De Robertis, Cristina. “Metodología de la Intervención en Trabajo Social”, 70.

Para poder definir cómo se va a actuar es necesario reconocer el espacio en el que el T.S. se va a mover, no sólo en relación a la persona, sino también en relación a la institución, al campo de acción profesional y a los recursos disponibles. Debe, por lo tanto, conocer la política de la institución a la que pertenece, la realidad del sujeto y la visión que él posee del problema. Surge así la necesidad de investigar, conocer, informarse; es la etapa de investigación la que nos otorga la posibilidad de lograr una visión más amplia e integral de los múltiples factores que intervienen en la situación problema. Las preguntas más habituales a responder durante esta etapa son: ¿Quién?, ¿Qué?, ¿Por qué?, ¿Para qué?, ¿Cómo?. Es necesario saber qué se busca y hacia dónde se orienta la búsqueda; esto implica el tener un sentido en el accionar, no perderse en detalles y poder separar lo importante de lo accidental. (accesorio)

Desde el punto de vista científico, la Investigación es una indagación o búsqueda de datos para recoger nuevos conocimientos. Para esto, utiliza una serie de técnicas o instrumentos metodológicos, que además le permitirán llevar registro de la información recabada. Aquéllos más comunes en ser utilizados son: la entrevista, la observación, el análisis de documentos, el cuestionario y la encuesta.

El organizar la información recabada jerarquizando los aspectos en que se ha descompuesto el problema, estableciendo relaciones con otros aspectos, y determinando la preponderancia de unos sobre otros permitirá analizar la información de manera que facilite la construcción del objeto de intervención. Por lo tanto, definir el objeto de intervención es delimitar qué aspectos de una necesidad social (problema) son susceptibles de ser modificados mediante la intervención profesional. Se define, también, de acuerdo a la información recabada si el marco institucional es el adecuado a la problemática del sujeto o si es necesario derivarlo a otra institución.

Se trata en esta etapa de analizar las partes del problema, elaborar una interpretación de los datos y una síntesis explicativa para poder así, realizar

una propuesta de trabajo. Esta fase se denomina diagnóstico o evaluación preliminar. Es aquí donde se conjuga la tríada: T.S. – Institución – Necesidad.

La evaluación es una gestión operativa y está centrada en las dificultades que deben ser resueltas. Está sometida a revisión cada vez que aparecen nuevos hechos que influyen sobre la situación original. La revisión constante de su apreciación le permite ajustar la intervención siguiente a los hechos significativos advertidos en oportunidad de la intervención que acaba de ocurrir.

La evaluación preliminar desemboca en la elaboración de un proyecto de intervención, es decir, en la planificación de actividades cuyo objetivo final esté relacionado con la resolución del problema.

Según Perlman ...”el sentido común aconseja empezar, por lo menos de entrada, con aquello que centra la atención del cliente, con aquello que él considera crucial”...(3). Es por ésto, que generalmente, se comienza a trabajar con el problema precipitante, aquél que hace que la persona se acerque en busca de ayuda. La idea de “resolver” implica que tanto el profesional como el sujeto deben brindarse simultánea y conscientemente - aunque de diferente manera - con el fin de modificar la situación inicial.

Se trata de definir qué se va a hacer, cómo se va a proceder y qué se quiere lograr. El Trabajador Social debe determinar los objetivos de la intervención profesional; para ésto, debió haber delimitado el nivel de intervención y la población hacia la cual su accionar estará dirigido. Planificar implica delimitar tareas, lo que a su vez implica estructurar el trabajo en el tiempo (duración, regularidad, etc.) y especificar responsabilidades de las partes intervinientes.

(3) Perlman, Helen H. “ Trabajo Social Individualizado”, 47.



El profesional debe comenzar con la ejecución de lo planificado, y finalmente con la evaluación de lo ejecutado.

Como el proceso metodológico se encuentra en constante retroalimentación con la realidad en la que interviene, cabe la posibilidad que durante su desarrollo sea modificado ante imprevistos. Esto es posible ya que las diferentes fases del método se atraviesan sin confundirse ni excluirse. La evaluación constante del camino que se está recorriendo permite cambiar la dirección de las acciones. Toda intervención debe estar limitada en el tiempo. Tiene un principio, un desarrollo y un fin. Este final está sujeto a la evaluación del logro de los objetivos.

## METODOLOGIA DEL SERVICIO SOCIAL DE GRUPO

En relación a los orígenes y evolución del Servicio Social de Grupo, existen dos períodos: pre-científico (1880 – 1920) y metodológico (1920 – ). Las primeras experiencias desarrolladas a fines del siglo XIX se caracterizaban por la ausencia de un método aplicado y de intencionalidad en la búsqueda de resultados. Esto no modificó el espíritu reformista y las ideas de la educación progresista que existía en dichos grupos. En su mayoría, los precursores desarrollaron actividades con grupos de pobres o delincuentes.

Como representativo de esta etapa se podrían mencionar las experiencias de Samuel Barnett, quién inicia sus tareas en Londres en 1884. Su objetivo se centraba en generar grupos de vecinos que se ocuparan de mejorar la calidad de vida y la convivencia, acercando la enseñanza universitaria al pueblo. Su trabajo fue denominado el movimiento de los “settlements”. Utilizaban dos principios básicos: los problemas se resuelven mejor dentro del grupo; los grupos organizados compensan en los ciudadanos la sensación de aislamiento provocada por la Revolución Industrial.

En 1905, Lord Baden Powell crea el movimiento de los “boy scouts” , cuyo objetivo inicial constituía brindar apoyo a los hijos de los obreros con problemas económicos y sociales, con el fin de formar ciudadanos responsables en el ejercicio de sus derechos y obligaciones y generar una conducta solidaria hacia el prójimo.

Durante este período surgen también grupos que inicialmente se abocaban a la autoayuda (ej.: inmigrantes), y que luego ampliaron su objetivo hacia lo recreativo y educativo. Algunos de éstos transformaron sus fines en reclamos sindicales y laborales.

Si bien existieron escasos antecedentes de enseñanza del método de Servicio Social de Grupo, los profesionales que trabajaban con grupos eran considerados como trabajadores con objetivos ajenos a la profesión.

El período que continúa es denominado “científico”. Se caracterizaba por el empeño que los profesionales ponían en la comprensión, explicación y conceptualización respecto de la dinámica y funcionamiento grupal, proceso, técnicas y métodos. Se distinguen dentro de este período dos etapas; la primera se denomina de “experimentación”. Se caracterizaba por los intentos en otorgar una base científica a la tarea mediante experiencias controladas e incorporación de conocimientos de otras disciplinas.

En 1920 Ismael Slavson junto a Joshua Lieberman comienzan a organizar actividades para hijos de trabajadores con el fin de educar entreteniéndolos. Luego de sistematizar lo actuado, expusieron sus conclusiones en “Campamento Creativo” y “Educación Creativa de Grupo”. Por otro lado, Wibur Newstetter dirigió, entre 1930 y 1935, un experimento de observación controlada sobre las características de la adaptación grupal. Publicó sus conclusiones en “¿Qué es el Trabajo Social de Grupos?”.

Entre 1925 y 1935 la enseñanza del trabajo con grupos en las escuelas de Servicio Social se inicia formalmente. Pensadores como John Dewey se suman a la formación académica de profesionales e incorporan la idea de “aprender haciendo” y “partir de donde el grupo está”. En 1922, Mary Richmond reconoce que el individuo aislado no es normal, y que su estudio debe realizarse a partir del grupo más pequeño que haya constituido. Es por esto, que ubica al trabajo con grupos en un nivel intermedio entre el Caso Social Individual y el Colectivo.

La segunda etapa se denomina “metodológica”. La teoría continúa constituyéndose, a la vez que se realizan nuevos aportes provenientes de las Ciencias Sociales y de las propias investigaciones del Servicio Social. En 1935, se realizó la 1° Conferencia Nacional de Servicio social Americano, cuyo objetivo era el de recopilar información, estudios y experiencias para poder

integrar el trabajo con grupos al campo del Servicio Social. En 1936, se funda la Asociación Americana para el Estudio del Trabajo de Grupos con la finalidad de clarificar su filosofía, ampliar y precisar sus marcos conceptuales.

En 1946, Grace Coyle expone sobre el rol profesional, la relación entre el trabajo de casos, de grupo y la organización de la comunidad; utiliza estas ideas para proponer al trabajo con grupos como método perteneciente al ámbito del Servicio Social. En 1948, publica el libro "Trabajo de grupo con la Juventud Americana". En 1949, Wilson y Ryland publican "Servicio Social de Grupo Práctico".

A partir de la década del '50, aparecen gran número de publicaciones respecto del trabajo con grupos. Algunos de los autores más destacados son: Harleigh Trecker; Gisela Konopka; Marjorie Murphy; Simón Paré, etcétera. En nuestro país, en 1968 Natalio Kisnerman publicó "Grupo y Servicio Social" , y en 1969 Enrique Di Carlo publicó "Perspectivas en la Conducción de Grupos".

En la actualidad se considera al trabajo con grupos como uno de los niveles de intervención del Trabajo Social. La aplicación del método a un grupo genera ciertas características particulares. Por este motivo, resulta necesario mencionar la existencia de una interrelación dialéctica entre el Proceso Metodológico y el Proceso Grupal; entendiéndolos como dos instancias que se integran en su desarrollo y se retroalimentan, pero que al mismo tiempo se diferencian entre sí. Desde la teoría, ambos procesos pueden definirse e interpretarse desde un determinado marco conceptual. Pero en la práctica se produce una mutua influencia, capaz de generar modificaciones en sus orientaciones.

Como se ha planteado, el Proceso Metodológico constituye la evolución intencionada de acciones profesionales. En el trabajo con grupos el objeto de este proceso es el Proceso Grupal y el objetivo general es la captación, facilitación y dinamización del mismo. El grupo es considerado como contexto y medio de tratamiento, donde la ayuda a los individuos se les instrumenta dentro

y por medio de esta estructura. Se consideran objetivos específicos del Proceso Metodológico en Servicio Social con Grupos:

- conocer el contexto en que se mueve el grupo
- conocer las necesidades de los miembros
- favorecer el surgimiento de objetivos comunes y el mantenimiento de la motivación
- favorecer la comunicación y cooperación entre los miembros

A medida que se avanzaba en relación a la Metodología del Servicio Social de Grupo, diferentes autores plantearon la existencia de principios para la acción en este nivel de intervención. Los mismos fueron pensados y reformulados con el transcurrir del tiempo.

Los principios se diferencian de las leyes científicas ya que estas últimas constituyen hipótesis explicativas del comportamiento de los fenómenos y los principios poseen carácter operativo – normativo. Son proposiciones probadas en la práctica, que constituyen normas del comportamiento ya que señalan cómo debe proceder el Trabajador Social. Como expresan M<sup>o</sup>. J. Casinelli y M<sup>o</sup>. E. Angeloni ...”Los principios operativos del Servicio Social de Grupo tienen una transparente inspiración práctica y expresan un propósito empírico”...(1). El Trabajador Social los utiliza con el fin de viabilizar las modificaciones en la realidad de los participantes.

Actualmente, los principios son definidos de la siguiente manera:

1) Principio de conformación consciente y planificada del grupo: Intimamente relacionado con la realización del diagnóstico. Considerando la situación de partida, el Trabajador Social debe definir la organización y los objetivos que le

(1) Di Carlo, Enrique y Equipo: “Trabajo Social con grupos y redes”, 16.

permitirán evaluar el camino recorrido y la posibilidad de introducir modificaciones en el caso que considere necesario. Así mismo, debe especificar las actitudes y conductas que espera sean modificadas.

2) Principio de singularidad de la persona y el grupo: El profesional debe considerar a cada persona como única, con su particular forma de ser, con su propia historia y experiencias previas, con sus propias capacidades, limitaciones, habilidades y conocimientos. Al conformar un grupo, se pone de manifiesto la particular forma de relacionarse y de interactuar de sus miembros. A su vez, el desenvolvimiento de las experiencias grupales se ve modificada por la realidad (considerada como un continuo dinámico).

3) Principio de relación profesional: Hace referencia a la relación que el T.S. establece con el grupo como unidad y con cada uno de sus integrantes en particular. El profesional establece un vínculo con el otro que, mayoritariamente, se basa en aspectos psicoafectivos como la confianza y la aceptación, sin los cuales resultaría difícil el desarrollo del proceso. Sin embargo, desde lo metodológico, el T.S. debe focalizar su atención en lo reflexivo, en la comprensión y explicación del hecho humano.

4) Principio de aceptación: Se apoya en una de las principales teorías de base del T.S.: la igualdad de la dignidad humana. Considerar la singularidad del individuo no significa que todas las personas deban ser tratadas de manera uniforme; por el contrario, el tratamiento debe ser particular y se lo debe aceptar y respetar con sus virtudes y debilidades.

5) Principio de organización: Organizar un grupo implica el mejor aprovechamiento de las capacidades de los individuos y la definición de las responsabilidades. Plantear y definir la organización grupal promueve la flexibilidad y la interacción de sus miembros ya que existe una base acerca de que se espera del otro, de uno mismo y del Trabajador Social. En el caso de grupos que se encuentran enmarcados en ámbitos institucionales formales, puede también favorecerse la flexibilidad, la interacción y la cooperación entre sus miembros.

6) Principio de interacción constructiva: Uno de los objetivos del T.S. es el de promover la participación de cada uno de los miembros de un grupo con el fin de que puedan poner en acto lo que poseen en potencia para poder superarse a sí mismo. Hablar de Interacción Constructiva hace referencia a esto. Se trata

de considerar la participación y la comunicación orientadas a la resolución de problemas y enfrentamiento de situaciones conflictivas. Con este fin, el Trabajador social debe generar un clima que posibilite la confianza y la seguridad para expresar sentimientos, necesidades e ideas, para desarrollar actitudes positivas y creativas, para facilitar la comprensión realista de las posibilidades y limitaciones propias y ajenas, etcétera. Es importante, en este punto, la habilidad del Trabajador Social ya que se parte de la noción que la capacidad de participación y expresión es diferente en cada sujeto.

7) Principio de realizaciones: Se relaciona con los objetivos propuestos, y los logros y realizaciones alcanzados por los individuos en particular y por el grupo. Las actividades que desarrolla el grupo, orientadas por el Trabajador Social, responden a un programa consciente cuyos fines sean factibles y viables, de carácter educativo, formativo, etcétera. Generalmente aquellos programas sencillos y aparentemente insignificantes suelen poseer objetivos más concretos y realizables, y por lo tanto, de mayor significación para el grupo.

8) Principio de acción consciente: El desempeño del T.S. no puede ser casual ni azaroso. Debe actuar de manera consciente y responsable. Debe ...”trabajar con sentido de realidad, para asumir la responsabilidad inherente a la interdependencia humana que le compete y para no debilitar o rescindir en su lucha por el mantenimiento de los valores que constituyen la profesión”...(2). La intervención profesional con grupos requiere de una permanente reflexión acerca de las necesidades y posibilidades de sus integrantes, de lo que acontece en el grupo como unidad y de su propio accionar y objetivos.

Se considera que la aplicación del Método de Trabajo social podría optimizar el potencial grupal, ya que el profesional tendría la posibilidad, de esta manera, de desarrollar en ese ámbito los principios de interacción, aceptación, reconocimiento y facilitación recíprocos. Es necesario que el

(2) Di Carlo, Enrique y Equipo. “Trabajo Social con grupos y redes”, 25.

Trabajador Social distinga en el concepto de autoridad – en el ejercicio de su rol – el sentido de ser competente para asumir la función profesional, del de ejercitar cierta dominación sobre los miembros del grupo que opaque sus capacidades personales.



## GRUPO

Se considera necesario, en primer lugar, hacer referencia a la diferencia entre los conceptos de grupo y serie. Para Sartre ...”En la serialidad...”hay una pluralidad de soledades(...)soledad como imposibilidad, de unirse con los otros en una totalidad orgánica(...)como relación de exterioridad”, como negación provisoria de las relaciones recíprocas con los otros”...(1). La serie ofrece una cuasi estructura de carácter provisorio y vulnerable, la cual no permite que se desarrollen todos los elementos de un grupo y cuyo funcionamiento esta sujeto a la influencia de los organizadores externos. Se caracteriza por la indiferenciación de los miembros entre si. Existe una reciprocidad negativa como consecuencia de la negación exteriorizada de la interioridad. El sujeto es un número. Es sustituible por otro equivalente. Está aislado. Vive su soledad al no tener nada en común con los otros. No hay interacción, organización interna, ni una verdadera comunicación.

El pasaje de serie a grupo es posible, a través de un proceso que sucede en un tiempo y espacio determinado, con experiencias compartidas y a partir del surgimiento de la identidad grupal. Para que surja esta transformación, es necesario la presencia de una tensión de necesidad (ej.: hambre) y un deseo de modificación de esa situación.

Diferentes autores se han expresado respecto del concepto de grupo. Para Roberto Romero un grupo es ...” un conjunto de individuos en interacción regulada por normas establecidas, en un tiempo y espacio dados, y que poseen un objetivo común que responde a necesidades compartidas”...(2).

(1) Souto, Marta : “Hacia una didáctica de lo grupal”, 73.

(2) Romero, Roberto: “Grupo. Objeto y Teoría”, 92.

Para Sartre..." el grupo se constituye a partir de una necesidad o de un peligro común y se define por el objetivo común que determina a su praxis común, pero ni la necesidad común ni la praxis común pueden definir a una comunidad si ésta no se vuelve comunidad al sentir como común la necesidad individual y al proyectarse en la unificación interna de una integración común hacia objetivos que produce como comunes"...(3). Para Bauleo, un grupo es ..."un conjunto de personas orientadas a un objetivo determinado, con etapas que indican un pasaje en la relación entre ellos"...(4).

Pero, se toma como definición de base para el presente trabajo la correspondiente a Enrique Pichón Riviere, quien dice que un grupo es ..." un conjunto restringido de personas, que ligadas por constante de tiempo y espacio y articuladas por su mutua representación interna, se proponen en forma implícita o explícita una tarea, que constituye su finalidad, interactuando a través de complejos mecanismos de asunción y adjudicación de roles"...(5). Deben ser reconocidos como elementos constitutivos de un grupo: pluralidad de personas, tríada necesidad – objetivo – tarea, configuración de una estructura, sistema dinámico, interdependencia entre los miembros, cultura intragrupal e identificación recíproca.

Cabe aquí realizar una aclaración sobre la diferenciación entre los conceptos de grupo, experiencia grupal y dispositivo grupal.

Hablar de grupo implica hacer referencia a una definición conceptual realizada por alguien, que si bien puede participar de éste, lo hace desde el lugar de quien observa o coordina una experiencia grupal. Es decir, desde una distancia óptima que le permita describir o interpretar lo que sucede, discriminar la relación sujeto – objeto. Es la función de observador o

(3) Souto, Marta: "Hacia una didáctica de lo grupal", 74.

(4) Bauleo. A.: "Contrainstitución y Grupo", 96.

(5) Di Carlo, E. Y Equipo: "Trabajo Social con grupos y redes", 264.

coordinador que le otorga sentido a esa distancia y la que origina que su tarea sea diferente a la del resto de los miembros.

La experiencia grupal hace referencia a lo vivido por los sujetos, constituye el discurso sobre lo sentido y percibido durante dicha vivencia. Esta situación se encuentra relacionada y es, a la vez, consecuencia del dispositivo grupal; el cual es conceptualizado como ...” un conjunto de personas, un tiempo y espacio común, una meta u objetivo, una institución convocante que generan espacio de interacción, una red de relaciones reales e imaginarias, unas significaciones compartidas, unas expectativas mutuas, unos sentimientos grupales, unos sentidos de pertenencia que se entrelazan dando carácter de singularidad a cada grupo”...(6). Se consideran elementos constitutivos del dispositivo grupal a un tiempo, espacio, número de personas y objetivo determinado. Esa singularidad que surge de la conjugación de estos elementos es lo que caracteriza a ese grupo y no a otro.

Para Freud dos o más personas constituyen un grupo, en tanto han establecido un ideal de identificación y, en consecuencia, se han identificado entre sí. Pero, es esto un grupo? Según Sartre, esta situación conformaría una serie ya que las personas comparten un objetivo en común. Cuando éste se transforma en objetivo común, se estaría frente a un grupo, ya que éste implica el reconocimiento y la conciencia de una necesidad común y compartida.

Según la cantidad de miembros, se pueden clasificar en grupos pequeños y grandes. Si bien no existe un número límite para cada situación, cuanto mayor es el tamaño del grupo, será cada vez más necesario encarar la interacción de manera organizada y racional. ...”Es prácticamente imposible percibir e interactuar con más de trece personas al mismo tiempo; al aumentar este número deja de verificarse una interacción con el grupo “como

(6) Souto, Marta. “Hacia una didáctica de lo grupal”, 59.

un todo” y se realiza por subgrupos”...(7). Es por esto que el número de personas que conforman el grupo, influye en su dinámica.

Reconocer una necesidad como común implica asumir la igualdad de intereses y el surgimiento de un objetivo común que esté relacionado con la posibilidad de satisfacer dicha necesidad.

Los objetivos pueden tener carácter manifiesto o no manifiesto. Para poder realizar modificaciones en función de las metas y necesidades comunes es que se plantea el llevar a cabo una tarea, se planifica la ejecución de una acción determinada. Esta situación se conoce como tríada necesidad - objetivo-tarea y constituye uno de los organizadores internos del grupo. El otro organizador es la mutua representación interna de los miembros, que hace referencia a una imagen personal y subjetiva de uno mismo, del resto de los participantes, de las propias relaciones con ellos, de las relaciones de éstos entre sí y de todos con los objetivos. Esta mutua representación alude, por un lado, a la síntesis que ha de construir el grupo como totalidad, en la cual cada miembro será un agente totalizador y por el otro lado, a la constitución grupal como internalización de los roles. Existen acciones de grupo que solo son posibles cuando cada uno de los participantes posee una representación interna que incluye las acciones de los demás y sus relaciones. Es por esto, que las representaciones operan como organizadores de las relaciones internas entre los miembros del grupo.

Esta situación de interrelación está vinculada con la interdependencia entre los miembros de un grupo. A medida que el acontecer grupal avanza en el tiempo, surgen un lenguaje común, códigos y sentimientos compartidos, que fortalecen el afianzamiento grupal. Hablar de relaciones entre los miembros del grupo se refiere a que cada individuo actúa y reacciona en relación a otros

7) Romero, Roberto. “Grupo. Objeto y Teoría”, 119.

individuos (este intercambio puede ser verbal o no verbal). El reconocerse como un todo provoca que el accionar de uno de los participantes influya sobre el resto, y viceversa. La cohesión grupal se puede corroborar a partir del énfasis existente en la cooperación más que en la competencia, en la atmósfera democrática, en los lazos de atracción entre los miembros y en el interés en la tarea. Los miembros del grupo con buena cohesión tienden a ser más atentos unos con otros, más propensos a los cambios y parecen resistir mejor las situaciones de prueba o frustración.

El hecho de que el grupo vaya construyendo su propia historia permite que se genere la "cultura grupal"; la cual se encuentra avalada por el marco cultural de la sociedad a la que pertenecen. Surge de la interacción de los miembros (atracción, rechazo, etcétera) y emocionalidad compartida. No está determinada en los comienzos del grupo, sino que su desarrollo es natural y espontáneo. Hace referencia a un "...conjunto interrelacionado de códigos de significación, históricamente constituidos, compartidos por un grupo social, que hacen posible la identificación, la comunicación y el intercambio"...(8). Abarca creencias, hábitos, valores, lenguaje, conocimientos, etcétera. El carácter de histórico se refiere, por un lado, a la actualidad político social que actúa como determinante en cuanto al momento vivido en relación a que posibilita el surgimiento de grupos con determinadas características y objetivos; y por el otro lado, a la propia historia grupal. La importancia de la cultura grupal reside en el hecho de que de no existir, todo grupo sería una serialidad, un conglomerado de individuos. La cultura del grupo se constituye a través de significados comunes, de la manera de definir las situaciones y las normas de comportamiento.

En relación al lenguaje, aparecen términos, palabras con significaciones

(8) Serrat, Mario : "Vocabulario para el estudio interdisciplinario de la discapacidad", 52.

específicas para el grupo, complicidades gestuales, contraseñas y actitudes que todos entienden. Aquí es donde comienza a marcarse una diferenciación entre el afuera y el adentro, entre los integrantes del grupo y las personas ajenas, entre el endogrupo y el exogrupo. La aparición del “nosotros” muestra el pasaje de la individualidad a lo grupal y en consecuencia, el afianzamiento de la representación interna de cada uno de los miembros y de la identidad grupal.

## ESTRUCTURA Y DINAMICA GRUPAL

El concepto de estructura surge de la mano de Saussure y Levy Strauss, quienes lo utilizaban para analizar la acción social como consecuencia del proceso de comunicación. Introdujeron un nuevo método de investigación de la realidad social, a partir de los avances de la lingüística y la semántica, ya que para la Teoría Estructuralista el rasgo fundamental que distingue al ser humano es la posesión del lenguaje (proyecta al exterior pautas conceptuales presentes en la mente del interlocutor). El método estructural consiste en analizar cada problema, hecho o fenómeno, dentro de la estructura en que se encuentra integrado y luego en estructuras más amplias.

A partir de allí, se utiliza el término estructura para designar el modo como las partes de un todo están articuladas, formando una totalidad concreta. Otorga significación a cada una de las partes, que son dependientes del todo y solidarias entre si, de tal manera que toda modificación en cualquiera de ellas afecta a las demás:

Desde la perspectiva grupal se dice que ...”el grupo constituye una unidad que se manifiesta como totalidad dinámica. Se concuerda con que el grupo no es la suma de sus miembros sino algo que va más allá, que constituye una estructura emergente de la interacción de los mismos que, a su vez, introduce cambios en la conducta de sus componentes”...(1).

Podría decirse que una estructura constituye una malla de relaciones

(1) Romero, Roberto: “Grupo. Objeto y Teoría”, 133.

entre elementos que forman un todo coherente. Para Kisnerman consiste en una ..."constelación o conjunto específico de elementos constitutivos de un todo, cuya razón de ser se define por su funcionalidad con miras a un objetivo determinado"...(2). Es por esto que se entiende que una estructura es un todo mayor a la suma de sus partes, dada las relaciones que existen entre ellas. Conocer las normas de una estructura grupal implica establecer el tipo de relaciones establecidas entre sus miembros. La forma como son utilizados los canales de comunicación determinan los diferentes tipos de estructura. Al mismo tiempo, se debe considerar que toda estructura tiende a preservar su equilibrio activo y estable a la vez. Activo en tanto la propia estructura busca compensar toda influencia que lo altere (externa o interna). Estable ya que toda fuerza desestabilizadora adquiere un sentido que neutraliza la posible alteración del equilibrio. Un cambio obliga a los distintos elementos a modificarse y reubicarse dentro del nuevo esquema. Las estructuras grupales más habituales son:

- Autocrática: los miembros reciben órdenes, no deciden. Comunicación cerrada, vertical, respetando jerarquías. El acceso a la información confiere status. Normas institucionalizadas. El líder no permite que los miembros crezcan. El grupo desaparece con el retiro del líder.
- Paternalista: el líder trabaja para el grupo de acuerdo a su capacidad de conocimientos. Toma decisiones para el bien del grupo, según como él las interpreta. Genera individuos inmaduros, incapaces de tomar decisiones.
- Permisiva: el líder orienta sin marcar conducción. Otorga al grupo total libertad para la acción. Baja productividad. Alta improvisación. Poca planificación.
- Participativa: los miembros pueden prescindir del líder. Diversas funciones pueden ser cumplidas por los distintos miembros del grupo. Comunicación abierta. Consenso en la toma de decisiones. Alta cooperación. El líder permite cambios. La interacción se basa en que cada miembro tiene

(2) Kisnerman, Natalio: "Servicio Social de Grupo", 111.



derecho y responsabilidad para contribuir en la tarea.

La interacción grupal promueve expectativas que facilitan la posibilidad de prever y anticipar conductas. Esa expectativa respecto de la conducta del otro es lo que se denomina rol. En él se conjugan derechos, obligaciones y una función a asumir. Ningún rol puede ser entendido únicamente a partir de las características individuales de quién lo desempeña, sino que debe ser entendido en función de la dinámica del grupo. En condiciones normales, cada uno debería poder asumir varios roles al mismo tiempo. Por ejemplo, se puede ser padre de familia en la casa, docente en la facultad y trabajar en una institución pública. Cada persona posee un mundo interno poblado de representaciones en la que cada uno está cumpliendo un rol, una función determinada. Es esto, lo que hace posible la predicción de las conductas.

Se establece un interjuego dialéctico entre el asumir y adjudicar roles, el cual permite la consolidación del vínculo. Si dentro de la estructura vincular, uno de los intervinientes no asume el rol adjudicado se produce un malentendido y se dificulta la comunicación.

Existen roles formales o prescriptos (aquellos determinados por la posición que ocupa un sujeto en una determinada institución) y roles informales (dependientes de la red de interacción grupal). Pichón Riviere dice que la estructura del grupo es consecuencia del interjuego de los mecanismos de adjudicación y asunción de roles. Al respecto plantea la existencia de roles típicos, que no son fijos o estereotipados, sino funcionales y rotativos:

- Portavoz: es aquel que en el grupo, en un determinado momento dice algo que denuncia el acontecer grupal, las fantasías, ansiedades y necesidades del grupo. No habla por sí solo, sino por todos. No es consciente de enunciar algo de significación grupal, sino que lo vive como propio.
- Chivo emisario: es aquella persona en la que el grupo deposita los aspectos negativos o atemorizantes del mismo o de la tarea.
- Saboteador: es aquel que intenta anteponer trabas o dificultades para la realización de la tarea.

- Líder: es aquella persona depositaria de los aspectos positivos del grupo. Es un facilitador potencial de la cohesión grupal, en tanto permita que los miembros crezcan. Es el resultante del tipo de estructura grupal. No es líder autocrático el que genera una estructura autocrática, sino quienes lo necesitan y lo eligen. Se considera que para que el líder sea participativo debe facilitar la libre expresión de las individualidades y la participación en la toma de decisiones. El ejercicio práctico del rol del líder depende de las normas colectivas, de la situación que se está atravesando y de la personalidad de quién lo ejerce.

El concepto de Dinámica Grupal fue popularizado por Kurt Lewin, quién lo utilizó para identificar al campo de fuerzas psicológicas y sociológicas que imperan en un grupo., entendiendo por fuerzas a los procesos y distintos movimientos que transcurren durante el acontecer grupal. Hoy en día, se refiere a que el grupo como totalidad se encuentra en un proceso en continuo movimiento, resultante de la energía (fuerza) que se desarrolla a partir de los integrantes y que se expresa en las relaciones intragrupales y en la actividad del mismo grupo dentro de un determinado espacio psicológico – social. La energía disponible puede ser utilizada para funciones de producción (realización de la tarea) o de mantenimiento grupal.

Un grupo no es una entidad fija sino móvil, de la cual forman parte fuerzas de atracción (cohesión) y fuerzas de rechazo (conflicto). La conducta de sus miembros tendería a resolver tensiones, a la búsqueda de un equilibrio entre las fuerzas que se encuentran en conflicto. Por este motivo, una situación conflictiva no es considerada como una amenaza, sino como un motor con presencia constante en el acontecer grupal. Aquellas situaciones conflictivas más comúnmente vividas pueden estar relacionadas con la competencia en la distribución del liderazgo, por la existencia de obstáculos en la realización de la tarea o por situaciones penosas que intentan evadir o evitar.

## PROCESO GRUPAL

Hablar de Proceso Grupal se refiere a ...” la evolución de un conjunto de acontecimientos que se reflejan en el funcionamiento y estructura grupales. Se asocia a la idea de devenir, suceder continuo, puesta en juego de la energía del sistema, movimiento, maduración, cambio”...(1). Constituye una secuencia de instancias a través de las cuales se crean y se transforman situaciones que remiten a la presencia de una estructura de roles y a un encuentro entre las personas con una trayectoria propia e históricamente situada. Es la vida evolutiva del grupo.

Atraviesa etapas que tienden a producirse naturalmente en la vida de todo grupo, con o sin intervención de un profesional. Diferentes autores han hecho referencia a modelos conceptuales respecto del Proceso Grupal. Zelia Torres denomina a las etapas como: pre grupo, transición y grupo. Para Natalio Kisnerman son: formación, conflicto, organización, integración y disolución. Renee Dupont Olivera las define como: dependencia hacia el líder, dependencia hacia el propio grupo y maduración. Enrique Pichón Riviere habla de : pre tarea, tarea y proyecto.

Existen situaciones y aspectos característicos a los cuales estos autores hacen referencia, a pesar de las diferencias en sus planteos. Entre éstos se encuentran: estado de confusión, miedos y ansiedades al momento de constitución del grupo, conflictos grupales previos a la consolidación de la estructura, alta productividad grupal luego que los roles fueron adjudicados y

(1) Di Carlo, E. y Equipo: “Trabajo Social con grupos y redes”, 274.

asumidos por sus miembros, desarrollo de la identidad grupal que puede favorecer o dificultar aspectos socio-operativos, y la culminación del Proceso Grupal. Cabe aclarar que la interrupción del Proceso Grupal por motivos internos o externos que impidan su prosecución no es considerado como la culminación del mismo.

Respecto de las etapas de dicho proceso, se considera que la pre tarea constituye el momento en que se evita comenzar a trabajar sobre una tarea específica. Se ponen en juego técnicas defensivas grupales movilizadas por la resistencia al cambio, y destinadas a postergar la elaboración de las ansiedades y miedos básicos: el temor a la pérdida de las estructuras ya existentes y el miedo al ataque en la nueva situación que se está atravesando y en la cual la persona se siente insegura. Estos miedos obstaculizan la situación de aprendizaje. Los miembros se muestran inseguros. Aparece el “como si”, es decir, actúan “como si” se efectuara una labor específica, “como si” estuvieran en tarea. En las primeras reuniones surge el liderazgo de quien se puede mostrar mejor, de quien puede hablar de si mismo y se convierte en líder por consenso de silencio. Aparecen las primeras normas, malentendidos y alianzas transitorias. Lo que se observa son maneras o formas de no entrar en la tarea.

El momento de la tarea consiste en el abordaje y elaboración de ansiedades, y en la posibilidad de acercarse al objeto de conocimiento ya que se produce la ruptura de pautas estereotipadas que dificultan el aprendizaje y la comunicación. Se trata de “hacer consciente lo inconsciente”. Existe una tarea explícita, la cual consiste en trabajar el tema del día, y otra implícita que consiste en elaborar dichas ansiedades. Los distintos roles se han definido. Aparecen los símbolos y la creatividad. La energía grupal se canaliza hacia la tarea u objetivo. Existe un ajuste entre las expectativas individuales, objetivos y realidad del grupo generando un alto nivel de productividad. La persona, a partir del contacto con la realidad, puede elaborar estrategias que le permitan intervenir en situaciones específicas provocando modificaciones. Estos cambios incidirán, en consecuencia, en experiencias futuras. De esta manera, la persona comenzaría a vivir un proceso de cambio.

Una vez finalizada la tarea surge el proyecto, el cual constituye la planificación para la acción futura. No implica, necesariamente, la muerte o disolución del grupo. Por el contrario, plantea la posibilidad de generar nuevas actividades a partir de nuevos objetivos.

Existen ciertos vectores que se utilizan con el fin de analizar el desarrollo del Proceso Grupal. Uno de ellos es la afiliación. Constituye el primer momento en la vida del grupo, en el cual sus miembros si bien forman parte de éste, aun no lo sienten como propio. Luego aparece la pertenencia, ya que existe un mayor grado de integración. Está relacionada con la mutua representación interna y con la necesidad de inclusión al grupo, o por el contrario, con el sentirse extraño. Está ligado con el grado de responsabilidad con el que se asume la tarea. La pertenencia provoca un clima de seguridad que favorece la tarea. Otro vector es la cooperación, que se encuentra relacionada con la solidaridad y la contribución (aún silenciosa) en la tarea. Constituye la posibilidad de sumar esfuerzos a través del desarrollo de roles diferenciados. La pertinencia implica sentirse orientado directamente hacia la tarea. Está relacionada con la creatividad y la productividad grupal. Otro vector es la comunicación que se da entre los miembros. Puede ser verbal o no verbal. Se considera como en todo proceso de comunicación la emisión del mensaje, el intercambio entre un emisor y un receptor y los ruidos y malentendidos. Así mismo, se considera la metacomunicación, es decir, el sentido real del mensaje. El aprendizaje se desarrolla por el aporte que cada integrante hace al grupo y se traduce en la resolución de las ansiedades básicas y en la posibilidad de abordar un objeto desde el conocimiento para poder operar con él, para poder realizar un cambio. Está ligado con el grado de adecuación de los miembros a la realidad. de seguridad que favorece la tarea. Otro vector es la telé. Consiste en la capacidad o disposición que cada uno de los miembros tiene para trabajar con otros. Como consecuencia de la atracción y simpatía que existe entre sus miembros, la telé genera un clima y dirección favorable hacia la tarea. La telé negativa se advierte ante las dificultades que los miembros plantean para trabajar con el otro como resultado de actitudes de rechazo o antipatía.

Dentro del Proceso Grupal, cada reunión de grupo atraviesa por tres momentos: apertura, desarrollo y cierre. Estos mismos son comparables con las tres etapas del proceso planteadas por Pichón Riviere.

## GRUPO DE AYUDA MUTUA

De acuerdo a lo explicitado por Enrique Gracia Fuster existen estudios antropológicos que han demostrado que los grupos de auto ayuda aparecieron en fases tempranas de las sociedades humanas, con el fin de facilitar la supervivencia. Diferentes tribus y clanes practicaron hábitos cooperativos en la recolección de alimentos y en la defensa del grupo contra el enemigo, proporcionaban apoyo material y emocional a las familias en caso de haber sufrido alguna catástrofe. Posteriormente y como consecuencia de los efectos negativos de la Revolución Industrial, surgieron organizaciones (sindicatos, gremios, cooperadoras, etc.) con el objetivo principal de cubrir necesidades sociales, económicas y de salud.

Sin embargo, no es hasta después de 1930 que se puede considerar a un grupo de auto ayuda como lo entendemos hoy. Durante esos años, en E.E.U.U., comienza a consolidarse uno de los grupos más relevantes de la historia: Alcohólicos Anónimos. En 1936 fue publicado un libro con dicho nombre. Sus autores fueron Bill Wilson y Bob Smith (médico). Dos alcohólicos recuperados que habían participado de un grupo de automejoramiento espiritual conocido con el nombre de "Grupo de Oxford", con el objetivo de superar dicha dependencia. El "Movimiento de Oxford" desapareció, pero el grupo de A.A. fue expandiéndose poco a poco. Establecieron como pautas del tratamiento el programa de los "12 pasos", el "solo por hoy" y la idea de que personas que han compartido experiencias similares pueden ayudarse mutuamente. El propósito inicial de Alcohólicos Anónimos fue el de ..."llevar el mensaje de esperanza o recuperación a los alcohólicos que aún sufren "...(1).

(1) Rogers, R. Y Mc.Millin, C. : "Si me amas, ayúdame. Alcohol y Drogas", 214.

Distintos grupos que han surgido posteriormente, han tomado el ejemplo de A.A. y han adaptado sus pautas de tratamiento de acuerdo a la temática a tratar: ALANON, NAR ANON, ALCO, Jugadores Anónimos, personas que sufren del mal de parkinson, cáncer, estrés, angustia, etcétera. Existen numerosos motivos por los cuales estos tipos de grupos se expandieron. Por un lado, por su efectividad en cuanto a la reducción de sentimientos de aislamiento y el incremento de la autoestima en personas que sufren, y por el otro lado, por ser más económicos que los sistemas formales tradicionales de tratamiento. En la medida en que estos grupos puedan reducir el estrés emocional y ayudar a mejorar la calidad de vida de las personas pueden ser considerados como recursos relevantes en el área de la salud.

Como consecuencia de las distintas modificaciones que los grupos de autoayuda han sufrido a lo largo del tiempo, ha surgido como alternativa el Grupo de Ayuda Mutua, que incorpora la figura de un coordinador profesional, no identificado necesariamente desde su propia con la problemática en cuestión.

En la actualidad, se define al Grupo de Ayuda Mutua como ..."grupos pequeños y voluntarios estructurados para la ayuda mutua y la consecución de un propósito específico. Estos grupos están integrados habitualmente por iguales que se reúnen para ayudarse mutuamente en la satisfacción de una necesidad común"...(2). La ayuda mutua ocurre cuando la persona que ayuda y la que recibe esa ayuda comparten una historia del mismo problema. Puede ocurrir en un contexto diádico o grupal. Se trata de dar y recibir para beneficio mutuo. Uno se ayuda ayudando a los demás y es ayudado recibiendo de los otros, con el fin de resolver los problemas prácticos de las situaciones que comparten. Enfrentando el problema de otra persona, aquella que ayuda tiene la oportunidad de observar su propio problema desde cierta distancia. La esencia de este proceso es la reciprocidad y su objetivo principal es el apoyo

(2) Gracia Fuster, E.: "El apoyo social en la intervención comunitaria", 58.



emocional, el cual se obtiene al compartir experiencias, información y estrategias de afrontamiento.

A pesar de que existe una gran variedad de Grupos de Ayuda Mutua en relación a los problemas que abarcan, existen ciertas condiciones intrínsecas que los caracterizan y que todos comparten. Estos grupos constituyen una fuente de apoyo social ya que reúnen a personas que comparten los mismos problemas y que se encuentran en estado de necesidad. Hace referencia a la experiencia común no sólo en relación al mismo problema sino también a los sentimientos similares acerca de ese sufrimiento. Compartir y explorar esa experiencia común enriquece y profundiza la cohesión y pertenencia grupal. Al ingresar un nuevo miembro, generalmente, se produce un proceso de identificación con alguno de los otros miembros en tanto las interacciones se establecen en base a sentimientos comunes. Esa identificación resulta importante ya que posibilita al nuevo miembro a sentirse menos aislado, a enfrentar ciertos miedos y a recuperar la autoestima. Además, este proceso ayuda a la persona a revelar sentimientos personales profundos.

Las personas que se encuentran en esta situación, generalmente, tienden a sentirse aisladas y confundidas. En este sentido, hablar sobre esos problemas con otros que atraviesan experiencias similares puede servir de ayuda. En estos grupos es habitual la revelación de vivencias personales, pensamientos, emociones o fantasías que normalmente no se transmitirían a otras personas. No sólo el carácter de anónimo y confidencial del grupo facilita esta situación de "autorrevelación", sino también el hecho que la interrelación se realiza basada en la aceptación, evitación de juicios valorativos y actitudes tolerantes. El grupo facilita la descarga emocional (catarsis) y ofrece esperanzas respecto de la solución de los problemas. Probablemente, el apoyo emocional sea una de las características más significativas para los miembros del grupo.

La información que se disemina a través de los Grupos de Ayuda Mutua tiene su origen, en gran medida, en el conocimiento experiencial. Al estar formado por personas que se encuentran en diferentes estadios del manejo del

problema, el miembro nuevo puede obtener información de aquéllos que han atravesado períodos similares. Esa información puede servir para mejorar la capacidad de afrontamiento, para anticipar situaciones o para poder analizarlas o comprenderlas. Algunos grupos organizan charlas con profesionales, cursos y/o publican diversos materiales (boletín informativo, revistas, etc.) como medio educativo.

El proporcionar una razón y una lógica a los problemas, así como una forma para manejarlos genera en la persona un proceso de cambio de la percepción y comprensión de sus problemas, en tanto esa reestructuración influya en la conducta. Apoyar el cambio de actitudes hacia sí mismo y hacia los otros, ampliar el marco de percepción de los problemas, fomentar la capacidad crítica respecto de las situaciones problemáticas, generar una actitud más analítica y reducir o eliminar sentimientos de aislamiento o exclusión, constituyen hechos que favorecen este proceso de cambio.

Los sentimientos de aislamiento, en la mayoría de los casos, surgen como consecuencia de creencias que indican que “nadie más tiene ese problema”, que “no hay nadie que comprenda lo que significa este problema” o “no hay nadie que pueda ayudarme”. Además, si el problema se encuentra estigmatizado socialmente, la persona tiende a automarginarse, produciendo un retraimiento social. Por este motivo, la posibilidad de integrar un grupo, y su socialización consecuente, colaboran con la reducción de ese sentimiento.

La modificación de las percepciones y de las actitudes personales, la adquisición de información, el apoyo emocional recibido, el ser escuchado, el poder utilizar la propia experiencia para ayudar a otros son hechos que posibilitan que la persona sienta que puede resolver o manejar sus propios problemas y que el grupo constituye un medio efectivo para esto. De esta manera, se modifica el concepto que la persona tiene de sí mismo y su autoestima. Estos grupos intentan reconocer las potencialidades y devolver los sentimientos de control a sus miembros. Además, ayudan a superar la pasividad ante el afrontamiento de los conflictos y la toma de decisiones y, por

lo tanto, a que los miembros asuman la responsabilidad sobre las diferentes áreas de su propia vida.

Los Grupos de Ayuda Mutua tienden a capacitar a sus integrantes a sentir y utilizar su propia fuerza y poder.

## EL ROL DEL T. S. COMO COORDINADOR DE GRUPO

El Trabajador Social, dentro de una estructura grupal, asume un rol formal o prescripto, determinado por la Institución que encuadra su tarea y que, al mismo tiempo, le otorga status a su intervención. Esto puede ser considerado como una situación ventajosa ya que permite conocer de ante mano su función, la cual se encuentra condicionada por los objetivos profesionales y grupales.

La práctica profesional se basa en un largo período de formación y en el acceso a un determinado cuerpo de conocimientos. Una postura profesional rígida puede generar relaciones asimétricas, en las cuales el T.S. asuma el rol de proveedor de ayuda y de conocimientos y el sujeto sea quién necesita de sus servicios. Pero para poder actuar en un grupo, el profesional debe poseer una amplia concepción del mundo y de la vida. Debe estar libre de interpretaciones esquemáticas, de prejuicios o de rechazos irracionales frente a las distintas formas de vivir y de pensar. Es importante que posea disposición al cambio y que facilite y promueva la revisión consciente de conductas y sentimientos de los integrantes y del grupo en si mismo. Su accionar debe basarse en el respeto por el otro y en la igualdad humana.

Diferentes autores se han manifestado respecto de las actitudes o cualidades que deba poseer un T.S. como coordinador de un grupo. Al respecto, Di Carlo plantea la existencia de la actitud educadora y la actitud asesora.

El profesional se encuentra en un grupo para trabajar con él, con el fin de que puedan alcanzar sus propios objetivos, no para ser su líder o conductor. El T.S. adoptaría una posición neutral (neutralidad valorativa no debe confundirse con indiferencia o pasividad) como parte de la actitud asesora. El grupo y cada uno de sus miembros es considerado como una realidad a la cual corresponde

aceptarla como tal. El profesional no impone sus creencias o valores, sino que ayuda a los miembros a que analicen sus conductas y las posibles consecuencias. Debe tender a que el grupo advierta lo lógicamente implicado en la forma y contenido de las decisiones. Además, debe ayudar a clarificar sentimientos confusos en el marco de la comunicación grupal que posibilita el comentarlos.

El Trabajador Social debe generar un ambiente donde lo reflexivo sea considerado como relevante respecto del análisis de los problemas. No puede desarrollar esta actitud si no cree en las capacidades y potencialidades de los individuos y del grupo en sí mismo. No dice qué es lo mejor o lo peor, sino que debe provocar al grupo para que reflexione sobre el asunto (mayéutica). Además, el T.S. debe saber esperar cuando no comprende que es lo que está sucediendo en el ámbito grupal. Esto hace posible, por un lado, que el grupo descubra, defina y desarrolle sus propias capacidades y, por el otro, permita al profesional advertir los mecanismos de comunicación intragrupal.

Respecto de la actitud educadora, la misma consiste en brindar al grupo información orientadora y criterios de valores sociales. El T.S. trata de guiar, orientar a la persona para que por sí misma pueda resolver los problemas que le obstaculizan alcanzar un equilibrio dinámico. En tal sentido, Di Carlo plantea que el profesional es un educador social ...”por ser capaz de aplicar el enfoque y los medios educativos al mejoramiento del hombre en particular y de la sociedad en general”...(1).

El Trabajador Social, además, ayuda a los miembros a que reconozcan y respeten los valores diferentes a los propios, siempre que se encuentren dentro de los socialmente aceptados. Debe tener la voluntad de propiciar el

(1) Di Carlo, Enrique y Equipo: “Trabajo Social con Grupos y Redes”, 92.

diálogo, de comunicar lo que observa y piensa, así como de transmitir conocimientos y herramientas útiles para la vida diaria. Debe comprender la variedad de expectativas, convicciones y vivencias que sean manifestadas en la experiencia grupal. No se ocupa únicamente del desarrollo y clarificación de las tendencias y potencialidades , sino que aporta elementos y pautas de acción que faciliten la vida grupal, que sean socialmente válidas y que fomenten el análisis valorativo de la realidad.

Los aportes que el profesional haga al grupo, sus críticas, y valoraciones no deben estar originadas en impulsos irracionales, deseos o problemas propios. Cuando interviene debe hacerlo desde una cierta imparcialidad, y a partir de una visión más amplia que la del resto de los integrantes, sin perder cierta espontaneidad que le exige el dinamismo de la experiencia grupal.

Ana Quiroga plantea que existen momentos en los cuales el T.S. corre el riesgo de intervenir a partir de pensamientos esquemáticos. Uno de éstos es el inicio, el primer contacto con el grupo. La ansiedad ante un nuevo objeto de conocimiento puede, en ciertas circunstancias, obstaculizar la observación y la capacidad de conectarse con los sentimientos propios y fantasías. Otro momento de riesgo lo constituye cuando el T.S. ha adquirido experiencia en este rol. Está relacionado con el adormecimiento de la capacidad de asombro, del poder reconocer lo singular, único e irrepetible de cada grupo y, por lo tanto, con el coordinar desde lo esperable, lo ya sabido.

Carl Roger aporta el concepto de empatía, el cual se define como la capacidad de percibir con exactitud el marco de referencia interno de otra persona. Se trata de “ponerse en el lugar del otro” , de poder captar la forma de sentir y pensar de la persona con la cual se está trabajando, pero sin perder la condición del “como si”. El poseer una actitud empática ayuda al profesional a captar la esencia del individuo y el origen del problema. Gisela Konopka dice que el Trabajador Social ...” deberá sentir simultáneamente como la persona o grupo con los que trabaja, y , en forma diferente como el que ayuda”...(2). Además, Roger plantea que el ser congruente con uno mismo, el poseer atención positiva hacia el otro (aceptar manifestaciones ajenas) y el ser

empático constituyen condiciones para que la comunicación establecida sea auténtica.

Existen funciones del Trabajador Social que corresponden con el rol de coordinador de grupo:

- brindar sostén afectivo
- promover la reflexión
- promover la participación
- facilitar el reconocimiento de los propios recursos
- estimular la autoestima
- promover metas y tareas
- favorecer el vínculo solidario entre los integrantes
- favorecer la comunicación
- estimular y orientar la organización grupal
- reducir tensiones
- clarificar dudas
- confrontar experiencias, pensamientos y sentimientos
- brindar información y asesoramiento
- acompañar
- etcétera.

Lo cierto es que el profesional (coordinador) debe asumir estas funciones de acuerdo al momento y etapa de la vida del grupo.

(2) Di Carlo, E. y Equipo: "Trabajo Social con Grupos y Redes", 172.

## FAMILIA

Desde el punto de vista de la estructuración social, se define a la familia como la base de toda sociedad. Esta existe en la gran mayoría de las sociedades orientales y occidentales. Se considera, sin embargo, que el concepto de familia trasciende dicha explicación. La familia es la encargada de atender las necesidades básicas y de satisfacer las necesidades psicológicas fundamentales de sus miembros. Como transmisora de pautas culturales debe imbuir de sentido de valor y dignidad a sus integrantes. Cada familia posee sus propios patrones, metas y formas de interactuar y de cumplir sus funciones; además de su propias creencias acerca de las relaciones entre las personas, que son transmitidas de una generación a otra.

La familia constituye el grupo primario más importantes de nuestra sociedad, entendiendo por éste al grupo donde ...”los miembros se hallan ligados unos a otros por lazos emocionales cálidos, íntimos y personales; poseen una solidaridad inconsciente basada más en los sentimientos que en el cálculo. Tales grupos pertenecen generalmente a la clase de los pequeños grupos, de contacto directo, espontáneos en su conducta interaccional, y orientados, aunque no necesariamente en forma explícita, hacia fines mutuos o comunes”...(1). Se lo denomina primario porque es fundamental en la formación de la naturaleza social y de los ideales de los individuos. La asociación íntima genera la fusión de las personas en un todo. La utilización del término “nosotros” es la expresión natural de la mutua identificación. En éste, los individuos se entrenan para la vida social y construyen sus hábitos y actitudes.

(1) Olmsted, Michael :” El Pequeño Grupo”, 11.



Andolfi define a la familia como ...”un sistema abierto constituido por varias unidades ligadas entre si por reglas de comportamiento y por funciones dinámicas en constante interacción entre si e intercambio con el exterior”...(2). Aclara que se la considera sistema porque supera y articula los componentes individuales y abierto porque intercambia materiales, energía e información con su ambiente.

La familia se relaciona con otros sistemas (escuela, amigos, trabajo, etc.), a partir de un proceso dialéctico tendiente a mantener un equilibrio dinámico. Está condicionada y , al mismo tiempo, condiciona las normas y valores de la sociedad a la cual pertenece.

Como sistema en constante transformación, se adapta a las diferentes exigencias de los diversos estadios de desarrollo y del momento histórico social que está atravesando, con el objetivo de asegurar su continuidad y crecimiento. Además, desarrolla reglas, que pueden ser modificadas, que permiten que los miembros experimenten aquello que está permitido y aquello que no lo está, con el fin de lograr una definición dinámica del modo de interactuar.

La familia nunca es estática. Se halla constantemente involucrada en una serie de transacciones y relaciones recíprocas con otros sistemas. Como parte de una estructura social mayor, es afectada por las decisiones políticas y actitudes sobre los grupos socioeconómicos que existen dentro de la sociedad. Las frustraciones que sus miembros experimentan en relación con otros sistemas afectan la forma en que la misma funciona e interactúa. Como resultado de esto, es común que sus miembros reaccionen unos contra otros. Por ejemplo, la falta de empleo o el trabajo mal remunerado limita a la familia y genera tensión entre sus miembros. La escasez de trabajo ha hecho que muchas de éstas se hallan alejado de las relaciones a las cuales estaban

(2) Andolfi, Mauricio :” Terapia Familiar. Un Enfoque Interaccional”, 18.

acostumbradas. Otras migran en búsqueda de oportunidades para mejorar (elevar el nivel de vida), debiendo adaptarse a nuevas costumbres y nuevos grupos sociales.

Otro hecho relevante es el aumento de divorcios en las distintas clases sociales (la extensión de los valores posmodernos de autonomía personal y de libre elección de la pareja posee como contracara la libertad de cortar vínculos cuando el costo personal de la convivencia conflictiva supera cierto umbral). Una proporción creciente de familias posee como jefe de hogar a una mujer. Una de las dificultades que ellas deben afrontar es el ingreso insuficiente. Muchas de sus necesidades personales y sociales suelen ser satisfechas solo bajo circunstancias excepcionales. El trabajo extra doméstico de las mujeres no implica necesariamente una transformación en las relaciones de género. La existencia de jardines maternales alivia la carga de las tareas, pero no modifica las responsabilidades (la posible reestructuración depende de la negociación intradoméstica de cada familia). Pero más allá de la necesidad generada a partir de una situación de divorcio, lo cierto es que el número de mujeres que trabajan ha aumentado considerablemente, reflejando – de esta manera - la necesidad económica y los cambios estructurales.

Ronald Laing plantea que ...” lo que internalizamos es la familia como sistema. No los elementos aislados, sino las relaciones y operaciones entre los elementos y conjuntos de elementos. Los elementos pueden ser personas, cosas u objetos parciales. Los padres son internalizados como unidos o distanciados, juntos o separados, próximos o alejados, como personas que se aman , se pelean ”...(3). Los miembros pueden sentir, en mayor o menos grado, que se encuentran dentro o fuera de la familia según sientan o no que

(3) Laing, Ronald :” El Cuestionamiento de la Familia”, 16.

se encuentran incluidos en el conjunto de relaciones que forman parte de las internalizaciones de los otros miembros. Lo que se internaliza son pautas de relación, que están determinadas por los requerimientos que impone cada miembro sobre los demás, y a partir de las cuales cada persona desarrolla una particular estructura grupal. Joseph Pérez define a la estructura familiar como ...” el conjunto invisible de demandas funcionales que organiza las diferentes formas de interacción entre los miembros de una familia “...(4). No se basa en la estructura jerárquica interna de la familia, sino en los requerimientos y expectativas de sus miembros.

A raíz de los cambios sociales, existen nuevas necesidades que originan nuevas formas de agrupamiento familiar, que desbordan los modelos fijados por las instituciones y a nivel legal. Una de las pocas leyes que permanece inalterable es la prohibición del incesto. Estas “nuevas familias” deben crear sus propias normas en lo que respecta al funcionamiento de sus vínculos y la convivencia. Las combinaciones y posibilidades son múltiples. En la actualidad, de acuerdo Eva Giverti, existen las siguientes consideraciones respecto de la familia:

- Nuclear: Pareja monógama y heterosexual con hijos (generalmente dos).
- Extendida (o extensa): Incluye a padres, hijos, abuelos y/o tíos.
- Ensamblada o Reorganizada: Padre y madre divorciados o viudos y vueltos a casar por segunda o tercera vez, con hijos de las relaciones anteriores y del matrimonio actual.
- Nuclear Incompleta o Monoparental: Persona soltera, divorciada o viuda con hijos, con ausencia de una de las figuras parentales.
- Unipersonal: Persona sola, viuda o divorciada.
- Homosexual o Gay: Pareja del mismo sexo que convive bajo un mismo techo, con o sin hijos.

(4) Pérez, Joseph: “Terapia Familiar en el Trabajo Social”, 51.

- De Cohabitación: Pareja heterosexual monogámica que convive sin haberse casado legalmente.

Ante la variedad de estructuras familiares, es importante hacer mención del concepto de “grupo conviviente”. Hace referencia a un grupo de personas que conviven bajo un mismo techo. No constituye una condición obligatoria que estén ligadas por lazos consanguíneos. Está relacionado con el hogar, con lo doméstico (allí se lava, se cocina y se come). Dado que la familia es definida como un sistema de relaciones personales que se internaliza puede, en algunas ocasiones, coincidir con el concepto de grupo conviviente.

La familia debe preparar a sus miembros para la vida afectiva, para ser persona identificada con una sexualidad asumida, con un rol aprendido, capaz de comunicarse, de dar y recibir afecto. Debe preparar a sus miembros para la vida social, para ser capaz de integrarse aceptando y siendo aceptado. Por esto, se consideran funciones de la familia (según lo expresado por el Dr. Enrique D. Gutiérrez en 1987 en las Jornadas de la Sociedad Argentina de Ginecología Infanto – Juvenil ):

- Alimentación y Abrigo: No solo comida y ropa, sino también nutrimento espiritual, emocional e intelectual.
- Promoción de la Identidad Individual: Ligada a la identidad familiar y a los grupos de pertenencia.
- Promoción de la Identidad Sexual: Es fundamental para preparar al individuo en la conciencia y aceptación de la propia identidad.
- Promoción del Aprendizaje Afectivo: Cada familia tiene su forma de dar y recibir afecto.
- Promoción de la Prestancia de la Relaciones Interpersonales: (saber ubicarse en las relaciones humanas). Es un aprendizaje cotidiano que se da a través de la exhibición de la manera como se relacionan los padres entre si y con otras personas.
- Identidad Social y Proyección en la Comunidad: La familia señala, trasmite e inculca la identidad nacional y cultural de sus miembros.

- Estimular y Facilitar la Capacidad Creativa: En los primeros años de vida, la familia es promotora de la cultura y capacidad creativa. En aquellas que destacan el valor de la educación y la creatividad, los hijos tienden a imitar ese camino.

La familia ocupa un rol preponderante en el proceso de socialización primario. Constituye un proceso acumulativo que comienza en el nacimiento del niño e involucra la incorporación a otros grupos y relaciones, la transmisión de normas culturales y sociales, y el desarrollo de las capacidades individuales. Los padres son los portadores de cultura. Sus creencias y valores determinan las prácticas de crianza de los hijos que ellos consideren apropiadas y saludables. Depende no solo de modelos sociales, sino también de intercambios emocionales conscientes e inconscientes. Es un proceso dinámico entre persona y sociedad dentro del cual la persona es objeto y sujeto de esa acción. ...”Las necesidades y los patrones de desarrollo de los niños no pueden estar separados del ambiente en que éstos crecen ni de las necesidades de la comunidad, así como tampoco de las demandas que ésta hará al niño que se convierta en un miembro adulto útil de la sociedad”...(5). El desarrollo y la socialización del niño ocurren naturalmente mas allá del medio social; sin embargo, el contexto lo favorece u obstaculiza.

La familia, como unidad, atraviesa distintas etapas de un proceso dinámico denominado “ciclo vital”, que se renueva permanentemente. Las fases principales están marcadas por hechos específicos, situaciones críticas que son propias y características de la vida humana. Frente a este devenir, generalmente, siente la necesidad de revisar su modalidad de funcionamiento, la cual resultaría inadecuada en relación a la nueva situación estructural. De no existir un proceso de reorganización, de acomodamiento, la familia se expone a vivencias estereotipadas, y en algunos casos , patológicas.

(5) Lieberman, F. :”Trabajo Social, el niño y su familia”, 54.

El “galanteo” constituye la etapa en la vida de los jóvenes que aprenden a manejarse con el sexo opuesto, con el objetivo de encontrar un/a compañero/a con quien establecerse. Algunos no pueden, por diferentes circunstancias, superar esta etapa y viven en un constante “galanteo”. Son variados los motivos que hacen que la pareja decida contraer matrimonio o convivir bajo un mismo techo. Constituyen dos sujetos que poseen diferentes reglas y modelos comunicativos (surgen, en gran parte, de las relaciones parentales), que deben elaborar acuerdos necesarios para cualquier par de personas que viven en íntima relación. Deben acordar nuevas maneras de manejarse con amigos, con otros pares y con la familia de origen. Implícita o explícitamente, han de resolver una extraordinaria cantidad de cuestiones, algunas relacionadas con aspectos prácticos de la vida cotidiana. Durante esta etapa, elaboran modos de resolver los desacuerdos y de dejar cosas en claro. La independencia que el matrimonio alcanza respecto de la familia de origen debe permitir, al mismo tiempo, el mantenimiento del involucramiento emocional con los respectivos parientes. La información respecto del significado del matrimonio y la experiencia real constituyen dos órdenes de conocimientos diferentes.

El nacimiento de los hijos plantea nuevos cuestionamientos y desestabiliza antiguos acuerdos. Anteriormente, el juego planteado por la pareja es un juego íntimo de dos. Con la llegada del primer hijo se genera una relación de tres. En muchas ocasiones, la pareja tiende a resolver los problemas utilizando al niño como chivo emisario y transformándolo en excusa para los nuevos problemas y para aquellos aún no resueltos. Por otro lado, el nacimiento de un niño crea abuelos y tíos( de ambos lados de la familia)...” Siendo padres, son menos hijos, y se individualizan en mayor medida como adultos; pero el niño los introduce mas en la red total de parientes, en cuanto se modifica la índole de los viejos vínculos y se forman otros nuevos.”...(6). La pareja debe redefinir tanto las reglas internas como las externas. Las fronteras fijadas deben abrirse y redefinirse hacia el exterior (parientes).

Luego deviene un período intermedio, el cual comienza con la crianza de los hijos, la responsabilidad sobre ellos y hasta que ingresan a la vida adulta.

...”Es un período en el que la relación matrimonial se profundiza y se amplía, y se han forjado relaciones estables con la familia extensa y con un círculo de amigos. Lo difícil de la crianza de niños pequeños ha quedado atrás, y ha sido reemplazada por el placer compartido de presenciar cómo los hijos crecen y se desarrollan en modos sorprendentes. Han mantenido la estabilidad de la familia por medio de complicadas pautas de intercambio para resolver problemas y para evitar resolverlos”...(7). Este período genera la necesidad a los padres, al estar los niños menos tiempo en el hogar, de comprender que los hijos partirán y ellos se quedarán solos y frente a frente. Es necesario que la familia aumente la flexibilidad para permitir la desvinculación paulatina de los hijos.

Es así como llega al destete de los padres. Cuando el joven abandona el hogar y comienza a establecer su propia familia, los padres deben elaborar una nueva relación como pareja (al encontrarse solos) y nuevas reglas a fin de poder participar en la vida de sus hijos. Deben asumir que están en camino de convertirse en abuelos; teniendo en cuenta las diferencias generacionales se deben relacionar interdependientemente. Además deben poder abrir sus fronteras hacia los yernos y nueras. ...”Una nueva dificultad marital que puede emerger en esta época es que los padres se encuentren sin nada que decirse ni compartir. Durante años no han conversado de nada, excepto de los niños. A veces la pareja empieza a disputar en torno de las mismas cuestiones por las que disputaban antes de que llegaran los hijos”...(8). Si esta situación conflictiva no es elaborada y resuelta, pueden llegar al divorcio.

Finalmente, la pareja se aleja de la vida activa. La jubilación de uno de los dos miembros de la pareja, puede provocar un desequilibrio en la relación, cuyo origen sea que a partir de ese momento compartirán veinticuatro horas

(6) Haley, Jan: "Terapia para resolver problemas", 46.

(7) Idem, 50.

(8) Idem, 53.

frente a frente. Sin embargo, en otras ocasiones, la pareja puede recibir esta modificación con armonía. Es importante, como en las etapas anteriores, que los miembros realicen una renegociación de las reglas internas y una redefinición de los deberes y espacios individuales.

Cabe aclarar que estas etapas del ciclo familiar pueden ocurrir aún cuando la totalidad de sus miembros no convivan bajo un mismo techo, por ejemplo en el caso de un divorcio o que uno de los padres se ausente un largo período de tiempo por cuestiones laborales. Además, bajo ciertas circunstancias, se generan nuevas etapas que este autor no menciona. Éstas pueden estar relacionadas, por ejemplo ante una situación de divorcio, con la reorganización de la familia y la incorporación de nuevos miembros a la misma.



## FAMILIA Y CRISIS

La familia representa mucho más que cuidado y apoyo mutuo. Constituye un espacio donde las personas realizan profundas experiencias humanas: intimidad y pasión, identidad e individualidad, conexión con el pasado y la creencia sobre el futuro, etcétera. Sin embargo, la familia constituye un espacio paradójico. Es el lugar del afecto y de la intimidad y, al mismo tiempo, constituye un espacio privilegiado para la violencia doméstica. Violencia que no se hace pública y cuyos únicos testigos son los mismos miembros de la familia. El silencio, generalmente, se mantiene para preservar la imagen o por miedo al castigo social. Además, constituye el ámbito donde se verifica y reproducen las desigualdades entre el hombre y la mujer, el maltrato y actitudes autoritarias e individualistas.

La familia como sistema puede ser abierto o cerrado. Es abierto hacia el mundo interno de los individuos que lo conforman y desde el cual intercambian vivencias e información; y hacia la estructura social que le impone sus normas y determina algunos de sus valores elementales. Constituye un sistema cerrado cuando niega el significado de la relación, tanto interna como externa.

Una familia es funcional cuando su estructura es flexible, cuando es capaz de modificar sus patrones de interrelación, adaptarse a los cambios y asumir nuevas funciones en correspondencia con la evolución de su ciclo vital. Como sistema que se adapta a las diferentes exigencias de los diversos momentos por los que atraviesa, permite asegurar su continuidad y el crecimiento psicosocial de los miembros que la componen. Este proceso ocurre a través de un equilibrio dinámico entre dos funciones aparentemente contradictorias: tendencia homeostática y capacidad de transformación. Una familia es considerada disfuncional cuando posee una estructura rígida, que dificulta el desarrollo del proceso de autonomía e individuación de sus integrantes y el intercambio de afecto, comunicación y apoyo. ...”los sistemas

familiares en los que se ha estructurado en el tiempo un comportamiento patológico en alguno de sus miembros, tienden a repetir casi automáticamente transacciones dirigidas a mantener reglas cada vez más rígidas al servicio de la homeostasis”...(1).

Así, la tensión que surge ante una situación de crisis generada por cambios (ruptura del equilibrio homeostático) intrafamiliares ( nacimientos, luto, divorcio, etcétera) o en el intercambio con el medio ambiente ( cambios en las condiciones de trabajo, mudanzas, etcétera) requerirá de un proceso de adaptación, es decir, de una transformación en las relaciones familiares que posibilite alcanzar nuevamente la homeostasis necesaria para mantener la funcionalidad de la familia.

Cabe aclarar que dentro del ciclo vital de la familia se suceden momentos de rigidez y flexibilidad alternativamente, que caracterizan la propia funcionalidad del sistema.

Para que una situación de disfuncionalidad sea considerada patológica es necesario que la tensión y el estancamiento (no evolución) del sistema no sean elaboradas y se perpetúen en el tiempo. Los miembros, generalmente, no se atreven a enfrentar cambios por miedo a sufrir a algún tipo de pérdida o a padecer dolor. De esta manera, las relaciones entre los miembros de la familia son estereotipadas y las relaciones con el medio son reducidas.

En un grupo familiar disfuncional quien emerge, generalmente, es quien se enferma. La enfermedad puede manifestar como infarto, intento de suicidio, úlcera, adicción, etcétera. El enfermo es quien, desde esa posición, denuncia que el grupo está atravesando una situación problemática. La misma refiere, generalmente, formas de relacionarse que obstaculizan la resolución de

(1) Andolfi, Mauricio: “Terapia familiar. Un enfoque interaccional”, 19.

conflictos, el aprendizaje, la adecuada distribución de roles y funciones,, comunicación y crecimiento de sus miembros. ..." La enfermedad de uno de los miembros es síntoma del funcionamiento de la estructura"...(2).

Las manifestaciones y las conductas de los miembros de la familia son consideradas significativas en tanto permiten advertir un estilo de comunicación en el cual tienden a predominar los malentendidos (distorsión de la realidad en las imágenes que cada uno tiene del otro) y un modo de interactuar estereotipado y repetitivo. Así mismo, permiten observar las manifestaciones del conflicto, los miedos y los mecanismos de defensa.

Las crisis, generalmente, son vividas como situaciones caóticas y de confusión. Los diferentes aspectos de la realidad de las personas se confunden, provocando temor y dificultando la capacidad de advertir y analizar los hechos que ocurren. Por este motivo, tienden a sentirse paralizados y con miedo a actuar. Sin embargo, desde el Trabajo Social las crisis son consideradas como oportunidades de cambio, de modificación hacia una situación de acomodamiento y , en consecuencia, de reducir la tensión.

¿De qué manera se expresa el grado de funcionalidad de la familia?  
¿Cómo se manifiestan las crisis? ¿Qué aspectos de la realidad de la familia debe analizar el Trabajador Social con el fin de evaluar esa situación?

Es a partir de la vida cotidiana, entendida como ámbito microsocial, que el Trabajador Social desarrollará su práctica profesional. La misma es considerada como un espacio concreto en el cual los sujetos construyen y configuran la sociedad y le dan sentido a la vida propia. Se manifiesta como un conjunto multitudinario de hechos, objetos y relaciones. Está conformada

(2) Quiroga, Ana: "Enfoques y perspectivas en Psicología Social", 64.

por la familia, el trabajo y el tiempo libre. Se la podría definir como ...”un conjunto de fenómenos en el que se expresa un modo de organización material de la experiencia humana en un contexto histórico social determinado”...(3).

El modo de vivir lo cotidiano se transforma en un mecanismo irreflexivo y no consciente de acción. Permanentemente, las personas realizan acciones sobre las cuales no se interrogan. Las actividades diarias se presentan como algo que no tiene sentido cuestionar ni problematizar, forman parte de un todo conocido que no requiere ser verificado. En cierta forma, la realidad social se muestra y se oculta en la vida cotidiana. Se muestra en los hechos y se oculta en su propia representación social. ¿Qué se oculta? La gran cantidad de experiencias, recursos y condiciones de vida diferentes que existen en una misma sociedad. Aquello que resulta familiar, cercano e inmediato se lo considera como obvio y, bajo esta condición, se transforma en desconocido.

Si es en la vida cotidiana que se manifiestan las crisis familiares, y si es a partir de ésta que el Trabajador Social interviene en una situación problema, ¿De qué manera resulta viable modificar esa situación de crisis?

En principio, para poder modificar un objeto es necesario conocerlo, realizar una aproximación. Ante esta circunstancia, es la persona protagonista de la situación problema quien posee los medios para transformarla, mediante el análisis de los hechos. Se trata de examinar lo ocurrido, romper con el mito de lo obvio. Debe introducirse una distancia óptima entre el sujeto y su situación para que pueda preguntarse cuánto existe de verdadero y/o mítico en el relato sobre su cotidianeidad. ...” La crítica de la vida cotidiana implicaría el estudio de las leyes objetivas que rigen en cada formación social concreta la emergencia, la decodificación de las necesidades de los hombres. La organización y las modalidades de respuesta social a esas necesidades”...(4).

(3) Quiroga, Ana: “Crítica de la Vida Cotidiana”, 12.

(4) Idem, 16.

Generalmente, la persona no realiza una crítica sobre su cotidianeidad, ya que la vive como natural, como obvia y socialmente aceptada. Romper con la familiaridad (hábitos, conductas, relaciones interpersonales, pensamientos, etcétera) implica poder descubrir cuáles son las leyes que rigen el funcionamiento del sistema familiar. Además, implica poder analizar las experiencias y las vivencias inmediatas de las personas. Para poder cuestionar la vida cotidiana es necesario que se produzca una situación de crisis entre el sujeto y sus relaciones (interjuego necesidad/satisfacción). Debe ocurrir un quiebre de lo natural, una situación de asombro o de contradicción entre la experiencia, las necesidades y la representación social de ambas. Lo cotidiano puede hacerse consciente cuando se registra que provoca dolor.

Una situación de crisis provoca sentimientos de inseguridad, miedo y angustia. En algunas personas estas ansiedades generan una necesidad de actuar, de resolver el problema. Otras personas tienden a sentirse desbordadas, provocando un descenso del umbral de tolerancia a la frustración y, en consecuencia, incapacidad de actuar. Constituye un objetivo del Trabajador Social acompañar a las personas en el proceso de reflexión y crítica de la vida cotidiana.

## ADICCIONES

### CONSIDERACIONES GENERALES

Si bien el ser humano recurre a las drogas desde hace siglos, es en la década del 60, que se multiplica el número de personas consumidoras de sustancias tóxicas, transformando este hábito en problema social. Este hecho está íntimamente relacionado con el surgimiento de movimientos juveniles (el más importante y perdurable es el Hippismo) , que planteaban un modo de vida alternativo a la cultura dominante (la de los adultos) y utilizaban las drogas como parte de su identidad. Fumar marihuana era aceptado por estos grupos. Surgieron drogas sintéticas, como consecuencia de los avances químicos y ante la necesidad de buscar nuevas sustancias que otorguen la posibilidad de obtener placer y de producir alucinaciones. El carácter hipnótico de las drogas era ofrecido como cualidad ante los potenciales consumidores.

Desde una perspectiva histórica, son múltiples los factores que favorecieron el aumento del consumo de dichas sustancias.

La creación de laboratorios clandestinos, por parte de los proveedores, con el fin de elaborar drogas más potentes permitió la diversificación de la oferta.

El tráfico de estupefacientes produce cientos de millones de dólares de ganancia en el mundo entero. La demanda de drogas ha generado una red cada vez más extensa (abarcando distintos países) de personas que trabajan para su producción y posterior comercialización. Estas ganancias constituyen un fuerte atractivo para la delincuencia organizada, cuya participación en este comercio se encuentra íntimamente ligada a la corrupción. Los traficantes pueden adquirir empresas legítimas, a través de las cuales poder esconder las ganancias producidas por un accionar ilícito y justificándolas como el resultado de la actividad de dicha empresa. Así mismo, el dinero proveniente del

narcotráfico puede inmiscuirse en cuestiones de poder. Puede ser utilizado para financiar campañas políticas, para nombrar o destituir presidentes o ministros, etcétera. La droga y su comercialización se ha incorporado en la vida social y política de los distintos países, así como en los diferentes niveles sociales.

La cultura de la posmodernidad no colabora al fortalecimiento del valor de la vida misma y del ser comprometido. La inmediatez, el creer que las cosas están “al alcance de la mano”, el desinterés por lo ajeno, la búsqueda del goce permanente, el culto al consumismo y a la belleza, el vivir el presente sin considerar el pasado y careciendo de un proyecto de futuro, la frivolidad, la idea de que se acabaron las utopías, la cultura “light”, la tendencia hacia el individualismo, la escasez de ídolos que promuevan valores y actitudes positivos hacia la vida, la sobrevaloración del dinero, etc. son algunas de las características de nuestra sociedad. Además, debe considerarse la crisis socio- político- económica actual, el descreimiento generalizado (hacia la justicia, la autoridad, los derechos y obligaciones de los ciudadanos, el respeto por el prójimo, etcétera), los altos índices de desocupación, la corrupción, el aumento de actos delictivos, la desigualdad de oportunidades para acceder a un satisfactor o recurso y la asimétrica distribución de la riqueza.

Los medios masivos de comunicación tienden a realizar promesas dirigidas y creíbles, sólo, por algunos: si comes, fumas, o bebés “X” serás... reconocido socialmente...atractivo...vivirás en el paraíso...o porque no...serás rico (económicamente hablando). En cierta forma, se emula a Popeye y su lata de espinaca.

En una sociedad que carece de proyectos a futuro y donde abundan “los paraísos artificiales”, los grupos de riesgo (adolescentes, niños, etc.) constituyen potenciales consumidores de sustancias tóxicas. No debe olvidarse que los jóvenes necesitan de ilusiones, y el nihilismo del mundo adulto resulta prácticamente insoportable para quienes tienen toda la vida por delante.

Dónde ubicamos a la familia ante esta situación? Como se ha planteado anteriormente, esta institución (sistema) se encuentra afectada por los hechos que suceden a nivel social. Cuanto mayor flexibilidad de roles otorgue la familia a sus miembros y mayor interacción con el afuera, mayor posibilidad de acceso tendrá el individuo a grupos con características democráticas y en consecuencia, menor predisposición a la búsqueda y acuerdos con grupos cerrados y/o autoritarios. Las relaciones afectivas pobres, ausentes o frustrantes, la existencia de conflictos manifiestos u ocultos (relaciones intrafamiliares perturbadas), la presencia de modelos adictivos, la rigidez de los roles, la obstaculización del proceso de individuación, la ausencia de diálogo, constituyen algunas de las características de las familias en las cuales puede surgir un miembro adicto.

Pero, ¿Acaso todas las familias que poseen estas características “generan” hijos adictos? ¿Por qué, generalmente, es un miembro sólo el que consume? ¿Qué factores personales intervienen en esta problemática? Es aquí, donde se plantea que en el campo de las adicciones se deben considerar, también, los aspectos individuales de la persona que consume. Como dice Kalina ...”No todo el que experimenta con drogas se hace adicto. Existen bases predisponentes: individuales, familiares y sociales que condicionan la posibilidad de una adicción”...(1).

Existen características similares en las personas que consumen sustancias tóxicas. Basar esta similitud en la sustancia de consumo conlleva a un error en el planteo, ya que la misma puede ser sustituida o combinada para obtener un mismo efecto. Además, su elección está determinada por la diversificación de la oferta. Esto no significa que en algún determinado momento la persona no pueda optar de acuerdo a las cualidades diferentes de la mismas.

(1) Kalina, Eduardo :” Adolescencia y Drogadicción”, 34.



Lo relevante, en esta área de trabajo, es la personalidad dependiente que produce conductas y efectos observables por el sujeto y por los otros. Según Kalina los rasgos fundamentales (inconscientes) son: relativo desequilibrio entre sus impulsos y sus defensas, labilidad del YO para postergar impulsos y ofrecer satisfacciones alternativas más adecuada a su realidad, disminución de la autoestima, presencia de sentimientos de culpa y de pensamiento narcisista.

Hablar de desequilibrio entre sus impulsos y defensas hace referencia a una inestabilidad en la búsqueda de su bienestar. La gran mayoría de los planes de tratamiento de esta patología contemplan, hacia el interior de sus instituciones, tres leyes principales, tendientes a enseñarles a controlar los impulsos y la agresividad: NO drogas, NO sexo y NO violencia. El NO (límite) delimita el YO de cada persona, obligándola a superar las concepciones infantiles y narcisistas de la vida. La persona que cuenta con el NO como recurso intra e interpersonal posee un YO fuerte ...”El NO es el resultado del armonioso funcionamiento de un interjuego de mecanismos de defensa adaptativos a una determinada realidad, que permiten controlar las ansiedades básicas, logrando una homeostasis psíquica en los niveles maduros del funcionamiento mental”...(2). La búsqueda de límites constituye una característica esencial en la vida del adicto. Necesita de éstos, pero al mismo tiempo, le genera una sensación de asfixia porque le remiten a sus propias limitaciones. El YO del adicto es un YO infantil ya que se maneja con omnipotencia y narcisismo.

La intolerancia al dolor, a la carencia, a la privación y a la frustración caracterizan la estructura adictiva. Tienden a pretender lograr todo o nada, y ahora o nunca. Es esta configuración mental la que permite entender la constante necesidad de búsqueda de goce inmediato, en este caso mediante la

(2) Kalina, Eduardo:” Temas de Drogadicción”, 59.

ingesta de alguna sustancia tóxica como ideal, como experiencia suprema o como medio para anular algún tipo de dolor. Oscilan, de esta manera, entre lo sublime y lo nefasto, entre el goce supremo y el dolor del cual intentan escapar.

La persona no logra satisfacer su propio ideal del YO. Esta autoestima perturbada se relaciona con la carencia de un proyecto de vida viable y coherente con su realidad. Paralelamente, conductas agresivas para con él mismo y para con el medio que lo rodea refuerzan fuertes sentimientos de culpa, configurando –de esta manera- un círculo del cual le resulta difícil poder salir.

Cabe aquí realizar una aclaración. No toda persona que haya consumido drogas constituye un drogadependiente. Existen diferentes grados de compromiso con la sustancia de consumo. Una modalidad es la caracterizada por el “uso”. La persona ha consumido alguna sustancia tóxica generalmente con carácter ocasional o experimental (relacionado con las influencias del medio), sin que esto le obstaculice su vida diaria. No pierde la noción de realidad y no desarrolla dependencia. A la persona se la denomina “consumidor no patológico” o “principiante”. Se incluye, también, en este nivel al “experimentador” (aquella persona que alguna vez probó o no volvió a consumir). Otra modalidad la constituye el “abusador”, dado por el mal uso o uso excesivo de la droga. La persona tiende a aumentar la dosis o a combinarla. Si bien ha incorporado la droga a su realidad, esto puede no obstaculizar su vida laboral y social. Predominantemente el consumo ocurre los fines de semana o frente a situaciones de aumento de tensión. Finalmente, la tercera modalidad es la dependencia. La persona necesita de mayores dosis para producir el mismo efecto. Pierde contacto con el medio que lo rodea como consecuencia del uso diario de la droga. Presenta sumisión absoluta frente a la sustancia de consumo. Generalmente, se relaciona sólo con personas que consumen sustancias tóxicas (“amigos del consumo”). Por un lado, la dependencia puede ser psicológica, dada por la manifestación de un impulso psíquico que le exige continuar con la administración de una droga, ya sea para alcanzar placer o para evitar sensación de malestar. La supresión de la droga provoca trastornos emocionales por la necesidad de la misma. Por

otro lado, la dependencia puede ser física. Dada por la necesidad de consumo para evitar la aparición de síntomas somáticos y la alteración del estado fisiológico (síndrome de abstinencia). Generalmente, se encuentra acompañada de dependencia psicológica.

El estado de dependencia adictiva, determinante para que una persona sea considerada drogadependiente, se caracteriza por (S.P.A.A.):

- un impulso, vivido como necesidad o deseo, de consumir drogas (más allá de ser consciente o no de sus efectos perjudiciales) y de obtenerla de cualquier forma y por cualquier medio.
- Una tendencia a aumentar la dosis (tolerancia) y la frecuencia de uso.
- La aparición del síndrome de abstinencia en caso de la interrupción súbita del consumo.

Las personas con estructura adictiva que consumen drogas presentan los mismos síntomas, en mayor o menor grado, que aquéllas que padecen adicciones sin tóxicos, como pueden ser la comida o el juego.

En la actualidad, no consumir drogas para un adolescente puede ser comparado con un adulto que no toma alcohol. Muchos de ellos pueden ser marginados por su grupo de pares al decir "NO", por no tener interés en consumirla. La pregunta es ¿por qué gran parte de los consumidores ha probado o se ha iniciado en el consumo durante su adolescencia?

Los adolescentes se encuentran en un momento en que se sienten obligados a crecer, ya que la realidad les comienza a generar exigencias. Además, ciertos mandatos biológicos (impulsos e instintos) actúan sin consultarle. Su potencial biológico se ve modificado, generándole ansiedades de diferente calidad e intensidad. La adolescencia constituye un período de transición entre la niñez y la vida adulta, marcada por cambios interdependientes entre el cuerpo, la mente y las relaciones sociales. Si bien la sucesión de cambios tiende a ser la misma para todos, su comienzo, duración y manifestaciones varían de persona a persona. Constituye la etapa de separación del grupo familiar, de concreción del proceso de individuación y de

enfrentamiento con el mundo externo. Se trata de comenzar a asumir el riesgo y el desafío que implica VIVIR. El grado de vulnerabilidad, la capacidad de afronte y la fortaleza del YO son factores elementales para poder asimilar los propios cambios, consecuencia del crecimiento. Las características descriptas ubican a los adolescentes como grupo de riesgo.

Los factores inductores al consumo son numerosos y reiterados. Por ejemplo, si tanto la sociedad como la familia le “muestra” que las drogas son útiles para poder enfrentar las exigencias de la vida, es posible que el joven adopte este camino. Por otro lado, el grupo de pares es sumamente importante en la adolescencia ya que le proporciona a la persona sostén y continencia para poder realizar el desprendimiento del grupo familiar. Además, suministra al adolescente un sistema de valores y de conducta que le permiten satisfacer las nuevas necesidades que surgen del proceso de cambio que atraviesa. El grupo le proporciona también, nuevas modalidades de obtención de placer y/o de hacer frente a situaciones dolorosas. Las características del grupo con las que el adolescente se relaciona influyen, en cierta forma, en su posibilidad de consumir drogas. Si la totalidad o la gran mayoría de sus integrantes son consumidores habituales, es posible que este hecho condicione la incorporación de un nuevo miembro.

El adolescente, en el proceso de individuación, debe poder tomar una óptima distancia de su familia, en primer lugar, y luego del grupo de referencia, siempre y cuando exista una dialéctica de recíproco enriquecimiento entre las ideas y experiencias vividas dentro de la familia y del grupo que le faciliten su inserción en el medio social como un adulto diferenciado.

Resulta excesivo afirmar que el grupo impone los valores y el consumo de droga. El adolescente tiene la posibilidad de optar por iniciarse en el consumo y de compartir determinados valores o no. ...”Más allá de un momento inicial en que el joven puede probar la droga por curiosidad, por experimentar algo nuevo, que se convierta o no en un adicto dependerá de la personalidad previa con la que llega al grupo. Si tiene una estructura dependiente podrá

entonces hacerse adicto a la droga y recurrirá al grupo no solo para obtenerla sino también para legitimar su consumo mediante la “cultura grupal”...”(3).

La droga constituye un elemento identificatorio que los define en su relación con el medio social que los rodea, y que los diferencia de éste. El grupo ofrece códigos y un repertorio de palabras que utilizan para diferenciarse de los no adictos. La persona, generalmente, siente que adquiere rasgos que definen una nueva identidad (la del adicto). Además, posee una ideología autojustificadora y enunciados omnipotentes que encubren la sensación de impotencia respecto de la realidad que atraviesa.

No todos los adolescentes experimentan con drogas. Constituyen, si, un grupo de riesgo. Pero esto, no determina que el consumo de sustancias tóxicas ocurra indefectiblemente. Cuanto más capaz sea la persona de resolver sus conflictos y elaborarlos en el intercambio con el medio es más improbable que recurra a las drogas. Por otro lado, no todas las personas que atraviesan circunstancias problemáticas conflictivas y difíciles de asumir “lo resuelven” mediante el consumo de drogas.

En cualquier contexto, un adicto a las drogas es alguien que a través de la ingestión de sustancias químicas modifica la percepción interna de su realidad contextual mediante la alteración del equilibrio neuroquímico cerebral, con consecuencias destructivas para con él y los demás, que pueden culminar con su muerte.

La adicción a sustancias tóxicas constituye, dependiendo de las características de la sustancia de consumo, de la cantidad administrada y del

(3) Arias, J. A. y otros: “La familia del adicto y otros temas”, 157.

estado de la persona que la consume, en un lapso de tiempo determinado, una forma de buscar la propia muerte.

Es importante aclarar que un adicto no se cura (en el sentido estricto de la palabra), se recupera. Una persona puede rehabilitarse, pero debe cuidarse permanentemente de su predisposición a las drogas ya que su mente y su cuerpo la recuerdan pues se establece en la memoria biológica corporal. Es importante, por lo tanto, que el sujeto realice terapia psicológica para poder resolver los problemas de base.

Finalmente, si bien la adicción es considerada una enfermedad, el consumo de drogas es la consecuencia (síntoma) y no el porqué de la patología. El adicto intenta mostrar que algo está sucediendo dentro del sistema al que pertenece.

## LA FAMILIA QUE PRESENTA PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL USO INDEBIDO DE DROGAS

Partir de la idea de considerar a la familia como un sistema en el cual sus miembros se interrelacionan, donde es imposible no comunicarse, implica alejarse de la concepción de las adicciones como resultado de la causalidad lineal (causa – efecto). El considerarla como una problemática multicausal permite no sólo trabajar con el paciente identificado sino también con la familia.

En un primer momento, el adicto es el portavoz de un grupo que se encuentra atravesando un período problemático. Intenta mostrar que algo está sucediendo. En un segundo momento, se transforma en el chivo emisario, es decir, en el depositario de los aspectos negativos. Es más fácil para la familia depositar lo negativo en uno de sus miembros que hacerse cargo de la situación. Por este motivo, es que cuando alguno de sus integrantes se acerca a una institución, generalmente, busca ayuda para el paciente identificado (“ya no sé qué hacer con él”). Pueden surgir fuertes resistencias ante el avance del accionar terapéutico ya que de manera inconsciente y mediante un juego interaccional se ha designado a alguien para ocupar el rol de chivo emisario.

Tiempo atrás, era normal definir las causas de la drogadependencia a través de encasillamientos, como por ejemplo :”hijo de padres separados”, “padre autoritario”, “madre castradora”, etcétera. Actualmente, se considera que existen ciertas características respecto de la familia, que si bien no la determinan como causa, generalmente constituyen variables intervinientes en la generación del problema, ésto sin perder de vista la incidencia de los factores sociales e individuales. Existen determinadas circunstancias de la vida familiar que promueven la tendencia a buscar soluciones rápidas, entre las cuales se encuentra el consumo de estupefacientes.

Generalmente, uno de los miembros de la familia desarrolla actitudes que corresponden a la co – dependencia. Si bien es más característico que el miembro co – dependiente sea la madre del adicto( algunas mujeres han sido criadas bajo la idea que estar “pendiente” del otro constituye un atributo femenino), esta situación puede variar de familia en familia. No existe una patología específica en estas personas, aunque es característico cierta deficiencia en aspectos afectivos, presencia de pánico y ansiedad. Las conductas típicas de la co – dependencia tienen que ver con el preocuparse por el otro corriendo el riesgo de enfermarse uno mismo, cubrir al otro en sus mentiras, tratar de ayudar de una manera que no ayuda, decir que si cuando en realidad es no, intentar que el otro vea las cosas de acuerdo a la manera de uno, creer en mentiras y después sentirse traicionados, etcétera. Estas conductas se transforman en hábitos, que denotan una determinada forma de pensar y de sentir (en relación a uno mismo y al resto) que puede provocar dolor. La co – dependencia es una manera no saludable de relacionarse, que impide encontrar la tranquilidad y felicidad propia. El estado de ánimo del co – dependiente es influenciado por el estado de ánimo y las conductas del adicto. Si bien sabe que “algo pasa”, generalmente se comporta no reconociéndolo, para así poder sostener la creencia de que todo está bien. Al mismo tiempo, la conducta y los asuntos del adicto se transforman en una obsesión, en una preocupación absorbente, que luego de un período prolongado trae como consecuencia el aislamiento y distanciamiento del medio social. Así como el adicto puede desarrollar tolerancia hacia las drogas, el co – dependiente puede desarrollar tolerancia a las conductas del adicto. Aquello que en un principio resultaba agresivo o desagradable, con el paso del tiempo es considerado normal y tolerable. Un claro ejemplo de esta situación puede ser el decir insultos o el cerrar puertas violentamente.

Esta manera no saludable de relacionarse tiende a provocar que la persona “se olvide” de si mismo y de sus propias necesidades. Como consecuencia, los sentimientos más habituales que aparecen son: baja autoestima, culpa, ansiedad, depresión, bronca, etcétera.



La co – dependencia se define a partir de las siguientes características:

- “Permanecer durante prolongados períodos de tiempo (más de un año) en íntima relación con un adicto, sin buscar tratamiento ni ningún otro apoyo externo.
- Invertir tiempo y energía acompañando e intentando controlar las conductas del adicto, con las consecuentes frustraciones ante los resultados adversos que obtiene.
- Postergar las propias necesidades y deseos en función de atender al adicto.
- Luego de estar con el adicto tres o más meses, presentar por lo menos cinco de estos síntomas:
  1. Mostrar trastornos en el sueño o en la alimentación y en el estado de ánimo.
  2. Asumir responsabilidades por el adicto.
  3. Encubrir y proteger al adicto.
  4. Controlar y esconder el dinero.
  5. Realizar constantes demandas y exigencias al adicto, para que disminuya o pare sus actuaciones, a pesar de claras evidencias de que fracasa.
  6. Sentirse heridos, deprimidos, con sentimientos de soledad, enojados, frustrados y hasta culpables.
  7. Presentar exacerbados problemas físicos y/o psicosomáticos que ya tenían, como ser: dolor de cabeza, tensión muscular, trastornos gástricos, etcétera.
  8. Alejarse de sus amistades y, en general, de su ambiente social por temor o vergüenza.
  9. En muchos casos, haber pasado por estas situaciones durante su infancia o adolescencia.

10. Presentar excesiva tolerancia ante los abusos físicos y emocionales por parte del adicto.” (1)

Es habitual que el co – dependiente se descompense emocionalmente cuando el adicto comienza un tratamiento, e inclusive puede tratar de boicotearlo. Esto se debe a la imposibilidad de repetir las conductas a las cuales están acostumbrados y que forman parte de su vínculo. Por esto y para que ellos mismos puedan recuperarse, es necesario que se reconozcan como parte del problema y que soliciten ayuda.

La co – dependencia, en tanto constituye una particular forma de relación no sólo puede ocurrir en familias donde existen problemas de consumo de sustancias tóxicas, sino también en aquellas que desarrollan diferentes adicciones como el juego, la comida, el alcohol, etcétera.

Los integrantes de la familia tienden a relacionarse a partir de conductas provocadoras y protectoras de la adicción. Al ser éstas cotidianas, son consideradas normales y rutinarias.

En muchas ocasiones, las personas cubren al adicto y le evitan el hacerse cargo de sus obligaciones. El llamar al trabajo y decir que está enfermo o saldar las deudas contraídas por el adicto son claros ejemplos de la conducta protectora. Pueden manifestarse en contra de las adicciones, pero protegen al adicto de las consecuencias negativas de sus propios actos. Uno de los principales motivos de esta situación es que la persona, generalmente, conoce al adicto desde antes que se inicie en el consumo de drogas. Conocen sus virtudes y cualidades. Le tienen afecto. Es por esto que tienden a sentir pena y a creer que deben evitar exponerlo ante determinadas situaciones.

(1) Arias, J. A. y otros: “La familia del adicto y otros temas”, 93.

Las conductas protectoras más habituales son:

- “Excusa los problemas causados por la bebida o por las drogas.
- Finge aceptar las excusas del adicto, sencillamente para evitar el conflicto.
- Protege al adicto de las posibles crisis vinculadas con la droga, como:
  - Ocuparse físicamente del enfermo.
  - Saliendo de fiador en los problemas legales o financieros.
  - Permitiéndole vivir en su casa cuando las drogas han provocado crisis en otras partes.
  - Ocultándole a los empleadores u otras autoridades la vinculación con el alcohol o las drogas. “ (2)

Las conductas provocadoras están relacionadas con la bronca, la impotencia, la necesidad de control y la agresión. Generalmente, enfrentan al adicto provocando una situación de violencia (física y/o psicológica), que éste utiliza como excusa para el consumo. En el momento de la confrontación, las personas suelen no evaluar el grado de sobriedad del adicto, de manera de poder establecer una comunicación fluida y coherente. Ya sea la intención de establecer un diálogo o de intentar modificar el punto de vista del otro el resultado, generalmente, es el mismo: agresión mutua. Ante esta situación, la actitud más habitual del adicto es la de responsabilizar al otro de la adicción propia y utilizar ésto como pretexto para el consumo. Surge, de esta manera, una “zona de guerras” dentro del ámbito familiar en la cual se alternan períodos de lucha y períodos de tregua.

Las conductas provocadoras más habituales son:

- “ Irritando, tirando el alcohol y las drogas, y entablando inútiles discusiones sobre el uso de los mismos.

(2) Rogers, Ronald y McMillin, Chandler: “Si me amas ayúdame”, 102.

- Permitiéndose creer en las promesas del adicto y después enfureciéndose cuando descubre que no las cumple.
- Castigando al drogadicto - negándole vida sexual, dinero, afectos, etc. - en lugar de hablar del implícito tema de la adicción.
- Manipulando a otros para que se pongan en contra del alcohólico a fin de aislarlo y crear un estado de “guerra” con la familia.
- Precipitando una discusión cuando el alcohólico está embriagado provocando un conflicto de lo que resultan insultos, malos tratos o que el enfermo beba más.
- Bebiendo con un alcohólico. Utilizando drogas con un drogadicto.”(3).

Ambas conductas consumen una energía que no alcanza resolver el problema de la adicción. Por un lado, asumir las responsabilidades del otro como propias reduce el tiempo que se tiene para responder a las obligaciones y deberes de cada uno y para buscar la propia felicidad. Por el otro lado, controlar las conductas del otro resulta una tarea imposible ya que las personas, aún adictas, poseen vida y movilidad propia.

Además, existen ciertas situaciones que pueden estar presentes en la estructura familiar de un adicto: modos de relación dependiente (con o sin drogas). Hace referencia a que las personas beben y/o fuman ante cualquier situación que genere ansiedad o por la cual merezca “ser premiada”. Ante cualquier tipo de racionalización pueden, también, recurrir a los medicamentos: para la diarrea, el intestino, la nutrición, la piel, la jaqueca, dormir, la fiebre, adelgazar o engordar, etcétera. Son frases comunes: “ ¿ Por que no tomas esto que te va ha hacer bien? o “ Necesito un poco de alcohol para relajarme”. Otras veces suelen ser adictos “al trabajo” o a “la comida”, con el objetivo de llenar un vacío o de evadir situaciones dolorosas. Esa relación dependiente se establece como modo de vida.

(3) Rogers, Roland y Mc Millin, Chandler: “Si me amas ayúdame”, 102.

En algunas familias se advierte cierta dificultad para el acuerdo de límites. El NO posee un valor importante en tanto colabora con la estructuración del YO, de la imagen del otro y de la sociedad. La discriminación del otro respecto de uno mismo es fundamental para el desarrollo social y para la organización del proceso socio cultural, ya que permite que nos diferenciamos como seres individuales. Estas familias suelen fracasar en promover la introyección del NO como posición límite. Al desconocerlos se ponen de manifiesto pulsiones, que debieran ser manejadas por la represión (mecanismo de defensa) para que no perturben el proceso de socialización. Es por esto, que todos los integrantes de la familia deben aprender la implicancia y el significado del NO. Deben aprender que el otro es OTRO y posee una individualidad y tiempos propios.

En otras familias, aparecen situaciones relacionadas con dificultades en el proceso de comunicación. En la dinámica de las relaciones pueden surgir "dobles mensajes" o mensajes contradictorios, que pueden expresarse no solo en palabras sino también como una discordancia entre lo que se dice y lo que se hace. La circunstancia más representativa la constituye el "haz lo que yo digo, pero no lo que yo hago". Indirectamente, la familia muestra que la palabra carece de valor alguno. ..." La acción prepondera sobre la palabra y en consecuencia el lenguaje verbal está descalificado"...(4). Estos hechos pueden ser vividos como una mentira, convirtiéndola en pauta de conducta de las relaciones intrafamiliares. En este ámbito, y según cada situación en particular, pueden surgir secretos y pactos que avalen este modelo de comunicación.

(4) Arias, J.A. y otros: " La familia del adicto y otros temas", 28.

## GLOSARIO

**ABSTINENCIA:** Presencia de un síndrome específico de cada sustancia debido al cese o reducción de su consumo prolongado y en grandes cantidades. El síndrome específico de la sustancia causa un malestar clínicamente significativo o un deterioro de la actividad laboral y social o en otras áreas importantes de la actividad del individuo. Los síntomas no se deben a una enfermedad médica y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental. (D.S.M. IV).

**ABUSO:** Un patrón desadaptativo de consumo que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por uno o más de los items siguientes durante un período de doce meses:

- Consumo recurrente de sustancias, que da lugar al incumplimiento de obligaciones en el trabajo, escuela o casa (ej.: ausencias repetidas, bajo rendimiento o expulsiones).
- Consumo recurrente de la sustancia en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso (ej.: conducir).
- Problemas legales repetidos relacionados con la sustancia (ej.: arrestos por comportamiento escandaloso debido a la sustancia).
- Consumo continuado de la sustancia, a pesar de tener problemas sociales continuos o recurrentes o problemas interpersonales causados o exacerbados por los efectos de la sustancia (ej.: discusiones con pareja o amigos, situaciones de violencia física). (D.S.M. IV).

**ADICCION:** Dependencia respecto de una sustancia determinada (p.ej. alcohol, tabaco, estupefacientes) de la que el individuo siente que no puede prescindir. (SERRAT, Mario).

**ADOLESCENCIA:** Etapa de transición del niño hacia el adulto, caracterizada por un proceso profundo y progresivo de cambios de los sistemas bio-psico-sociales, centrados en la crisis de identidad. La adolescencia no constituye una patología, sino un proceso dinámico de cambio y crecimiento, en el que suelen producirse desajustes mas o menos importantes. (SERRAT, Mario).

**CO – DEPENDENCIA:** Involucrarse progresiva y mutuamente con el enfermo, especialmente a la faz de crecientes y negativas consecuencias que surgen de esta actitud de estar involucrado. ( Rogers y Mc. Millin).

**CONDUCTA PROTECTORA:** Actitud de quienes protegen al alcohólico o al adicto de las consecuencias que pueden ocasionarles la bebida o las drogas. (Rogers y Mc.Millin).

**CONDUCTA PROVOCADORA:** Actitud de quienes alientan directamente al alcohólico o al adicto para que beba o se drogue. Abarca desde ofrecer hasta compartir sustancias con el adicto, o participar en inútiles discusiones que utiliza el adicto para justificar su recaída. (Rogers y Mc. Millin).

**DEPENDENCIA:** Un patrón desadaptativo de consumo de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativo expresado por tres (o más) de los ítems siguientes en algún momento de un período continuado de doce meses:

- Tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:
  - \*una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado
  - \*el efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado.
- Abstinencia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:
  - \*el síndrome de abstinencia característico para la sustancia

\*se toma la misma sustancia (o una muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de la abstinencia

- La sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un período más largo de lo que inicialmente se pretendía.
- Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia.
- Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de sustancias , en el consumo de la sustancia o en la recuperación de los efectos de la sustancia.
- Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia.
- Se continúa tomando la sustancia a pesar de tener consciencia de problemas físicos o psicológicos, recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo de sustancias.

(D.S.M. IV)

**DEPENDENCIA FÍSICA:** Estado de adaptación que se manifiesta por la aparición de intensos trastornos físicos cuando se interrumpe la administración de la droga o se influye en su acción por la acción de un antagonista específico. (S.P.A.A.).

**DEPENDENCIA PSÍQUICA:** Situación en la que existe un sentimiento de satisfacción y un impulso que exigen la administración regular o continua de la droga para producir placer o evitar malestar. Este estado mental es evidentemente el más potente de todos los factores implicados en la intoxicación crónica con drogas psicótropas. (S.P.A.A.).

**DROGA:** Toda sustancia, natural o sintética, simple o compuesta, que introducida al organismo por cualquier vía produce en éste una o más modificaciones tanto a nivel fisiológico y/o psicológico. (S.P.A.A.).



**DROGAS ILÍCITAS:** Aquellas cuya comercialización está prohibida dentro del sistema jurídico legal de una sociedad, por ejemplo: marihuana y cocaína. (S.P.A.A.).

**DROGAS LICITAS:** Aquellas que se comercializan dentro del sistema jurídico legal de una sociedad, por ejemplo: alcohol y medicamentos. (S.P.A.A.).

**FACTORES DE RIESGO:** características o circunstancias personales, ambientales o sociales, de los individuos o grupos asociados con el aumento de la probabilidad de daño. (O.M.S.).

**GRUPO DE REFERENCIA:** Grupo o categoría social utilizados por un individuo para ayudarse a definir sus creencias, actitudes y valores, a la vez que con miras a guiar su conducta. (SERRAT, Mario).

**INTOXICACIÓN:** Presencia de un síndrome reversible específico de una sustancia debido a su ingestión reciente (o a su exposición). Cambios psicológicos o comportamentales desadaptativos clínicamente significativos debidos al efecto de la sustancia sobre el Sistema Nervioso Central, que se presentan durante el consumo de la sustancia o poco tiempo después. Los síntomas no se deben a una enfermedad médica y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental. (D.S.M. IV).

**PREVENCIÓN PRIMARIA:** Todas aquellas actuaciones dirigidas a los no toxicómanos. Se trata de evitar la aparición de problemas individuales (físicos o psíquicos) y sociales de la drogadicción. Actúa disminuyendo los factores de riesgo.(OMS).

**PREVENCIÓN SECUNDARIA:** Dirigida a las personas que consumen ocasional o esporádicamente drogas o son usuarios habituales, sin sobrepasar niveles de consumo capaces de crear dependencia pero que, sin embargo, por razones de su problemática individual o social, viven en una situación que puede llevarlos al aumento del consumo, lo cual puede generar una dependencia.(OMS).

**PREVENCIÓN TERCIARIA:** Rehabilitación. Resocialización. Dirigida a los drogadependientes. Pretende retener o retrasar los problemas físicos y psíquicos generados por la dependencia. (OMS).

**RESILIENCIA:** Capacidad de sobrevivencia, de hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas y continuar. (SERRAT, Mario).

**SALUD:** Completo estado de bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad. (O.M.S.).

**TOLERANCIA:** Estado de adaptación caracterizado por la disminución de las respuestas a la misma cantidad de droga o por la necesidad de una dosis mayor para provocar el mismo grado de efecto farmacodinámico. (S.P.A.A.).

# **MARCO DE REFERENCIA**

## CARACTERISTICAS INSTITUCIONALES

El marco de referencia hace mención a las características de la institución que dio origen al presente proyecto ( Secretaria de Prevención y Asistencia de las Adicciones de la Provincia de Buenos Aires. Centro Preventivo Asistencial Mar del Plata) y a aquella que brindó el espacio físico para su realización (Hospital Interzonal Especializado de Maternidad e Infancia).

- HOSPITAL INTERZONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD E INFANCIA

El Hospital Interzonal Especializado de Maternidad e Infancia se halla emplazado entre las calles Alvarado, Castelli, Santiago del Estero y Santa Fe de la ciudad de Mar del Plata. Físicamente abarca una manzana y media, dividida en dos partes por la calle Alvarado.

Funciona dependiendo directamente del Ministerio de Salud y Acción Social de la Provincia de Buenos Aires.

Es un Hospital de complejidad ocho (alta complejidad). Su función es la de recibir la derivación, del sur de la Provincia de Buenos Aires, de los problemas de salud que no obtienen resolución en los hospitales de menor complejidad y en los centros periféricos de atención primaria de la salud del Partido de Gral. Pueyrredón.

En el edificio estructuralmente más antiguo, se encuentran ubicados los consultorios externos de los servicios de: cardiología, obstetricia, adolescencia, neonatología, pediatría, traumatología, odontología, terapia ocupacional, hematología, otorrinolaringología, etcétera. En esta área se encuentran, también, el sector de Archivo del Hospital, del cual entran y salen constantemente las Historias Clínicas de los pacientes. La atención al público, generalmente, se realiza de mañana.

En el otro edificio, se encuentran ubicados los servicios de internación: dermatología, psiquiatría, neurología, cirugía plástica, obstetricia, cardiología, pediatría, traumatología, neonatología, etcétera. Allí también, se encuentran el servicio de RX, el laboratorio, la morgue, la guardia, el Servicio Social, la atención a Obras Sociales, el área de Recursos Humanos, la administración y la Dirección (actualmente a cargo: Dr. Pedro Savando).

La población atendida abarca a la mujer embarazada y al niño hasta la adolescencia(aproximadamente 18 años).

El consultorio de adolescencia (N° 31) se halla ubicado en el primer piso del edificio estructuralmente más antiguo. La profesional a cargo es la Dra. M° Cristina Redi (Medica Pediatra) ; quién, al mismo tiempo, es Jefa de Consultorios Externos. El Consultorio de Adolescencia funciona los días martes, miércoles y jueves de 09:00 a 12:00 hs. La población atendida, teóricamente, abarca menores de 10 a 15 años; aunque en realidad se atienden niñas y niños hasta los 19 años de edad. La Dra. Redi cuenta con la colaboración de profesionales rotantes: 1(un) de Servicio Social y 1(un) de Medicina General. A su vez, se trabaja en red con el Servicio de Salud Mental y el Servicio Social del mencionado Hospital. Los días miércoles funciona en dicho consultorio un grupo de Trastornos Alimentarios.

- **CENTRO PREVENTIVO ASISTENCIAL MAR DEL PLATA**

El Centro Preventivo Asistencial constituye la sede en la ciudad de Mar del Plata de la Secretaría de Prevención y Asistencia de las Adicciones de la Provincia de Buenos Aires. Físicamente, se encuentra ubicado en la calle Alsina 2681, entre Alberti y Rawson. Constituye un ente autárquico, dependiente directamente del Poder Ejecutivo de la Provincia.

Se encuentra conformado por dos áreas de trabajo: preventiva y asistencial.

El área preventiva está dirigida por la Tec. Irene Saez, quien tiene a su cargo 4(cuatro) Técnicos en Prevención de las Adicciones que desarrollan tareas en los distintos barrios de esta ciudad. Además realizan actividades en las diferentes escuelas, con el objetivo de prevenir y captar la atención de los jóvenes.

El Lic. Pablo Ingratta es el Director del área asistencial. Tiene a su cargo el desarrollo de las actividades que incumben a las diferentes modalidades de tratamiento y la efectivización de la medida educativa indicada por el juez interviniente en una causa determinada. Atiende a toda aquella persona que necesite tratamiento, ya sea por voluntad propia o como medida judicial, y a sus familiares. Por ser ente estatal, la asistencia al Centro es gratuita. Las modalidades de tratamientos son: Casa de Día, Consultorios Externos, GA.B.A. (Grupo de Autoayuda Bonaerense en Adicciones), y GA.B.A. Familia. El personal que presta servicios en esta área es: 2(dos) Psicólogas, 1(una) Abogada, 1(una) Operadora en Modalidad de Autoayuda, 3(tres) Operadores Terapéuticos, 1(una) Profesora de Educación Física, 1(una) Secretaria, 1(una) Personal de Limpieza.

## CARACTERISTICAS DEL GRUPO DE AYUDA MUTUA

En abril de 1999, se realizó una entrevista a la Dra. Redi con el fin de solicitar su autorización para la utilización del Consultorio a su cargo, durante un horario que se encuentre disponible, con el objetivo de poder efectivizar la propuesta del grupo de ayuda mutua en dicho espacio. Contando con su apoyo, y arbitrando los medios necesarios, se consiguió el permiso del Director del Hospital. El grupo de ayuda mutua fue ofrecido como medida terapéutica a los familiares de personas que consumen sustancias tóxicas, que se acercaran en busca de ayuda al C.P.A. Si bien se trabajó para la Secretaria de Prevención y Asistencia de las Adicciones de la Provincia de Bs. As, no fue condición para la participación en el grupo que la persona que consume se encontrara en tratamiento para su recuperación.



- **PRINCIPIOS DEL GRUPO DE AYUDA MUTUA**

Los principios que rigen al Grupo de Ayuda Mutua de Familiares de personas que consumen sustancias tóxicas, han sido adaptados del Programa de los “Doce Pasos” de Alcohólicos Anónimos por personal capacitado de la Secretaría de Prevención y Asistencia de las Adicciones de la Pcia. de Bs. As.. Son otorgados a los integrantes, para ser utilizados como parte de su Filosofía.

**PRIMER PRINCIPIO:** La manera en que estamos relacionados afectivamente con el otro nos perjudica. Experimentamos resistencia a pedir ayuda, únicamente la pedimos cuando enfrentamos una crisis, pero una vez resuelta nos olvidamos y no nos damos cuenta que día a día nos involucramos y nos obsesionamos progresivamente con el adicto utilizando conductas inadecuadas hasta descompensarnos emocionalmente.

**SEGUNDO PRINCIPIO:** Todos los intentos que hicimos fracasaron. Solos no pudimos. Nuestra omnipotencia sólo nos permitió confiar exclusivamente en nosotros mismos. Sólo cuando el sufrimiento se hizo más intenso que el amor que sentíamos nos dimos cuenta que solos no podíamos.

**TERCER PRINCIPIO:** Nuestra predisposición a aislarnos, a encerrarnos en nosotros mismos se supera a través de la espiritualidad. Ese “algo superior a nosotros” es evocado humildemente como un soporte indispensable para poder generar cualquier tipo de modificación personal. Muchas veces el elemento espiritual crece desde dentro del grupo. El sentimiento de pertenencia que me otorga la cohesión grupal me permite evocar al grupo como soporte espiritual.

**CUARTO PRINCIPIO:** Hacer un inventario con lo positivo y lo negativo, con nuestros recursos y debilidades, constituye un proceso de descubrimiento de hechos que nos permiten averiguar quienes somos. Este proceso de autoconocimiento nos permite aprender de nuestros errores sin sentimiento de culpa.

**QUINTO PRINCIPIO:** Compartir nuestro inventario con alguien a quien respetamos y en quien confiamos, estamos tomando la responsabilidad de lo que hicimos o dejamos de hacer. Si para realizarlo tuvimos que ser humildes para poder ser honestos con nosotros mismos, al revelarnos con otra persona requerimos una mayor humildad y la manifestación de nuestra espiritualidad.

**SEXTO PRINCIPIO:** Para lograr una buena predisposición al cambio, es importante poder lograr un equilibrio entre la acción decidida y el ser tolerantes con nosotros mismos. Debemos tener presentes que cometemos errores, pero cuando esos errores son nuevos y no repetimos los anteriores significa que estamos de proceso de cambio.

**SEPTIMO PRINCIPIO:** Nosotros no somos culpables de la enfermedad del adicto. Auto inculparnos implica que estamos privando a la persona del derecho de hacerse responsable de si mismo. A partir de la identificación de nuestras conductas protectoras y provocadoras, podemos re- aprender sobre nuestro accionar buscando nuevos comportamientos.

**OCTAVO PRINCIPIO:** El objetivo puntual de este principio es el de establecer la mejor forma de relacionarse con las personas que conocemos.

**NOVENO PRINCIPIO:** Nuestra recuperación implica un cambio en nosotros mismos, ya que hemos aprendido a observar nuestro comportamiento, nuestros sentimientos, nuestras ideas. No buscaremos soluciones en los cambios del medio externo.

**DECIMO PRINCIPIO:** Este principio nos conduce a compartir y entregarnos. El propósito de compartir es el de escuchar, ofrecer soporte, testimoniar que la esperanza existe. Lo único que tenemos para dar (entregar) es nuestra propia persona. Se trata de estar cuando lo alguien lo necesita para transmitir el mensaje.

- **OBJETIVOS DEL GRUPO DE AYUDA MUTUA**

### OBJETIVO GENERAL

Brindar un espacio de contención, reflexión y apoyo a los familiares de personas que consumen sustancias tóxicas, para un mejoramiento en su calidad de vida.

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

\*Que los familiares puedan reconocer y reflexionar acerca de las situaciones que sostienen la sintomatología familiar.

\*Que los miembros del grupo compartan y confronten experiencias.

\*Que puedan identificar los aspectos en que se encuentran implicados respecto del problema, como eje de cambio.

## METODOLOGÍA DE TRABAJO

Previa a la participación del grupo, se realizó una entrevista al familiar que se acercó en busca de ayuda. El objetivo de la misma fue el de conocer la situación familiar, las características del grupo conviviente y la forma de relacionarse con el adicto, con el fin de evaluar las condiciones para participar del grupo. Lo que en ella se discutió es de carácter privado. Esta primera entrevista permitió iniciar el vínculo, a través del cual se pretendieron alcanzar los objetivos terapéuticos de la modalidad de abordaje planteada. Su propósito, además, fue el de lograr el compromiso en la participación grupal y, por lo tanto, en la recuperación propia y del resto de los integrantes del grupo.

Se pretendió que el ambiente fuera cordial y afectivo, de manera que el entrevistado pudiera sentir confianza y aceptación para poder hablar de aspectos personales. La duración aproximada de las entrevistas fue de cuarenta minutos. Los ejes tratados son:

- en relación al paciente identificado: características personales, de la modalidad de consumo y del grupo conviviente.
- en relación al familiar: deseos de resolver el conflicto, grado de confiabilidad hacia el entrevistador y grado de grupalidad. ?

Las reuniones grupales se llevaron a cabo una vez a la semana. El espacio físico lo constituyó el consultorio n° 31 del H.I.E.M.I. La duración de las mismas fue de aproximadamente 1 y ½ hora. Se admitió un máximo de 12 (doce) personas como integrantes y un mínimo de 3(tres). La participación fue voluntaria, es decir, no existió exigencia respecto de la asistencia. Sin embargo, se consideró que para tomar conciencia de la necesidad de tratamiento y de las características de la enfermedad los miembros debieron participar de un mínimo de cuatro reuniones.

Se entregaron a cada participante las pautas de funcionamiento grupal, tendientes a promover el respeto y la comunicación, para el mejor desempeño del grupo. Estas son:

- llegar a horario
- no fumar
- respetar el turno para hablar
- aprender a expresar opiniones
- respetar el anonimato del otro
- no compararse con otros
- saber pedir ayuda
- escuchar sugerencias
- aprender a expresar los sentimientos

Si a través de la participación en el grupo, el familiar logró acercar al adicto a tratamiento y ambos avanzaron en el mismo, éste no continuaría asistiendo al Grupo de Ayuda Mutua y se incorporaría a las Reuniones Multifamiliares organizadas dentro del tratamiento de personas que consumen.

**CRONICAS DE LAS  
REUNIONES  
GRUPALES**

## INTRODUCCION

En este capítulo, se presentan las Planillas de Admisión para la concurrencia al Grupo de Ayuda Mutua, de las personas entrevistadas que formaron parte del mismo. Cabe aclarar, que se realizaron entrevistas a personas que no participaron de éste; por lo que se considera que no es necesario adjuntar esas Planillas al presente trabajo.

Acompaña a las mismas la Planilla de Asistencia a las Reuniones del Grupo de Ayuda Mutua de los integrantes, con las aclaraciones correspondientes.

Por último, se adjunta el desarrollo de las crónicas de las Reuniones Grupales y la Evaluación del Proceso Grupal.

## PLANILLA DE ADMISION PARA GRUPO DE AYUDA MUTUA

FECHA : 15/05/00		LUGAR : Consultorio n° 31 H.I.E.M.I.	
FAMILIAR ENTREVISTADO : <b>Marta</b>		VINCULO : Madre	EDAD : 45
OCUPACION : Vende trapos de piso y productos de belleza.			
MOTIVO DE LA CONSULTA : " no se que hacer con mi hijo"			
<b>GRUPO CONVIVIENTE</b>			
VINCULO	NOMBRE	EDAD	OCUPACION
esposo	José	47	Plomero/ Albañil
hijo	Juan Alejandro	34	En ocasiones ayuda al padre
nuera	Analía	30	Empleada de fiambrería
nieto	Jesús	8	Estudiante de E.G.B.
nieta	Marianela	6	Estudiante de E.G.B.
<p><b><u>PACIENTE IDENTIFICADO</u></b> :Alejandro concurre todos los días a una carpintería donde consume.</p> <p>Aunque convive con Analía, están separados. Tiene constantes hemorragias nasales. Consume marihuana y cocaína. Hizo tratamiento en "Por Amor a la Vida". Consume desde los 18 años.</p>			
<p><b><u>ANTECEDENTES EN PARTICIPACION GRUPAL</u></b> : Concurre a una Iglesia Evangelista y participa de los grupos que allí se conforman.</p>			
<p><b><u>CONDICIONES PERSONALES PARA EL TRABAJO EN GRUPO</u></b> : Tiene capacidad de escucha. Muestra disposición al trabajo en grupo, ya que está acostumbrada a participar en éstos. Manifiesta tener necesidad de aprender para poder ayudar a su hijo.</p>			
<p><b><u>EVALUACION/SUGERENCIAS</u></b> : Se la invita a participar del Grupo de Ayuda Mutua, que funciona los días lunes.</p>			
<p><b><u>OBSERVACIONES</u></b> : El marido es alcohólico.</p>			



## PLANILLA DE ADMISION PARA GRUPO DE AYUDA MUTUA

FECHA :26/05/00		LUGAR : Consultorio n° 31 H.I.E.M.I.	
FAMILIAR ENTREVISTADO : Patricia		VINCULO : Hermana	EDAD : 24
OCUPACION : Estudiante Universitaria.			
MOTIVO DE LA CONSULTA : "mis padres me sugirieron que viniera".			
<b>GRUPO CONVIVIENTE</b>			
VINCULO	NOMBRE	EDAD	OCUPACION
padre	Silvio	46	Policía
madre	Silvana	45	Ama de casa
hermano	Nicolás	23	-
hermano	Santiago	20	-
<p><b>PACIENTE IDENTIFICADO :</b> Nicolás. Realiza tratamiento en el C.P.A. (Fase Admisión. Modalidad : Casa de Día). Además se encuentra bajo tratamiento psiquiátrico, guiado por profesionales del Hospital de la Comunidad de esta ciudad.</p>			
<p><b>ANTECEDENTES EN PARTICIPACION GRUPAL :</b> Participa en grupos de estudio, a nivel universitario.</p>			
<p><b>CONDICIONES PERSONALES PARA EL TRABAJO EN GRUPO :</b> Buena predisposición para dialogar y para escuchar. Manifiesta entusiasmo por participar del grupo. Posee facilidad para hablar de si misma y de su familia.</p>			
<p><b>EVALUACION/SUGERENCIAS :</b> Se la invita a participar del Grupo de Ayuda Mutua que funciona los días lunes.</p>			
<p><b>OBSERVACIONES :</b> Sus padres participan del Grupo de Ayuda Mutua que funciona los días miércoles. Se considera necesario aclarar que su hermano Santiago también se encuentra bajo tratamiento psiquiátrico en el Hospital de la Comunidad.</p>			

## PLANILLA DE ADMISION PARA GRUPO DE AYUDA MUTUA

FECHA : 26/05/00		LUGAR : Consultorio n° 31 H.I.E.M.I.	
FAMILIAR ENTREVISTADO : Jorgelina		VINCULO : Hermana	EDAD : 18
OCUPACION : Estudiante de Polimodal.			
MOTIVO DE LA CONSULTA : " yo dije en mi casa que mis hermanos se drogan".			
<b>GRUPO CONVIVIENTE</b>			
VINCULO	NOMBRE	EDAD	OCUPACION
madre	Carmen	42	Empleada Doméstica
padre	Dardo	43	Obrero
hermano	Sergio	19	Albañil
hermano	Esteban	17	Estudiante de Polimodal
hermana	Marisel	16	Estudiante de Polimodal
<p><b><u>PACIENTE IDENTIFICADO</u></b> : Sergio consume marihuana y cocaína. Esteban y Marisel fuman marihuana. Ninguno de los tres hermanos realiza tratamiento. Sergio es el más accesible al diálogo y Marisel es la más agresiva.</p>			
<p><b><u>ANTECEDENTES EN PARTICIPACION GRUPAL</u></b> : No posee.</p>			
<p><b><u>CONDICIONES PERSONALES PARA EL TRABAJO EN GRUPO</u></b> : Tiene capacidad de escucha. Muestra predisposición para hablar de si misma y de su familia. Se manifiesta preocupada por poder ayudar a su madre y hablar con sus hermanos.</p>			
<p><b><u>EVALUACION/SUGERENCIAS</u></b> : Se la invita a participar del Grupo de Ayuda Mutua, que funciona los días lunes.</p>			
<p><b><u>OBSERVACIONES</u></b> : Concorre a la entrevista acompañada por Carmen, su madre.</p>			

## PLANILLA DE ADMISION PARA GRUPO DE AYUDA MUTUA

FECHA : 26/05/00		LUGAR : Consultorio n° 31 H.I.E.M.I.	
FAMILIAR ENTREVISTADO : Carmen		VINCULO : Madre	EDAD : 42
OCUPACION : Empleada Doméstica en casa de familia.			
MOTIVO DE LA CONSULTA : " Tres de mis hijos se drogan".			
<b>GRUPO CONVIVIENTE</b>			
VINCULO	NOMBRE	EDAD	OCUPACION
esposo	Dardo	43	Obrero
hijo	Sergio	19	Albañil
hija	Jorgelina	18	Estudiante de Polimodal
hijo	Esteban	17	Estudiante de Polimodal
hija	Marisel	16	Estudiante de Polimodal
<p><b>PACIENTE IDENTIFICADO :</b> Sergio consume marihuana y cocaína. Esteban y Marisel fuman marihuana. Ninguno de los tres hermanos ha realizado tratamiento. Sergio es el más accesible al diálogo y Marisel es la más agresiva.</p>			
<p><b>ANTECEDENTES EN PARTICIPACION GRUPAL :</b> No tiene.</p>			
<p><b>CONDICIONES PERSONALES PARA EL TRABAJO EN GRUPO :</b> Si bien no interviene verbalmente en la conversación, se muestra interesada en la misma. Posee capacidad de escucha. Expresa la necesidad de ayudar a sus hijos.</p>			
<p><b>EVALUACION/SUGERENCIAS :</b> Se la invita a participar del Grupo de Ayuda Mutua, que funciona los días lunes.</p>			
<p><b>OBSERVACIONES :</b> Concorre a la entrevista acompañada de su hija Jorgelina.</p>			

## PLANILLA DE ADMISION PARA GRUPO DE AYUDA MUTUA

FECHA : 02/06/00		LUGAR : Consultorio n° 31 H.I.E.M.I.	
FAMILIAR ENTREVISTADO : Magalí		VINCULO : Madre	EDAD : 46
OCUPACION : Ama de Casa.			
MOTIVO DE LA CONSULTA : "mi hijo, otra vez, se droga".			
<b>GRUPO CONVIVIENTE</b>			
VINCULO	NOMBRE	EDAD	OCUPACION
esposo	Juan	48	Marinero
hija	María Lourdes	23	Empleada de Comercio
hijo	Gabriel	20	Estudia para Cheff.
hijo	Leonardo	19	Empleado en Taller Mecánico
nieto	Julián	10 meses	-
<p><b>PACIENTE IDENTIFICADO :</b> Gabriel. Realizó tratamiento completo en "Por amor a la Vida" en el año 1997. Luego, realizó Terapia Individual Psicológica. Consume marihuana y cocaína. Se encuentra realizando las entrevistas diagnósticas en el C.P.A.</p>			
<p><b>ANTECEDENTES EN PARTICIPACION GRUPAL :</b> Participó en "Grupos de Padres" en "Por Amor a la Vida", mientras Gabriel concurría a tratamiento.</p>			
<p><b>CONDICIONES PERSONALES PARA EL TRABAJO EN GRUPO :</b> Tiene facilidad para hablar de su familia. Se percibe ansiedad en su relato. Le resulta difícil respetar los tiempos del otro y los silencios. Manifiesta sentirse cómoda con el trabajar en grupos y expresa predisposición para ayudar a su hijo.</p>			
<p><b>EVALUACION/SUGERENCIAS :</b> Se la invita a participar del Grupo de Ayuda Mutua, que funciona los días lunes.</p>			
<p><b>OBSERVACIONES :</b> El marido, por cuestiones de trabajo, se embarca durante largos períodos de tiempo. Por este motivo, Magalí explica que "hago de padre y de madre".</p>			

## PLANILLA DE ADMISION PARA GRUPO DE AYUDA MUTUA

FECHA : 02/06/00		LUGAR : Consultorio n° 31 H.I.E.M.I.	
FAMILIAR ENTREVISTADO : Elena		VINCULO : Madre	EDAD : 45
OCUPACION : Cuida a persona enferma en domicilio particular.			
MOTIVO DE LA CONSULTA : "me dijeron que viniera, porque quiero ayudar a Luis".			
GRUPO CONVIVIENTE			
VINCULO	NOMBRE	EDAD	OCUPACION
esposo	Esteban	46	Pintor
hija	Virginia	24	Estudiante a Nivel Terciario
hija	Paula	23	Estudiante de Polimodal
hijo	Alejandro	21	G.A.D.A. 601
hijo	Luis	15	Estudiante de Polimodal
<p><u>PACIENTE IDENTIFICADO</u> : Luis. Consume marihuana aproximadamente desde 1 y 1/2 año. Los padres han advertido un significativo cambio en su conducta desde principio de año. Ha concurrido a una primer entrevista diagnóstica en el C.P.A., con el objetivo de comenzar tratamiento. Elena lo encontró fumando marihuana en la calle. Concurrió a SEMDA.</p>			
<p><u>ANTECEDENTES EN PARTICIPACION GRUPAL</u> : No posee.</p>			
<p><u>CONDICIONES PERSONALES PARA EL TRABAJO EN GRUPO</u> : Tiene capacidad de escucha. Respeta los tiempos. Se muestra interesada por ayudar a su hijo. Su angustia le genera dificultad para poder expresar sus opiniones y emociones</p>			
<p><u>EVALUACION/SUGERENCIAS</u> : Se la invita a participar del Grupo de Ayuda Mutua, que funciona los días lunes.</p>			
<p><u>OBSERVACIONES</u> : Concorre a la entrevista acompañada de su esposo Esteban.</p>			

## PLANILLA DE ADMISION PARA GRUPO DE AYUDA MUTUA

FECHA : 02/06/00		LUGAR : Consultorio n° 31 H.I.E.M.I.	
FAMILIAR ENTREVISTADO : Esteban		VINCULO : Padre	EDAD : 46
OCUPACION : Pintor.			
MOTIVO DE LA CONSULTA : " me dijeron que venga".			
<b>GRUPO CONVIVIENTE</b>			
VINCULO	NOMBRE	EDAD	OCUPACION
esposa	Carmen	45	Cuida a persona enferma
hija	Virginia	24	Estudiante a Nivel Terciario
hija	Paula	23	Estudiante de Polimodal
hijo	Alejandro	21	G.A.D.A. 601
hijo	Luis	15	Estudiante de Polimodal
<p><u>PACIENTE IDENTIFICADO</u> : Luis. Consume marihuana aproximadamente desde 1 y 1/2 año. Los padres han advertido un cambio significativo en su conducta, desde principios de año. Ha realizado una primer entrevista diagnóstica en el C.P.A. Durante el año pasado concurrió a SEMDA, pero abandonó el tratamiento.</p>			
<p><u>ANTECEDENTES EN PARTICIPACION GRUPAL</u> : No posee.</p>			
<p><u>CONDICIONES PERSONALES PARA EL TRABAJO EN GRUPO</u> : Se mantuvo en silencio, durante gran parte de la entrevista. Sin embargo, se mostró interezado en los temas planteados.</p>			
<p><u>EVALUACION/SUGERENCIAS</u> : Se lo invita a participar del Grupo de Ayuda Mutua, que funciona los días lunes.</p>			
<p><u>OBSERVACIONES</u> : Concorre a la entrevista acompañado de su esposa Elena.</p>			

## PLANILLA DE ADMISION PARA GRUPO DE AYUDA MUTUA

FECHA : 02/06/00		LUGAR : Consultorio n° 31 H.I.E.M.I.	
FAMILIAR ENTREVISTADO : Cristián		VINCULO : Amigo	EDAD : 33
OCUPACION : Técnico Electrónico de Embarcaciones Navales			
MOTIVO DE LA CONSULTA : " quiero aprender a ayudar"			
<b>GRUPO CONVIVIENTE</b>			
VINCULO	NOMBRE	EDAD	OCUPACION
<p><u>PACIENTE IDENTIFICADO</u> : Ana María. Amiga (ex - novia). Fuma marihuana y aspira pegamentos.</p> <p>No realiza tratamiento, si bien asume su consumo.</p>			
<p><u>ANTECEDENTES EN PARTICIPACION GRUPAL</u> : No tiene.</p>			
<p><u>CONDICIONES PERSONALES PARA EL TRABAJO EN GRUPO</u> : Constantemente manifiesta su necesidad de aprender para poder ayudar. Presta atención a las temáticas que se plantean. Buena predisposición al diálogo.</p>			
<p><u>EVALUACION/SUGERENCIAS</u> : Se lo invita a participar del Grupo de Ayuda Mutua, que funciona los días lunes.</p>			
<p><u>OBSERVACIONES</u> :</p>			

## PLANILLA DE ADMISION PARA GRUPO DE AYUDA MUTUA

FECHA : 12/06/00		LUGAR : Consultorio n° 31 H.I.E.M.I.	
FAMILIAR ENTREVISTADO : Silvia		VINCULO : Madre	EDAD : 45
OCUPACION : Ama de casa.			
MOTIVO DE LA CONSULTA : " me sugirieron que viniera"			
GRUPO CONVIVIENTE			
VINCULO	NOMBRE	EDAD	OCUPACION
esposo	Jorge	50	Comerciante
hijo	José Luis	21	Empleado de Panadería
<p><u>PACIENTE IDENTIFICADO</u> : José Luis. Consume marihuana. El padre lo encontró fumando. Tiene un hermano casado, que no vive con ellos, que sabía sobre su consumo pero no se lo había dicho a sus padres. Está agresivo.</p>			
<p><u>ANTECEDENTES EN PARTICIPACION GRUPAL</u> : No tiene.</p>			
<p><u>CONDICIONES PERSONALES PARA EL TRABAJO EN GRUPO</u> : Se muestra atenta durante la entrevista. Se pregunta sobre la manera para poder ayudar a su hijo.</p>			
<p><u>EVALUACION/SUGERENCIAS</u> : Se la invita a participar del Grupo de Ayuda Mutua, que funciona los días lunes.</p>			
<p><u>OBSERVACIONES</u> : El esposo le informó sobre el consumo de José.</p>			



## PLANILLA DE ADMISION PARA GRUPO DE AYUDA MUTUA

FECHA : 12/06/00		LUGAR : Consultorio n° 31 H.I.E.M.I.	
FAMILIAR ENTREVISTADO : Elizabeth		VINCULO : Madre	EDAD : 50
OCUPACION : Ama de casa.			
MOTIVO DE LA CONSULTA : " quiero ayudar a mi hijo"			
<b>GRUPO CONVIVIENTE</b>			
VINCULO	NOMBRE	EDAD	OCUPACION
esposo	Nestor	55	Empleado Bancario
padre	Rodolfo	80	Jubilado
hijo	Sebastián	25	Empleado Bancario
<p><b><u>PACIENTE IDENTIFICADO</u></b> :Sebastián . Trabaja en una Sucursal del Banco Galicia. Casado con Mariana(24 años) y padre de una nena (Luciana-3 años). Consume marihuana aproximadamente desde hace 10 años. La familia lo desconocía. Al conocer sobre su consumo la esposa le pidió que se fuera de la casa. Transitoriamente, está viviendo con la madre.</p>			
<p><b><u>ANTECEDENTES EN PARTICIPACION GRUPAL</u></b> : No tiene.</p>			
<p><b><u>CONDICIONES PERSONALES PARA EL TRABAJO EN GRUPO</u></b> : Tiene capacidad de escucha. Es pausada para hablar. Reflexiva. Buena predisposición para dialogar.</p>			
<p><b><u>EVALUACION/SUGERENCIAS</u></b> : Se la invita a participar del Grupo de Ayuda Mutua, que funciona los días lunes.</p>			
<p><b><u>OBSERVACIONES</u></b> : Manifiesta que TODA la familia está dispuesta a ayudar a Sebastián.</p>			

## PLANILLA DE ADMISION PARA GRUPO DE AYUDA MUTUA

FECHA : 16/06/00		LUGAR : Consultorio n° 31 H.I.E.M.I.	
FAMILIAR ENTREVISTADO : Micaela		VINCULO : Madre	EDAD : 40
OCUPACION : Docente.			
MOTIVO DE LA CONSULTA : " detuvieron a mi hijo con un porro, en la calle"			
<b>GRUPO CONVIVIENTE</b>			
VINCULO	NOMBRE	EDAD	OCUPACION
esposo	Francisco	43	Comerciante
hijo	Julio	20	-
hijo	Juan Ignacio	17	Empleado de Comercio
madre	Azucena	67	Jubilada
<p><b>PACIENTE IDENTIFICADO:</b> Juan Ignacio. No desea realizar tratamiento, a pesar que existe una orden judicial que lo exige. Explica que "yo la dejo cuando quiero". La madre presume que consume en la casa, cuando regresa de trabajar.</p>			
<p><b>ANTECEDENTES EN PARTICIPACION GRUPAL :</b> Grupos de Trabajo para Docentes.</p>			
<p><b>CONDICIONES PERSONALES PARA EL TRABAJO EN GRUPO :</b> Muestra predisposición para hablar de sí misma y de su familia. Posee capacidad de escucha y diálogo. Manifiesta sentirse ansiosa ante estos acontecimientos.</p>			
<p><b>EVALUACION/SUGERENCIAS :</b> Se la invita a participar del Grupo de Ayuda Mutua, que funciona los días lunes.</p>			
<p><b>OBSERVACIONES :</b> Su esposo no es el padre de sus hijos. Julio no apoya la idea de un tratamiento porque considera normal que los jóvenes fumen marihuana.</p>			

## PLANILLA DE ADMISION PARA GRUPO DE AYUDA MUTUA

FECHA : 23/06/00		LUGAR : Consultorio n° 31 H.I.E.M.I.	
FAMILIAR ENTREVISTADO : Mariana		VINCULO : Madre	EDAD : 43
OCUPACION : Lic. en Ciencias de la Comunicación.			
MOTIVO DE LA CONSULTA : " quiero ayudar a mi hija"			
<b>GRUPO CONVIVIENTE</b>			
VINCULO	NOMBRE	EDAD	OCUPACION
hijo	Diego	20	Empleado de Comercio
hija	Lucia	15	Estudiante Polimodal
hijo	Ezequiel	13	Estudiante de E.G.B.
<p><b>PACIENTE IDENTIFICADO :</b> Lucia. Consume marihuana y cocaína. Realizó tratamiento en una institución de Necochea, pero lo abandonó. Manifiesta querer recuperarse. Se encuentra concurriendo a las entrevistas diagnósticas en el C.P.A. Su ex novio consume. Durante el transcurso del año, la madre la cambió de escuela en varias oportunidades.</p>			
<p><b>ANTECEDENTES EN PARTICIPACION GRUPAL :</b> Por su profesión, está acostumbrada a trabajar en grupos.</p>			
<p><b>CONDICIONES PERSONALES PARA EL TRABAJO EN GRUPO :</b> Buena predisposición a escuchar y a dialogar. Respeta los tiempos del otro para hablar. Rescata el valor de la palabra. Muestra disposición para hablar de su familia y manifiesta no temer expresar sus sentimientos.</p>			
<p><b>EVALUACION/SUGERENCIAS :</b> Se la invita a participar del Grupo de Ayuda Mutua, que funciona los días lunes.</p>			
<p><b>OBSERVACIONES :</b> Viven en Necochea desde hace tres años. Son de Mar del Plata, y se mudaron allí por razones laborales. Su esposo (Oscar) vive en Capital Federal y viaja a Necochea los fines de semana.</p>			

## PLANILLA DE ADMISION PARA GRUPO DE AYUDA MUTUA

FECHA : 26/06/00		LUGAR : Consultorio n° 31 H.I.E.M.I.	
FAMILIAR ENTREVISTADO : Rosa		VINCULO : Novia	EDAD : 23
OCUPACION : Empleada de Panadería.			
MOTIVO DE LA CONSULTA : "me derivaron, por no poder concurrir a las Reuniones Multifamiliares"			
GRUPO CONVIVIENTE			
VINCULO	NOMBRE	EDAD	OCUPACION
padre	Julián	50	Comerciante
madre	Alicia	49	Docente
<p><u>PACIENTE IDENTIFICADO</u> : Cristian. Novio (24 años). Consumía marihuana y cocaína. Está realizando tratamiento en el C.P.A. (primera fase de la modalidad Casa de Día). Sus padres participan de las Reuniones Multifamiliares de dicha modalidad. Trabaja en un Taller Mecánico.</p>			
<p><u>ANTECEDENTES EN PARTICIPACION GRUPAL</u> : Durante un breve período de tiempo, participó de las Reuniones Multifamiliares de la Primera Fase.</p>			
<p><u>CONDICIONES PERSONALES PARA EL TRABAJO EN GRUPO</u> : Manifiesta su necesidad de poder participar del grupo. Muestra predisposición para hablar sobre si misma y sobre su relación con Cristian. Se considera como positiva su experiencia en las Reuniones Multifamiliares mencionadas.</p>			
<p><u>EVALUACION/SUGERENCIAS</u> : Se la invita a participar del Grupo de Ayuda Mutua, que funciona los días lunes.</p>			
<p><u>OBSERVACIONES</u> : Explica que podrá participar del Grupo de Ayuda Mutua, en ocasiones cuando su franco laboral coincida con el día de la reunión.</p>			

## PLANILLA DE ADMISION PARA GRUPO DE AYUDA MUTUA

FECHA : 07/07/00		LUGAR : Consultorio n° 31 H.I.E.M.I.	
FAMILIAR ENTREVISTADO : Victoria		VINCULO :Esposa	EDAD : 28
OCUPACION : Empleada Administrativa de Empresa Privada			
MOTIVO DE LA CONSULTA : "necesito que me ayuden, porque si no me voy a volver loca"			
GRUPO CONVIVIENTE			
VINCULO	NOMBRE	EDAD	OCUPACION
madre	Rosalía	56	Ama de Casa
padre	Norberto	60	Jubilado
hermana	Fernanda	26	Empleada de Comercio
<p><u>PACIENTE IDENTIFICADO</u> : Ricardo(pareja). Conviven hace cuatro años. Es taxista.Vivió en E.E.U.U. desde comienzos de 1990 y regresa a Argentina en 1995. Allí se casó y tuvo dos hijas, a las cuales no ve actualmente. Ya en E.E.U.U. consumía marihuana y cocaína. Tiene turno para una primer entrevista diagnóstica en el C.P.A.</p>			
<p><u>ANTECEDENTES EN PARTICIPACION GRUPAL</u> : No tiene.</p>			
<p><u>CONDICIONES PERSONALES PARA EL TRABAJO EN GRUPO</u> : Buena predisposición para dialogar, para escuchar y para hablar sobre si misma y sobre su relación de pareja. Manifiesta la necesidad de sentirse mejor y de poder ayudar a su pareja.</p>			
<p><u>EVALUACION/SUGERENCIAS</u> : Se la invita a participar del Grupo de Ayuda Mutua, que funciona los días lunes.</p>			
<p><u>OBSERVACIONES</u> : Se mudo a la casa de sus padres a raíz del consumo de Ricardo. Manifiesta el deseo de recomponer su relación de pareja. Padece de Endometriosis</p>			

## PLANILLA DE ADMISION PARA GRUPO DE AYUDA MUTUA

FECHA : 07/07/00		LUGAR : Consultorio n° 31 H.I.E.M.I.	
FAMILIAR ENTREVISTADO : Andrea		VINCULO : Madre	EDAD : 42
OCUPACION : Cuida un bebé (babysitter).			
MOTIVO DE LA CONSULTA : "mi hijo empezó tratamiento y quiero ayudarlo"			
GRUPO CONVIVIENTE			
VINCULO	NOMBRE	EDAD	OCUPACION
esposo	Francisco	45	Empleado de la Construcción
hijo	Luciano	21	Empleado de Empresa Privado
hijo	Lucas	19	Empleado de la Construcción
<p><u>PACIENTE IDENTIFICADO</u> : Lucas. Tiene un bebe de seis meses que vive con la madre. Lo visita los fines de semana. La policía lo detuvo con marihuana en la calle. Abandonó los estudios secundarios en tercer año. El 04/07 tuvo la primer entrevista diagnóstica en el C.P.A.</p>			
<p><u>ANTECEDENTES EN PARTICIPACION GRUPAL</u> : No tiene.</p>			
<p><u>CONDICIONES PERSONALES PARA EL TRABAJO EN GRUPO</u> : Respeta los tiempos del otro y los silencios. Tiene capacidad de escucha. Manifiesta la necesidad de ayudar a su hijo.</p>			
<p><u>EVALUACION/SUGERENCIAS</u> : Se la invita a participar del Grupo de Ayuda Mutua, que funciona los días lunes.</p>			
<p><u>OBSERVACIONES</u> : Luciano realizó tratamiento en "Por Amor a la Vida" y lo finalizó.</p>			

## PLANILLA DE ADMISION PARA GRUPO DE AYUDA MUTUA

FECHA : 10/07/00		LUGAR : Consultorio n° 31 H.I.E.M.I.	
FAMILIAR ENTREVISTADO : Nora		VINCULO : Madre	EDAD : 59
OCUPACION : Jubilada			
MOTIVO DE LA CONSULTA : "me quedé sin grupo y me sentí abandonada"			
GRUPO CONVIVIENTE			
VINCULO	NOMBRE	EDAD	OCUPACION
madre	Clementina	85	Jubilada
hijo	Rodolfo	31	Chofer de Camiones
<p><u>PACIENTE IDENTIFICADO</u> : Rodolfo. Realizaba tratamiento en el C.P.A, mientras estuvo desocupado, en la modalidad de "Casa de Día". Al comenzar a trabajar fue derivado a los Grupos G.A.B.A.</p> <p>Está separado. Tiene una hija (Juana), de seis años, a quien visita regularmente; ésta vive con la madre, su nueva pareja y una hermanastra.</p>			
<p><u>ANTECEDENTES EN PARTICIPACION GRUPAL</u> : Participó de las Reuniones Multifamiliares de la fase de Casa de Día a la que su hijo concurría.</p>			
<p><u>CONDICIONES PERSONALES PARA EL TRABAJO EN GRUPO</u> : Constantemente manifiesta su necesidad de participar. Valora al grupo como recurso terapéutico. Se considera como positivo que posea experiencia en participación grupal.</p>			
<p><u>EVALUACION/SUGERENCIAS</u> : Se la invita a participar del Grupo de Ayuda Mutua, que funciona los días lunes.</p>			
<p><u>OBSERVACIONES</u> : Fue derivada al Grupo de Ayuda Mutua, por la Psicóloga que coordinaba el grupo al cual ella concurría.</p>			

## PLANILLA DE ADMISION PARA GRUPO DE AYUDA MUTUA

FECHA : 14/07/00		LUGAR : Consultorio n° 31 H.I.E.M.I.	
FAMILIAR ENTREVISTADO : Leonardo		VINCULO : Esposo	EDAD : 45
OCUPACION : Mecánico Automotor			
MOTIVO DE LA CONSULTA : "no puedo más con mi esposa"			
GRUPO CONVIVIENTE			
VINCULO	NOMBRE	EDAD	OCUPACION
esposa	Silvia	43	Ama de Casa
hija	Yesica	21	Estudiante Universitaria
hija	Cintia	19	Estudiante Universitaria
hija	Melisa	13	Estudiante E.G.B.
hija	Florencia	11	Estudiante E.G.B.
hijo	Guido	8	Estudiante E.G.B.
<p><u>PACIENTE IDENTIFICADO</u> : Silvia. Es alcohólica. Concurrió a Alcohólicos Anónimos. Comenzó a consumir en 1995, cuando le dijeron que era hija adoptiva. Pudo ocultar su consumo durante bastante tiempo. Ahora, además consume psicofármacos. Concurrió a una primer entrevista diagnóstica en el C.P.A., recientemente.</p>			
<p><u>ANTECEDENTES EN PARTICIPACION GRUPAL</u> : ALANON</p>			
<p><u>CONDICIONES PERSONALES PARA EL TRABAJO EN GRUPO</u> : Se muestra ansioso. Habla rápidamente. Buena predisposición a dialogar. Respeta los tiempos.</p>			
<p><u>EVALUACION/SUGERENCIAS</u> : Se lo invita a participar del Grupo de Ayuda Mutua, que funciona los días lunes.</p>			
<p><u>OBSERVACIONES</u> : Manifiesta que ni él ni sus hijos confían en Silvia. Que "hace crisis y después sigue todo igual". Reconoce como difícil el haber asumido el alcoholismo de su mujer.</p>			



## PLANILLA DE ADMISION PARA GRUPO DE AYUDA MUTUA

FECHA :21/07/00		LUGAR : Consultorio n° 31 H.I.E.M.I.	
FAMILIAR ENTREVISTADO : Graciela		VINCULO :Madre/Pareja	EDAD : 46
OCUPACION : Lic. en Enfermería			
MOTIVO DE LA CONSULTA : "no puedo más, no se que hacer con mis afectos"			
GRUPO CONVIVIENTE			
VINCULO	NOMBRE	EDAD	OCUPACION
hija	Gabriela	20	Estudiante Universitaria
<p><u>PACIENTE IDENTIFICADO</u> : Mariela (18 años. Hija. Marihuana). Vive con el padre en San Luis, desde principio de año. Concurrió a "El Faro", pero no finalizó tratamiento. Eduardo(46 años. Pareja. Martillero). Vivía en España, y regresó hace dos años. Consume hace quince años. Se conocieron aproximadamente hace 1 y 1/2 año y conviven hace un año en un departamento que compraron juntos. Cuando ella confirma su consumo, él se muda a la casa de un hermano.</p>			
<p><u>ANTECEDENTES EN PARTICIPACION GRUPAL</u> : Talleres para Profesionales de Enfermería.</p>			
<p><u>CONDICIONES PERSONALES PARA EL TRABAJO EN GRUPO</u> : Se percibe ansiedad en su relato. Tiene predisposición para hablar de si misma , y capacidad de escucha. Se muestra reflexiva.</p>			
<p><u>EVALUACION/SUGERENCIAS</u> : Se la invita a participar del Grupo de Ayuda Mutua, que funciona los días lunes.</p>			
<p><u>OBSERVACIONES</u> : Está separada hace 16 años, y esta es su primera relación desde su separación. Tiene otro hijo (Facundo. 22 años) casado, que no vive con ella.</p>			

## PLANILLA DE ADMISION PARA GRUPO DE AYUDA MUTUA

FECHA : 04/08/00		LUGAR : Consultorio n° 31 H.I.E.M.I.	
FAMILIAR ENTREVISTADO : María		VINCULO :Madre	EDAD : 48
OCUPACION : Enfermera			
MOTIVO DE LA CONSULTA : "ya no se que hacer con mi hija"			
GRUPO CONVIVIENTE			
VINCULO	NOMBRE	EDAD	OCUPACION
hija	Noelia	18	Estudiante Polimodal
<p><u>PACIENTE IDENTIFICADO</u> : Noelia. Consume marihuana. No está dispuesta a realizar tratamiento.</p> <p>Es agresiva con la madre y discuten continuamente.</p>			
<p><u>ANTECEDENTES EN PARTICIPACION GRUPAL</u> : Talleres para Profesionales de la Salud.</p>			
<p><u>CONDICIONES PERSONALES PARA EL TRABAJO EN GRUPO</u> : Se percibe angustia, que dificulta su relato. Buena predisposición a dialogar y a escuchar. Solicita ayuda para poder ayudar a su hija.</p>			
<p><u>EVALUACION/SUGERENCIAS</u> : Se la invita a participar del Grupo de Ayuda Mutua, que funciona los días lunes.</p>			
<p><u>OBSERVACIONES</u> : Es separada. Tiene otra hija (Melina.20 años) que vive con el padre en Bahía Blanca.</p>			

## PLANILLA DE ADMISION PARA GRUPO DE AYUDA MUTUA

FECHA :18/0800		LUGAR : Consultorio n° 31 H.I.E.M.I.	
FAMILIAR ENTREVISTADO : Ruben		VINCULO : Padre	EDAD : 50
OCUPACION : Mecánico			
MOTIVO DE LA CONSULTA : "quiero hacer algo para ayudar a mi hijo".			
GRUPO CONVIVIENTE			
VINCULO	NOMBRE	EDAD	OCUPACION
esposa	María	48	Ama de Casa
hijo	Juan Manuel	14	Estudiante E.G.B.
hijo	Marcos	4	-
<p><b>PACIENTE IDENTIFICADO :</b> Andrés (Hijo. 19 años). Concurrió a un Centro Privado a Terapia Psicológica Individual. En la Sociedad de Fomento del Barrio "Las Heras" y en Salud Mental Municipal realizó tratamiento, pero los abandonó. Tiene causa judicial iniciada por Robo. Abandonó la Escuela Secundaria. Vive en la casa de unos "amigos del consumo". Es agresivo.</p>			
<p><b>ANTECEDENTES EN PARTICIPACION GRUPAL :</b> No tiene.</p>			
<p><b>CONDICIONES PERSONALES PARA EL TRABAJO EN GRUPO :</b> Buena predisposición para dialogar y para escuchar. Posee facilidad para hablar de si mismo y de su familia. Se percibe ansiedad en su relato.</p>			
<p><b>EVALUACION/SUGERENCIAS :</b> Se lo invita a participar del Grupo de Ayuda Mutua que funciona los días lunes.</p>			
<p><b>OBSERVACIONES :</b> Juan Manuel no desea que Andrés regrese a la casa.</p>			

## PLANILLA DE ADMISION PARA GRUPO DE AYUDA MUTUA

FECHA :18/08/00		LUGAR : Consultorio n° 31 H.I.E.M.I.	
FAMILIAR ENTREVISTADO : Dario		VINCULO : Padre	EDAD :46
OCUPACION : Contador Público			
MOTIVO DE LA CONSULTA : "nos sugirieron que viniéramos".			
<b>GRUPO CONVIVIENTE</b>			
VINCULO	NOMBRE	EDAD	OCUPACION
esposa	Gloria	43	Docente
hija	Lorena	24	Estudiante Terciaria
hijo	Marcos	20	Estudiante Polimodal
nieto	Matías	1	
<p><b><u>PACIENTE IDENTIFICADO</u></b> : Marcos. Consume marihuana. Concurrió al C.P.A.Miramar, pero por conocer a una de las profesionales, no se comprometió con el tratamiento. Actualmente, se encuentra en la etapa de las entrevistas diagnósticas en el C.P.A. Mar del Plata. Admitió su consumo, cuando los padres se lo preguntaron.</p>			
<p><b><u>ANTECEDENTES EN PARTICIPACION GRUPAL</u></b> : No tiene.</p>			
<p><b><u>CONDICIONES PERSONALES PARA EL TRABAJO EN GRUPO</u></b> : Buena predisposición para dialogar. Manifiesta entusiasmo por ayudar a Marcos. Se muestra ansioso.</p>			
<p><b><u>EVALUACION/SUGERENCIAS</u></b> : Se lo invita a participar del Grupo de Ayuda Mutua que funciona los días lunes.</p>			
<p><b><u>OBSERVACIONES</u></b> : Se presentó a la entrevista junto con Gloria. Viven en Miramar. Viajarían a las reuniones del Grupo de Ayuda Mutua hasta que Marcos se incorpore a tratamiento.</p>			

## PLANILLA DE ADMISION PARA GRUPO DE AYUDA MUTUA

FECHA : 18/08//00		LUGAR : Consultorio n° 31 H.I.E.M.I.	
FAMILIAR ENTREVISTADO : Gloria		VINCULO : Madre	EDAD : 43
OCUPACION : Docente			
MOTIVO DE LA CONSULTA : "nos sugirieron que viniéramos".			
<b>GRUPO CONVIVIENTE</b>			
VINCULO	NOMBRE	EDAD	OCUPACION
esposo	Dario	46	Contador Público
hija	Lorena	24	Estudiante Terciaria
hijo	Marcos	20	Estudiante Polimodal
nieto	Matías	1	-
<p><b>PACIENTE IDENTIFICADO :</b> Marcos. Consume marihuana. Concurrió al C.P.A.Miramar, pero por conocer a una de las profesionales, no se comprometió con el tratamiento. Actualmente, se encuentra en la etapa de las entrevistas diagnósticas en el C.P.A. Mar del Plata. Admitió su consumo, cuando los padres se lo preguntaron.</p>			
<p><b>ANTECEDENTES EN PARTICIPACION GRUPAL :</b> Participa en grupos a nivel docente.</p>			
<p><b>CONDICIONES PERSONALES PARA EL TRABAJO EN GRUPO :</b> Buena predisposición para hablar de si misma y de su familia. Manifiesta sentirse ansiosa por la recuperación de Marcos. Plantea que desea participar del grupo.</p>			
<p><b>EVALUACION/SUGERENCIAS :</b> Se la invita a participar del Grupo de Ayuda Mutua que funciona los días lunes.</p>			
<p><b>OBSERVACIONES :</b> Se presentó a la entrevista junto con Dario. Viven en Miramar. Viajarían a las reuniones del Grupo de Ayuda Mutua hasta que Marcos se incorpore a tratamiento.</p>			

## PLANILLA DE ADMISION PARA GRUPO DE AYUDA MUTUA

FECHA :01/09/00		LUGAR : Consultorio n° 31 H.I.E.M.I.	
FAMILIAR ENTREVISTADO : Analía		VINCULO : Madre	EDAD : 40
OCUPACION : Empleada en Instituto de Diagnóstico por Imagen			
MOTIVO DE LA CONSULTA : "me derivaron".			
GRUPO CONVIVIENTE			
VINCULO	NOMBRE	EDAD	OCUPACION
esposo	Jorge	44	Arquitecto
hijo	Juan Manuel	18	Empleado de Rotisería
hijo	Julio Cesar	9	Estudiante E.G.B.
hija	Ivana	7	Estudiante E.G.B.
<p><u>PACIENTE IDENTIFICADO</u> : Juan Manuel. Consume marihuana. Realiza tratamiento en en C.P.A. en "Casa de Día". Concurría a la Primera Fase, pero retrocedió a la Fase Admisión porque no se involucró con dicho grupo. No tuvo recaídas.</p>			
<p><u>ANTECEDENTES EN PARTICIPACION GRUPAL</u> : Participó de las Reuniones Multifamiliares de la Primera Fase, a la que su hijo concurría.</p>			
<p><u>CONDICIONES PERSONALES PARA EL TRABAJO EN GRUPO</u> : Buena predisposición para dialogar y para escuchar. Si bien, cambiar de grupo, implica un retroceso en el tratamiento de su hijo, se considera como positivo que cuente con experiencia al respecto.</p>			
<p><u>EVALUACION/SUGERENCIAS</u> : Se la invita a participar del Grupo de Ayuda Mutua que funciona los días lunes.</p>			
<p><u>OBSERVACIONES</u> : Fue derivada al Grupo de Ayuda Mutua por la Psicóloga que coordinaba el grupo de las Reuniones Multifamiliares a las que concurría.</p>			

## PLANILLA DE ADMISION PARA GRUPO DE AYUDA MUTUA

FECHA :15/09/00		LUGAR : Consultorio n° 31 H.I.E.M.I.	
FAMILIAR ENTREVISTADO : Charo		VINCULO : Novia	EDAD : 36
OCUPACION : Empleada de Empresa de Telecomunicaciones.			
MOTIVO DE LA CONSULTA : "mi novio concurre a G.A.B.A."			
<b>GRUPO CONVIVIENTE</b>			
VINCULO	NOMBRE	EDAD	OCUPACION
hija	Anabel	16	Estudiante Polimodal
hijo	Lucas	14	Estudiante E.G.B.
<p><b><u>PACIENTE IDENTIFICADO :</u></b> Hernan. (novio.33 años). Consume marihuana y cocaína, desde los 18 años. Concorre a tratamiento en el C.P.A., por propia voluntad, en la modalidad G.A.B.A. A ella la conoce hace tres añosy le dice que no consume más. Viajará a E.E.U.U. En busca de trabajo, porque se encuentra desempleado.</p>			
<p><b><u>ANTECEDENTES EN PARTICIPACION GRUPAL :</u></b> No tiene.</p>			
<p><b><u>CONDICIONES PERSONALES PARA EL TRABAJO EN GRUPO :</u></b> Posee facilidad para hablar de si misma y de su relación con Hernán.Es frontal en el diálogo. Demuestra ansiedad propia de la situación personal que atravieza.</p>			
<p><b><u>EVALUACION/SUGERENCIAS :</u></b> Se la invita a participar del Grupo de Ayuda Mutua que funciona los días lunes.</p>			
<p><b><u>OBSERVACIONES :</u></b> Sus hijos saben sobre el consumo de Hernán. Su padre era alcohólico.</p>			

## PLANILLA DE ASISTENCIA A LAS REUNIONES

NOMBRE	ENTREV.	REUNIÓN 05/06	REUNIÓN 12/06	REUNIÓN 26/06	REUNIÓN 03/07	REUNIÓN 10/07	REUNIÓN 17/07	REUNIÓN 24/07	REUNIÓN 31/07	REUNIÓN 07/08	REUNIÓN 14/08	REUNIÓN 04/09	REUNIÓN 11/09	REUNIÓN 18/09	REUNIÓN 27/09	
MARTA	15/5	P	-	P	-	P	P	P	P	P	P	P	P	P	-	
CARMEN	26/5	P	P	FALLECIO												
JORGELINA	26/5	-	-	-	P	P	P	P	P	P	P	-	-	-	-	
PATRICIA	26/5	P	P	-	P	INCORPORADA A REUNION MULTIFAMILIAR FASE ADMISION										
ESTEBAN	2/6	P	P	P	P	P	P	DERIVADO AL GRUPO DE AYUDA MUTUA DE LOS MIERCOLES								
ELENA	2/6	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	
CRISTIAN	2/6	P	P	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
MAGALI	2/6	P	P	P	P	P	P	P	P	P	INCORPORADA A REUNION MULTIFAMILIAR					
JUAN	-	P	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
ELIZABETH	12/6	-	P	P	-	P	P	INCORPORADA A REUNION MULTIFAMILIAR								
SILVIA	12/6	-	P	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
MICAELA	16/6	-	-	P	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
MARIANA	23/6	-	-	-	P	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
ROSA	26/6	-	-	P	-	-	-	P	-	-	-	P	-	P	-	



NOMBRE	ENTREV.	REUNIÓN 05/06	REUNIÓN 12/06	REUNIÓN 26/06	REUNIÓN 03/07	REUNIÓN 10/07	REUNIÓN 17/07	REUNIÓN 24/07	REUNIÓN 31/07	REUNIÓN 07/08	REUNIÓN 14/08	REUNIÓN 04/09	REUNIÓN 11/09	REUNIÓN 18/09	REUNIÓN 27/09
VICTORIA	7/7	-	-	-	-	P	P	P	P	P	P	P	INCORP. A REUNION MULTIFAMILIAR		
ANDREA	7/7	-	-	-	-	P	-	P	-	-	-	-	-	-	-
NORA	10/7	-	-	-	-	P	P	-	-	P	-	-	-	-	-
LEONARDO	14/7	-	-	-	-	-	P	-	-	-	-	-	-	-	-
GRACIELA	21/7	-	-	-	-	-	-	P	P	P	-	-	-	-	-
MARIA	4/8	-	-	-	-	-	-	-	-	P	-	-	-	-	-
RUBEN	18/8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	P	P	P	P
DARIO	18/8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	P	P	-	-
GLORIA	18/8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	P	P	P	-
ANALIA	1/9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	P	P	P	-
CHARO	15/9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	P
<b>TOTAL PRESENTES</b>	-	8	8	7	6	9	9	8	6	8	4	8	6	6	3

## REUNION N°1

- FECHA: 05/06/00
- LUGAR: Consultorio n°31 del H.I.E.M.I.
- DURACION DE LA REUNION: 1:30 horas.
- COORDINADORA: Laura Serati
- MIEMBROS PRESENTES:

Elena	Magalí
Esteban	Juan (esposo de Magalí)
Patricia	Cristian
Carmen	Marta

### PRIMER MOMENTO

- Técnica de Presentación: " De a Dos"

Objetivo: que los miembros se interrelacionen y se conozcan.

Desarrollo: Se divide al grupo en parejas. Se les otorga diez minutos para que se presenten mutuamente. Luego, cada participante debe presentar a su pareja ante el resto del grupo comentando los motivos por los cuales se acercaron al C.P.A. en busca de ayuda.

### SEGUNDO MOMENTO

#### **Contenido**

La coordinadora pregunta al grupo acerca como se sintieron durante la realización de la Técnica de Presentación. Los miembros manifestaron que el conocer personas con problemas similares les generó una sensación de

acompañamiento en el sufrimiento, y acordaron en la necesidad de hacer algo para sentirse mejor.

A continuación, la coordinadora pregunta a los integrantes sobre cada situación en particular.

**Carmen** explica que no pudo hablar con su hijo Sergio sobre un turno para una primer entrevista diagnóstica, porque debió acompañar a Jorgelina (hija) al médico en varias oportunidades, generándose un desencuentro entre ambos. Que espera hacerlo cuando regrese a su casa, “así tomo fuerza del grupo”.

**Magalí** comenta que habló con su hijo Gabriel sobre la posibilidad de acercarse a tratamiento, y que éste aceptó con la condición que ella no participe de las Reuniones Multifamiliares.

**Juan** (esposo de Magalí) aclara que él, generalmente, se encuentra navegando en altamar, motivo por el cual “siempre es ella la que pone la cara”. Agrega que toda la familia sabe sobre el consumo de Gabriel y que apoya a Magalí en su accionar.

**Patricia** explica que su hermano Nicolás concurre a tratamiento en el C.P.A. Que teme que “algo malo suceda”, como por ejemplo que éste golpee a su madre. Que se siente egoísta cuando se preocupa exclusivamente por sus propósitos.

**Elena** pregunta a la coordinadora si sus hijas pueden participar de las entrevistas diagnósticas de su hijo Luis. Agrega que está preocupada porque éste no concurre a la escuela durante toda la semana pasada.

**Esteban** (esposo de Elena) comenta que hablaran con la preceptora de la escuela y que “iremos juntos...supongo”.

**Marta** relata una situación violenta vivida con su hijo Alejandro y comenta que teme por la reacciones de éste.

La coordinadora pregunta a **Cristian** si desea manifestar su opinión y éste responde: “yo quería escucharlos a ustedes”.

Ante el relato de los participantes, se plantearon los siguientes temas de reflexión:

- Las distintas modalidades de tratamiento
- El temor como parte de la relación
- Las alianzas que establece el adicto

### **Relación y Proceso**

Cristian se mantuvo en silencio durante gran parte de la reunión. Únicamente intervino verbalmente cuando la coordinadora le preguntó si deseaba realizar algún comentario.

Se percibe un alto nivel de ansiedad, manifestado por ruidos en la comunicación (hablaban todos al mismo tiempo). Dado que el diálogo fue fluido y permanente, la reunión fue difícil de cerrar. Cuando el tema planteado fue “el temor como parte de la relación” los miembros se mostraron atentos y en silencio.

Al finalizar la reunión, los miembros se saludaron afectivamente.

### **Plan de Acción**

Como parte del cierre de la reunión, se establece un Plan de Acción para cada uno de los miembros presentes.

**Carmen:** que solicite turno para una primer entrevista diagnóstica para su hijo Sergio, y que hable con él al respecto.

**Marta:** que intente no involucrarse en situaciones de violencia.

**Patricia:** que no tema poder identificar sus sentimientos y sensaciones.

**Elena y Esteban:** que se comuniquen con la preceptora de la escuela de Luis, y si existiera alguna duda al respecto que la planteen en el ámbito del tratamiento de éste.

**Magalí y Juan:** que soliciten turno para una primer entrevista diagnóstica para Gabriel.

**Cristian:** que se espera su presencia en la próxima reunión.

## REUNION N°2

- FECHA: 12/06/00
- LUGAR: Consultorio n°31 del H.I.E.M.I.
- DURACION DE LA REUNION: 1:30 horas.
- COORDINADORA: Laura Serati
- MIEMBROS PRESENTES:

Elena	Magalí
Esteban	Silvia
Patricia	Cristian
Carmen	Elizabeth

### PRIMER MOMENTO

La reunión comienza con el saludo de los presentes y la lectura de las pautas de funcionamiento grupal(ver pag.88). Luego, los miembros nuevos se presentan brevemente.

### SEGUNDO MOMENTO

#### **Contenido**

La coordinadora pregunta a los integrantes sobre como han pasado la semana.

**Carmen** explica que si bien Sergio tenía turno para la semana pasada, no concurrió a la entrevista ya que la situación familiar se complicó porque Jorgelina internada y operada de urgencia. Que ella cuando salía de trabajar iba directamente al Hospital , y por esto se olvidó del turno de Sergio. Que según lo manifestado por éste, se encuentra dispuesto a realizar tratamiento, por lo que solicitará un nuevo turno. Agrega que desea que sus otros dos hijos

(Marisel y Esteban) acepten comenzar tratamiento al advertir cambios en su hermano mayor.

**Elena** comenta que concurrió con Esteban a la primer entrevista diagnóstica con profesionales del C.P.A. Que ella se sintió cómoda y satisfecha con los temas tratados. Que cuando se retiraron de dicha institución Luis dijo: “esto no sirve para nada”. Que éste habló muy poco y que “en realidad, todos en la familia somos de poco hablar”. Agrega que espera que Luis haya concurrido a la escuela.

**Esteban** comenta que la preceptora de la escuela de Luis les confirmó que éste había faltado durante toda la semana pasada. Se manifestó en acuerdo con Elena respecto a que en la familia son de poco hablar.

**Elizabeth** explica que su hijo Sebastián consume, aproximadamente, desde hace diez años. Que está casado y tiene una hija, pero que dada las circunstancias se encuentra viviendo con ella. Que toda la familia está dispuesta a ayudarlo. Agrega que “por suerte” no han tenido grandes inconvenientes como consecuencia del consumo de su hijo.

**Silvia** comenta que su hijo José Luis consume marihuana. Que a ella se lo dijo su marido. Que no pudieron hablar con su hijo para que inicie tratamiento.

**Magalí** explica que vivió un “fin de semana caótico” , ya que descubrió que Gabriel le había robado sus alhajas y que debieron utilizar los ahorros de Juan (marido) para saldar las deudas de su hijo con “gente de la villa”. Se cuestiona si es justo que el trabajo de Juan se utilice para pagar deudas de Gabriel. Agrega que su hijo admitió que además de marihuana consume cocaína. Finalmente, pidió disculpas al resto de los integrantes “si es que hablé demasiado, pero necesitaba venir y desahogarme”.

**Patricia** comenta que teme volver a vivir situaciones de violencia y que ese temor surge cuando Nicolás manifiesta que “no tiene ganas de venir a

tratamiento". Agrega que siente "como si la nube negra volviera sobre mi familia".

**Cristian** manifiesta que no se debe tener miedo de estar con un adicto, "yo lo encaro. Ese es mi trabajo".

Ante el relato de los participantes, se plantearon los siguientes temas de reflexión:

- La diferencia entre temerle al adicto y reconocer situaciones que generan temor.
- El grupo como espacio donde expresar sentimientos y opiniones.
- La necesidad de identificar sensaciones.
- El diálogo como herramienta para comunicarse con el otro.

## **Relación y Proceso**

Durante su relato, Magalí se mostró desbordada por sentimientos de angustia y desesperación. Se infiere que su actitud de pedir disculpas puede relacionarse con el sentir al resto de los integrantes como pares con los cuales se identifica.

El grupo escuchó con atención los relatos de Magalí, Carmen y Patricia. Se advirtió buena predisposición a compartir e intercambiar experiencias, pudiendo reflexionar sobre las mismas. Silvia y Elizabeth no mostraron resistencia a compartir sus experiencias personales con el resto de los participantes.

Cristian, nuevamente, se mantuvo en silencio durante gran parte de la reunión. Realizó una única intervención verbal, que no fue compartida por el resto de los integrantes. Al finalizar la reunión Cristian se acercó a la coordinadora y explicó que no concurrirá más ya que "no es lo que yo esperaba".



## **Plan de Acción**

Como parte del cierre de la reunión, se establece un Plan de Acción para cada uno de los miembros presentes.

**Carmen:** que solicite un nuevo turno para su hijo Sergio.

**Elena y Esteban:** que intenten facilitar la comunicación entre ambos y hacia sus hijos respecto de sus sentimientos.

**Patricia:** que intente reconocerse como individuo que forma parte de un grupo familiar.

**Elizabeth:** que solicite turno para una primer entrevista diagnóstica para Sebastián, y que hable con él al respecto.

**Silvia:** que solicite turno para una primer entrevista diagnóstica para su hijo José Luis, y que hable con él al respecto.

**Magalí:** que intente diferenciarse de su hijo y reconocer sus propios sentimientos.



**Elizabeth** comenta que Mariana (nuera) concurre al grupo de Ayuda Mutua que funciona los días miércoles. Que toda la familia (incluidos sus otros hijos y nueras) habló con Sebastián y que se sintieron “muy bien”. Que él acepta comenzar tratamiento porque tiene que “luchar por su hija y su esposa”. Que en los comienzos de la charla se sentían tensionados, pero que lentamente “se fueron relajando y hablaron sin pelos en la lengua “. Que todos le ofrecieron su apoyo. Agrega que siente que dieron un paso importante, pero que sabe que no es lo único que preocupa a la familia.

**Rosa** aclara que su novio Cristian concurre a tratamiento en el C.P.A., pero que ella fue derivada al grupo por las psicólogas de dicha institución ya que no puede concurrir por problemas de horario (trabaja) a las Reuniones Multifamiliares de la Fase de Admisión. Comenta que recientemente, él experimentó una recaída. Que quiere comenzar a salir nuevamente con sus amigos, y que ella teme que experimente una nueva recaída si sale con ellos.

**Micaela** comenta que habló con Juan Ignacio (hijo) en relación a la posibilidad de que éste comience tratamiento, pero no aceptó. Que él le respondió: “la dejo cuando quiero”. Que Julio, su otro hijo, no apoya la idea de realizar tratamiento porque “cree que es normal”. Que cuando Juan Ignacio llega de trabajar se encuentra con buen estado de ánimo y accesible, pero “luego se encierra en la pieza y sale terrible”.

**Elena** comenta que Luis se encuentra concurrendo a tratamiento, pero que “según él no sirve para nada”. Que a la mañana debía participar de una Reunión Grupal en el C.P.A., pero que ella teme que no se haya presentado. Que, finalmente, Luis abandonó la escuela por indicación de los operadores terapéuticos que guían su tratamiento, ya que allí consumía con sus compañeros. Agrega que “como está todo el día encerrado, se pelea permanentemente con sus hermanas”.

**Esteban** manifiesta que no estar de acuerdo a lo expresado por Elena, ya que “cuando Luis está en casa, está bien”.

**Magalí** manifiesta sentirse “muy dolida”, ya que la semana pasada recibió un llamado de la policía para informarle que habían detenido a Gabriel, junto a otra persona, robando una carnicería. Que ella y Juan no lo vieron en la comisaría, sino ante el Fiscal. Que cada quince días debe presentarse en la Fiscalía, porque controlarán su tratamiento. Que Gabriel “cree que puede manejar todas las situaciones”. Que está cansada de “salvarlo de todo”. Y de “ser la buena y siempre cubrirlo”. Que, a partir de ahora, piensa “decirle las cosas como son”. Que en un principio, Juan creía que ella exageraba. Que no puede creer que “Gabriel haya llegado a robar para conseguir dinero para las drogas”.

Ante lo manifestado por los miembros presentes, se plantearon los siguientes temas para reflexionar:

- El miedo y la oportunidad de creer nuevamente en el adicto en tanto persona .
- La diferencia entre culpabilidad y responsabilidad.
- Poder reconocer al adicto como una persona, por ende capaz de pensar y decidir.
- El ocultamiento y los dobles mensajes del adicto.

## **Relación y Proceso**

Durante su relato, Magalí se mostró desbordada por sentimientos de angustia y desesperación. Se expresó de manera rápida y sin pausas. Durante el transcurso de la reunión se mostró inquieta y ansiosa. Se infiere esta actitud estaría relacionada con la necesidad de hablar.

El desacuerdo entre Elena y Esteban, permitió advertir cierto clima de tensión entre ambos, ya que la visión que ellos tienen de la situación es completamente opuesta.

En relación a los temas planteados, el grupo pudo ejemplificar con hechos de la vida diaria. El haber podido compartir y confrontar experiencias,

les permitió comenzar a visualizar estrategias para realizar modificaciones en la manera de actuar y de relacionarse con el adicto.

La comunicación y la cooperación aparecen como vectores grupales. El diálogo es fluido y ameno.

### **Plan de Acción**

Como parte del cierre de la reunión, se establece un Plan de Acción para cada uno de los miembros presentes.

**Rosa:** que intente identificar sus propios miedos y los motivos que los originan.

**Marta:** que reflexione sobre las diferencias entre culpabilidad y responsabilidad. Además, se le hace notar que nuevamente su involucramiento en situaciones violentas.

**Micaela:** que intente revisar las situaciones que le generan ansiedad (teniendo en cuenta que todo implica un proceso).

**Magalí:** que intente identificar las responsabilidades de su hijo y las propias. Además, se le hace notar que debe reconocer a Gabriel como persona diferente a ella.

**Esteban y Elena:** que intenten realizar acuerdos y tomar decisiones en conjunto en relación a Luis, y también, a sus hermanos.

**Elizabeth:** que rescate los positivos de la forma de actuar de su familia y de la reacción de su hijo.

## REUNION N°4

- FECHA: 03/07/00
- LUGAR: Consultorio n°31 del H.I.E.M.I.
- DURACION DE LA REUNION: 1:40 horas.
- COORDINADORA: Laura Serati
- MIEMBROS PRESENTES:

Elena	Magalí
Esteban	Mariana
Jorgelina	Patricia

### PRIMER MOMENTO

La reunión comienza con el saludo de los presentes y la lectura de las pautas de funcionamiento grupal (ver pag. 88). Luego, la nueva integrante se presenta brevemente ante el resto del grupo.

### SEGUNDO MOMENTO

#### **Contenido**

La coordinadora pregunta a los participantes por como han pasado la semana.

**Jorgelina** explica que no concurrió al grupo, en primer lugar, porque debió ser internada y operada de urgencia, y en segundo lugar, porque la semana pasada su madre (**Carmen**) falleció en un accidente de auto. Comente que ante lo ocurrido, se sintió indirectamente obligada a hacerse cargo de la casa porque con sus hermanos “no se puede contar “ y porque el padre “trabaja todo el día”. Que además, se hizo cargo del comercio de golosinas de la madre. Que sus hermanos siguen consumiendo. Que con Marisel permanentemente discute. Que siente que el padre no la contiene emocionalmente. Que está

recibiendo ayuda por parte de una psicóloga de su escuela. Que en relación al tratamiento de Sergio, éste no concurre a la entrevista dado los hechos recientes. Que considera que debe solicitar nuevamente turno , ya que él es “el único de mis hermanos con el que puedo hablar “.

**Esteban** comenta que Luis no concurre a tratamiento durante la semana pasada.

**Elena** explica que al haber abandonado la escuela, Luis “está todo el día sin hacer nada”, que “tampoco tiene otra actividad....ni siquiera un deporte”. Que, además, ella -por razones de trabajo- se encuentra gran parte del día fuera de la casa y, por lo tanto, no puede controlar lo que allí sucede. Agrega que siente que con Esteban no puede contar porque discute permanentemente con sus hijos.

**Patricia** comenta que siente que con Santiago (hermano) no puede hablar sobre la situación familiar ya que él, al igual que Nicolás, se encuentra bajo tratamiento psiquiátrico y “tiene su propio problema”.

**Mariana** explica que vive en Necochea con sus tres hijos, desde hace tres años. Que su marido –por razones de trabajo- vive en Capital Federal y viaja a Necochea los fines de semana. Que ella “trabajaba todo el día. Así que nunca estaba en casa, y ahora me culpo por eso. Porque creo que descuidé a mis hijos”. Que ella sospechaba que Lucia (hija) consumía y se lo preguntó. Que ésta lo admitió y aceptó comenzar un tratamiento. Que concurre a una institución de Necochea, pero que ambas no estaban satisfechas porque “no nos decían que hacer”. Que por este motivo, se acercaron a Mar del Plata en busca de ayuda. Que ya concurre a la primer entrevista diagnóstica en el C.P.A. Que Lucia se da cuenta que está mal y por esto quiere recuperarse. Que en el transcurso del año, la cambio dos veces de escuela y que en la última se amiga de chicas que no consumen y la ayudan. Que para poder controlar la ansiedad, aprendió a tomar mate. Finalmente, agrega que “necesito saber que hago con las salidas, porque por ahora no la dejo salir a bailar”.

**Magalí** comenta que “estoy cansada de todo”. Que, nuevamente, la policía encontró a Gabriel robando. Que, además, Lourdes (hija) advirtió que le faltaba la videofilmadora. Que no invita amigos a su casa porque tiene miedo que Gabriel les robe. Que no puede estar tranquila y que está “cansada de salvarlo de todo”.

Ante lo manifestado por los miembros presentes, se plantearon los siguientes temas para reflexionar:

- La importancia de un discurso unificado de la díada padres, ante sus hijos.
- Las modalidades de tratamiento y las incumbencias de cada uno.
- La importancia de la comunicación satisfactoria.
- La identificación de sentimientos y emociones propias.
- El discriminarse del otro.
- El saber pedir ayuda.
- La necesidad de poder creer.
- Los aspectos positivos del poder mantenerse calmo.

### **Relación y Proceso**

El grupo se sintió impactado y sorprendido ante el relato de Jorgelina. Ella se mantuvo tensa. Hubo gran interés por lo acontecido. Los miembros mantuvieron un silencio prolongado, con una destacada predisposición a la escucha. El grupo experimentó un momento de depresión y ensimismamiento. Fue necesario que la coordinadora provocara que ellos pudieran participar, para poder continuar con la reunión. Luego de realizado el Plan de Acción, los participantes brindaron palabras de apoyo y contención hacia Jorgelina.

Los desacuerdos manifestados por Elena y Esteban, denotan dificultad para relacionarse y comunicarse. Sin embargo, esto no obstaculiza la comunicación y dinámica grupal.



Magalí se muestra angustiada, generándole esto ansiedad. No mantiene la línea del tiempo en su discurso, e incorpora aspectos secundarios a la temática.

A pesar del amplio silencio, la comunicación fue fluida. Se destacaron actitudes de solidaridad y cooperación. El impacto recibido fue elaborado lentamente por los miembros del grupo, lo que permitió el poder continuar con la reunión sin que se desviaran de los objetivos grupales.

Se observa que la interrelación grupal continua fuera del ámbito de la reunión, una vez finalizada la misma.

### **Plan de Acción**

Como parte del cierre de la reunión, se establece un Plan de Acción para cada uno de los miembros presentes.

**Jorgelina:** que se permita contactarse con su angustia, a la vez, que creer en la posibilidad de mejoramiento de su situación. Que solicite turno para Sergio.

**Elena y Esteban:** que intenten evitar discusiones delante de sus hijos y que si pueden acordar pautas de convivencia que puedan mantenerlas.

**Patricia:** que revalorice y pueda tener registro de cada momento que experimenta.

**Mariana:** que trate de discriminarse de su hija y que plantee las dudas sobre el tratamiento de Lucia en el ámbito que corresponde.

**Magalí:** que se reconozca como una persona diferente a Gabriel.



seguir". Que su marido no colabora, que "siempre tiene una excusa y nunca hablamos". Que pudo cambiar algunas costumbres, y eso la hace sentir bien. Que no le lleva el desayuno a la cama a Alejandro, sino que se la deja sobre la mesa para que él se acerque.

**Elizabeth** comenta que Sebastián comenzará tratamiento la semana próxima. Que ella tiene miedo que él la pueda engañar como lo hizo durante estos años. Que reconoce que esto le genera ansiedad.

**Nora** comenta que vive con su madre y su hijo Rodolfo. Que éste se encontraba en tratamiento en la modalidad "Casa de Día" en el C.P.A., pero como comenzó a trabajar no pudo concurrir más. Que ella participaba de las Reuniones Multifamiliares de dicha modalidad. Que a él lo derivaron a los grupos G.A.B.A. y a ella le sugirieron que participara de este grupo. Que en un primer momento, se sintió desamparada. "No podía creer que me hubiera aferrado tanto al grupo". Que, en cierta forma, sintió que se lo "estaba castigando por haber obtenido empleo". Que Rodolfo comenzó a participar de su nuevo grupo, pero que "no salió bien". Que ella desea poder ayudar a su hijo.

**Magalí** comenta que "la familia está cansada de las conductas de Gabriel". Que la hermana lo denunció por el robo de la videofilmadora. Que está agresivo, inclusive con el Fiscal. Que "no tiene valores". Que cuando su hijo concurría a tratamiento en "Por Amor a la Vida" "todo era diferente. Veía a las otras madres y creía que lo mío no era nada, y eso me sirve ahora que están pasando tantas cosas". Que "no voy a seguir deshumanizándome".

**Victoria** comenta que vivía con Ricardo (pareja), pero que se separaron recientemente por el consumo de él. Que ella está viviendo con los padres. Que su suegra y su cuñada no colaboran "en el sentido que le dan plata a Ricardo para pagar impuestos y él se la gasta en drogas". Que siente que trabaja para pagar las deudas que Ricardo generó. Que todavía lo quiere. Que "lo único bueno de esta semana es que pude blanquear toda la situación con mi mamá y mi hermana. Y eso me hizo sentir muy bien".

**Jorgelina** comenta que habló con Sergio y aceptó realizar el tratamiento. Que con Marisel se pelea permanentemente porque “ella manejaba a mamá y no lo puede hacer conmigo”. Que, por primera vez, sintió el apoyo de su padre ante una pelea con Marisel. Que, además, tiene problemas con su abuela, con la que comparte la responsabilidad del negocio de Carmen.

**Esteban** comente que a “Luis lo veo bien”.

**Elena** manifiesta no está de acuerdo. Que no sale de la casa, permanece encerrado y que discute permanentemente con sus hermanas y su padre. Que lo “único positivo” es que lo fue a visitar un “amigo del consumo”, y le pidió a los padres que dijeran que él no estaba. Que esta actitud la sorprendió.

**Andrea** comenta que su hijo Lucas fue detenido por la policía, en la calle, con droga en su poder. Que éste entiende que si no realiza tratamiento por voluntad propia, recibirá una orden judicial exigiéndoselo. Manifiesta sentirse angustiada y defraudada, “yo nunca le exigí a los chicos que estudiaran, pero no pensé que iban a terminar así”. Agrega que cree que su hijo no tiene valores.

En relación a los temas comentados por los miembros presentes, se plantearon los siguientes temas:

- Valorar los cambios.
- El grupo como espacio de contención y reflexión.
- El miedo y la ansiedad ante los posibles cambios.
- El sentirse defraudado.
- Reconocer que los valores del otro pueden ser diferentes a los propios (y no está mal que lo sean).
- Sentir que las presiones externas son aliviadas cuando se ponen de manifiesto situaciones ocultas.
- Reconocer cuando algo se lleva a cabo por propia elección.
- Los requisitos y exigencias de las distintas modalidades de tratamiento.

## Relación y Proceso

La comunicación fue fluida y amena. Buena predisposición a escuchar y dialogar. La cooperación y la pertinencia se advierten afianzadas. Los miembros intercambian experiencias y sensaciones, además comparan las distintas situaciones y las diferentes formas de actuar.

Los participantes se mostraron atentos ante el relato de Jorgelina, hacia quien inmediatamente brindaron palabras de apoyo y de contención.

El relato de Nora provocó cuestionamientos por parte de los integrantes en relación a las exigencias en las distintas modalidades de tratamiento. Se advierte en ellos el valor del grupo como espacio de contención.

Andrea, durante el transcurso de su relato, se desborda como consecuencia de la sensación de angustia que manifiesta.

Los desacuerdos entre Elena y Esteban persisten. Sin embargo, no obstaculizan la comunicación grupal.

## Plan de Acción

Como parte del cierre de la reunión, se establece un Plan de Acción para cada uno de los miembros presentes.

**Marta:** que trate de valorar sus progresos y continúe en esa línea de trabajo.

**Elizabeth:** que intente valorar los momentos vividos y no anticiparse a lo que pueda suceder.

**Nora:** que diferencie entre los requisitos para concurrir a una determinada modalidad de tratamiento y ser castigado. Que pueda hablar con su hijo al respecto.

**Andrea:** que solicite turno para Lucas para una primer entrevista diagnóstica y que se permita conectarse con sus propios sentimientos.

**Magalí:** que acepte que las personas pueden poseer diferentes escalas de valores.

**Jorgelina:** que no se deje vencer por los miedos y sentimientos de desesperanza.

**Victoria:** que busque actividades que le resulten saludables.

**Elena y Esteban:** que busquen la manera de mejor establecer acuerdos y que traten de aceptar las diferencias.

## REUNION N°6

- FECHA: 17/07/00
- LUGAR: Consultorio n°31 del H.I.E.M.I.
- DURACION DE LA REUNION: 2:00 horas.
- COORDINADORA: Laura Serati
- MIEMBROS PRESENTES:

Elena	Magalí
Esteban	Marta
Jorgelina	Nora
Elizabeth	Leonardo
Victoria	

### PRIMER MOMENTO

La reunión comienza con el saludo de los presentes y la lectura de las pautas de funcionamiento grupal(ver pag. 88). Luego, el nuevo integrante se presenta brevemente ante el resto del grupo.

### SEGUNDO MOMENTO

#### **Contenido**

La coordinadora pregunta a los participantes por como han pasado la semana.

**Victoria** comenta la semana pasada Ricardo concurrió a la segunda entrevista diagnóstica. Que la semana próxima tiene la tercer entrevista, y que Ricardo le pidió que lo acompañara. Que ella aceptó. Que el dinero que gana trabajando en el taxi, se la da a ella para pagar las deudas. Que se vieron el fin de semana y pudieron hablar tranquilos. Que ella le preguntó porqué le había mentido durante tanto tiempo y él le explicó que “creía que diciéndome la

verdad me iba a lastimar demasiado". Que la suegra no colabora ya que intenta, permanentemente, "deprimirlo y ponerlo mal". Que se siente tranquila y que sabe que a pesar de advertir pequeños cambios en la conducta de Ricardo ella no volverá a la casa. Que su madre le dijo que la nota más tranquila y que "ahora si se puede hablar conmigo". Finalmente agrega que con el padre aún no habló "porque él es más cerrado y no entendería".

**Esteban** comenta que "todo sigue igual". Que Luis no sale de la casa y que reacciona agresivamente. Agrega que él cree que no discute con sus hijos.

**Elena** comenta que siente que sus otros hijos no colaboran con el tratamiento de Luis. Que se pelean entre ellos y con el padre. Que las discusiones son permanentes.

**Leonardo** explica que su esposa Silvia concurre a la primer entrevista diagnóstica. Que, por el momento, "está tranquila y no hizo ninguna crisis". Que habló con la mayor de sus hijas (Yesica) y le sugirió que participe de los Grupos de Ayuda Mutua de los días miércoles y ella aceptó. Que ni él ni sus hijos pueden confiar en su esposa, que "ya no le creemos nada".

**Magalí** comenta que "hoy voy a hablar de mi, porque el adicto es siempre el gran protagonista". Agrega que la semana pasada en la Reunión Multifamiliar "ventilé todo porque el siempre miente". Que como consecuencia de esto, le otorgaron un turno para una entrevista psicológica individual, la cual ocurrió en el día de la fecha. Que "no lo vi bien cuando salió". Que en el grupo no habla. Que admitió el haber atravesado por una recaída recientemente. Que los profesionales a cargo de su tratamiento le explicaron que "si sigue mintiendo no va a avanzar". Que Lourdes cree que lo único que puede ayudarlo es que sea internado. Que ella confeccionará un inventario sobre las cosas que hay en existencia en la casa, "y si descubro que falta algo, lo denuncio". Finalmente agrega que "Gabriel siente que en todo fracasa".

**Elizabeth** comenta que Sebastián ingirió alcohol, y está prohibido en el tratamiento. Que volvió a la casa con su esposa, pero que ésta le dijo que "si



hace otra cosa mal, lo hecha". Que lo fue a visitar al trabajo y estuvieron hablando. Que "nos prometimos que yo dejen de fumar y él de consumir".

**Nora** explica que haber participado del grupo la hizo sentir mejor y que pudo hablar con su hijo "como lo hacía antes". Que hablaron sobre el intentar no experimentar el cambio de grupo como castigo. Comenta que cree que su hijo no se siente bien porque su ex esposa está embarazada por segunda vez, de su nueva pareja. Que él la sigue queriendo, pero no permite que este dolor se interfiera en la relación con la hija de ambos. Que ella cree que "se está haciendo cargo de su paternidad". Finalmente agrega que no podrá concurrir a las reuniones grupales por dos semanas, porque debe viajar y agradece al grupo por poder participar del mismo.

**Jorgelina** comenta que Sergio concurre a la primer entrevista diagnóstica. Que ella lo acompañó y que él se manifestó conforme. Que Esteban preguntó a Sergio dónde había ido y éste le explicó. Ante su respuesta, Esteban dijo que él también desearía comenzar tratamiento. Que con Marisel continúa peleándose. Que a la abuela no la ve más porque cerraron el negocio. Que no abandonó la escuela y que pudo darse cuenta que no se siente bien.

**Marta** comenta que Alejandro le da dinero para las compras diarias. Luego relata una situación de violencia y aclara que su hijo nunca la golpeó, sino que "cuando se pone loco le pega a las paredes".

En relación a lo comentado por los miembros presentes, se plantearon los siguientes temas de reflexión:

- La posibilidad de volver a creer en el otro.
- La importancia de sostener las decisiones tomadas.
- No sobreinvolucrarse con el adicto.
- No exponerse a situaciones violentas
- No temer de expresar los sentimientos propios.
- La necesidad de tener esperanzas.

## Relación y Proceso

Los miembros comparten experiencias y realizan sugerencias. Reconocen en los otros historias, sensaciones y pensamientos propios. Se advierte que la necesidad que los agrupa se ha transformado en objetivo común. No se percibe tensión en la interacción. La dinámica interna es fluida y amena. Como sistema, permite la incorporación de miembros nuevos sin presentar obstáculos y de manera natural. El diálogo es espontáneo, respetando los turnos para expresarse.

El haber admitido que no se siente bien, permitió que Jorgelina desbordara de angustia. Una de las integrantes tomó su mano mientras ella hablaba, expresando –de esta manera- la solidaridad y apoyo que el grupo le brinda.

La relación entre Esteban y Elena continua siendo conflictiva. Ante esto, la coordinadora considera la posibilidad de derivar a uno de los dos al Grupo de Ayuda Mutua que funciona los días miércoles. El objetivo de esta medida está relacionado con el buscar estrategias para facilitar la comunicación entre ambos.

## Plan de Acción

Como parte del cierre de la reunión, se establece un Plan de Acción para cada uno de los miembros presentes.

**Marta:** que no minimice la violencia de su hijo y que no tema el comunicarse con él.

**Jorgelina:** que se permita conectarse y reconocer sus propios sentimientos y que pueda mantenerse en esa línea de trabajo.

**Nora:** que disfrute de su viaje, pudiendo no estar pendiente de Rodolfo.

**Elizabeth:** que intente sostener la promesa hecha a su hijo.

**Magalí:** se le hace notar, nuevamente, que debe discriminarse de su hijo.

**Leonardo:** que intente darle a su esposa la posibilidad de volver a creer en ella.

**Victoria:** que intente sostener esa postura ante Ricardo y que pueda hablar con su padre.

**Elena y Esteban:** se sugirió que uno de ellos participara del Grupo de Ayuda Mutua que funciona los días miércoles. Ellos acordaron que, por un problema de horario, al grupo mencionado comenzará a concurrir Esteban.

## REUNION N°7

- FECHA: 24/07/00
- LUGAR: Consultorio n°31 del H.I.E.M.I.
- DURACION DE LA REUNION: 2:00 horas.
- COORDINADORA: Laura Serati
- MIEMBROS PRESENTES:

Elena	Magalí
Rosa	Marta
Jorgelina	Graciela
Victoria	Andrea

### PRIMER MOMENTO

La reunión comienza con el saludo de los presentes y la lectura de las pautas de funcionamiento grupal (ver pag. 88). Luego, la nueva integrante se presenta brevemente ante el resto del grupo.

### SEGUNDO MOMENTO

#### **Contenido**

La coordinadora pregunta a los participantes por como han pasado la semana.

**Victoria** comenta que acompañó a Ricardo a su tercer entrevista. Que participó de las misma y que dijo todo lo que sabe. Que le sugirieron que “no lo persiga ni lo controle mas”. Que la próxima semana se incorpora a la Fase de Admisión. Que por razones de trabajo no podrá participar de las Reuniones Multifamiliares, y que concurrirá su suegra. Que ella no está de acuerdo con esta decisión, pero que reconoce que no existe otra opción. Que si bien compartió el fin de semana con Ricardo, sabe que no sería positivo volver a la

casa de ambos. Que la idea de volver a convivir le genera temor y angustia. Que se siente cómoda y tranquila en la casa de sus padres, y que "siento que recuperé a mi familia y mis propias cosas".

**Marta** comenta que habló con su hijo y le explicó que está participando del grupo y los motivos por los cuales concurre. Que luego se sintió satisfecha consigo misma. Que, si él lo desea, ella lo acompaña al C.P.A. en busca de ayuda. Que se siente más tranquila, pero que sabe que esto no significa que deje de consumir.

**Graciela** explica que es separada y tiene tres hijos. Que a principios de año, descubre que Mariela (hija menor) consume. Que en septiembre del 1999 se mudó junto con su pareja (Eduardo) a un departamento comprado entre ambos. Que hace dos meses, él le dijo que consume cocaína. Que, actualmente, Mariela está viviendo con el padre en San Luis y Eduardo con su hermano. Que éste siempre defendió a su hija. Que no cree que el deje de consumir porque "no la ve como una enfermedad" y "porque forma parte de su vida". Que se siente abrumada, porque desde su profesión lucha por el bienestar de las personas y la salud. Que siente que "enviándola a San Luis, a Mariela me la saqué de encima" y que "aunque racionalmente creo que no soy culpable, en los sentimientos si me siento así".

**Elena** comenta que Luis no concurre a tratamiento la semana pasada. Que le hizo mal que él le dijera "que nunca la va a dejar porque le gusta". Finalmente agrega que "todo en casa sigue igual".

**Magalí** comenta que realizó el inventario que mencionó en la reunión anterior. Que lo planteó en la Reunión Multifamiliar del viernes pasado, "y si falta algo Gabriel será sancionado". Que el "Día del Amigo" salió con una amigas y que se divirtió y se distrajo. Que esto le permitió darse cuenta que vive encerrada por temor a dejar la casa sola. Agrega que con Gabriel intenta no discutir.

**Jorgelina** expresa que “me siento mal”. Que siente que “todo es demasiado difícil”. Que Sergio está bien y continua con el tratamiento. Que Esteban está de vacaciones y que con Marisel discute permanentemente.

**Andrea** comenta que a Lucas “lo veo bien”. Que el dinero de su trabajo se lo entrega a la madre de su hijo. Que está muy entusiasmado con el bebé. Que en la casa ayuda y que, generalmente, no sale. Que “es consciente que debe hacer el tratamiento. Además, ya recibió la orden judicial”.

**Rosa** explica que no participó de las reuniones anteriores, por que no le coincidieron los días de reunión con sus francos laborales. Que Cristian continua concurrendo a tratamiento y que sus padres participan de las Reuniones Multifamiliares.

En relación a lo comentado por los miembros presentes, se plantearon los siguientes temas de reflexión:

- Las diferencias entre culpabilidad y responsabilidad.
- El asumir como propias responsabilidades y situaciones que no lo son.
- El poder valorar los pequeños logros.
- Las diferencias de actitud entre preocuparse por el otro e indagar.
- Las sensaciones de angustia y miedo.
- La posibilidad de creer nuevamente en el adicto.

## **Relación y Proceso**

Los miembros se encuentran orientados hacia la tarea, con un objetivo y necesidad que los guía en su accionar. Realizan sugerencias, en relación a la experiencia de cada uno. Comparten y comparan vivencias y sensaciones. No se percibe tensión en la interacción grupal. Existe buena predisposición a escuchar. La cooperación está presente en los diálogos y las actitudes. La dinámica es fluida. La nueva participante se integró sin dificultades y con predisposición para compartir sus experiencias.

A Elena, durante el transcurso de su relato, se la observó desbordada por la angustia, impidiéndole continuar con el mismo.

Jorgelina genera, en el resto de los integrantes, la necesidad de manifestar palabras y actitudes de apoyo.

El hecho que Marta haya podido enfrentar a su hijo, fue recibido con expresiones de entusiasmo y valoración por parte del grupo.

### **Plan de Acción**

Como parte del cierre de la reunión, se establece un Plan de Acción para cada uno de los miembros presentes.

**Victoria:** que pueda valorar cada momento y que intente no adelantarse en el tiempo.

**Marta:** que pueda valorar sus cambios y que continúe en esa línea de trabajo.

**Graciela:** que pueda diferenciar entre culpabilidad y responsabilidad. Que pueda vivir cada momento y no apresurarse en tomar decisiones.

**Andrea:** que intente discriminarse de su hijo.

**Magali:** que pueda conectarse con sus sentimientos.

**Rosa:** que se permita compartir buenos momentos con Cristian.





pesar que permanentemente “me reprocha que la eché”. Que estuvo con Eduardo y que encontró “pruebas de consumo” en el departamento. Que él le negó el haber consumido allí. Que después de esa discusión no supo nada sobre él. Que él también le reprocha que lo echó. Que le explicó tanto a Mariela como a Eduardo que “la enfermedad es de ellos y no mía. Que yo tengo pocas reglas en mi vida y no las cambio. Y una de esas es: no a las drogas”. Agrega que en un momento se sentía tan perturbada que creía que el problema era ella y que estaba exagerando en relación a su hija y a Eduardo.

**Victoria** comenta que ella se sintió de la misma manera que Graciela. Que “estaba tan mal que me había olvidado de mí. Engordé quince kilos”. Que fue a lugares donde el consumo de drogas es habitual “para saber como es y de que se trata”. Que, en este momento, se siente mejor con ella misma pero que a Ricardo no le puede creer. Que, constantemente, le solicita pruebas de lo que dice- Que cuando está con él, discuten y “le tiro toda mi bronca”. Que Ricardo le dijo que está “ponzoñosa”.

**Jorgelina** expresa que se siente mal. Que su padre manifestó querer comprar un revolver para matar a sus hijos y luego suicidarse. Que esto se lo manifiesta a ella únicamente, porque con sus otros hijos discuta permanentemente. Agrega que no ha estado con la psicóloga de la escuela desde antes que comience el período de las vacaciones. Que, también, dialoga con una tía materna, pero que esto no se lo ha comentado porque “no quiero molestarla con problemas que no le corresponden”.

**Magalí** explica que “fue un fin de semana de altibajos”. Que su hijo Leonardo fue operado del oído. Que le pidió a Gabriel que lo acompañara mientras ella iba a misa. Que éste se fue y dejó solo al hermano. Que Lourdes “está cansada y enojada con él”. Que ha tratamiento no falta, pero que en las reuniones no habla. Que tendría que haberse presentado ante el Fiscal, y no lo hizo. Finalmente agrega que “esto no puede ser. No podemos vivir tranquilos”.

**Elena** comenta que Luis no concurreó a tratamiento. Agrega que teme que a su hijo le suceda “algo malo”.

En relación a lo comentado por los integrantes del grupo, se plantearon los siguientes temas de reflexión:

- El poder enfrentar situaciones temidas.
- El sobreinvolucramiento con el adicto.
- El poder discriminarse del adicto.
- Los miedos.
- El buscar actividades y maneras de relacionarse que sean saludables para uno mismo.
- Los factores que dificultan el volver a creer en el otro.
- El estado de confusión que experimenta el codependiente.
- La capacidad de analizar los propios sentimientos.
- Las distintas maneras de reaccionar ante situaciones que generan desesperación, angustia y temor.

## **Relación y Proceso**

Esta reunión se caracteriza por ser la primera a la cual no concurren miembros nuevos, y los presentes se conocen de reuniones anteriores. Esto permitió que los temas planteados estén relacionados directamente con codependencia. Si bien algunos integrantes trabajaron con la urgencia, esto no obstaculizó dicho proceso. Los miembros pudieron confrontar y compartir experiencias íntimas. Pudieron verse reflejados en los otros. El diálogo fue fluido. La interacción fue emocionalmente intensa. Se infiere que la mutua representación interna de los miembros entre sí está afianzada. Existió buena predisposición a escuchar y a respetar los silencios. Los miembros se encuentran en tarea, con objetivos claros, independientemente de cada situación en particular.

Dado que es el segundo encuentro en que Elena se desborda durante su relato, se infiere que la no presencia de Eduardo en el grupo le permite conectarse más íntimamente con sus sentimientos, sin el temor a confrontar con él durante el transcurso de la reunión.

A continuación del relato de Jorgelina, los miembros expresaron palabras de apoyo y contención. Esta reacción, se infiere, podría estar relacionada con una actitud de protección hacia Jorgelina( dado que ella es la menor de edad de los concurrentes y dada la situación que atraviesa).

### **Plan de Acción**

Como parte del cierre de la reunión, se establece un Plan de Acción para cada uno de los miembros presentes.

**Marta:** que no tema reconocer sus propios sentimientos.

**Graciela:** que el poder clarificar sus pensamientos y sentimientos la ayude a dialogar con su hija y su pareja.

**Victoria:** que reflexione sobre su relación de pareja y la posibilidad de continuar con ésta.

**Jorgelina:** que busque actividades que le resulten saludables.

**Magalí:** que busque actividades que le resulten saludables y le permitan salir de la rutina diaria.

**Elena:** que pueda conectarse con sus sentimientos e identificarlos.

## REUNION N°9

- FECHA: 07/08/00
- LUGAR: Consultorio n°31 del H.I.E.M.I.
- DURACION DE LA REUNION: 2:00 horas.
- COORDINADORA: Laura Serati
- MIEMBROS PRESENTES:

Elena	Magalí
Nora	Marta
Jorgelina	Graciela
Victoria	María

### PRIMER MOMENTO

La reunión comienza con el saludo de los presentes y la lectura de las pautas de funcionamiento grupal (ver pag. 88). Luego, la nueva integrante se presenta brevemente ante el resto del grupo.

### SEGUNDO MOMENTO

#### **Contenido**

La coordinadora pregunta a los participantes por como han pasado la semana.

**Jorgelina** comenta que se siente mejor. Que pudo dialogar con el padre sobre la muerte de su madre (Carmen). Que acerca del tema del revolver, no volvió a hablar. Que Sergio no pudo concurrir a tratamiento porque el turno era por la mañana y se encontraba trabajando.. Que el mantenerse en actividad la ayuda a sentirse bien. Que intenta hacer cosas diferentes y no pensar demasiado.

**Victoria** comenta que estuvo con Ricardo en el departamento. Que él le volvió a decir que no desea seguir mintiendo. Que se encontró con su suegra y ésta

le dijo respecto del tratamiento de Ricardo: "esto que ustedes hacen no sirve para nada" y que no participará de las Reuniones Multifamiliares. Finalmente agrega que comenzó a realizar gimnasia y que se siente bien tanto física como anímicamente.

**Elena** comenta que está contenta porque Luis quitó de su cuarto los afiches de Bob Marley. Que, en el tratamiento, le dieron permiso para comenzar a salir en bicicleta. Que con el padre continua discutiendo. Que Esteban desautoriza sus decisiones, dándoles a sus hijos nuevas pautas y contraórdenes.

**Graciela** comenta que el jueves pasada Mariela regresó a San Luis. Que Eduardo la llamó persistentemente. Que ante su insistencia, accedió a verlo. Que le dijo que irá al médico porque "se dio cuenta que está enfermo". Que ella se sorprendió ante este comentario porque para él las drogas no son perjudiciales para la salud. Agrega, que a pesar del cambio de actitud de Eduardo, ella se siente cansada y no puede confiar en él. Que "lo puedo ayudar como persona, pero como pareja ya no es lo mismo". Que pensó en Victoria y pudo analizar las diferentes situaciones; advirtiéndole que ella, a diferencia de ésta, con Eduardo "no tenía un proyecto de familia". Explica que "me siento cansada en mi interior, por eso quiero ocuparme de mí". Agradece a Magalí por sus palabras, durante la reunión anterior. Finalmente agrega que "tengo que reconocer que el grupo me ayuda mucho. Que me está haciendo muy bien poder venir".

**Nora** comenta que está preocupada por su hijo, porque no ha logrado adaptarse a la nueva modalidad de tratamiento. Agradece al grupo por haber podido adaptarse rápidamente. Finalmente, manifiesta que desea poder ayudar a su hijo, pero no sabe como.

**María** explica que está separada hace tres años y tiene dos hijas. Que Melina (hija mayor) vive con el padre y su pareja en Bahía Blanca, y Noelia (hija menor) vive con ella. Que "teníamos casa y autos, y él se fue con una chica que en ese momento tenía veinte años". Que Noelia está mucho tiempo sola en la casa porque ella es enfermera y trabaja de noche. Que cuando ella regresa

de trabajar, al mediodía, Noelia continua durmiendo. Que consume en la casa cuando ella se ausenta. Que “es muy agresiva y no quiere comunicarse conmigo”. Que la responsabiliza de la separación. Que cuando comienzan a dialogar, continúan discutiendo.

**Marta** comenta que se siente bien porque, lentamente, está pudiendo modificar actitudes. Reconoce que “solía complacer a Alejandro en todo y ahora no”.

**Magalí** explica que Gabriel no colabora con las tareas diarias. Que ella está cansada de las actitudes de su hijo. Que solicitó un turno para Terapia Psicológica Individual en un Centro Privado. Que, en realidad, “lo hice para asustarlo, y no sabes como cambió desde ese día. Está mucho mejor”.

En relación a lo comentado por los participantes, se plantearon los siguientes temas:

- Los sentimientos y sensaciones que surgen ante una actividad percibida como saludable.
- El grupo como recurso terapéutico.
- El poder discriminarse del otro.
- Los sentimientos de culpa presentes en la relación con el adicto.
- Las capacidad de tomar decisiones sobre la vida propia y sobre la manera de relacionarse con el adicto.
- El establecer objetivos alcanzables a corto plazo.
- La posibilidad de verificar los cambios producidos.
- No sobreinvolucrarse con el adicto.
- La posibilidad de volver a creer en el otro.
- Las diferencias entre culpabilidad y responsabilidad.

## **Relación y Proceso**

Independientemente de las dificultades personales de los miembros, el grupo atraviesa un momento de alta productividad en relación a los objetivos.

Los organizadores grupales (tríada necesidad – objetivo –tarea y mutua representación interna) se verifican en el transcurrir de la experiencia grupal. El diálogo fue ameno y fluido. La interrelación fue emocionalmente intensa. No se percibe tensión en la interacción. Algunos de sus miembros pudieron poner de manifiesto su reconocimiento y valoración hacia la tarea del grupo. Pudieron compartir experiencias y realizar sugerencias. Existió buena predisposición a la escucha. El grupo no genera resistencia a la incorporación de miembros nuevos.

María durante su relato se desborda, como consecuencia de su angustia. El grupo le brinda palabras de apoyo y contención, a la vez que, ejemplifica con experiencias personales situaciones y sentimientos comunes entre los participantes.

### **Plan de Acción**

Como parte del cierre de la reunión, se establece un Plan de Acción para cada uno de los miembros presentes.

**Jorgelina:** que continúe en esa línea de trabajo.

**Victoria:** que continúe en esa línea de trabajo.

**Elena:** que intente realizar acuerdos con Esteban sin que intervengan emociones negativas.

**Graciela:** que pueda reflexionar sobre sus necesidades y expectativas.

**Nora:** que intente reflexionar con su hijo respecto de los cambios vividos recientemente.

**María:** que intente reflexionar sobre las diferencias entre culpabilidad y responsabilidad.

**Marta:** que continúe en esa línea de trabajo.

**Magalí:** que plantee en el ámbito del tratamiento de Gabriel sobre la posibilidad de éste de concurrir a Terapia Individual Psicológica en otra institución.



## REUNION N°10

- FECHA: 14/08/00
- LUGAR: Consultorio n°31 del H.I.E.M.I.
- DURACION DE LA REUNION: 1:30 horas.
- COORDINADORA: Laura Serati
- MIEMBROS PRESENTES: Elena  
Marta  
Jorgelina  
Victoria

### PRIMER MOMENTO

La reunión comienza con el saludo de los presentes y la lectura de las pautas de funcionamiento grupal (ver pag. 88).

### SEGUNDO MOMENTO

#### **Contenido**

La coordinadora pregunta a los participantes por como han pasado la semana.

**Elena** comenta que Luis ha comenzado a salir porque sus terapeutas se lo permiten. Que teme que “algo malo le suceda”. Que según él, sus padres son malos. Que “se queja de todo y vive peleando”. Que a ella le dice: “vos que sos una llorona, ¿que tenes que ir allá y contar lo que pasa en casa? ¡Sos una buchona! “. Que ella cree que Luis debería comenzar Terapia Individual Psicológica.

**Jorgelina** comenta que Sergio tiene turno para el 28/08/00 para continuar con las entrevistas diagnósticas. Que éste no habla con Marisel porque ella le robó dinero. Que ella se siente confundida. Que “únicamente me siento bien cuando estoy haciendo trámites. Por eso, trato de tener siempre algo para hacer”. Que en esos momentos se distrae y no piensa.

**Marta** comenta que “Alejandro, durante la semana, estuvo tranquilo. Pero hoy a la mañana discutimos y me dijo que no me metiera en su vida”. Que ella se asustó, que sentía opresión en el pecho. Que su esposo le cuestionó la manera de actuar y ella le respondió “estoy cansada de callarme. No lo voy a hacer más, sino somos cómplices de su consumo”.

**Victoria** comenta que la semana pasada Ricardo la llamó telefónicamente y le dijo que “se sentía mal porque había hecho algo malo y que se sentía una mala persona”. Que se encontraron y él le dijo que había consumido. Que se mantuvo dos meses en abstinencia. Que “se siente solo y que nadie lo quiere y por eso lo hizo”. Que llamó a la madre y a la hermana y ninguna lo escuchó. Que ella le sugirió que llamara al C.P.A. en busca de ayuda. Que habló con uno de los psicólogos y eso lo hizo sentir mejor. Ella se pregunta si lo sucedido obstaculizará o no la continuidad del tratamiento de Ricardo.

En relación a lo comentado por los miembros presentes, se plantearon los siguientes temas de reflexión:

- La crisis como oportunidad de cambio.
- El poder expresar los sentimientos personales.
- El no involucramiento en situaciones de violencia.
- El poder reflexionar sobre situaciones y conductas que promuevan emociones positivas.
- Los miedos.

## **Relación y Proceso**

Los miembros presentes preguntaron por algunos de los integrantes ausentes. Se infiere que el grupo sintió la ausencia de éstos. El diálogo fue ameno. Los miembros pudieron compartir experiencias y reflexionar al respecto. La cooperación y la solidaridad surgieron durante la experiencia grupal. Los miembros trabajaron a partir de la urgencia y los relatos tendieron a ser catárticos. Los organizadores internos grupales continúan orientando la dinámica grupal.

## **Plan de Acción**

Como parte del cierre de la reunión, se establece un Plan de Acción para cada uno de los miembros presentes.

**Jorgelina:** que pueda realizar actividades que vivencie como saludables.

**Elena:** que plantee en el ámbito del tratamiento de Luis sobre la posibilidad de éste de realizar Terapia Individual Psicológica.

**Marta:** que continúe en esa línea de trabajo, la cual le permite advertir los pequeños cambios realizados.

**Victoria:** que intente manejar su ansiedad y sus miedos.

## REUNION N°11

- FECHA: 04/09/00
- LUGAR: Consultorio n°31 del H.I.E.M.I.
- DURACION DE LA REUNION: 1:50 horas.
- COORDINADORA: Laura Serati
- MIEMBROS PRESENTES:

Elena	Gloria
Marta	Dario
Rosa	Ruben
Victoria	Analía

### PRIMER MOMENTO

La reunión comienza con el saludo de los presentes y la lectura de las pautas de funcionamiento grupal (ver pag. 88). Luego, los nuevos integrantes se presentan brevemente ante el resto del grupo.

### SEGUNDO MOMENTO

#### **Contenido**

La coordinadora pregunta a los participantes por como han pasado la semana.

**Marta** comenta que "Alejandro está más dócil. Pareciera que se está esforzando". Que le da dinero para las compras diarias. Agrega que "ahora el problema es mi marido. Vuelve todos los días mal". Que Alejandro le dice que el padre no tiene derechos a hacer reclamos ni exigencias , porque regresa a la casa alcoholizado. Que ella comparte la postura de su hijo, pero no se lo expresa. Que ella le plantea que debe preocuparse por él mismo y tratar de estar mejor. Que, a pesar de esto, continúa consumiendo. Finalmente agrega

que “yo voy a hacer todo lo que puedo. Y si ellos no colaboran, me voy de la casa aunque sea por un tiempo”.

**Dario** explica que vive con Gloria en Miramar. Que tienen dos hijos. Que Lorena (hija) se casó, tuvo un bebé y después se separó. Que se mudó junto con el bebé a la casa de ellos. Que Marcos (hijo) consume marihuana hace aproximadamente tres años. Que realizó tratamiento en Miramar, pero no lo finalizó. Que comenzó a concurrir a las entrevistas diagnósticas en el C.P.A. Finalmente agrega que, en realidad, Marcos y Lorena no son hijos suyos.

**Gloria** explica que ella es viuda y que hace cinco años convive con Dario. Comenta que “nosotros sospechábamos que Marcos consumía. Lo empezamos a perseguir y un día lo encontramos fumando marihuana”. Que le revisan sus pertenencias. Que Marcos y Lorena tenían una buena relación, hasta que ella lo encontró consumiendo en distintos lugares de la ciudad. Agrega que sus dos hijos respetan a Dario.

**Elena** comenta que se siente preocupada porque Luis no quiere realizar tratamiento y hace dos semanas que no concurre. Agrega que discuten permanentemente.

**Ruben** explica que Andrés (hijo) es agresivo. Que concurre a Terapia Psicológica Individual a un Centro Privado “y no le sirvió para nada”. Que actualmente no vive con él, ya que se fue de la casa. Que en una ocasión en que sintió que corría peligro la integridad física de la familia, realizó una exposición civil ante la policía explicando la situación. Que solicitó un turno para que concorra a una primer entrevista diagnóstica, y se lo acercó a la casa donde vive.

**Analía** explica que su hijo (Juan Manuel) concurre a tratamiento (Fase de Admisión) en el C.P.A. Que en un comienzo “tubo cambios favorables respecto de la familia”, pero “ahora hizo cambios en su contra”. Que no regresa a la casa después de trabajar. Que “está toda la tarde afuera”.

**Rosa** comenta no se siente bien porque Cristian experimentó una recaída. Que ella le encontró marihuana. Que él le manifestó estar confundido y “que empezó a pensar como antes”. Que ella le cuestionó su conducta y le planteo que considera que no está comprometido con el tratamiento. Finalmente agrega que Cristian le pidió que no comentara a sus padres sobre la recaída.

**Victoria** comenta que está preocupada “porque todo está muy tranquilo”. Que se encuentra con Ricardo en el departamento y pueden compartir buenos momentos.

En relación a lo comentado por los participantes, la coordinadora planteó los siguientes temas de reflexión:

- La sensación de angustia ante las recaídas del adicto.
- El no involucrarse en situaciones de violencia.
- La posibilidad de conectarse con los propios sentimientos y reconocerlos.
- El miedo como parte de la relación con el adicto.
- Las dificultades de volver a creer en el otro.
- El sobreinvolucrarse con el adicto.

### **Relación y Proceso**

La mitad de los miembros presentes eran nuevos para el resto del grupo. Esto permitió que los cuestionamientos por éstos realizados, sean evacuados por aquellos con más antigüedad, pudiendo ejemplificar con experiencias personales las sensaciones de los otros. La interacción fue fluida. Compartieron y confrontaron vivencias y emociones. El grupo, como sistema, no generó resistencia ante la incorporación de miembros nuevos. Existió buena predisposición a escuchar y a dialogar.

Ruben ,durante su relato, se expresó de manera rápida y sin pausas. Se advierte su necesidad de comunicarse. Durante el transcurso de la reunión se mostró inquieto y ansioso.

### **Plan de Acción**

Como parte del cierre de la reunión, se establece un Plan de Acción para cada uno de los miembros presentes.

**Marta:** que no tome decisiones apresuradamente.

**Gloria y Daniel:** que intenten no sobreinvolucrarse con Marcos.

**Elena:** que intente discriminarse de su hijo.

**Rosa:** que reflexione sobre las crisis como oportunidades de cambio.

**Victoria:** que intente permitirse estar tranquila.

**Analía:** que intente discriminarse de su hijo.

**Ruben:** que intente discriminarse de su hijo.

## REUNION N°12

- FECHA: 11/09/00
- LUGAR: Consultorio n°31 del H.I.E.M.I.
- DURACION DE LA REUNION: 1:45 horas.
- COORDINADORA: Laura Serati
- MIEMBROS PRESENTES: Elena Gloria  
Marta Dario  
Analía Ruben

### PRIMER MOMENTO

La reunión comienza con el saludo de los presentes y la lectura de las pautas de funcionamiento grupal (ver pag. 88).

### SEGUNDO MOMENTO

#### **Contenido**

La coordinadora pregunta a los participantes por como han pasado la semana.

**Gloria** comenta que Marcos la insulta y la enfrenta cuando están solos en la casa. Que concurrió a una segunda entrevista diagnóstica, donde le otorgaron indicaciones para continuar con las pautas del tratamiento. Que "cuando salió tenía cara de estar bien". Que Lorena "está mal porque la trata de buchona".

**Dario** relata un acontecimiento en que encuentran a Marcos consumiendo, con unos amigos, en la playa.



**Ruben** explicó que realizó una consulta con la abogada del C.P.A. ante su temor por la integridad física de su familia. Agrega que María (esposa) “está preocupada por que le pase algo y tiene miedo de encontrárselo”. Que no lo ha visto, por lo tanto, no sabe si concurreó a la entrevista diagnóstica. Agrega que acordó con María de no permitirle la entrada a la casa en tanto continúe consumiendo.

**Elena** comenta que “todo está igual que la semana pasada. Luis no quiere venir a tratamiento”.

**Analía** comenta que está participando de las Reuniones Multifamiliares de la Fase de Admisión a la cual concurre Juan Manuel. Agrega que “estoy tratando de entender que él es otra persona y tiene sus propias elecciones”. Que siente dolor, pero que sabe que la recuperación de su hijo no depende de ella.

**Marta** comenta que Alejandro, nuevamente, está agresivo. Que regresa a la casa, en la madrugada, y habiendo consumido. Que permanentemente existen enfrentamientos verbales entre Alejandro y su padre. Que habló con su hijo y le manifestó que “estoy cansada de vos y de tu padre. Si siguen así, yo me voy”.

En relación a lo manifestado por los integrantes, la coordinadora planteó los siguientes temas de reflexión:

- La actitud de los padres ante el deseo de no recuperación de los hijos.
- El discriminarse del otro.
- El sobreinvolucramiento con el adicto.
- La posibilidad de mantenerse calmo y reflexivo.
- El poder identificar conductas que caracterizan a la codependencia.
- El límite entre situaciones de violencia y riesgo de vida.

## **Relación y Proceso**

La interacción fue fluida. Los miembros respetaron los tiempos personales para hablar y los silencios; además de estar atentos ante los diferentes relatos. Compartieron e intercambiaron experiencias y sentimientos. Existió buena predisposición al diálogo. El comentar sobre situaciones de violencia genera tensión en el grupo. Los miembros comienzan a centrarse nuevamente en la tarea.

La actitud de Elena genera preocupación y ansiedad en el resto de los participantes, quienes manifiestan temor de atravesar por situaciones familiares.

## **Plan de Acción**

Como parte del cierre de la reunión, se establece un Plan de Acción para cada uno de los miembros presentes.

**Marta:** se le sugiere que no tome decisiones apresuradamente.

**Gloria y Darío:** que intenten discriminarse de Marcos y no involucrarse en situaciones que pueden generar conflicto o violencia.

**Ruben:** que intente discriminarse de su hijo.

**Analía:** que continúe en esa línea de trabajo.

**Elena:** que no descuide al resto de su familia, por no poder discriminarse de Luis.

## REUNION N°13

- FECHA: 18/09/00
- LUGAR: Consultorio n°31 del H.I.E.M.I.
- DURACION DE LA REUNION: 1:45 horas.
- COORDINADORA: Laura Serati
- MIEMBROS PRESENTES: Elena Gloria  
Rosa Ruben  
Analía Marta

### PRIMER MOMENTO

La reunión comienza con el saludo de los presentes y la lectura de las pautas de funcionamiento grupal (ver pag. 88).

### SEGUNDO MOMENTO

#### **Contenido**

La coordinadora pregunta a los participantes por como han pasado la semana.

**Rosa** comenta que explicó a Cristian los motivos por los cuales no puede mantener la promesa de no decir a sus padres sobre la recaída. Que en un primer momento se enojó, pero luego la entendió. Que aún no lo planteó en sus reuniones grupales. Que ella cree que no lo hizo por sus padres, porque teme que ellos se sientan defraudados. Que ella teme que éstos le reprochen que no se los dijo si ella lo sabía. Finalmente agrega que, mas allá de la recaída, "a Cristian lo veo bien".

**Gloria** comenta que Marcos está bien. Que “nada más tomó un poco de alcohol”. Que los amigos del consumo saben que está realizando tratamiento. Que se encuentra con ellos menos frecuentemente. Que con Lorena tiene una mejor relación , “está más compañero de ella”. Que en el tratamiento se siente cómodo. Que le manifestó que desea retomar los estudios. Finalmente agrega que ante determinadas circunstancias, tanto ella como Dario, se sienten ansiosos “y no sabemos como anejarnos con eso”.

**Marta** comenta que le preocupa que Alejandro experimente “ataques de hambre”. Que ayer discutieron porque ella se negó a realizar una comida para él. Que le exigió que aportara dinero para alimentar a sus hijos, y él le contestó “yo te doy plata cuando puedo, porque lo otro me lo dan gratis”. Finalmente agrega que ella considera que canjea trabajo por droga.

**Ruben** comenta que la semana pasada concurrió al C.P.A. para acompañar a Andrés a la entrevista diagnóstica y éste concurrió. Que se acercó hasta la casa donde vive y éste le explicó que no había ido “porque no tuve tiempo”. Que luego de una discusión, le manifestó que solicitará un nuevo turno. Agrega que “traté de asustarlo y le dije que había hablado con una abogada”. Comenta que María “se está muriendo por dentro”. Que ella no desea que su hijo la vea en ese estado. Que habló con ella y le sugirió que participara del grupo.

**Elena** comenta que Luis concurrió a una entrevista individual con un operador terapéutico. Que “vino, porque lo traje yo”. Que a ella le dijo que “no quiero hablar de mis cosas delante de otros”. Que negó estar consumiendo. Comenta que ella en algunas ocasiones le cree y en otras no puede confiar en él. Que el 28/09 tiene turno para una entrevista con una psicóloga. Que ella considera que su hijo necesita concurrir a Terapia Psicológica Individual, pero que “según él los enfermos somos nosotros”. Que Luis manifestó deseos de comenzar a trabajar, pero no hace nada al respecto. Finalmente agrega que ella no se siente bien.

**Analia** comenta que Juan Manuel tiene como proyecto abrir taller mecánico para motos. Que "está ahorrando hasta el máximo para poder salir adelante". Que ella se alegra de que su hijo "tenga un ideal de vida". Comenta que su hijo se hizo de dos amigos nuevos, los cuales no consumen y lo cuidan. Que "está retomando sus conductas". Comenta que ella trabaja en un instituto de diagnóstico por imagen, que se sorprendió cuando tuvo la oportunidad de observar los resultados de una tomografía de cerebro de un adicto. Finalmente agrega que ella trata de comprender que su hijo es una persona diferente.

En relación a lo comentado por los integrantes del grupo, la coordinador planteó los siguientes temas de reflexión:

- El sobreinvolucramiento con el adicto.
- El poder discriminarse del adicto.
- No exponerse a situaciones violentas
- No temer de expresar los sentimientos propios.
- El miedo y la ansiedad ante los posibles cambios.
- El sentirse defraudado.

## **Relación y Proceso**

Los miembros comparten experiencias y realizan sugerencias. Reconocen en los otros historias, sensaciones y pensamientos propios. En relación a los temas planteados, el grupo pudo ejemplificar con hechos de la vida diaria. El haber podido compartir y confrontar experiencias, les permitió comenzar a visualizar estrategias para realizar modificaciones en la manera de actuar y de relacionarse con el adicto.

La comunicación fue fluida y amena. Buena predisposición a escuchar y dialogar. Los miembros se mostraron atentos a los distintos relatos. La incorporación de los nuevos miembros no opacó la mutua representación interna. La cooperación y la solidaridad surgieron durante la experiencia grupal

Durante el transcurso de su relato Elena se siente desbordada por la angustia, que le genera la actitud de su hijo frente al tratamiento.

### **Plan de Acción**

Como parte del cierre de la reunión, se establece un Plan de Acción para cada uno de los miembros presentes.

**Rosa:** que intente reflexionar sobre lo que debe y lo que quiere hacer.

**Elena:** que no tema poder identificar sus sentimientos y sensaciones.

**Ruben:** que intente diferenciarse de su hijo y reconocer sus propios sentimientos.

**Gloria:** que intente revisar e identificar las situaciones que le generan ansiedad.

**Marta:** que intente identificar sus prioridades y reflexionar sobre sus expectativas.

## REUNION N°14

- FECHA: 27/09/00
- LUGAR: Consultorio n°31 del H.I.E.M.I.
- DURACION DE LA REUNION: 1:20 horas.
- COORDINADORA: Laura Serati
- MIEMBROS PRESENTES: Elena Charo  
Marta

### PRIMER MOMENTO

La reunión comienza con el saludo de los presentes y la lectura de las pautas de funcionamiento grupal (ver pag. 88). Luego, la nueva integrante se presenta brevemente ante el resto del grupo.

### SEGUNDO MOMENTO

#### **Contenido**

La coordinadora pregunta a los participantes por como han pasado la semana.

**Elena** comenta que Luis mañana debe concurrir a la entrevista con la psicóloga. Que ella pretende que éste se reincorpore al grupo al que concurría. Que, según él, "nosotros somos los enfermos". Que el fin de semana salió de noche y regresó a la casa a la hora que ella le había planteado como límite. Que Luis le comentó que el próximo año desea retomar los estudios. Explica que se siente más tranquila porque pudo compartir buenos momentos con su hijo y porque "pude abrazarlo". Finalmente agrega que el haber podido relacionarse con éste de manera diferente "me hace sentir bien".

**Charo** explica que su novio (Hernán) consume desde los dieciocho años. Que ellos están juntos desde hace tres años. Que ella, en un principio, le creyó cuando le explicó que no consumía más, pero luego “me fui dando cuenta que lo seguía haciendo”. Que concurre a tratamiento en el C.P.A. , en la modalidad G.A.B.A. Que él “es extremista para todo”. Que él tiene pasaje para el 30/10 para viajar a E.E.U.U. en busca de trabajo, porque aquí no consigue. Que el proyecto de Hernán es el de “juntar plata y venir a M.D.P. para casarse conmigo”. Ella reconoce que lo extrañará, pero no considera sería la propuesta del casamiento. Comenta que le agradece que “siempre estuvo para ayudarme. Yo le deseo lo mejor”. Finalmente agrega que sus hijos saben que Hernán consume.

**Ruben** comenta que Andrés no solicitó nuevo turno para una primer entrevista diagnóstica. Que lo citaron de la Defensoría y tampoco concurreó. Que él allí se presentó y solicitó que lo citaran nuevamente. Que desea “ir a verlo para decirle que tiene que hacer tratamiento, sino no vuelve a casa”. Agrega que Juan Manuel (hijo) “no quiere que vuelva” y que su esposa “está destrozada”.

En relación a lo comentado por los miembros presentes, se plantearon los siguientes temas de reflexión:

- La posibilidad de volver a creer en el otro.
- El permitirse compartir momentos con el adicto.
- Las expectativas de la relación que se establece con el adicto.
- El poder reconocer al otro como una persona diferente.

## **Relación y Proceso**

El grupo sintió la ausencia de algunos de sus miembros, dado que en número de concurrentes era reducido. A pesar de esto, la interacción fue amena y el diálogo fluido. Los miembros presentes pudieron compartir e intercambiar experiencias y pensamientos.



Se infiere que la posibilidad de haber podido acercarse su hijo, generó en Elena una sensación de tranquilidad, que transmitió al grupo.

Charo no mostró resistencia al incorporarse al grupo. Presentó buena predisposición para compartir experiencias personales e íntimas, como así también para escuchar los relatos del resto de los miembros.

### **Plan de Acción**

Como parte del cierre de la reunión, se establece un Plan de Acción para cada uno de los miembros presentes.

**Charo:** que pueda reflexionar sobre sus necesidades, expectativas y sentimientos.

**Ruben:** se le hace notar, nuevamente, que debe discriminarse de su hijo.

**Elena:** que intente reconocer sus propias expectativas, y que no descuide al resto de su familia.

## EVALUACION DEL PROCESO GRUPAL

En relación a la Teoría de Grupo se considera relevante destacar que el hecho de que existiera una institución convocante (C.P.A. Mar del Plata), en principio, ubica a esta experiencia en la categoría de Dispositivo Grupal, en forma de Grupo de Ayuda Mutua. Como tal, y dada la temática común entre los participantes, el mismo generó características singulares.

Mediante las crónicas de las reuniones se puede advertir el proceso vivido por los integrantes. Los organizadores internos se afianzaron durante dicho devenir. El objetivo y la necesidad individuales se transformaron en "comunes". El compartir experiencias y emociones similares, como aspecto que los identifica, facilitó la constitución de la mutua representación interna.

Surgieron factores que denotaron la existencia de cohesión, cultura, códigos e intereses grupales. Por ejemplo, la interacción entre los miembros del grupo continuaba fuera de la institución, una vez finalizada la reunión.

El acontecer de la experiencia grupal demostró que la estructura que enmarcaba la interacción entre los miembros fue activa y estable (participativa) a la vez, ya que permitió la constante incorporación de nuevos integrantes y su adaptación al funcionamiento grupal.

En relación a los roles, al adicto se le depositó el de chivo emisario y a la coordinadora el de líder. Los restantes fueron adjudicados, alternativamente, según el momento grupal.

Los conflictos que surgieron fueron elaborados por los miembros del grupo mediante la confrontación y reflexión, a partir del diálogo.

El Proceso Grupal fue vivenciado como un constante devenir dialéctico, que permitió la aparición de los vectores grupales. La comunicación fue fluida y

dinámica. La modificación de hábitos denota un re-aprendizaje de las pautas de conducta y pertinencia hacia la tarea. Los lazos solidarios y la predisposición a trabajar en grupo hacen referencia a la cooperación y la telé. El sentirse identificado con el otro y su problemática permitieron el afianzamiento de la pertenencia.

En el momento de la pre tarea predominaron sentimientos de ansiedad. Los integrantes que no pudieron elaborar los miedos básicos, se autoexcluyeron de la participación grupal. Durante la tarea, pudieron analizar y efectivizar estrategias para modificar el modo de relacionarse con el adicto. Aquellos que lograron incorporar a éste a tratamiento, y ambos avanzaron en el mismo, sustituyeron la participación en el Grupo de Ayuda Mutua para incorporarse a las Reuniones Multifamiliares de la modalidad a la cual el paciente identificado concurría. Dejar el Grupo de Ayuda Mutua, en realidad, significó el haber avanzado en el proceso de ayuda e implicó una manera de vivenciar los logros alcanzados. El Proyecto se relacionó con el hecho de que algunos miembros pudieran incorporarse a las Multifamiliares y otros aceptar la incorporación de nuevos integrantes. Se considera que el Proceso Grupal alcanzó las expectativas correspondientes.

En las reuniones, el momento de apertura se caracterizaba por la presentación de los nuevos integrantes y por la lectura de las pautas de funcionamiento grupal. Durante el desarrollo se compartían y confrontaban experiencias y sentimientos, se reflexionaba sobre los temas planteados y se elaboraban estrategias de acción. En el cierre, se planteaba un Plan de Acción para cada uno de los integrantes.

En relación a los aspectos que encuadran la característica de ayuda mutua, resultó imprescindible y excluyente que los miembros compartieran experiencias y sentimientos similares. Así mismo, las pautas de funcionamiento, los Principios del Grupo de Ayuda Mutua, el carácter confidencial y voluntario de los encuentros dieron marco a la tarea.

El rol de la alumna fue el de coordinadora. Como tal, asumió diferentes funciones de acuerdo al momento del grupo e intentó adoptar una posición neutral en relación a los integrantes. Bajo circunstancias específicas , debió promover la participación y facilitar el diálogo.

# CONCLUSION

## CONCLUSION

En relación a los objetivos planteados, se considera que el grupo funcionó como espacio de contención, reflexión y apoyo para sus integrantes. Los miembros pudieron reconocer aquellas situaciones que sostenían la sintomatología familiar. A partir de la confrontación y el análisis, elaboraron estrategias de acción con el fin de poder realizar modificaciones. El poder identificar dichos aspectos y reconocerse como parte de la situación facilitó la comprensión de la posición que ocupan dentro de la familia y de las conductas que “colaboran” con la adicción del familiar. La posibilidad de diferenciar entre responsabilidad y culpabilidad, permitió la visualización de los límites que enmarcan las relaciones personales.

El sinceramiento, tanto a nivel personal como familiar, resultó necesario para que pudieran asumir aquellas emociones que perturbaban las relaciones familiares. Los miembros debieron aprender una nueva manera de relacionarse que resulte, en principio, saludable para si mismo y luego, para el adicto. Se consideró relevante, para esto, que logran discriminarse de éste y que comprendan que el otro es OTRO con sentimientos diferentes a los propios.

Como conclusiones de la presente experiencia, se plantea que:

- La complejidad de la problemática en la cual se intervino, plantea la existencia de bases personales, familiares y sociales que predisponen el acercamiento de la persona a las drogas. La misma es considerada una problemática multicausal. Esta característica demuestra, por un lado, que no toda persona que consume es dependiente, y por el otro lado, que la familia constituye una de las diferentes variables que intervienen en la génesis de la adicción. Las características particulares del grupo familiar al que pertenecía cada uno de los integrantes del Grupo de Ayuda Mutua, demuestran que no es adecuado encuadrarlos en casilleros estancos con categorías estereotipadas. Cada familia posee una dinámica interna

particular que interviene en las relaciones internas. Por lo anteriormente expuesto, se plantea que el hecho que uno de los integrantes de un sistema familiar consuma no implica que los restantes se comporten de igual manera.

- La familia, como sistema inmerso en una determinada problemática, requiere de ayuda para poder elaborar y modificar su manera de interrelacionarse. El formar parte del problema obstaculiza la posibilidad de advertir e identificar aquellas conductas que necesitan ser modificadas, con el fin de establecer una manera más saludable de relacionarse. El poder vivenciar dichos cambios genera un mejoramiento de la calidad de vida, ya que las personas comienzan a asumir la responsabilidad sobre si mismos.
- Aquellos integrantes, cuyos familiares se incorporaron a tratamiento y ambos avanzaron en el mismo, vivenciaron la experiencia grupal como un primer nivel en el proceso de recuperación, para luego incorporarse a las Reuniones Multifamiliares.
- Aquellos integrantes, cuyos familiares no se incorporaron a tratamiento, utilizaron al grupo como espacio de contención y como medio para modificar pautas de comportamiento relacionadas con la co-dependencia.

El grupo, como nivel de intervención del Servicio Social en el abordaje de esta problemática, posibilitó las situaciones descriptas. Brindó las herramientas necesarias para poder vivir la cotidianeidad sintiendo que no se colabora con la adicción del familiar, mas allá de modificar o no dicha situación.

Se considera que la presente experiencia se apoya en el objetivo del Trabajo Social de propender hacia el Bienestar Social, en cuanto tiende hacia el mejoramiento de la calidad de vida. Por este motivo, se consideró como relevante respetar el sistema de creencias y valores de los integrantes del grupo, al mismo tiempo que, considerar que la posibilidad de modificar una

situación problema depende, entre otros aspectos, de la movilización y desarrollo de las capacidades del sujeto en tanto persona.

Finalmente, se considera que esta experiencia confirma el rol del Trabajador Social como coordinador de grupo en el área de Salud Mental y la modalidad de Grupo de Ayuda Mutua como propuesta alternativa en la recuperación de familias con problemas relacionados con el uso de drogas.



# **BIBLIOGRAFIA**

## BIBLIOGRAFIA

- Ander Egg, Ezequiel. "Diccionario de Trabajo Social". Ed. Humanitas. Bs. As., Argentina. 1988.
- Ander Egg, Ezequiel. "Los grupos de autoayuda y el apoyo social". Secretaría de Prevención y Asistencia de las Adicciones de la Pcia. de Bs. As. Argentina. (mimeo sin fecha).
- Andolfi, Mauricio. "Terapia Familiar. Un enfoque interaccional." Ed. Paidós. México. 1992.
- Anzieu, D. "La dinámica de los pequeños grupos". Ed. Biblioteca Nueva. Madrid, España. 1978.
- Arias, J. A. Y otros. "La familia del adicto y otros temas ". Ed. Nueva Visión. Bs. As., Argentina. 1997.
- Asociación Norteamericana de Psiquiatría: "DSM IV. Manual de Diagnóstico y Estadística de Trastornos Mentales". Ed. Masson. Barcelona, España. (mimeo sin fecha).
- Bauleo, Armando. "Contrainstitución y grupo". Ed. Fundamentos. México. 1983.
- Berenstein, Isidoro. "Familia y enfermedad mental". Ed. Paidós. Bs. As, Argentina. 1987.
- Bianchi, Elisa. "El Servicio Social como proceso de ayuda". Ed. Paidós. Barcelona, España. 1994.
- Bunge, Mario. "La ciencia. Su método y su filosofía". Ed. Siglo XX. Bs. As., Argentina. 1981.
- De Robertis, Cristina. "Metodología de la Intervención en Trabajo Social". Ed. El Ateneo. Bs. As., Argentina. 1988.
- Di Carlo, Enrique y Equipo. "La comprensión como fundamento de la investigación profesional.". Ed. Humanitas. Bs. As., Argentina. 1995.
- Di Carlo, Enrique y Equipo: "Trabajo Social con grupos y redes". Ed. Lumen. Bs. As., Argentina. 1997.

- Di Carlo, Enrique: "Liderazgo de pequeños grupos para el cambio". Ed. Paidea – Miño y Davila Coediciones. Río Negro, Argentina. 1999.
- Eroles, Carlos. "Los Derechos Humanos. Compromiso ético del Trabajo Social". Ed. Espacio. Bs. As., Argentina. 1997.
- Gracia Fuster, Enrique. "El apoyo social en la intervención comunitaria". Ed. Paidós. Barcelona, España. 1997.
- Haley, Jan: "Terapia para resolver problemas". Ed. Amorrortu. Bs. As., Argentina. (mimeo sin fecha)
- Howe, David. "La teoría del vínculo afectivo para la práctica del Trabajo Social". Ed. Paidós. Barcelona, España. 1997.
- Kadushin, Alfred. "La entrevista en Trabajo Social". Ed. Extemporáneos. México. 1983.
- Kalina, Eduardo. "Adolescencia y Drogadicción" Ed. Nueva Visión. Bs. As., Argentina. 1997
- Kalina, Eduardo. "Temas de drogadicción". Ed. Nueva Visión. Bs. As., Argentina. 1997.
- Kisnerman, Natalio: "Servicio Social de Grupo". Ed. Humanitas. Bs. As., Argentina. 1976.
- Laing, Ronald. "El cuestionamiento de la familia". Ed. Paidós. Barcelona, España. 1986.
- Lieberman, Florence. "Trabajo Social, el niño y su familia". Ed. Pax – México. México. 1987.
- Luna Elva y Morales María Alejandra. "El fortalecimiento institucional y los desafíos del desarrollo. Sociedad Civil en Argentina". Ed. Gadis. Bs. As., Argentina. 1998.
- Luna, Elva. "Las organizaciones no gubernamentales de promoción y desarrollo en Argentina". Ed. Edilab. Bs.As., Argentina. 1996.
- Niccolini, Silvia. "El análisis estructural". Centro Editor de América Latina. Bs. As., Argentina. 1977.
- Olmsted, Michael. "El pequeño grupo". Ed. Paidós. Bs. As., Argentina. 1966.
- Pérez, Joseph. "Terapia Familiar en el Trabajo Social". Ed. Pax – México. México. 1986.

- Perlman, Helen.: "Trabajo social Individualizado" Ed. Rialp S.A. Madrid, España. 1965.
- Pichón Riviere, Enrique. "Concepto de Portavoz". Ed. Nueva Visión. Bs. As., Argentina. 1986.
- Pichón Riviere, Enrique. " Teoría del Vínculo". Ed. Nueva Visión. Bs. As., Argentina. 1986.
- Quiroga, Ana: Enfoques y perspectivas en Psicología Social". Ediciones Cinco. Bs. As., Argentina. 1988.
- Quiroga, Ana: "Crítica de la Vida Cotidiana". Ediciones Cinco. Bs. As., Argentina. (mimeo sin fecha).
- Revista "Trabajo Social y País". Año II, N° 2. Ed. Humanitas. Bs. As., argentina. 1995.
- Rogers, Ronald y Mc. Millin Chandler. "Si me amas ayúdame. Alcohol y drogas. Un plan para empezar hoy". Ed. Atlántida. 1988.
- Romero, Roberto." Grupo. Objeto y Teoría". Ed. Lugar. Bs. As., Argentina. 1987.
- Serge, Peter. "La quinta disciplina". Ed. Garnica. (mimeo sin fecha).
- Serrat, Mario. "Vocabulario para el estudio interdisciplinario de la discapacidad". Ed. Martín. Bs. As., Argentina. 1999.
- Souto, Marta. "Hacia una didáctica de lo grupal". Miño y Davila Editores. Bs. As., Argentina. 1993.
- Wainerman, Catalina. "Vivir en Familia". UNICEF. Ed. Losada. Argentina. (mimeo sin fecha).
- Material de Cátedra: "Servicio Social de Grupo". Carrera: Licenciatura en Servicio Social. Facultad de Ciencias de la Salud y del Servicio Social. Universidad Nacional de Mar del Plata.
- Material de Cátedra: "Medicina Preventiva y Social". Carrera: Licenciatura en Servicio Social. Facultad de Ciencias de la Salud y del Servicio Social. Universidad Nacional de Mar del Plata.
- Material de Cátedra. "Sociología de la Familia". Carrera: Licenciatura en Servicio Social. Facultad de Ciencias de la Salud y del Servicio Social. Universidad Nacional de Mar del Plata.

- Material Didáctico y Folleteria de la Secretaría de Prevención y Asistencia de las Adicciones de la Provincia de Bs. As.
- Material otorgado durante la cursada de la Tecnicatura en Prevención de las Adicciones. Convenio entre la Secretaría de Prevención y Asistencia de las Adicciones de la Provincia de Bs. As y la Universidad del Salvador. Sede en Mar del Plata: Centro Preventivo Asistencial M.D.P.

# Anexo

## LEY 23.737 \*

**Artículo 5.**— Será reprimido con reclusión o prisión de cuatro a quince años y multa de pesos doscientos veinticinco (\*\*) a pesos dieciocho mil setecientos cincuenta (\*\*) el que sin autorización o con destino ilegítimo:

- a) Siembre o cultive plantas o guarde semillas utilizables para producir estupefacientes, o materias primas, o elementos destinados a su producción o fabricación;
- b) Produzca, fabrique, extraiga o prepare estupefacientes;
- c) Comercie con estupefacientes o materias primas para su producción o fabricación o los tenga con fines de comercialización, o los distribuya, o dé en pago, o almacene o transporte;
- d) Comercie con plantas o sus semillas, utilizables para producir estupefacientes, o las tenga con fines de comercialización, o las distribuya, o las dé en pago, o las almacene o transporte;
- e) Entregue, suministre, aplique o facilite a otro estupefacientes a título oneroso. Si lo fuese a título gratuito, se aplicará reclusión o prisión de tres a doce años y multa de pesos ciento doce con cincuenta centavos (\*\*) a pesos cuatro mil quinientos (\*\*).

Si los hechos previstos en los incisos precedentes fueren ejecutados por quien desarrolla una actividad cuyo ejercicio dependa de una autorización, licencia o habilitación del poder público, se aplicará, además, inhabilitación especial de cinco a quince años.

En el caso del inciso a), cuando por la escasa cantidad sembrada o cultivada y demás circunstancias, surja inequívocamente que ella está destinada a obtener estupefacientes para consumo personal, la pena será de un mes a dos años de prisión y serán aplicables los artículos 17, 18 y 21. (\*\*\*)

**Artículo 6.**— Será reprimido con reclusión o prisión de cuatro a quince años y multa de pesos doscientos veinticinco (\*\*) a pesos dieciocho mil setecientos cincuenta (\*\*) el que introdujera al país estupefacientes fabricados o en cualquier etapa de su fabricación o

materias primas destinadas a su fabricación o producción, habiendo efectuado una presentación correcta ante la Aduana y posteriormente alterara ilegítimamente su destino de uso.

En estos supuestos la pena será de tres a doce años de reclusión o prisión, cuando surgiere inequívocamente, por su cantidad, que los mismos no serán destinados a comercialización dentro o fuera del territorio nacional.

Si los hechos fueren realizados por quien desarrolle una actividad cuyo ejercicio depende de autorización, licencia o habilitación del poder público, se aplicará además inhabilitación especial de tres a doce años.

**Artículo 7.**— Será reprimido con reclusión o prisión de ocho a veinte años y multa de pesos un mil ciento veinticinco (\*\*) a pesos treinta y tres mil setecientos cincuenta (\*\*), el que organice o financie cualquiera de las actividades ilícitas a que se refieren los artículos 5º y 6º precedentes.

**Artículo 8.**— Será reprimido con reclusión o prisión de tres a quince años y multa de pesos doscientos veinticinco (\*\*) a pesos once mil doscientos cincuenta (\*\*) e inhabilitación especial de cinco a doce años, el que estando autorizado para la producción, fabricación, extracción, preparación, importación, exportación, distribución o venta de estupefacientes los tuviere en cantidades distintas de las autorizadas; o prepare o emplee compuestos naturales, sintéticos u oficinales que oculten o disimulen sustancias estupefacientes; y al que aplicare, entregare, o vendiere estupefacientes sin receta médica o en cantidades mayores a las recetadas.

**Artículo 9.**— Será reprimido con prisión de dos a seis años y multa de pesos ciento doce con cincuenta centavos (\*\*) a pesos un mil ochocientos setenta y cinco (\*\*) e inhabilitación especial de uno a cinco años, el médico u otro profesional autorizado para recetar, que prescribiera, suministrare o entregare estupefacientes fuera de los casos que indica la terapéutica o en dosis mayores de las necesarias. Si lo hiciera con destino

\* Sanción: 21 - 9 - 1989. Promulgación de hecho: 10 - 10 - 1989. Publicación B.O.: 11 - 10 - 1989.

\* Se publica sólo la parte pertinente.

\*\* Importe según ley 23.975 (Publicación B.O.: 17 - 9 - 1991)

\*\*\* Párrafo incorporado por la ley 24.424 (Publicación B.O.: 9 - 1 - 1991).

ilegítimo la pena de reclusión o prisión será de cuatro a quince años.

**Artículo 10.**— Será reprimido con reclusión o prisión de tres a doce años y multa de pesos ciento doce con cincuenta centavos (\*) a pesos un mil ochocientos setenta y cinco (\*) el que facilitare, aunque sea a título gratuito, un lugar o elementos, para que se lleve a cabo alguno de los hechos previstos por los artículos anteriores. La misma pena se aplicará al que facilitare un lugar para que concurren personas con el objeto de usar estupefacientes.

En caso que el lugar fuera un local de comercio se aplicará la accesoria de inhabilitación para ejercer el comercio por el tiempo de la condena, la que se elevará al doble del tiempo de la misma si se tratare de un negocio de diversión.

Durante la sustanciación del sumario criminal el juez competente podrá decretar preventivamente la clausura del local.

**Artículo 11.**— Las penas previstas en los artículos precedentes serán aumentadas en un tercio del máximo a la mitad del mínimo, sin que las mismas puedan exceder el máximo legal de la especie de pena de que se trate:

- a) Si los hechos se cometieren en perjuicio de mujeres embarazadas o de personas disminuidas psíquicamente, o sirviéndose de menores de dieciocho años o en perjuicio de éstos;
- b) Si los hechos se cometieren subrepticamente o con violencia, intimidación o engaño;
- c) Si en los hechos intervinieren tres o más personas organizadas para cometerlos;
- d) Si los hechos se cometieren por un funcionario público encargado de la prevención o persecución de los delitos aquí previstos o por un funcionario público encargado de la guarda de presos y en perjuicio de éstos;
- e) Cuando el delito se cometiere en las inmediaciones o en el interior de un establecimiento de enseñanza, centro asistencial, lugar de detención, institución deportiva, cultural o social o en sitios donde se realicen espectáculos o diversiones públicas o en otros lugares a los que escolares y estudiantes acudan para realizar actividades educativas, deportivas o sociales;
- f) Si los hechos se cometieren por un docente, educador o empleado de establecimientos educacionales en general, abusando de sus funciones específicas.

**Artículo 12.**— Será reprimido con prisión de dos a seis años y multa de pesos veintidós con cincuenta centavos (\*) a pesos cuatrocientos cincuenta (\*):

- a) El que preconizare o difundiere públicamente el uso de estupefacientes, o indujere a otro a consumirlos;
- b) El que usare estupefacientes con ostentación y trascendencia al público.

**Artículo 13.**— Si se usaren estupefacientes para facilitar o ejecutar otro delito, la pena prevista para el mismo se incrementará en un tercio del mínimo y del máximo, no pudiendo exceder del máximo legal de la especie de pena de que se trate.

\* Importe según ley 23.975 ( Publicación B.O.: 17 - 9 - 1991)

**Artículo 14.**— Será reprimido con prisión de uno a seis años y multa de pesos once con veinticinco centavos (\*) a pesos doscientos veinticinco (\*) el que tuviere en su poder estupefacientes.

La pena será de un mes a dos años de prisión cuando, por su escasa cantidad y demás circunstancias, surgiere inequívocamente que la tenencia es para uso personal.

**Artículo 15.**— La tenencia y el consumo de hojas de coca en su estado natural, destinado a la práctica del coqueo o masticación, o a su empleo como infusión, no será considerada como tenencia o consumo de estupefacientes.

**Artículo 16.**— Cuando el condenado por cualquier delito dependiere física o psíquicamente de estupefacientes, el juez impondrá, además de la pena, una medida de seguridad curativa que consistirá en un tratamiento de desintoxicación y rehabilitación por el tiempo necesario a estos fines, y cesará por resolución judicial, previo dictamen de peritos que así lo aconsejen.

**Artículo 17.**— En el caso del artículo 14, segundo párrafo, si en el juicio se acreditase que la tenencia es para uso personal, declarada la culpabilidad del autor y que el mismo depende física o psíquicamente de estupefacientes, el juez podrá dejar en suspenso la aplicación de la pena y someterlo a una medida de seguridad curativa por el tiempo necesario para su desintoxicación y rehabilitación.

Acreditado su resultado satisfactorio, se lo eximirá de la aplicación de la pena. Si transcurridos dos años de tratamiento no se ha obtenido un grado aceptable de recuperación por su falta de colaboración, deberá aplicársele la pena y continuar con la medida de seguridad por el tiempo necesario o solamente esta última.

**Artículo 18.**— En el caso del artículo 14, segundo párrafo, si durante el sumario se acreditase por semiplena prueba que la tenencia es para uso personal y existen indicios suficientes a criterio del juez de la responsabilidad del procesado y éste dependiere física o psíquicamente de estupefacientes, con su consentimiento, se le aplicará un tratamiento curativo por el tiempo necesario para su desintoxicación y rehabilitación y se suspenderá el trámite del sumario.

Acreditado su resultado satisfactorio, se dictará sobreseimiento definitivo. Si transcurridos dos años de tratamiento, por falta de colaboración del procesado no se obtuvo un grado aceptable de recuperación, se reanudará el trámite de la causa y, en su caso, podrá aplicársele la pena y continuar el tratamiento por el tiempo necesario, o mantener solamente la medida de seguridad.

**Artículo 19.**— La medida de seguridad que comprende el tratamiento de desintoxicación y rehabilitación, prevista en los artículos 16, 17 y 18 se llevará a cabo en establecimientos adecuados que el tribunal determine de una lista de instituciones bajo conducción profesional reconocidas y evaluadas periódicamente, registradas oficialmente y con autorización de habilitación por la autoridad sanitaria nacional o provincial, quien hará



conocer mensualmente la lista actualizada al Poder Judicial, y que será difundida en forma pública.

El tratamiento podrá aplicársele preventivamente al procesado cuando prestare su consentimiento para ello o cuando existiere peligro de que se dañe a sí mismo o a los demás.

El tratamiento estará dirigido por un equipo de técnicos y comprenderá los aspectos médicos, psiquiátricos, psicológicos, pedagógicos, criminológicos y de asistencia social, pudiendo ejecutarse en forma ambulatoria, con internación o alternativamente, según el caso.

Cuando el tratamiento se aplicare al condenado su ejecución será previa, computándose el tiempo de duración de la misma para el cumplimiento de la pena. Respecto de los procesados, el tiempo de tratamiento suspenderá la prescripción de la acción penal.

El Servicio Penitenciario Federal o Provincial deberá arbitrar los medios para disponer en cada unidad un lugar donde, en forma separada del resto de los demás internos, pueda ejecutarse la medida de seguridad de rehabilitación de los artículos 16, 17 y 18.

**Artículo 20.**— Para la aplicación de los supuestos establecidos en los artículos 16, 17 y 18 el juez, previo dictamen de peritos, deberá distinguir entre el delincuente que hace uso indebido de estupefacientes y el adicto a dichas drogas que ingresa al delito para que el tratamiento de rehabilitación en ambos casos, sea establecido en función del nivel de patología y del delito cometido, a los efectos de la orientación terapéutica más adecuada.

**Artículo 21.**— En el caso del artículo 14, segundo párrafo, si el procesado no dependiere física o psíquicamente de estupefacientes por tratarse de un principiante o experimentador, el juez de la causa podrá, por única vez, sustituir la pena por una medida de seguridad educativa en la forma y modo que judicialmente se determine.

Tal medida, debe comprender el cumplimiento obligatorio de un programa especializado relativo al comportamiento responsable frente al uso y tenencia indebida de estupefacientes, que con una duración mínima de tres meses, la autoridad educativa nacional o provincial, implementará a los efectos del mejor cumplimiento de esta ley.

La sustitución será comunicada al Registro Nacional de Reincidencia y Estadística Criminal y Carcelaria, organismo que lo comunicará solamente a los tribunales del país con competencia para la aplicación de la presente ley, cuando éstos lo requiriesen.

Si concluido el tiempo de tratamiento éste no hubiese dado resultado satisfactorio por la falta de colaboración del condenado, el tribunal hará cumplir la pena en la forma fijada en la sentencia.

**Artículo 22.**— Acreditado un resultado satisfactorio de las medidas de recuperación establecidas en los artículos 17, 18 y 21 si después de un lapso de tres años de dicha recuperación, el autor alcanzara una reinserción social plena, familiar, laboral y educativa, el juez previo dicta-

men de peritos, podrá librar oficio al Registro Nacional de Reincidencia y Estadística Criminal y Carcelaria para la supresión de la anotación relativa al uso y tenencia indebida de estupefacientes.

**Artículo 23.**— (\*) Será reprimido con prisión de dos a seis años e inhabilitación especial de cuatro a ocho años, el funcionario público dependiente de la autoridad sanitaria con responsabilidad funcional sobre el control de la comercialización de estupefacientes, que no ejecutare los deberes impuestos por las leyes o reglamentos a su cargo u omitiere cumplir las órdenes que en consecuencia de aquéllos le impartieren sus superiores jerárquicos.

**Artículo 24.**— El que sin autorización o violando el control de la autoridad sanitaria, ingrese en la zona de frontera delimitada por ley, precursores o productos químicos aptos para la elaboración o fabricación de estupefacientes, será reprimido con multa de pesos ciento doce con cincuenta centavos (\*\*) a pesos veintidós mil quinientos (\*\*), inhabilitación especial de uno a cinco años y comiso de la mercadería en infracción, sin perjuicio de las demás sanciones que pudieran corresponder.

Los precursores, y productos químicos serán determinados en listas que, por decreto, el Poder Ejecutivo nacional debe elaborar a ese fin y actualizar periódicamente.

**Artículo 25.**— *Derogado por la ley 25.246 (Publicación B.O.: 10 - 5 - 2000).*

**Artículo 26.**— En la investigación de los delitos previstos en la ley no habrá reserva bancaria o tributaria alguna. El levantamiento de la reserva sólo podrá ser ordenado por el juez de la causa.

La información obtenida sólo podrá ser utilizada en relación a la investigación de los hechos previstos en esta ley.

**Artículo 26 bis.**— (\*\*\*) La prueba que consista en fotografías, filmaciones o grabaciones, será evaluada por el tribunal en la medida en que sea comprobada su autenticidad.

**Artículo 27.**— En todos los casos en que el autor de un delito previsto en esta ley lo cometa como agente de una persona jurídica y la característica requerida para el autor no la presente éste sino la persona jurídica, será reprimido como si el autor presentare esa característica.

**Artículo 28.**— El que públicamente imparta instrucciones acerca de la producción, fabricación, elaboración o uso de estupefacientes, será reprimido con prisión de dos a ocho años.

En la misma pena incurrirá quien por medios masivos de comunicación social explique en detalle el modo de emplear como estupefaciente cualquier elemento de uso o venta libre.

**Artículo 29.**— Será reprimido con prisión de seis meses a tres años el que falsificare recetas médicas, o a

\* Texto del artículo según ley 24.424 (Publicación B.O.: 9 - 1 - 1995).

\*\* Importe según ley 23.975 (Publicación B.O.: 17 - 9 - 1991).

\*\*\* Artículo incorporado por la ley 24.424 (Publicación B.O.: 9 - 1 - 1995).

sabiendas las imprimiera con datos supuestos o con datos ciertos sin autorización del profesional responsable de la matrícula; quien las suscribiere sin facultad para hacerlo o quien las aceptare teniendo conocimiento de su ilegitimidad procedencia o irregularidad. En el caso que correspondiere se aplicará la accesoria de inhabilitación para ejercer el comercio por el doble de tiempo de la condena.

**Artículo 29 bis.**— (\*) Será reprimido con reclusión o prisión de uno a seis años, el que tomare parte en una confabulación de dos o más personas, para cometer alguno de los delitos previstos en los artículos 5º, 6º, 7º, 8º, 10 y 25 de la presente ley, y en el artículo 866 del Código Aduanero.

La confabulación será punible a partir del momento en que alguno de sus miembros realice actos manifiestamente reveladores de la decisión común de ejecutar el delito para el que se habían concertado.

Quedará eximido de pena el que revelare la confabulación a la autoridad antes de haberse comenzado la ejecución del delito para el que se la había formado, así como el que espontáneamente impidiera la realización del plan.

**Artículo 29 ter.**— (\*) A la persona incurso en cualquiera de los delitos previstos en la presente ley y en el artículo 866 del Código Aduanero, el tribunal podrá reducirle las penas hasta la mitad del mínimo y del máximo o eximirla de ellas, cuando durante la sustanciación del proceso o con anterioridad a su iniciación:

- a) Revelare la identidad de coautores, partícipes o encubridores de los hechos investigados o de otros conexos, proporcionando datos suficientes que permitan el procesamiento de los sindicados o un significativo progreso de la investigación.
- b) Aportare información que permita secuestrar sustancias, materias primas precursores químicos, medios de transporte, valores, bienes, dinero o cualquier otro activo de importancia, provenientes de los delitos previstos en esta ley.

A los fines de la exención de pena se valorará especialmente la información que permita desbaratar una organización dedicada a la producción, comercialización o tráfico de estupefacientes.

La reducción o eximición de pena no procederá respecto de la pena de inhabilitación.

**Artículo 30.**— (\*\*) El juez dispondrá la destrucción, por la autoridad sanitaria nacional, de los estupefacientes en infracción o elementos destinados a su elaboración a no ser que pertenecieren a un tercero no responsable o salvo que puedan ser aprovechados por la misma autoridad, dejando expresa constancia del uso a atribuirles.

Las especies vegetales de *Papaver somniferum* L. *Erithroxylon coca* Lam y *Cannabis sativa* L., se destruirán por incineración.

En todos los casos, previamente, deberá practicarse una pericia para determinar su naturaleza, calidad y cantidad, conservando las muestras necesarias para la sustanciación de la causa o eventuales nuevas pericias,

que serán destruidas cuando el proceso haya concluido definitivamente.

La destrucción a que se refiere el párrafo primero se realizará en acto público dentro de los cinco (5) días siguientes de haberse practicado las correspondientes pericias y separación de muestras; en presencia del juez o del secretario del juzgado y de dos testigos y se invitará a las autoridades competentes del Poder Ejecutivo del área respectiva. Se dejará constancia de la destrucción en acta que se agregará al expediente de la causa firmada por el juez o el secretario, testigos y funcionarios presentes.

Además se procederá al comiso de los bienes e instrumentos empleados para la comisión del delito, salvo que pertenecieren a una persona ajena al hecho y que las circunstancias del caso o elementos objetivos acreditaran que no podía conocer tal empleo ilícito. Igualmente se procederá a la incautación del beneficio económico obtenido por el delito.

**Artículo 31.**— Efectivos de cualesquiera de los organismos de seguridad y de la Administración Nacional de Aduanas podrán actuar en jurisdicción de las otras en persecución de delincuentes, sospechosos de delitos e infractores de esta ley o para la realización de diligencias urgentes relacionadas con la misma, debiendo darse inmediato conocimiento al organismo de seguridad del lugar.

Los organismos de seguridad y la Administración Nacional de Aduanas adoptarán un mecanismo de consulta permanente y la Policía Federal Argentina ordenará la información que le suministren aquéllos, quienes tendrán un sistema de acceso al banco de datos para una eficiente lucha contra el tráfico ilícito de estupefacientes en todo el país.

Mantendrán su vigencia los convenios que hubiesen celebrado los organismos de seguridad, la Administración Nacional de Aduana y demás entes administrativos con el objeto de colaborar y aunar esfuerzos en la lucha contra el narcotráfico y la prevención del abuso de drogas.

**Artículo 31 bis.**— (\*) Durante el curso de una investigación y a los efectos de comprobar la comisión de algún delito previsto en esta ley o en el artículo 866 del Código Aduanero, de impedir su consumación, de lograr la individualización o detención de los autores, partícipes o encubridores, o para obtener y asegurar los medios de prueba necesarios, el juez por resolución fundada podrá disponer, si las finalidades de la investigación no pudieran ser logradas de otro modo, que agentes de las fuerzas de seguridad en actividad, actuando en forma encubierta:

- a) Se introduzcan como integrantes de organizaciones delictivas que tengan entre sus fines la comisión de los delitos previstos en esta ley o en el artículo 866 del Código Aduanero, y
- b) Participen en la realización de algunos de los hechos previstos en esta ley o en el artículo 866 del Código Aduanero.

La designación deberá consignar el nombre verdade-

\* Artículo incorporado por la ley 24.424 (Publicación B.O.: 9 - 1 - 1995).

\* \* Texto del artículo según ley 24.112 (Publicación B.O.: 28 - 8 - 1992).

ro del agente y la falsa identidad con la que actuará en el caso, y será reservada fuera de las actuaciones y con la debida seguridad.

La información que el agente encubierto vaya logrando, será puesta de inmediato en conocimiento del juez.

La designación de un agente encubierto deberá mantenerse en estricto secreto. Cuando fuere absolutamente imprescindible aportar como prueba la información personal del agente encubierto, éste declarará como testigo, sin perjuicio de adoptarse, en su caso, las medidas previstas en el artículo 31 quinqués.

**Artículo 31 ter.**— (\*) No será punible el agente encubierto que como consecuencia necesaria del desarrollo de la actuación encomendada, se hubiese visto compelido a incurrir en un delito, siempre que éste no implique poner en peligro cierto la vida o la integridad física de una persona o la imposición de un grave sufrimiento físico o moral a otro.

Cuando el agente encubierto hubiese resultado imputado en un proceso, hará saber confidencialmente su carácter al juez interviniente, quien en forma reservada recabará la pertinente información a la autoridad que corresponda.

Si el caso correspondiere a las previsiones del primer párrafo de este artículo, el juez lo resolverá sin develar la verdadera identidad del imputado.

**Artículo 31 quater.**— (\*) Ningún agente de las fuerzas de seguridad podrá ser obligado a actuar como agente encubierto. La negativa a hacerlo no será tenida como antecedente desfavorable para ningún efecto.

**Artículo 31 quinqués.**— (\*) Cuando peligre la seguridad de la persona que haya actuado como agente encubierto por haberse develado su verdadera identidad, tendrá derecho a optar entre permanecer activo o pasar a retiro, cualquiera fuese la cantidad de años de servicio que tuviera. En este último caso se le reconocerá un haber de retiro igual al que le corresponda a quien tenga dos grados más del que él tiene.

En cuanto fuere compatible, se aplicarán las disposiciones del artículo 33 bis.

**Artículo 31 sexies.**— (\*) El funcionario o empleado público que indebidamente revelare la real o nueva identidad de un agente encubierto o, en su caso, la nueva identidad o el domicilio de un testigo o imputado protegido, será reprimido con prisión de dos a seis años, multa de diez mil a cien mil pesos e inhabilitación absoluta perpetua.

El funcionario o empleado público que por imprudencia, negligencia o inobservancia de los deberes a su cargo, permitiere o diere ocasión a que otro conozca dicha información, será sancionado con prisión de uno a cuatro años, multa de un mil a treinta mil pesos e inhabilitación especial de tres a diez años.

**Artículo 32.**— Cuando la demora en el procedimiento pueda comprometer el éxito de la investigación, el juez de la causa podrá actuar en ajena jurisdicción territorial,

ordenando a las autoridades de prevención las diligencias que entienda pertinentes, debiendo comunicar las medidas dispuestas al juez del lugar. Además, las autoridades de prevención deben poner en conocimiento del juez del lugar los resultados de las diligencias practicadas, poniendo a disposición del mismo las personas detenidas a fin de que este magistrado controle si la privación de la libertad responde estrictamente a las medidas ordenadas. Constatado este extremo el juez del lugar pondrá a los detenidos a disposición del juez de la causa.

**Artículo 33.**— El juez de la causa podrá autorizar a la autoridad de prevención que postergue la detención de personas o el secuestro de estupefacientes cuando estime que la ejecución inmediata de dichas medidas puede comprometer el éxito de la investigación.

El juez podrá incluso suspender la interceptación en territorio argentino de un remesa ilícita de estupefacientes y permitir su salida del país, cuando tuviere seguridades de que será vigilada por las autoridades judiciales del país de destino. Esta medida deberá disponerse por resolución fundada, haciéndose constar, en cuanto sea posible, la calidad y cantidad de la sustancia vigilada como así también su peso (\* \*).

**Artículo 33 bis.**— (\*) Cuando las circunstancias del caso hicieren presumir fundadamente un peligro cierto para la vida o la integridad física de un testigo o de un imputado que hubiese colaborado con la investigación, el tribunal deberá disponer las medidas especiales de protección que resulten adecuadas. Estas podrán incluso consistir en la sustitución de la identidad del testigo o imputado, y en la provisión de los recursos económicos indispensables para el cambio de domicilio y de ocupación, si fuesen necesarias. La gestión que corresponda quedará a cargo del Ministerio de Justicia de la Nación.

**Artículo 34.**— Los delitos previstos y penados por esta ley serán de competencia de la justicia federal en todo el país.

**Artículo 34 bis.**— (\*) Las personas que denuncien cualquier delito previsto en esta ley o en el artículo 866 del Código Aduanero, se mantendrán en el anonimato.

**Artículo 36.**— Si como consecuencia de infracciones a la presente ley, el juez de la causa advirtiere que el padre o la madre han comprometido la seguridad, la salud física o psíquica o la moralidad de sus hijos menores, deberá remitir los antecedentes pertinentes al juez competente para que resuelva sobre la procedencia de las previsiones del artículo 307, inciso 3°, del Código Civil.

**Artículo 39.**— Salvo que se hubiese resuelto con anterioridad, la sentencia condenatoria decidirá definitivamente respecto de los bienes decomisados y de los

\* Artículo incorporado por la ley 24.424 (Publicación B.O.: 9 - 1 - 1995).

\* \* Párrafo incorporado por la ley 24.424 (Publicación B.O.: 9 - 1 - 1995).

## LEY 23.737 - Nación

beneficios económicos a que se refieren los artículos 25 y 30.

Los bienes o el producido de su venta se destinará a la lucha contra el tráfico ilegal de estupefacientes, su prevención y la rehabilitación de los afectados por el consumo.

El mismo destino se dará a las multas que se recauden por aplicación de esta ley.

**Artículo 40.**— Modifícase el último párrafo del artículo 77 del Código Penal por el siguiente texto:

El término "estupefacientes" comprende los estupefacientes, psicotrópicos y demás sustancias susceptibles de producir dependencia física o psíquica que se incluyan en las listas que se elaboren y actualicen periódicamente por decreto del Poder Ejecutivo nacional.

**Artículo 41.**— Hasta la publicación del decreto por el Poder Ejecutivo nacional a que se refiere el artículo anterior, valdrá como ley complementaria las listas que hubiese establecido la autoridad sanitaria nacional en virtud de lo dispuesto por el artículo 10 de la Ley 20.771, que tuviesen vigencia en la fecha de promulgación de la presente ley.

**Artículo 42.**— El Ministerio de Educación y Justicia en coordinación con el Ministerio de Salud y Acción Social y las autoridades educacionales y sanitarias provinciales, considerarán en todos los programas de formación de profesionales de la educación, los diversos aspectos del uso indebido de droga, teniendo presente las orientaciones de los tratados internacionales suscritos por el país, las políticas y estrategias de los organismos internacionales especializados en la materia, los avances de la investigación científica relativa a los estupefacientes y los informes específicos de la Organización Mundial de la Salud.

Sobre las mismas pautas, desarrollarán acciones de información a los educandos, a los grupos organizados de la comunidad y a la población en general.

**Artículo 43.**— El Estado nacional asistirá económicamente a las provincias que cuenten o contaren en el futuro con centros públicos de recuperación de los adictos a los estupefacientes.

El Poder Ejecutivo nacional incluirá anualmente en el presupuesto nacional una partida destinada a tales fines. Asimismo proveerá de asistencia técnica a dichos centros.

**Artículo 44.**— Las empresas o sociedades comerciales que produzcan, fabriquen, preparen, exporten o importen sustancias o productos químicos autorizados y que por sus características o componentes puedan ser derivados ilegalmente para servir de base o ser utilizados en la elaboración de estupefacientes, deberán inscribirse en un registro especial que funcionará en la jurisdicción que determine el Poder Ejecutivo nacional y que deberá mantenerse actualizado mediante inspecciones periódicas a las entidades registradas.

En este registro deberán constar la producción anual, las ventas, su destino geográfico y uso, así como todos los datos necesarios para ejercer su adecuado control, tanto en las etapas de producción como de comercialización de las sustancias o productos y su ulterior utilización.

El incumplimiento de esta obligación será sancionado con inhabilitación especial de un mes a tres años y multa de pesos treinta y siete con cincuenta centavos (\*) a pesos tres mil setecientos cincuenta. (\*)

Las sustancias o productos químicos serán los que haya determinado o determine el Poder Ejecutivo nacional mediante listas que serán actualizadas periódicamente.

**Artículo 45.**— Derogado por la ley 23.975 (Publicación B.O.: 17 - 9 - 1991).

**Artículo 46.**— Deróganse los artículos 1º a 11 inclusive de la Ley 20.771 y sus modificatorias.

**Artículo 47.**— Comuníquese al Poder Ejecutivo.

\* Importe según ley 23.975 (Publicación B.O.: 17 - 9 - 1991).