

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD
CATÓLICA DEL PERÚ**

Escuela de Posgrado



Redes de apoyo en los procesos de rehabilitación por adicciones: El caso de los pacientes del pabellón 6 del hospital “Hermilio Valdizán”

Tesis para obtener el grado académico de Maestro en Sociología con mención en Desarrollo y Políticas Sociales que presenta:

Alan Aroldo Luna Cornejo

Asesor:

Martín Christian Santos Anaya

Lima, 2024


Informe de Similitud

Yo, MARTIN CHRISTIAN SANTOS ANAYA, docente de la Escuela de Posgrado de la Pontificia Universidad Católica del Perú, asesor de la tesis titulada Redes de apoyo en los procesos de rehabilitación por adicciones: El caso de los pacientes del pabellón 6 del hospital “Hermilio Valdizán”, de el autor Alan Aroldo LUNA CORNEJO, dejo constancia de lo siguiente:

- El mencionado documento tiene un índice de puntuación de similitud de 15%. Así lo consigna el reporte de similitud emitido por el software *Turnitin* el 9 de abril de 2024.
- He revisado con detalle dicho reporte y la Tesis o Trabajo de investigación, y no se advierte indicios de plagio.
- Las citas a otros autores y sus respectivas referencias cumplen con las pautas académicas.

Lugar y fecha:

Lima, 9 de abril de 2024.

Apellidos y nombres del asesor / de la asesora: <u>Santos Anaya, Martín Christian</u>	
DNI: 09457835	Firma 
ORCID: 0000-0002-7027-1880	

RESUMEN

Las adicciones siempre serán vistas como un problema social, los pacientes que las han padecido (rehabilitados) deben seguir programas de seguimiento para evitar recaer, ésta es una estrategia que persiguen los profesionales de la salud del pabellón 6 del hospital Hermilio Valdizan, en este programa se desarrollan redes de apoyo debido a que se reconocen entre pares con intereses comunes, dichas redes dentro del grupo son informales, a su vez existen las redes de apoyo familiares que son de suma importancia por lo que éstas proveen. En esta investigación el método que se utilizó fue cualitativo, se han realizado doce entrevistas semi estructuradas a pacientes, además de observación de las sesiones de seguimiento y de las interacciones de los miembros del grupo en espacios de recreación. Se descubrió que las redes de apoyo de los pacientes de seguimiento por adicciones en el programa del hospital Valdizan sirven para no recaer en su adicción y poseen distintos tipos, las redes de apoyo egocéntricas terminan siendo redes “pro-familia” y las redes de apoyo dentro del programa de seguimiento son redes “pro-amistad”, ambas determinantes en el proceso de seguimiento.

Palabras clave: Adicciones, rehabilitación, pacientes de seguimiento, redes egocéntricas, red informal de apoyo, red familiar, tipos de apoyo, redes pro, lazos fuertes, lazos débiles.

ABSTRACT

Addictions will always be seen as a social problem, patients who have suffered from them (rehabilitated) must follow follow-up programs to avoid relapse, this is a strategy pursued by the health professionals of pavilion 6 of the Hermilio Valdizan hospital, in this program Support networks develop because they recognize each other among peers with common interests. These networks within the group are informal. At the same time, there are family support networks that are of utmost importance for what they provide. In this research, the method used was qualitative; twelve semi-structured interviews were carried out with patients, in addition to observation of the follow-up sessions and the interactions of the group members in recreation spaces. It was discovered that the support networks of addiction monitoring patients in the Valdizan hospital program serve to prevent relapse into their addiction and have different types, the egocentric support networks end up being "pro-family" networks and the support networks Within the monitoring program they are "pro-friendship" networks, both determining factors in the monitoring process.

Keywords: Addictions, rehabilitation, follow-up patients, egocentric networks, informal support network, family network, types of support, pro networks, strong ties, weak ties.

ÍNDICE

Capítulo 1: Investigación

1.1 Planteamiento del problema.....	4
1.2 Estado de la cuestión.....	5
1.3 La pregunta de investigación.....	9
1.4 Objetivos.....	9
1.5 Hipótesis.....	10
1.6 Marco Teórico	10
1) La perspectiva de redes sociales. La noción de red.....	10
2) Redes egocéntricas.....	10
3) Red informal de apoyo.....	11
4) Redes sociales y capital social.....	14
1.7 Metodología.....	15

Capítulo 2: Resultados, análisis del trabajo de campo

2.1 Escenarios de rehabilitación.....	17
2.2 Divisiones grupales.....	17
2.3 Grupos informales.....	19

Capítulo 3: Redes de apoyo y hallazgos a partir de los casos individuales

3.1 Presentación de casos individuales y sus redes de apoyo.....	20
3.2 Tablas comparativas de las redes de apoyo de los pacientes de seguimiento...	35

Conclusiones.....	40
--------------------------	-----------

Referencias bibliográficas.....	42
--	-----------

Capítulo 1: Investigación

1.1 Planteamiento del problema

La investigación se centrará en el proceso de seguimiento por rehabilitación de pacientes por adicciones del pabellón 6 del hospital "Hermilio Valdizán", en probar metódicamente que este espacio constituye una comunidad en la que se forman redes de apoyo, al ser un espacio donde se comparten intereses comunes, principalmente el de superar la adicción. Estas redes de apoyo podrían fortalecerse o debilitarse en el tiempo, si se tiene en cuenta que los pacientes llegan al centro de rehabilitación con historias de vida particulares que podrían ayudar o no en este proceso.

El análisis de adicciones, incluyendo el incremento del mismo, es un tema de enorme interés a nivel de la salud pública y las ciencias de la salud. Es preciso conocer en qué grado de dicho conocimiento se encuentra la población de un país que se ha involucrado en prevenir su consumo para poder desarrollar acciones que contribuyan a una efectiva reducción de la demanda y modificar las situaciones de producción y tráfico, es decir, la oferta. Fue en 1921 que en el Perú se promulgan los primeros dispositivos de control de estupefacientes, dándonos la idea de que su repercusión en esta época ya era considerable. A mediados de los años 60's el movimiento de liberación espiritual e individual cuestionó los parámetros impuestos a las drogas, resultando un consumo masivo por demás explosivo a nivel mundial, generando bandas de traficantes y violencia generalizada.

La migración interna (llámese de provincias a Lima) por esos años generó que el estado peruano no pudiera solucionar las múltiples necesidades del pueblo, como el crecimiento de la venta de drogas de forma informal. La venta callejera de estupefacientes se volvió el medio más común para la obtención de cocaína y marihuana principalmente.

Los profesionales de la salud que tienen a su cargo el diseño e implementación de programas de prevención de adicciones requieren información sobre las características del problema con el fin de establecer qué grupos poblacionales están en mayor riesgo de involucrarse en el consumo, dicho grupo se convertirá en grupo objetivo de las acciones preventivas.

Por ejemplo, los adolescentes y jóvenes, escolares, personas que residen en sectores urbanos marginales o familias que tienen miembros consumidores son poblaciones que reciben atención en la mayor parte de programas preventivos existentes. Estos programas son varios y de distintas Instituciones, es aquí en donde aparecen los Centros de Rehabilitación como Cedro y en el caso de instituciones públicas el de los pacientes del hospital Hermilio Valdizán, que, si bien cuya función tiende a relacionarse con enfermedades mentales, también presenta un programa para rehabilitación por casos de adicciones (Pabellón 6).

El término "comunidad", no sólo se ciñe a lo que es espacio geográfico, sino también a los múltiples intereses colectivos que se forman entre personas que no coinciden con aspectos étnicos necesariamente, traspasando algunas barreras físicas. Existen lazos que se van construyendo de acuerdo a intereses (lazos débiles), que son los más comunes y asimétricas; y de acuerdo a solidaridades (lazos fuertes), se encuentran en socios simétricos con intercambios recíprocos. El Hospital "Hermilio Valdizán" se convierte, entonces en una "micro-comunidad", en la que

interactúan los pacientes, que llegan con distintas historias personales, y se ven en la obligación de convivir bajo algo que los une, que es el proceso de rehabilitación. Al formar parte de una colectividad, los pacientes influyen uno sobre el otro, independientemente de que sea de forma positiva o negativa. Se forman redes de apoyo al interior del grupo que contribuirán a que el proceso de rehabilitación obtenga resultados exitosos.

1.2 Estado de la cuestión

Las adicciones (consumo de drogas y/o alcohol) es un problema social. Se considera que el hombre al aparecer en este mundo lo hizo con muchas intenciones inherentes a él, una de las cuales se relaciona con el objeto de estudio, en referencia al hecho de querer cambiar sus estados de ánimo y percepción del mundo colindante, ese descubrir se traduciría en las sustancias psicoactivas de origen vegetal, las cuales las denominamos "drogas".

Respecto al denominado circuito económico de las drogas, del trabajo de Teneabum se desprende que: *"En esta coyuntura, a grandes rasgos, destaca la relación tradicional que tiene la región andina (Colombia, Perú y Bolivia, y en menor medida, Ecuador) con la hoja de coca, el vínculo de México con la amapola y el desarrollo de la agricultura cannábica en Paraguay"*¹. Mostrando así el interés de que en Uruguay este fenómeno no está presente con tanta magnitud como en otros países de la región.

Esto debido a que existe un mercado de drogas en Latinoamérica, Tenenbaum afirma que: *"en el caso de la cocaína, el costo impositivo que paga el consumidor por sobornos está alrededor del 10%, y por costos de riesgo (fianzas, atención médica por conflictos, etcétera) es la mitad del precio final"*², refiriéndose al mercado local en Uruguay y a los aspectos ligados a la corrupción el torno a este ambiente.

El autor Maldonado en su trabajo se refiere a un problema similar: *"una hipótesis derivada de este planteamiento es que el auge del narcotráfico se produce por las limitaciones constitucionales del sistema jurídico. La fortaleza de la estructura delincinencial se interpreta como un problema de vacíos legales lo que supone que es necesario hacer reformas que impidan a los actores ilegales rebasar o apropiarse de los aparatos del Estado"*³. Es decir, que en México también se presentan estos inconvenientes respecto a temas de corrupción, dando así un ejemplo de problema constante en Latinoamérica.

Maldonado hace un recorrido por las políticas en Latinoamérica respecto a tema de las drogas, *"Las políticas neoliberales se articularon con dos procesos significativos que van a dar una relevancia inédita narcotráfico. En primer lugar, la implementación de políticas antidroga en Colombia, Perú y Bolivia redujo el cultivo el procesamiento y el tráfico estas políticas prohibicionistas provocaron una disminución de la llegada de sustancias ilícitas por lo que México pasó a ocupar un lugar central para abastecer de marihuana y heroína al mercado"*

¹ Tenenbaum Ewig, Gabriel (2018). El mercado de las drogas ilegales en Uruguay. Revista Mexicana de Sociología 80, núm. 4 (septiembre-diciembre, 2018): (pág. 856).

² Idem (pág. 860).

³ Maldonado Aranda, Salvador (2012). Drogas, violencia y militarización en el México rural: El caso de Michoacán. Revista Mexicana de Sociología 74, núm. 1 (enero-marzo 2012): (pág. 6).

*estadounidense*⁴. Por tanto, explica como México llegó a tener ese rol dentro del circuito de drogas ilícitas en la región.

Tanenbaum señala que, respecto a la oferta de drogas, en Uruguay esto depende de varios factores: *“casos como Uruguay, que no cuentan con una agricultura extensiva de drogas naturales como sí la tienen, verbigracia, Paraguay, México y la región andina”*⁵. En resumen, Tenebaum reflexiona que el mercado y la oferta de las drogas en su país no acabará, tampoco en la región latinoamericana por ser ilegal, tener a las instituciones de su aparte y sobre todo porque el consumo no terminará.

Ambos trabajos nos proporcionan la idea de cómo el consumo de drogas, así como su distribución, pasa por una inactividad por parte del estado, de los estados de la región como se puede apreciar.

Por otro lado, en el trabajo de Madoz sobre incremento en el uso de alcohol se parte de la premisa que los trabajadores o profesionales de la salud poseen un estilo de vida más saludable, sin embargo, esto no sería la realidad según lo que muestran las estadísticas *“el 12,9% y el 21,4% de los médicos hombres/ mujeres respectivamente cumplen los criterios de abuso o dependencia del alcohol”*⁶.

Para dicho trabajo se realizó la encuesta a profesionales de la salud y no sanitarios que fueron contratados para la atención de la primera ola COVID, la pregunta directa del incremento del consumo fue *“¿Ha incrementado durante la pandemia el consumo de alcohol o drogas de abuso?”*. El detalle de los encuestados es de *“81,6% de los encuestados eran trabajadores sanitarios. El 28,9% de los que respondieron a la encuesta eran enfermeros y el 17,0% auxiliares de enfermería. El 13,5% eran médicos residentes y el 19,8% médicos de plantilla”* *“El 54,3% trabajaba directamente en el cuidado de los pacientes con COVID-19 (los llamados trabajadores de “primera línea)”*⁸.

Sobre los resultados un porcentaje de la muestra mostró que los profesionales jóvenes y varones fueron quienes reconocieron un incremento en el consumo de alcohol y drogas debido a que estos últimos vivían sin familiares mayores a su cargo o cuidado, además del aumento de peso y la disminución de la actividad física, además de *“que el uso de alcohol o drogas de abuso puede representar una estrategia de afrontamiento disfuncional para manejar los síntomas de ansiedad/insomnio, en un grupo de trabajadores de la salud que tienen menos experiencia y*

⁴ Idem (pág. 16).

⁵ Tenenbaum Ewig, Gabriel (2018). El mercado de las drogas ilegales en Uruguay. Revista Mexicana de Sociología 80, núm. 4 (septiembre-diciembre, 2018): (pág. 864).

⁶ Agustín Madoz-Gúrpide, Mónica Leira-Sanmartín, Ángela Ibáñez, Enriqueta Ochoa-Mangado (2023). Incremento de la ingesta de alcohol y drogas como estrategia de afrontamiento en trabajadores hospitalarios durante el brote de COVID-19: Estudio transversal. Revista Adicciones 2023, volumen 35, número 2, (pág. 144).

⁷ Agustín Madoz-Gúrpide, Mónica Leira-Sanmartín, Ángela Ibáñez, Enriqueta Ochoa-Mangado (2023). Incremento de la ingesta de alcohol y drogas como estrategia de afrontamiento en trabajadores hospitalarios durante el brote de COVID-19: Estudio transversal. Revista Adicciones 2023, volumen 35, número 2, (pág. 145).

⁸ Idem.

pueden ser más vulnerables al estrés"⁹. Resultados que dependen mucho del contexto en la pandemia, no necesariamente se repetirían fuera de la misma.

El aporte que deja el trabajo de los autores Ali Al-kassab-Córdova, Gonzalo Cornejo-Venegas, Nataly Gacharna-Madrígal, Carlos Baquedano-Rojas, Guillermo De La Borda-Prazak, Christian R. Mejía se basa en la data estadística del Censo Nacional de Población en los Centros de Diagnóstico y Rehabilitación Juvenil en Perú, realizado entre marzo y abril de 2016 por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), el mismo que incluyó a 10 centros de rehabilitación en el Perú a quienes se le dio un cuestionario en donde el entrevistador consignaba las respuestas de los encuestados en donde se anotó la variable del consumo frecuente de marihuana (CFM).

Se tomaron distintas variables *"se dividieron en sociodemográficas y características familiares, morbilidades y hábitos nocivos"*¹⁰. Tales como nivel de educación, estudios primarios y secundarios completos o incompletos, edad hasta que vivió con los padres, si perteneció a alguna pandilla, consumo de drogas durante la niñez, edad de inicio de consumo, todo de forma auto informada. Solo se tomaron en cuenta a los cuestionarios debidamente llenados, haciendo un universo de 1848.

Los resultados fueron *"que el sexo masculino (RPa: 1,31, 95 % IC: 1,21-1,40), haber nacido en Lima (RPa: 1,64, 95 % IC: 1,36-1,95), huir de casa antes de los 15 años (RPa: 1,28, 95 % IC: 1,11-1,47), maltrato físico durante la niñez (RPa: 1,23, 95 % IC: 1,07-1,40), tener un familiar que consumía alcohol con frecuencia (RPa: 1,08, 95 % IC: 1,01-1,15), tener un familiar que consumía drogas (RPa: 1,19, 95 % IC: 1,05-1,34), presencia de pandillas criminales en el área de residencia (RPa: 1,63, 95 % IC: 1,46-1,82), reingreso al centro juvenil de diagnóstico y rehabilitación (RPa: 1,18, 95 % IC: 1,02-1,38), diagnóstico médico de trastorno por abuso de sustancias (RPa: 1,38, 95 % IC: 1,13-1,67) y consumo de bebidas alcohólicas (RPa: 1,40, 95 % IC: 1,18-1,66) aumentó la probabilidad del CFM de una manera estadísticamente significativa. También encontramos que, en comparación con no haber vivido nunca con la madre, vivir con ella hasta los 14 años (RPa: 0,79, 95 % IC: 0,64-0,95) o más (RPa: 0,83, 95 % IC: 0,69-0,99) disminuyó la probabilidad de CFM. En el caso del padre, solo vivir con él más allá de los 14 años (RPa: 0,83, 95 % IC: 0,73-0,93) disminuyó la probabilidad de CFM"*¹¹.

Evidentemente existe una correlación sobre el mayor consumo por parte de varones, comparado con el de las mujeres según las estadísticas: *"Según el Informe mundial sobre las drogas 2015, los hombres tienen tres veces más probabilidades que las mujeres de consumir marihuana (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, 2015). En nuestro país, el consumo de marihuana en los hombres es entre tres y diez veces superior al de las mujeres (Comisión Nacional para el*

⁹ Agustín Madoz-Gúrpide, Mónica Leira-Sanmartín, Ángela Ibáñez, Enriqueta Ochoa-Mangado (2023). Incremento de la ingesta de alcohol y drogas como estrategia de afrontamiento en trabajadores hospitalarios durante el brote de COVID-19: Estudio transversal. Revista Adicciones 2023, volumen 35, número 2, (pág. 148).

¹⁰ Ali Al-kassab-Córdova, Gonzalo Cornejo-Venegas, Nataly Gacharna-Madrígal, Carlos Baquedano-Rojas, Guillermo De La Borda-Prazak, Christian R. Mejía (2023). Factores asociados al consumo frecuente de marihuana en jóvenes antes de su ingreso a centros juveniles de diagnóstico y rehabilitación en Perú. Revista Adicciones 2023, volumen 35, número 1, (pág. 11).

¹¹ Ali Al-kassab-Córdova, Gonzalo Cornejo-Venegas, Nataly Gacharna-Madrígal, Carlos Baquedano-Rojas, Guillermo De La Borda-Prazak, Christian R. Mejía (2023). Factores asociados al consumo frecuente de marihuana en jóvenes antes de su ingreso a centros juveniles de diagnóstico y rehabilitación en Perú. Revista Adicciones 2023, volumen 35, número 1, (pág. 12).

Desarrollo y Vida sin Drogas, 2012)¹². Así como que el tener padres propensos al consumo de marihuana aumenta las probabilidades en 5 veces el propio consumo.

Asimismo, en su trabajo señalan que, si bien existe un sesgo que debe de ser tomado en cuenta las limitaciones del mismo y los sesgos por apreté de los entrevistados, sin embargo, los padres de familia y el mismo estado pueden ser receptores de estudios similares para la toma de decisiones en mejora, *“a nivel familiar, los resultados podrían permitir a los padres estar más atentos a sus hijos y ser conscientes de qué factores podrían llevar a sus hijos a consumir marihuana u otras drogas. A nivel gubernamental, el gobierno podría hacer anuncios televisivos o radiofónicos para educar a la población sobre el uso de drogas, o también podría formular políticas que ayuden a reducir la frecuencia de uso, como agregar más seguridad alrededor de las comunidades para ayudar a reducir el uso de marihuana en vecindarios vulnerables”*¹³. Es decir que este trabajo respecto a las políticas públicas sobre el tráfico ilícito de drogas, dentro de sus limitaciones, se convertiría en un aporte para el punto de partida que debería tener en cuenta el estado.

Sobre el tema del conocimiento cognitivo los autores Rocío Villa, Ashkan Espandian, Pilar A Sáiz, Julia Rodríguez Revuelta, María Paz García-Portilla, Julio Bobes, Gerardo Flórez señalan que: *“las personas con deterioro de la función cognitiva tienen mayor predisposición a perder el control con el alcohol. El consumo agudo de alcohol interfiere con la función ejecutiva y el abuso crónico daña las estructuras cerebrales responsables de dicha función ejecutiva”*¹⁴.

Entonces el trabajo se refiere únicamente a la correlación entre estos 2 elementos, para lo cual se hizo uso de un universo de 100 personas, quienes participaron por incentivos monetarios. En dicho estudio se rellenó un cuestionario socio demográfico, se tomaron niveles de sangre y finalmente una evaluación clínica al inicio y en fase de seguimiento a los 6 meses del comienzo del estudio no mostrando síntomas de haber estado intoxicados y administrándoles medicación para tratamiento por alcohol.

Los resultados evidentemente fueron una mejora en la actividad cognitiva: *“al comparar los resultados de la evaluación cognitiva de los pacientes al inicio del estudio y a los seis meses de seguimiento, se observa una mejora en los diferentes dominios cognitivos (significativa para memoria anterógrada, atención dividida y resistencia a la interferencia)”. “La dificultad parece estar en determinar el tiempo que tardan en producirse estas mejoras”*¹⁵.

¹² Ali Al-kassab-Córdova, Gonzalo Cornejo-Venegas, Nataly Gacharna-Madrigal, Carlos Baquedano-Rojas, Guillermo De La Borda-Prazak, Christian R. Mejía (2023). Factores asociados al consumo frecuente de marihuana en jóvenes antes de su ingreso a centros juveniles de diagnóstico y rehabilitación en Perú. Revista Adicciones 2023, volumen 35, número 1, (pág. 14).

¹³ Ali Al-kassab-Córdova, Gonzalo Cornejo-Venegas, Nataly Gacharna-Madrigal, Carlos Baquedano-Rojas, Guillermo De La Borda-Prazak, Christian R. Mejía (2023). Factores asociados al consumo frecuente de marihuana en jóvenes antes de su ingreso a centros juveniles de diagnóstico y rehabilitación en Perú. Revista Adicciones 2023, volumen 35, número 1, (pág. 17).

¹⁴ Rocío Villa, Ashkan Espandian, Pilar A Sáiz, Julia Rodríguez Revuelta, María Paz García-Portilla, Julio Bobes, Gerardo Flórez (2022). Funcionamiento cognitivo después de seis meses de seguimiento en una muestra de pacientes ambulatorios con trastorno por uso de alcohol. Revista Adicciones 2022, volumen 34, número 4, (pág. 312).

¹⁵ Rocío Villa, Ashkan Espandian, Pilar A Sáiz, Julia Rodríguez Revuelta, María Paz García-Portilla, Julio Bobes, Gerardo Flórez (2022). Funcionamiento cognitivo después de seis meses de seguimiento en una muestra de pacientes ambulatorios con trastorno por uso de alcohol. Revista Adicciones 2022, volumen 34, número 4, (pág. 318).

Lo cual lógicamente los lleva a la siguiente conclusión: *“Todo ello nos lleva a concluir que el deterioro cognitivo puede considerarse un factor pronóstico en pacientes ambulatorios con TUA entre moderado y grave”*¹⁶. Esto último a tomarse en cuenta en los pacientes de seguimiento por adicciones debido a que es en la micro comunidad del grupo de seguimiento del pabellón 6 del Hospital Valdizán en donde se forman estas redes de pares que se apoyan para la rehabilitación de la adicción.

1.3 La pregunta de investigación:

¿Cómo influyen las redes de apoyo (lazos de solidaridad, participación en grupos de trabajo y uso de espacios comunes) en el proceso de rehabilitación de los pacientes por adicciones del pabellón 6 del hospital Hermilio Valdizán?

Preguntas secundarias:

1. ¿Cuáles son y en qué consisten las redes de apoyo de los pacientes? ¿Qué le aportan?
2. ¿Cómo funcionan (operan) esas redes de apoyo?
3. ¿En el qué consiste el proceso de rehabilitación? ¿Hay directivas médicas al respecto?
4. ¿Cuál sería un caso en el cual las redes de apoyo han ayudado positivamente a los pacientes en su proceso de rehabilitación? ¿Y cuál sería un caso en el cual no han ayudado al paciente? ¿Por qué?

1.4 Objetivos:

Objetivo 1: Identificar aquellos factores que inciden en la mayor o menor importancia desde las redes de apoyo que surgen en el Hospital “Hermilio Valdizán”, tales como características sociodemográficas del interno (características socio-económicas, grado de instrucción, ocupación, fuente de ingresos, financiamiento del tratamiento), el tiempo de inserción en el grupo, la disponibilidad de otras redes de apoyo (familiares, amicales, etc.)

Objetivo 2: Analizar los significados y valoraciones del interno sobre sí mismo y el grupo de seguimiento del hospital Valdizán.

Objetivo 3: Reconocer los aportes que podría tener las redes de apoyo para la rehabilitación de los pacientes.

¹⁶ Rocío Villa, Ashkan Espandian, Pilar A Saíz, Julia Rodríguez Revuelta, María Paz García-Portilla, Julio Bobes, Gerardo Flórez (2022). Funcionamiento cognitivo después de seis meses de seguimiento en una muestra de pacientes ambulatorios con trastorno por uso de alcohol. Revista Adicciones 2022, volumen 34, número 4, (pág. 319).

1.5 Hipótesis

Las redes de apoyo sustentadas en el análisis de redes dentro de una "micro-comunidad" de personas que han sufrido adicciones, son un factor importante que contribuyen el proceso de rehabilitación de los pacientes por adicción y la reinserción eficaz de dichos internos a la sociedad, en la medida de que se reconocen con sus pares.

1.6 Marco Teórico

1) La perspectiva de redes sociales. La noción de red.

Sobre el Análisis de Redes, Martín Santos (2018) menciona que *"El análisis de redes sociales concibe el mundo social como un entramado cambiante de redes sociales interconectadas"*, mientras que Perry, Pescosolido y Borgatti (2018) afirman que *"en esencia, la ciencia de redes trata sobre la conectividad y sus implicaciones no solo para los actores individuales, sino también para el sistema en red como un todo"*¹⁷.

El término de "red social" fue empleado por primera vez por el antropólogo John Arundel Barnes al analizar los lazos transversales que existían entre los habitantes de una pequeña isla noruega¹⁸. Este término se masificó a partir de la inclusión en las corrientes de opinión.

La definición de la "red social" es *"la estructura que emerge de las relaciones sociales entre actores (individuales y colectivos)"*. Y es importante debido a que ayuda a acceder a recursos y lograr metas que no se alcanzan individualmente, pero que deben de ser activados para convertirse en "apoyos efectivos" (Santos), pero a su vez las redes también pueden afectar de manera negativa (depresión, pánico financiero y hasta violencia).

Perry, Pescosolido y Borgatti (2018) sostienen que *"[...] aunque los actores pueden ser humanos, las teorías de redes no se limitan a ellos y pueden incluir unidades sociales más grandes como familias, organizaciones y naciones"*¹⁹.

2) Redes egocéntricas

El análisis de redes es un conjunto de relaciones compuesta por una serie de objetos (o nodos), las cuales están formadas por relaciones simples o dirigidas o simétricas, inclusive a través de un intermediario (Kadushin). Perry, Pescosolido y Borgatti adhieren además que dentro del sociograma el "ego" termina siendo el foco de la atención, mientras que los "alter" son todos los actores vinculados al ego.

¹⁷ Perry, B. L., Pescosolido, B. A., & Borgatti, S. P. (2018). Egocentric Network Analysis: Foundations, Methods, and Models. Cambridge: Cambridge University Press. doi:10.1017/9781316443255.002. [Parte I, capítulo I "The Nature of Networks" (pág. 5)]

¹⁸ Barnes, John. "Class and Committees in a Norwegian Island Parish" en Human Relations. No. 7.

¹⁹ Perry, B. L., Pescosolido, B. A., & Borgatti, S. P. (2018). Egocentric Network Analysis: Foundations, Methods, and Models. Cambridge: Cambridge University Press. doi:10.1017/9781316443255.002. [Parte I, capítulo I "The Nature of Networks" (pág. 4)]

Los nodos forman una estructura (Perry), y se dividen en investigaciones de redes sociométricas, medibles en estructura, siempre y cuando se delimite la red (a través de encuestas, por ejemplo), y de redes egocéntricas, las cuales se centran en los individuos y su entorno social inmediato, además de predecir resultados a partir de variables de como el "ego" está conectado con los "alter", los individuos existen en un contexto social y este los afecta, la información que se recopila debe de ser detallada y el estudio egocéntrico toma muestras probabilísticas y termina siendo anónima en la toma de datos (entrevistas).

En los tipos de relación entre nodos, dependiendo de cada individuo, es normal que aparezcan las personalidades múltiples, ya que existe una gran diversidad del "yo" que corresponde a distintas relaciones sociales. Lo cual explicaría de manera lógica que los pacientes del pabellón 6 del hospital especializado en salud mental Hermilio Valdizán, antes de ser pacientes, se comportaban de distintas maneras dependiendo de su ámbito inmediato, y de cómo se comportan ahora en esta nueva microsociedad, es decir, que en un primer momento no se hace pública su adicción, ya que se mantiene aún oculta, ya pasado el tiempo, y dependiendo de cada adicto (ya que es muy subjetivo el hecho de consumir para cada individuo), es que se presentan los problemas, se da la diversidad del "yo", diversidad que varía de paciente en paciente en el pabellón 6 del hospital Valdizán, ya que es aquí en donde prima la disciplina y su "yo" (el de cada paciente) tiene que acatarla de manera real, poniendo a prueba dicha diversidad. Se aprecia la noción del "self", que es el "yo" que busca salir de la fármacodependencia, es decir aquella internalización dentro del programa de seguimiento en que los pacientes van dibujando un conocimiento de uno mismo, que se explora mediante las terapias en familia, los horarios, los talleres, y sobre todo la disciplina.

3) Red informal de apoyo

En la concepción anglosajona, Lopata (1975) define la red informal como un sistema de apoyo primario con el objetivo de generar acciones en los participantes de dar y recibir objetos, servicios, apoyo social y emocional, basado en el receptor y el proveedor. Cobb (1976) concebía la red social como instancia mediadora por la cual se proporcionaba apoyo emocional y de información²⁰.

Walker (1977) hace referencia a la serie de contactos personales por medio del cual el individuo mantiene su identidad social y recibe apoyo emocional, ayuda material, servicios de información. Maguire (1980) se refiere a las redes como "fuerzas preventivas" que asisten a los individuos en caso de estrés, problemas físicos y emocionales". Gottlieb (1983) indicase que tales interacciones generan beneficios emocionales y efectos en la conducta de los individuos²¹. En América Latina se empezó a reconocer las redes sociales como estrategias de reproducción social de aquellos que se encontraban en situación de desventaja (migrantes, sectores populares, mujeres que sufren violencia, desempleadas, madres solteras, entre otros)²².

²⁰ Montes de Oca, Verónica. Universidad Nacional Autónoma de México, (2003). Ponencia presentada en el Simposio Viejos y Viejas. Participación, Ciudadanía e Inclusión Social 51 Congreso Internacional de Americanistas. Santiago de Chile, 14 al 18 de julio de 2003

²¹ *Ibid*

²² *Ibid*

Verónica Montes de Oca en su curso "Calidad de vida para personas mayores" presenta una tipología de red de apoyo, es decir los tipos de apoyo, los cuales son: *Material (dinero, alojamiento comida, ropa, pago de servicios)*, *Instrumental (cuidado, transporte, labores del hogar)*, *Emocional (afectos, preocupación, empatía, reconocimiento de roles, escuchar)* y *Cognitivo (información, consejos, intercambio de experiencias)*²³.

Perry, Pescosolido y Borgatti definen "apoyo social", el cual se divide en apoyo recibido (ser consciente del apoyo por parte de otros) y apoyo percibido (lo que realmente se recibe) por parte de los individuos (entrevistados) que experimentan un fenómeno social (ingreso a universidad o desapego de la drogodependencia, por ejemplo) y en el cual la red social de apoyo sirve para su motivación. Aún así, Perry lo divide en apoyo instrumental (lazos con recursos prácticos), apoyo emocional (lazos que brindan amor), evaluación (asistencia de la red, fuente de ayuda) y monitoreo (vínculos de la red que vigilan el comportamiento).

Redes de apoyo, en mi concepción, se define como la práctica de apoyo que implica el conjunto de relaciones interpersonales que integran los individuos en su entorno social (familiar y amical) y le permiten conseguir bienestar físico y emocional. La red de apoyo en este caso está constituida por los pacientes participantes del programa de seguimiento por rehabilitación del pabellón 6 del hospital Hermilio Valdizán.

En el caso del programa del hospital Valdizán cada paciente posee sus propios códigos y lenguaje, los cuales se compartirán (y posiblemente se reconocerán) con los demás pacientes, cada código dependerá del sentido común, las acciones y sentimientos. Es decir, el concepto de "identidad social", que es el aspecto del autoconcepto basado en la preferencia de un grupo y en la percepción de pertenecer a un grupo social o cultural. Tiene mucho que ver con el entorno, por ejemplo, el que se da en el momento en que se está asistiendo en esta "microcomunidad".

Estas situaciones a experimentar por parte de los pacientes en toda su rehabilitación y ese compartir de testimonios e historias de vida hacen que existan marcos emocionales, gestos y señales dentro del lenguaje propio y compartido. Dicho lenguaje se refiere al sentido verbal, en ese sentido restringido el lenguaje es una forma simbólica, particular y autónoma. Entonces se relaciona con todo este lenguaje simbólico representado en estos pacientes. Aparece el concepto de "homofilia" que son personas que comparten características y se "conectan" bajo una localización estructural. Las personas influyen unas a otras y durante ese proceso van pareciéndose más. Asimismo, una vez que están en un mismo lugar, este influye en ellos para que se parezcan más (Kadushin).

En esta investigación se busca demostrar hasta qué punto la rehabilitación de los individuos está determinada por la realidad colectiva de las redes de apoyo. Y las redes de apoyo en el caso de los pacientes son parte de una colectividad. Por ejemplo, en el seno de una reunión de pacientes de seguimiento, se elabora un sentimiento colectivo, es decir las colectividades que se presentan en cualquier reunión, más aún en una microsociedad como lo es el hospital Hermilio Valdizán, y es

²³ Montes de Oca, Verónica, Universidad Autónoma de México (2003); Redes de apoyo social de las personas mayores: elementos teóricos-conceptuales. En curso calidad de vida para personas mayores: instrumentos para el seguimiento de políticas y programas. Celade, División de Población, Cepal, Santiago de Chile, 08 y 09 de septiembre de 2003.

aquí en donde la red se hace presente, ya sea con el apoyo familiar (presente en la reunión) o el apoyo amical de los demás pacientes del seguimiento.

El caso es que cada individuo es adicto por su propia decisión, pero las causas de dicha adicción son meramente sociales por tener una cultura de consumo. Hay que examinar el grupo familiar. En el caso del programa de seguimiento de los pacientes se incluye charlas a sus familiares para la rehabilitación y, a su vez, forman parte de una integración grupal. El individuo en tratamiento por adicciones que no cuente con familia o un soporte emocional fuerte, debe estar vinculado a una red de apoyo equivalente, que sustituya o complemente las funciones de acompañamiento, comunicación y afecto. En el caso del programa de seguimiento desarrollado por el hospital Hermilio Valdizán, se considera como una red de apoyo al prestar un soporte que provee al paciente de un ambiente y condiciones mínimas de afecto, soporte emocional, soporte material y espiritual, guía, consejo y afianzamiento de la identidad. Este proceso de apoyo social se debe concebir como un proceso de “dar y recibir”, en donde el paciente debe asumir responsabilidades que lo preparen para el ejercicio de su autonomía. Desde la red de apoyo social se buscará la estabilización emocional y afectiva, preparando al paciente a una vida autónoma e independiente, en la que pueda reconstruir una nueva y propia red de apoyo social.

Perry señala en su proposición número 3 a las 4 dimensiones de la red, que son: estructura (aspecto arquitectónico de la red), función (específica), fuerza (referido a los lazos débiles o fuertes, a veces se confunde con la función) y contenido (información), a estas dimensiones se suman lo que indica Santos sobre el contexto para la acción, que las redes proveen oportunidades y límites, recursos y riesgos.

Respecto a la fuerza (o debilidad) de los lazos, Santos realiza una diferencia en el análisis de redes, los lazos fuertes están marcados por la cercanía, intensidad emocional, frecuencia de contacto, reciprocidad (recurrimos a ellos cuando tenemos un problema) en contraste con los lazos débiles en donde se caracterizan por ser útiles respecto al acceso de la información. Mario Small (2017) agrega sobre los lazos fuertes: *“son endogámicos, están cerca unos de los otros y es un red estable, dentro de tu círculo interno confías en todos aunque sin exponer privacidad”* y sobre los lazos débiles: *“a veces el mejor confidente es una aquel con cierta distancia”*²⁴.

En su trabajo Sergio Arranz (2010) afirma sobre los procesos de socialización y capacitación en personas drogodependientes que se debe de *“mantener una red personal normalizada, con lazos fuertes y débiles”*²⁵.

En la proposición 4 (*“los efectos de red son una función de las interacciones entre las cuatro dimensiones”*, ya antes señaladas) de la red Perry, Pescosolido y Borgatti comentan sobre los efectos de la red, red de más amigos o de menos amigos, pone el ejemplo de la red sociomédica de Puerto Rico, en donde ir a atenderse al doctor o al psicólogo es lo último que harían los pacientes, para ellos todo se arregla dentro de la familia (lazos fuertes, endogámicos utilizando palabras de Small) y hace el contraste con ciudadanos norteamericanos que piensan que tratarse

²⁴ Small, M. (2017). Someone to Talk To. Oxford University Press. [capítulo 1, pág. 11]

²⁵ Arranz, S. (2010). Estrategias para la diversificación de la red personal de personas drogodependientes en proceso de reinserción. Redes. Revista Hispana para el Análisis de Redes Sociales, 18(7), pág. 164. <https://revistes.uab.cat/redes/article/view/v18-n1-arranz/392-pdf-es>

con el sistema médico es vital y es en donde nace una microcomunidad de lazos débiles, se concluye que es un tema cultural.

Martín Santos analiza en su texto sobre los microprocesos de las redes que afectan a los individuos como la confianza (capacidad de abrirse a otro), el aprendizaje social (adoptar comportamiento de sus pares dentro de la red), la influencia normativa (comportamiento debido a la vigencia de una norma), la intermediación (conectarse a otras zonas de la red, muy importante porque facilita el acceso a otros actores o instituciones) y la competencia y el conflicto (relación social que concibe al otro como un aliado o como un competidor). Arranz menciona que las personas con drogodependencia presentan déficit en su red personal, fractura relacional, vulnerabilidad relacional, redes personales con vínculos fuertes muy saturados, endogamia y apego institucional y el estigma social. En ambos casos se observa que el detalle en la creación o mantenimiento de una red personal termina siendo un apoyo respecto a un fenómeno social, en el caso de Santos el trabajo de campo sobre el ingreso a la universidad de escolares que culminan los estudios secundarios, en el de Arranz el de pacientes que desean salir de la drogodependencia.

4) Redes sociales y capital social

Desde las diversas corrientes se puede evidenciar que las redes sociales se basan en principios de reciprocidad diferencial que permiten la continuidad y la permanencia de las relaciones sociales. Las redes sociales son un capital social (según Bourdieu). Tomando en cuenta la perspectiva del grupo, las redes comunitarias tienen implicaciones diferentes que se perciben de manera colectiva. Uno de los componentes trascendentales es el debate sobre habilitación (empowerment) puede trasladarse a esta escala grupal y tiene sentido cuando la construcción subjetiva de "haber logrado", "haber apoyado", "haber compartido", asume un significado especial que puede ser posible a través de la experiencia colectiva.

En la proposición 7 de Perry, Pescosolido y Borgatti se menciona que *"los procesos de las redes deben de ser dinámicos, no deben de ser estáticos"*²⁶. Y agrega que *"para las redes personales, la investigación sugiere que las tasas de rotación de miembros oscilan entre el 25 % y el 50 %, mientras que los elementos estructurales como el tamaño tienden a permanecer estables, a menudo surge un patrón de red aparentemente estático a través de un conjunto de interacciones temporales"*²⁷. Y en el trabajo de Arranz se visualiza que en su intervención se tiene la necesidad de diversificar la red personal, la generación de capital social, la intervención con conocidos para que sirvan de puentes con otras redes (brokerage en palabras de Santos), así como el trabajo con vínculos débiles porque en la periferia de su mapa de red existen amistades que están relacionadas con la drogodependencia.

Respecto a la intermediación o "brokerage" Santos descubre en su análisis que en dos alumnos participantes de su trabajo de campo esto se ha dado notablemente, en el caso de Fabiola por el convenio institucional con la PUCP y con "Darío" por que se apoyó en el programa "Beca 18", es decir lo que Small denominó "brokerage por mecanismo institucional o de organización". Como

²⁶ Perry, B. L., Pescosolido, B. A., & Borgatti, S. P. (2018). *Egocentric Network Analysis: Foundations, Methods, and Models*. Cambridge: Cambridge University Press. doi:10.1017/9781316443255.002. [Parte I, capítulo I "The Nature of Networks" (pág. 11).]

²⁷ Idem

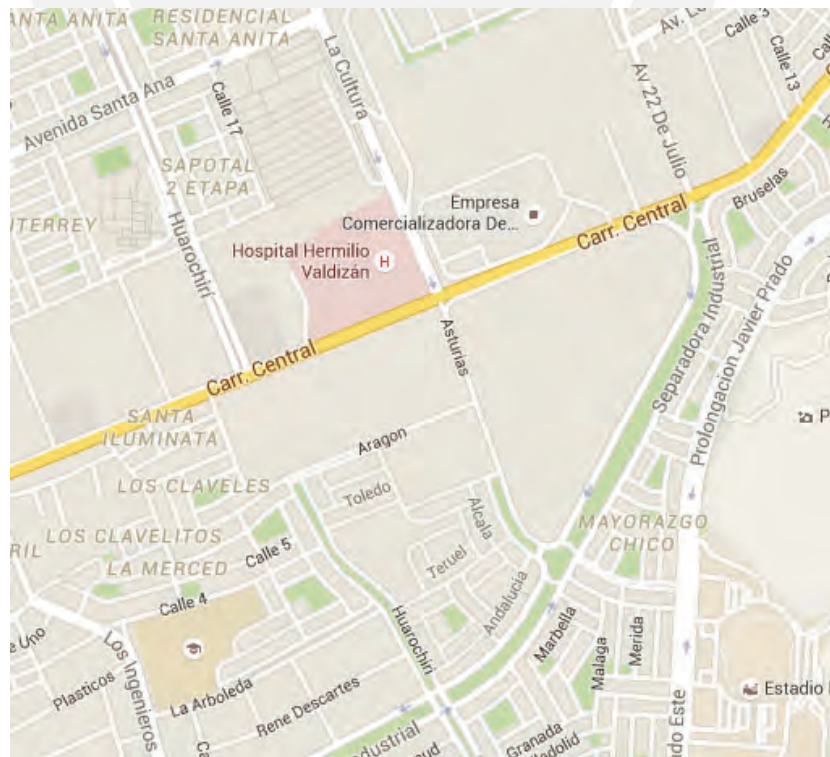
también en el caso de “Carla” existe un “brokerage” orgánico, particularmente el de conocidos que le prestaban la computadora.

Arranz en su trabajo de campo se propone conocer los antecedentes de los pacientes para potenciarlo y así poder descubrir nuevos espacios relacionales y por lo tanto nuevos vínculos (capital social), como un club deportivo o actividades culturales. Describe dos casos, el de “Manuel” (“ego” según Perry) que con un curso comunitario de diseño gráfico es en donde afianza espacios relacionales (los “alter”) y el de “Pilar” (“ego” según Perry) que gracias a las redes sociales como Facebook retomó amistades que no veía en mucho tiempo y con quienes están desarrollando cercanía, recuperando dos contactos antiguos (“alters”) y logró hacer dos nuevos en el proceso gracias al “brokerage”. Esto deviene en que el abandono de la drogodependencia supone una especie de “duelo” al respecto.

Situación última contrastable con lo que menciona Santos respecto a que dentro de la información cualitativa la cantidad de lazos no es sinónimo de capital social, importa la calidad de estos lazos (en el caso de los estudiantes ingresantes a la universidad la red endogámica de los padres), las redes tienen buenas y malas consecuencias ya que estas funcionan con dinámicas de confianza y se nutren de otras experiencias.

1.7 Metodología

Ámbito geográfico: La investigación se desarrolló en el hospital Hermilio Valdizán, ubicado en el distrito de Santa Anita, Lima, Perú. Este hospital es importante, en términos de ser un centro de referencia para este tema, debido a la población que atiende numéricamente y tipo de casos.



Población a estudiar:

La población a estudiar son los pacientes que se encuentran en tratamiento denominado seguimiento del pabellón 6, pabellón de adicciones.

Método

El método a utilizar será el cualitativo. Se han realizado doce entrevistas semi estructuradas y observación de las sesiones de rehabilitación y de las interacciones de los miembros del grupo en espacios de recreación. Las entrevistas tienen por finalidad explorar las trayectorias de rehabilitación y el papel de las redes sociales, especialmente del grupo de apoyo en la recuperación de los entrevistados. También permiten tener una apreciación general del Programa de Rehabilitación del Hospital Valdizán centrado en las reuniones grupales, sobre todo desde la perspectiva y experiencias de los propios participantes.

Mi investigación es de carácter cualitativo, pero al buscar bibliografía que me pueda ayudar en mi trabajo de investigación, al observar el balance o estado de la cuestión, me di cuenta de que el tema de las adicciones es un tema altamente estudiado, por varios autores, pero el enfocarlo a partir del análisis de redes hará de mi investigación una investigación de tipo Exploratoria, ya que el enfoque no ha sido vinculado anteriormente con el tema de las adicciones y la rehabilitación de las mismas, es decir exploratorio.

Haber enfocado mi objeto de estudio desde este Marco me permitirá relacionar la rehabilitación por adicciones con las nociones de esta teoría, sobre todo las redes de apoyo que se forman en esta "micro-comunidad", es decir la identificación de áreas y relaciones potenciales entre variables, lo cual también ha implicado un "descubrir" acerca de las relaciones y la familiaridad de estos internos y el cómo se ven ellos mismos y como creen que los ve el resto. Al describir estos caracteres, la de los internos, tales como los talleres, la terapia familia, su simbología, su códigos, su lenguaje grupal e individual, etc., mi investigación se torna de tipo descriptiva, ya que busca los rasgos, perfiles de la comunidad forzada que se presenta, para lo cual necesitare de recolectar mayor información además de la ya obtenida, esta vez de más internos de Programa de Rehabilitación, pero con miras a relacionar mis variables lo cual el tipo descriptivo no contempla. No será de tipo correlacional, ya que, si bien busqué relacionar mis variables en un contexto particular, no quiero cuantificar dichas relaciones, además de estar más inclinado lo correlacional a lo cuantitativo. Tampoco es Explicativo, ya que no busqué responder los sucesos y las causas del Programa de Rehabilitación, solo describirlas y explorarlas, dependerá de mis observaciones encontrar el vínculo de explicación que la convierta en Explicativa.

Capítulo 2: Resultados, análisis del trabajo de campo

2.1 Escenarios de rehabilitación de las adicciones del Hospital Valdizán

Las reuniones de seguimiento tienen la finalidad proseguir, de manera ambulatoria, el tratamiento psicológico que tiene por finalidad evitar el recaimiento de las adicciones. Estas reuniones son de asistencia obligatoria por parte de los pacientes y son moderadas por los psicólogos del pabellón 6 del hospital Valdizán. Los psicólogos se turnan para que únicamente uno de ellos esté presente en las dinámicas. Estas reuniones se realizan los días sábados por la mañana por ser el día en que la mayoría de pacientes pueden asistir e interactuar.

En las reuniones se encuentran marcados dos grupos distintos, los de los pacientes “antiguos”, que generalmente tienen 5 años o más asistiendo a las sesiones de seguimiento y por lo tanto llevan ese tiempo sin consumir sustancias adictivas y por otro lado están los pacientes “nuevos”, quienes en su mayoría son pacientes que estuvieron internados 45 días en el pabellón 6 del hospital Valdizán y acaban de salir de dicho internamiento.

El señor Vladimir, el secretario del grupo de seguimiento, es un señor ecuánime al expresarse (no conversa mucho, pero la manera en cómo se expresa hace que se le pueda tener confianza), algo así como si nada escondería, como si no existiera desconfianza en su trato, da la impresión que quisiera aprender de lo que uno le va a consultar. Le pregunté sobre los pacientes y el tipo de estudio que quiero realizar y de cómo se comunicaban entre ellos, afirmó que si deseaban no recaer el grupo de seguimiento es la mejor ayuda. Indicó, al igual que demás pacientes, que existe un grupo de WhatsApp, el mismo que es utilizado para comunicarse entre ellos y en donde la mayoría advierte cuando no va a poder llegar a la sesión sabatina. Luego le indague si los pacientes más jóvenes, que en este caso también son los nuevos pacientes, están en el grupo de WhatsApp y me contestó que algunos.

2.2 Divisiones grupales: Sesión de seguimiento los sábados (apoyos que se promueven)

El apoyo que promueve el centro es el de la red familiar, debido a que en las sesiones o reuniones los pacientes deben ir acompañados de sus familiares, o en su defecto llevar un “informe” familiar, el mismo que consiste en hacer de conocimiento que el familiar del paciente está al tanto de la asistencia de su pariente a la sesión en cuestión. Esto se debe a que el apoyo familiar es muy relevante en este tipo de tratamiento para evitar el recaimiento y posterior consumo. Los tres primeros meses es obligatorio llevar a un familiar a la sesión o reunión de seguimiento, pasado ese tiempo con presentar los “informes” a los psicólogos encargados es suficiente. Aunque en algunos casos existen pacientes de más de tres meses en el seguimiento que siguen acudiendo con sus familiares.

Grupo en sesión “formal” liderado por psicólogo

La sesión o reunión de seguimiento sabatina es similar a una “clase”, se pudo observar que la mayoría de veces es así. El psicólogo de turno es quien modera la sesión y empieza generalmente por presentar a los pacientes nuevos, para continuar con algunos comentarios por parte de los

pacientes antiguos sobre la bienvenida a los pacientes nuevos o avisos de que algún paciente no asistirá a la sesión. Posteriormente el psicólogo aborda un tema en específico y los pacientes aportaban desde sus experiencias de vida.

Algunos de los temas específicos que se observaron fueron:

1. Los "correctivos", que son estímulos para que la conducta deseada crezca o se refuerce.
2. La autoestima, una persona en adicciones no tiene buena autoestima, pero si se puede reestructurar la autoestima.
3. Situaciones de riesgo, uno debe elegir no exponerse ante una situación que lo haga recaer. Se deben evitar ver o frecuentar las personas que continúan con la adicción, evitar saludarlos o inclusive mirarlos.
4. El "seguimiento" es mantenimiento, el cual busca 4 cosas:
 - a. Identificar o buscar fuentes de placer alternativos al consumo o a la adicción, como por ejemplo viajar, hacer deporte, ir al cine, etc.
 - b. Identificar las situaciones de alto riesgo.
 - c. Mantener el constante apoyo y asistir a las citas con el profesional de la salud, debido a que se venir a seguimiento no significa que no puedes seguir viendo al psiquiatra.
 - d. Practicar estrategias de prevención de recaída.
5. La conciencia de la enfermedad, lo cual es uno de los objetivos del tratamiento, para lo cual se debe de cambiar el estilo de vida, es decir la forma de pensar, de actuar y de interactuar.
6. Diferencias entre recaída y consumo físico. Los comportamientos abiertos y los encubiertos. Las conductas ya son recaídas (ansiedad, por ejemplo) sin llegar a un consumo físico.
7. El deseo de consumo, se debe poner límites, horarios, y seguir las recomendaciones del psicólogo.

El psicólogo es libre de elegir de entre los pacientes asistentes a la reunión de seguimiento quien debe someterse a una prueba de orina al final de la sesión o reunión, esto es para descartar si ha habido el consumo de sustancias por parte de ellos.

Después de la reunión de seguimiento los pacientes practican algún deporte, esto como parte de la terapia, según los psicólogos, el deporte consiste en jugar fulbito y lo realizan en un espacio adecuado (canchita) que se encuentra dentro de las instalaciones del hospital. Y en vista que es parte de la terapia, todos deben asistir, es aquí en donde se puede observar la interacción (redes amicales dentro del grupo) entre pacientes, mucho más que en la sesión o reunión.

Asimismo, luego del fulbito, en algunas ocasiones, se van almorzar en grupo como forma de interacción y apoyo entre pacientes, se sigue observando que son los pacientes antiguos quienes almuerzan juntos.

2.3 Grupos “informales” en los espacios de interacción

Fútbol

El señor Vladimir en su calidad de secretario del grupo de pacientes de seguimiento del pabellón 6 del hospital Valdizán, tiene el compromiso de invitar a los nuevos a integrarse al deporte o fulbito, lo cual es una regla para los nuevos pacientes, además de recordarles que el deporte es parte de la terapia. Queda claro que los pacientes de seguimiento que asisten en la sesión están autorizados a participar del fulbito, para completar la terapia sabatina, los que faltaron a la sesión no pueden ir a jugar. Un sábado en particular se presentó un paciente al finalizar la sesión y quería participar en el fulbito, evidentemente se le negó su participación, pero este paciente tenía como explicación que había ido al laboratorio por la mañana, lo cual no informó en el grupo de WhatsApp de los pacientes de seguimiento para avisar su retraso. Pese a eso se incorporó al juego de fulbito, pero posteriormente un psicólogo le hizo de conocimiento que debe salir del juego, lo cual hizo de forma lenta, callada y con algún sentimiento de culpa en su mirada. Luego de algunas sesiones se pudo observar que ya no había quórum para realización del deporte, el delegado de deporte los pacientes de seguimiento el señor “Gordo” (paciente a quien entreviste posteriormente y quien eligió dicho seudónimo para la entrevista), quien tiene 18 años sin consumir, señaló que por épocas es así, por épocas no hay gente para el fulbito. Se pudo observar en la mayoría de pacientes cierta pesadumbre respecto a este tema.

Desayunos, almuerzos

La cafetería del hospital Valdizán a las 8am está llena de los pacientes de seguimiento, quienes van a desayunar, ellos van llegando de a poco, tomaban desayuno y se retiran a las 9am, hora en que empieza la sesión o reunión de seguimiento. Durante el desayuno se puede escuchar conversaciones sobre noticias, coyuntura actual, pero sobre todo bromas entre ellos. En algunas ocasiones esta hora es cuando empiezan a llegar los mensajes de WhatsApp por parte de los pacientes que no van a asistir a la sesión. En una ocasión pude departir un almuerzo con ellos, el mismo que se realizó fuera de las instalaciones del hospital Valdizán, el señor JB, un paciente antiguo y muy entusiasta, empezó a tomar fotos “selfie” y fotos de lejos a todo el grupo en la mesa, los demás le bromeaban sobre que debía mandar las fotos a su esposa para que le crea que estaba con ellos. Mientras almorzábamos el señor JB y “Gordo” se seguían bromeando, se tomaban fotos dándose besos volados, fue un compartir muy divertido y gracioso, yo sentía que me integraba de alguna manera, pese a que no conversaba mucho, solo escuchaba las conversaciones de ellos.

En otra ocasión, luego de una sesión sabatina, no se pudo realizar la práctica deportiva por la falta de quórum, así que el señor JB fue a comprar una torta para el señor “LR”, quien había cumplido años unos días atrás. El señor JB regresó después de 20 minutos y todos pasamos a la cafetería del pabellón 6. Peter, un paciente que sufre de esquizofrenia, no dejaba de mencionar temas sin sentido, note que la mayoría no aprueba mucho este comportamiento y hasta lo consideran molesto, note que el señor “LR” y su esposa (quien siempre va a las sesiones acompañándolo) lo defendían y eran los que más conversaban con Peter. El señor “LR” al terminar el almuerzo agradeció mucho a los presentes por el gesto, mencionó que no esperaba esta muestra de cariño y de compañerismo por su cumpleaños, era evidente la emoción que transmitían sus palabras.

Capítulo 3: Redes de apoyo y hallazgos a partir de los casos individuales

3.1 Presentación de casos individuales, trayectoria de rehabilitación y sus redes de apoyo

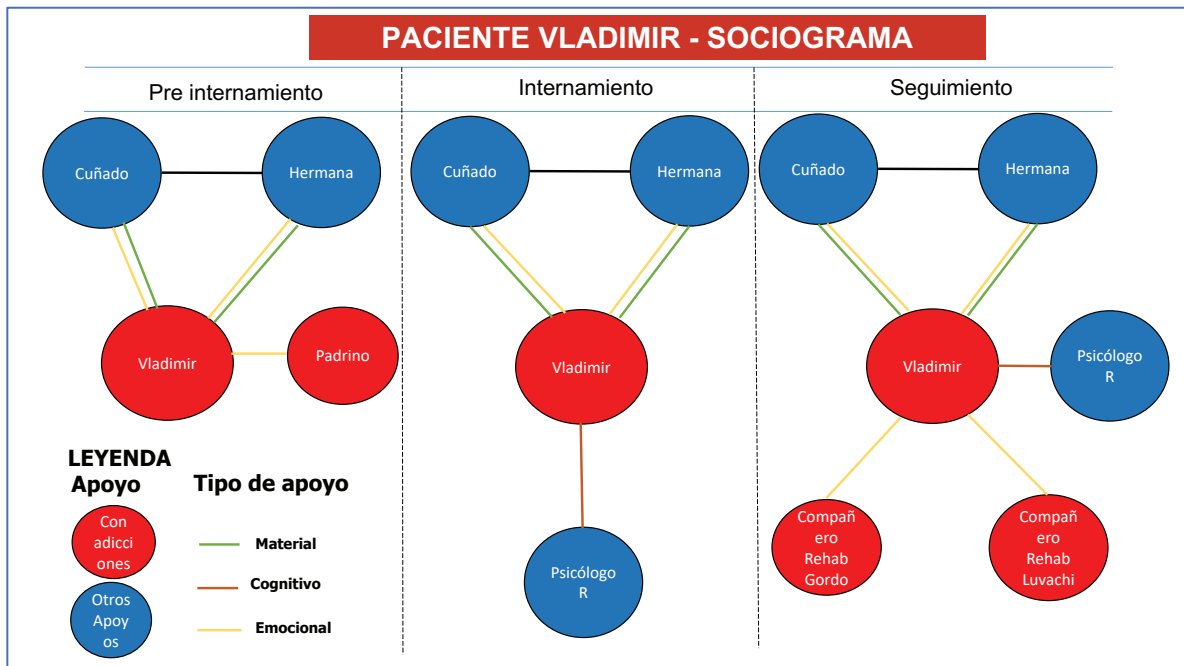
Todos los pacientes fueron informados sobre la entrevista semi estructurada y que fines tenía, ellos mismos escogieron sus seudónimos para que se proteja sus identidades.

1. Paciente “Vladimir”

1. Edad: 59 años
2. Lugar de Nacimiento: Lima
3. Estado civil: soltero
4. Hijos/as: 0
5. Nivel educativo: Superior tecnico
6. Ocupación: asistente de recursos humanos
7. Tiempo de permanencia en el programa de seguimiento: 6 años de abstinencia
8. Distrito: Surco
9. Tipo de adicción: alcohol

Redes de apoyo: en la entrevista semi estructurada el paciente refiere que el apoyo familiar fue clave: *“el apoyo de mi hermana y mi cuñado, él me apoyo muchísimo, si el apoyo de la familia la tuve”*. También como el apoyo del psicólogo: *“Recuerdo bastante que quien me hablo bastante para llegar a Ñaña (centro de rehabilitación que depende del hospital Valdizan) fue el psicólogo R, él me hablo bastante el último día recuerdo. Me dijo acá tu programa está bien me dijo, acá todos te vemos bien, ¿pero tú que piensas? No me respondas ahorita, respóndeme mañana me dijo. Y me puse a pensar y me dije que sí, prácticamente a él considero gracias a él también me impulsó a seguir el tratamiento en otro lado en Ñaña, él fue sí”*. Por último, el apoyo de sus compañeros dentro del programa: *“uno más que otro tiene confianza no con todos, pero yo por ejemplo con “Gordo” y “Luvachi”, con él sí, oye compadre, él también me llama, oye que te parece esto, y a veces con uno se siente así un poco mal, también le pasa, ahora mismo conversamos con ellos, oye ya me ha pasado esto en la chamba, que esto, ya hablando con uno se defoga y basta que uno hable con alguien del grupo ya se siente bien”*.

Sociograma: se aprecia que durante todas las etapas de la adicción hubo redes de apoyo, principalmente con tipos de apoyo del tipo emocional y material por parte de la familia.



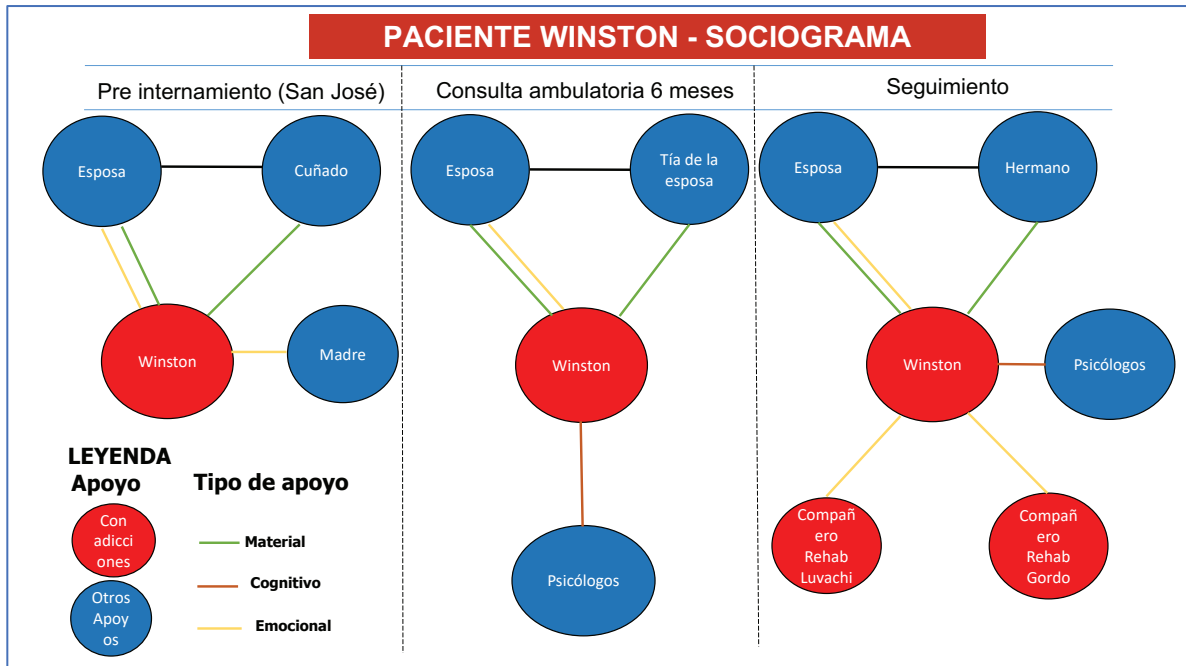
2. Paciente "Winston"

1. Edad: 48 años
2. Lugar de nacimiento: Lima
3. Estado civil: Casado
4. Hijos/as: 1
5. Nivel educativo: Superior incompleta
6. Ocupación: comerciante
7. Tiempo de permanencia: 4 años y medio en el seguimiento
8. Distrito: San Juan de Lurigancho
9. Tipo de adicción: droga (cocaina)

Redes de apoyo: en la entrevista semi estructurada el paciente refiere que el apoyo familiar fue clave: *"Lo primero que dijo mi familia es hay que internarlo, ya sabemos cuál es el problema", mi esposa venía con mi hijo y me visitaba los días viernes que ella tenía el tiempo y nos íbamos a los juegos mecánicos y a comer, mi esposa, mi esposa, sin el apoyo de ella no lo hubiera podido lograr". "Quienes sí estuvieron totalmente en todo momento fueron mi esposa, mi hermano, mi cuñado también, su hermano de ella, de alguna manera también".* Sobre el apoyo de sus compañeros dentro del programa: *"aquí (Valdizan) también encontré apoyo, cuando llegue acá conocí a gente que ya no está, pero los que quedan "Gordo", "Luvachi", "Luvachi" es un señor, un caballero, de él no vas a recibir nunca una deslealtad, es una persona íntegra, "Gordo" también, pero a veces no sabe cómo actuar por su problema de bipolaridad".* Sobre como el apoyo de los psicólogos, "Winston" los ve como un todo, no acude a un psicólogo en particular dentro del programa: *"la mayoría de los psicólogos me conocen, la mayoría de los doctores psiquiatras también, tengo sus números telefónicos, ante cualquier eventualidad*

podría comunicarme con ellos para que me ayuden, me den una mano, para que me digan qué hacer”.

Sociograma: se aprecia que durante todas las etapas de la adicción hubo redes de apoyo, principalmente con tipos de apoyo del tipo emocional y material por parte de la familia (esposa).



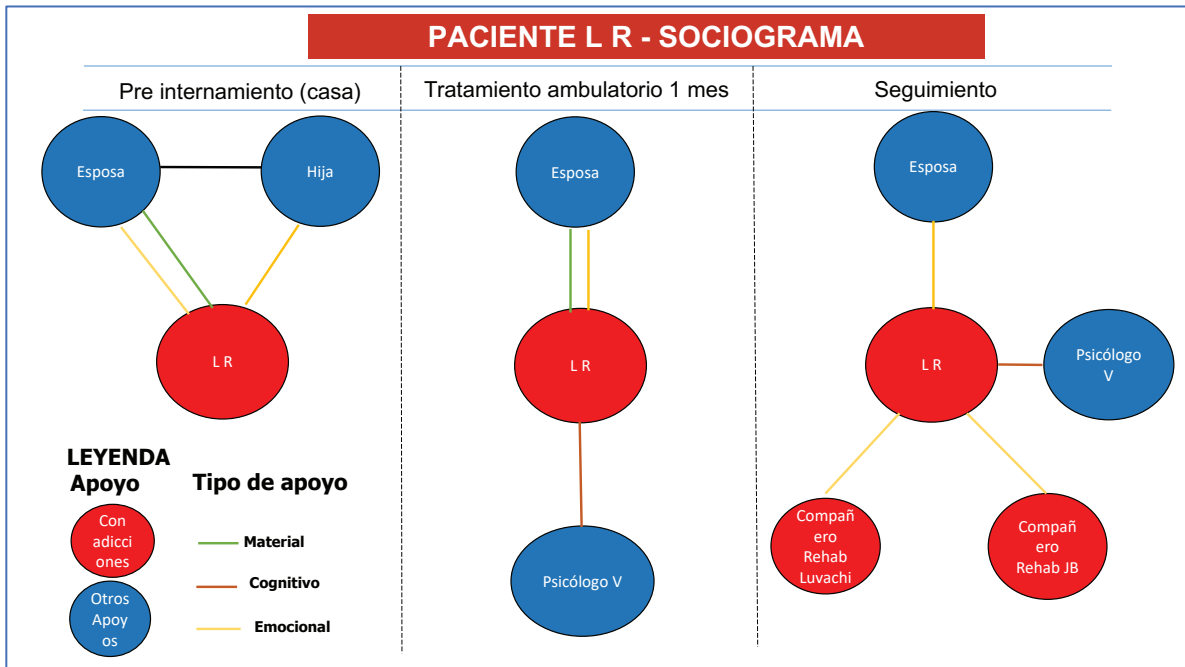
3. Paciente "LR"

1. Edad: 67 años
2. Lugar de nacimiento: Yurimaguas, Loreto
3. Estado civil: Casado
4. Hijos/as: 3
5. Nivel educativo: Superior
6. Ocupación: economista y contador
7. Tiempo de permanencia: 4 años en el seguimiento
8. Distrito: La Molina
9. Tipo de adicción: alcohol

Redes de apoyo: en la entrevista semi estructurada el paciente se refiere al apoyo familiar: *"más que todo ha sido mi señora y también yo pienso que habrá sido mi hija, mi hija empezó a confesarse con las personas que la estaban tratando"*. Acerca del apoyo de sus compañeros dentro del programa: *"yo siempre he dicho delante de los compañeros que para mí esto es como venir a la iglesia, así dije, venir a la iglesia y las pastillas son como las hostias, yo estoy medicado, cuando "JB" no viene lo extraño, le digo no ha venido "JB" a mi señora, se le extraña"*. Comenta sobre el apoyo de los psicólogos: *"el psicologo V, me dio las pautas como debo"*

expresarme, a veces el doctor (psicólogo) ¿ve? y yo a veces digo doctor por emergencia por favor quiero hablar con tres asuntitos, tres asuntitos y ya vengo con él”.

Sociograma: se aprecia que durante todas las etapas de la adicción hubo redes de apoyo, principalmente con tipos de apoyo del tipo emocional por parte de la familia (esposa), La esposa le dio el apoyo material antes y durante su rehabilitación, durante el seguimiento no fue necesario porque el paciente se encuentra trabajando.



4. Paciente “Yayo”

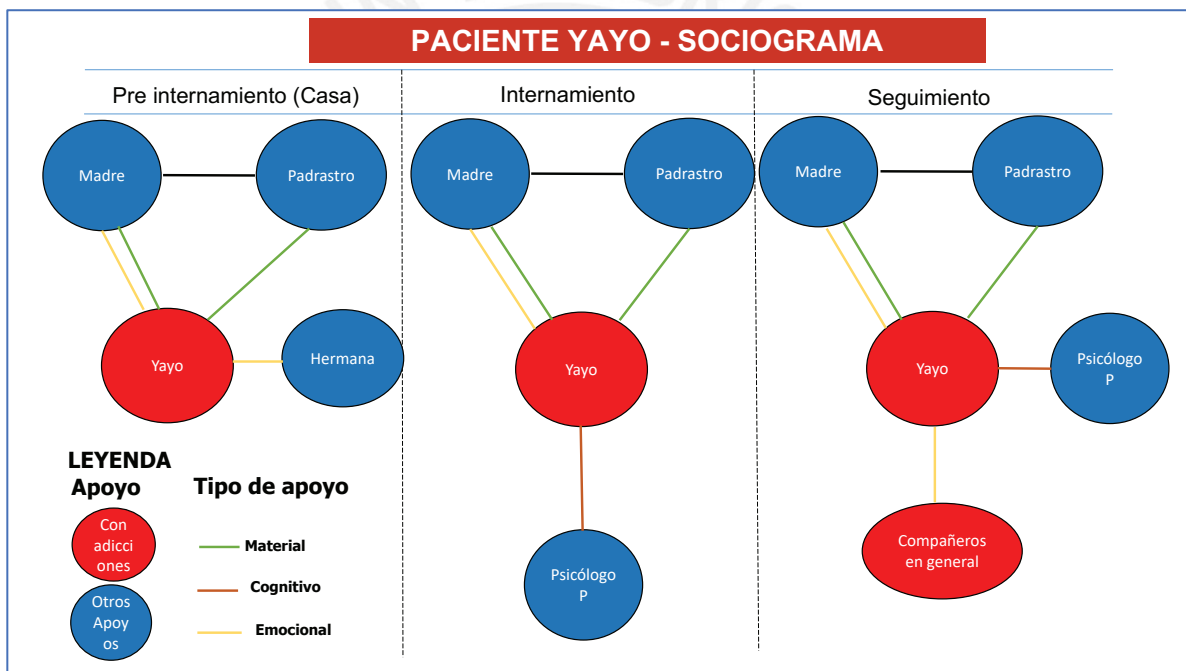
1. Edad: 23 años
2. Lugar de nacimiento: Huaral
3. Estado civil: soltero
4. Hijos/as: no
5. Nivel educativo: Secundaria completa
6. Ocupación: estudiante de gastronomía
7. Tiempo de permanencia: 2 meses en el seguimiento
8. Distrito: Huaral
9. Tipo de adicción: drogas (marihuana, cocaína)

Redes de apoyo: en la entrevista semi estructurada el paciente refiere que el apoyo familiar fue importante: *“en mi familia el único que me ha apoyado es mi mamá, mis hermanos y mi padrastro, que ellos si fueron los únicos que no perdieron la esperanza en que yo algún día pudiera estar así, me daban aliento, me acompañaba mi mamá a las terapias”.* *“La mamá es lo último que uno pierde, que siempre va a estar contigo”:* Pero fue su hermana quien le recomendó el hospital Valdizan: *“llegue porque tengo una hermana que está estudiando*

psicología y ella se averiguo y los docentes que le enseñan los psicólogos le dieron esta alternativa, que Valdizan era el mejor hospital del Perú". Sobre el apoyo de sus compañeros dentro del programa comenta: "que yo sepa los antiguos sí (se reúnen), pero yo no, no me integro todavía, uno por la distancia, yo vivo en Huaral y ellos son casi todos en Lima y 2 porque todavía no me he llegado a conocer bien todo, pero a la hora que estamos compartiendo todo, todos somos iguales". Del apoyo de los psicólogos: "bueno el que más me ha ayudado en todo este proceso de ser psicólogo P, mi psicólogo con él es que me trate este...él fue mi psicólogo".

Sociograma: se aprecia que durante todas las etapas de la adicción hubo redes de apoyo, principalmente con tipos de apoyo del tipo emocional y material por parte de la familia, lo padres le solventan los estudios.

*Durante el periodo de entrevistas el paciente "Yayo recayó en las drogas, aun así, se internó nuevamente en el pabellón 6 del hospital Valdizan



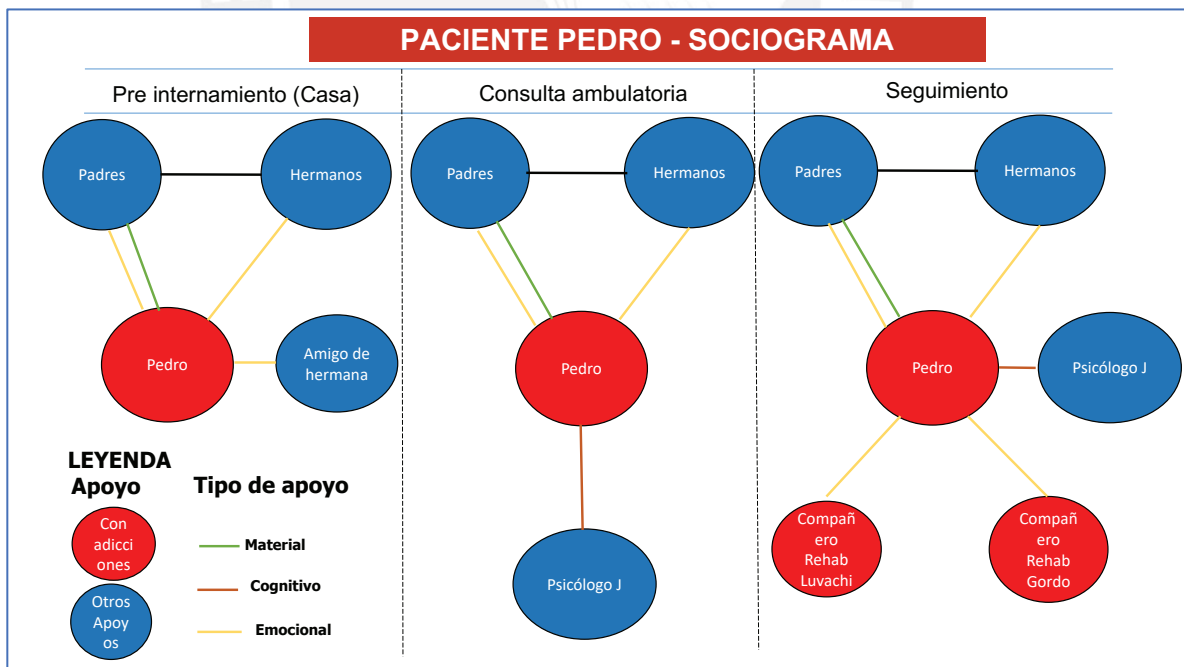
5. Paciente "Pedro"

1. Edad: 24 años
2. Lugar de nacimiento: Pisco, Ica
3. Estado civil: soltero
4. Hijos/as: no
5. Nivel educativo: Superior (bachiller)
6. Ocupación: asistente de ventas
7. Tiempo de permanencia: 6 años en el seguimiento
8. Distrito: El Agustino

9. Tipo de adicción: alcohol y droga (marihuana)

Redes de apoyo: en la entrevista semi estructurada el paciente describe al apoyo familiar como vital: *"mis padres, mis hermanas para comenzar, sobre todo con el seguimiento que me daban ellos, me acompañaban a la universidad, siempre tener un contacto frecuente en el día a día, tratar de generar algunas actividades en casa que nos relacionemos más y evita pensar en el tema de la adicción, me apoyan hasta ahora"*. Sobre el apoyo de sus compañeros dentro del programa comenta: *"de verdad te sientes renovado sientes que ves las personas que están en el mismo proceso de cambio que tú e incluso contar algunas experiencias dentro o fuera de la sesión te ayuda bastante, bromear, y aparte que es un círculo social que se mantiene y en el que puedes compartir, no solo de repente los fines de semana, sino que conversando con algunos dentro de la semana"*. Con un paciente tiene más afinidad que con otros: *"yo creo que con el que más vínculo tengo, no sé, amical, afectivo, es con "Luvacchi", creo que con el conversamos bastante, con "Gordo" también que de vez en cuando conversamos, por ejemplo, cuando pasan, no sé 2 semanas o algo que no te veo o algo siempre trata de darte una llamada para ver si todo está bien"*. Respecto al apoyo de los profesionales de la salud brevemente comenta: *"dentro de los psicólogos sería J"*.

Sociograma: se aprecia que durante todas las etapas de la adicción hubo redes de apoyo, principalmente con tipos de apoyo del tipo emocional y material por parte de la familia, lo padres le solventaron los estudios.



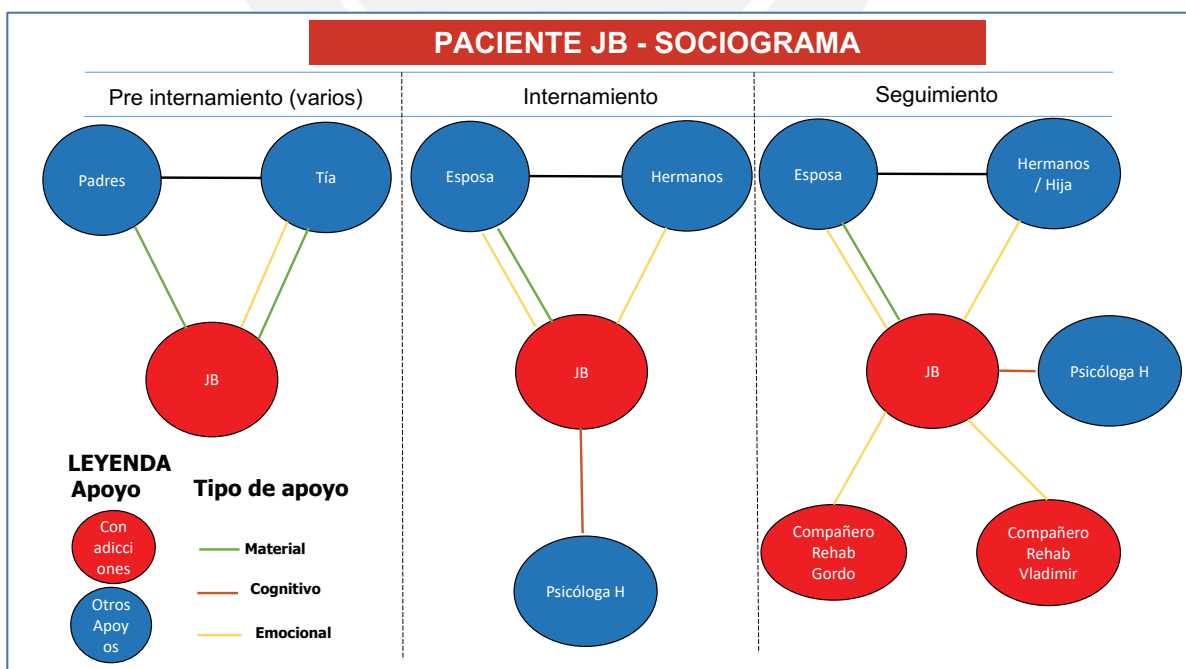
6. Paciente "JB"

1. Edad: 56 años

2. Lugar de nacimiento: Iquitos, Loreto
3. Estado civil: conviviente
4. Hijos/as: 1
5. Nivel educativo: Secundaria completa
6. Ocupación: vendedor, comerciante
7. Tiempo de permanencia: 4 años en el seguimiento
8. Distrito: La Molina
9. Tipo de adicción: drogas (marihuana, cocaína)

Redes de apoyo: en la entrevista semi estructurada el paciente describe al apoyo familiar así: *"yo consumo desde los 14 años, tengo 56 años y mi vida cambio totalmente, claro en gran parte mía y en gran parte por mi mujer y mi hija, fueron mi alimento, mi sobrecarga para superar todos estos problemas que no es fácil".* Al inicio de su consumo quienes lo apoyaron fueron: *"mis padres, que en paz descansen, los 2 se me fueron y una tía que en paz descansa también, ella me daba propina por gusto". "Mis hermanos también, mi familia completa".* Del apoyo de sus compañeros dentro del programa indica: *"de todos en general, "Gordo" y "Vladimir". "Vladimir es bien chévere, es mi pata". "Como te lo digo (el grupo de seguimiento) lo es todo, si te digo me preparo un día antes para venir, imagínate, cosa que nadie hace, si estoy acá antes de la Tam y nadie lo hace", no hay nadie que llegue antes que yo".* Del apoyo de los psicólogos: *"la psicóloga H, mira cómo no ósea, que sea una persona importante para mí en mi vida, yo la vacilo, la friego, que tenga buen día señorita, que te toque (emocionalmente), que te haga confiar, siempre te respete".*

Sociograma: se aprecia que durante todas las etapas de la adicción hubo redes de apoyo, principalmente con tipos de apoyo del tipo emocional y material por parte de la familia, lo padres primero, luego la esposa, debido a que tiene muchos años con la adicción.

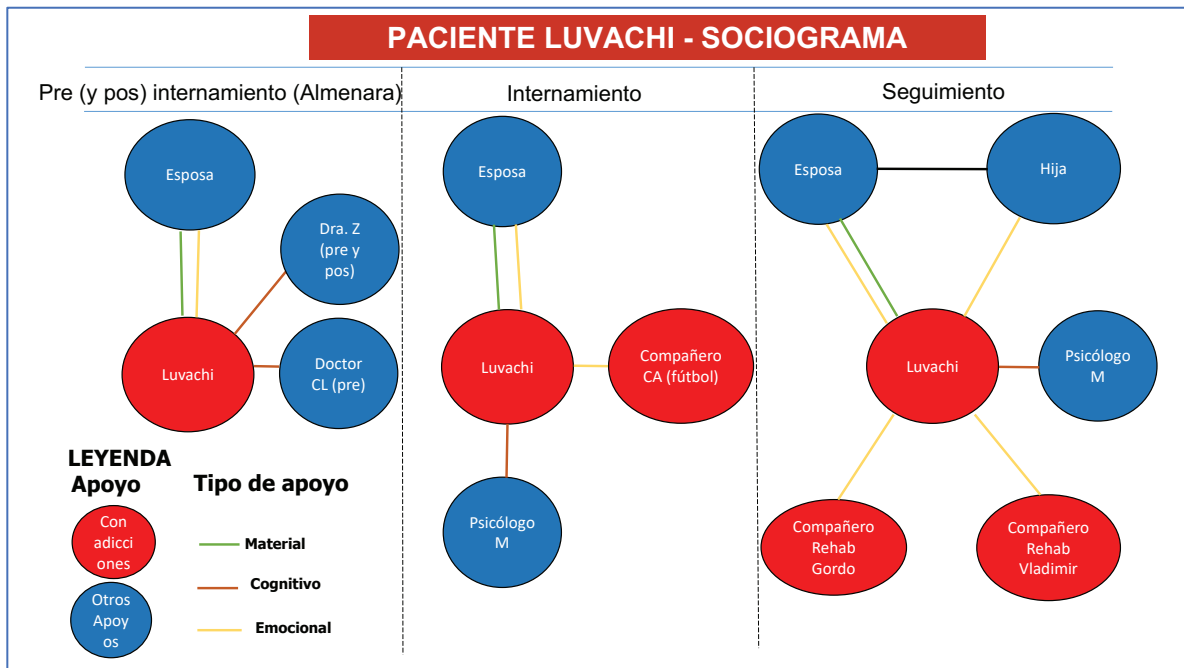


7. Paciente "Luvachi"

1. Edad: 58 años
2. Lugar de nacimiento: Lima
3. Estado civil: Casado
4. Hijos/as: 3
5. Nivel educativo: Superior técnica completa
6. Ocupación: comerciante
7. Tiempo de permanencia: 18 años en el seguimiento
8. Distrito: La Victoria
9. Tipo de adicción: alcohol y droga (cocaína)

Redes de apoyo: Sobre lo que él señala como su apoyo más perdurable: *"yo empecé a consumir a los 12 años, yo he tenido 28 años en el consumo, cuando mi señora me dijo, bueno que confiaba en mí, después de 3 años, me dijo "Luvachi" yo confío en ti, cuando yo me iba de viaje a Tacna".* Sobre el apoyo de su hija: *"ella tenía 15 años, ella me veía por la reja, cuando estuve internado acá miraba de afuera, no la dejaban entrar".* Sobre sus compañeros del seguimiento, la red amical: *"acá hay un buen grupo, "Pedro" tiene 3 años, pero se ha integrado bastante al grupo, me llama a mí a cada rato, "Vladimir", el "Gordo" (también)".* Comenta sobre el apoyo de los psicólogos: *"entonces me internaron (gracias) a mi psicólogo M entonces ya tuve acceso al pabellón 6".*

Sociograma: se aprecia que durante todas las etapas de la adicción hubo redes de apoyo, principalmente con tipos de apoyo del tipo emocional y material por parte de su esposa, debido a que tiene muchos años con la adicción. También el apoyo de los compañeros antiguos del programa de seguimiento.



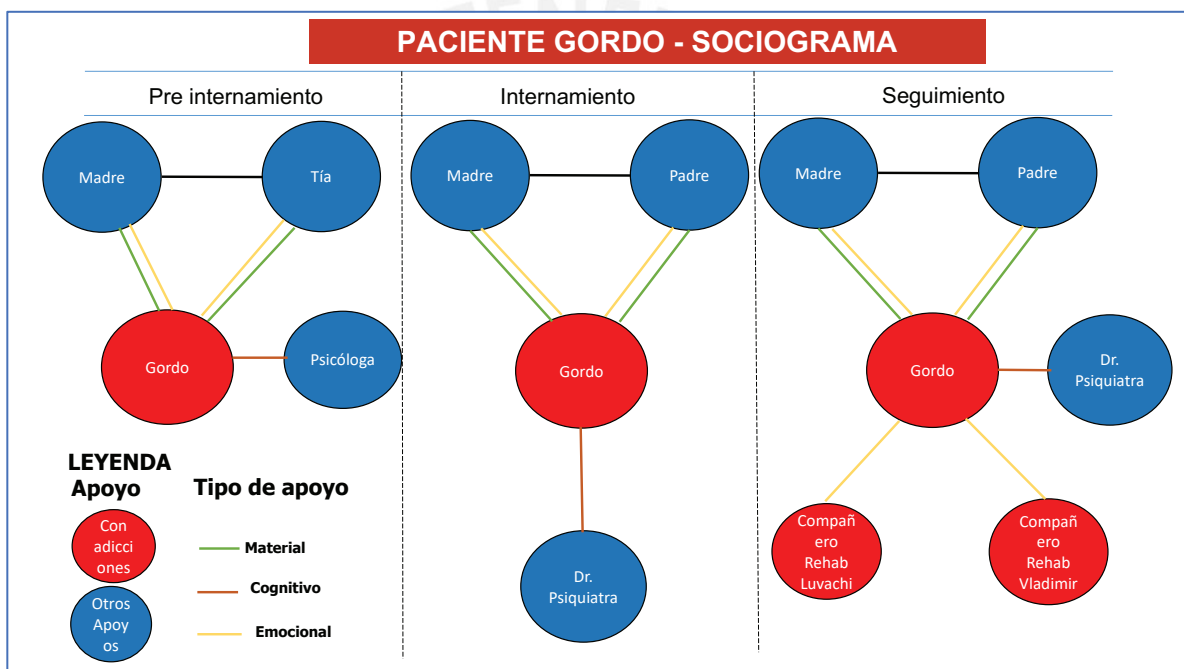
8. Paciente "Gordo"

1. Edad: 55 años
2. Lugar de nacimiento: Lima
3. Estado civil: soltero
4. Hijos/as: No
5. Nivel educativo: Superior incompleto
6. Ocupación: comerciante
7. Tiempo de permanencia: 18 años en el seguimiento
8. Distrito: La Molina
9. Tipo de adicción: alcohol y droga (cocaína)

Redes de apoyo: en la entrevista semi estructurada el paciente se refiere al apoyo familiar: *"me interne en agosto del 2000 me interne acá y solamente mi familia, mi mamá, mis tías, mis hermanos, mi viejo no tanto porque tenía una edad un poco avanzada y en ese tiempo habían unos partidos de Perú, bien importantes y yo le decía que no venga a visitarme para que vea sus partidos, pero cuando salí de alta si me dio todo su apoyo total, mi papá era un hombre que tomaba todos los fines de semana y dejó de tomar, botó todos los licores de mi casa, ósea un apoyo total de toda la familia y una vez que y me interne me dijo mi mamá que iba a decir de mi internamiento, donde estaba yo, bastante gente no me iban a ver durante un tiempo, le dije que por favor que cada vez que le preguntaban que les diga que estaba internado porque eso bueno que malo iba a ser una barrera entre los que consumían y yo, entonces mi mamá les dijo sabe que está internado mi hijo, no lo molesten más así que ya saben y una vez que salí todo el mundo se alejó de mí, increíblemente respetaron, mis amigos que consumían se apartaron de mí".* Y prosigue: *"mira en el seguimiento vinieron (su familia) por lo menos 3 años seguidos mis tías, todos los sábados, mi mamá, mi tía, mi otra tía y mi hermana, ya después de 3 años ya un*

poco tenían que descansar ellas también pues, ya me permitían venir solo, hace 13 años que vengo solo". Sobre el apoyo de sus compañeros dentro del programa: "no sé, la gente, mis amigos (sobre la motivación de venir todos los sábados), el poder aportar, cosas que me digan a mí. Con el tiempo que tengo en abstinencia y con el tiempo que tengo viniendo aquí (grupo de seguimiento) se me haría muy difícil prescindir de esto, ósea es bien difícil, yo creo que es todo hasta que muera". Comenta sobre el apoyo de los profesionales de la salud: "el doctor J (psiquiatra) me ayudo, él que era toda la literatura que existía en contra de drogas. Contra drogas era producto del doctor J, o sea era hecha por el doctor J".

Sociograma: se aprecia que durante todas las etapas de la adicción hubo redes de apoyo, principalmente con tipos de apoyo del tipo emocional y material por parte de su familia, debido a que tiene muchos años con la adicción. También el apoyo de los compañeros antiguos del programa de seguimiento.

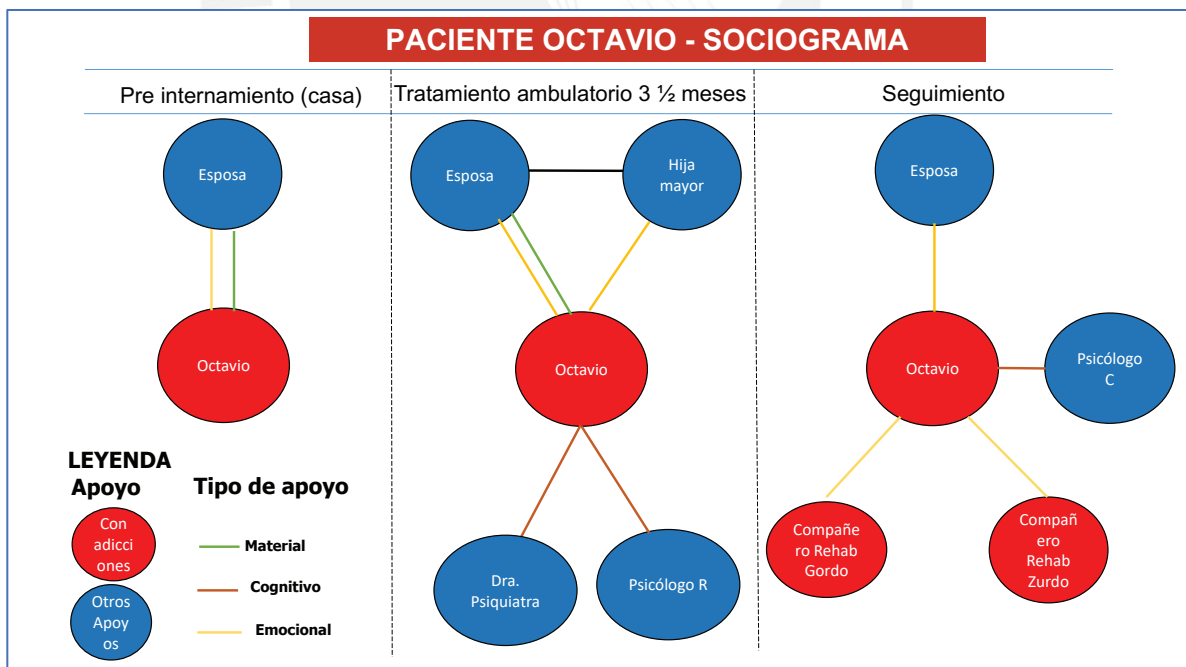


9. Paciente "Octavio"

1. Edad: 67 años
2. Lugar de nacimiento: Lima
3. Estado civil: Casado
4. Hijos/as: 3
5. Nivel educativo: Secundaria
6. Ocupación: grafico
7. Tiempo de permanencia: 13 años
8. Distrito: Surco
9. Tipo de adicción: alcohol

Redes de apoyo: Sobre su apoyo familiar comenta: *“mi familia (padres y hermanos) no tenían conocimiento de lo que era una adicción, ellos no pensaban que era una enfermedad, que lo podía dejar en cualquier momento, ellos pensaban que era normal tomar, yo paraba tomando con mis hermanos, normal yo fui el que decidí eso”. “Ya mi esposa una vez que comencé a venir me acompañaba, los primeros años si me acompañaba y sigo con mi esposa, mi hija la mayor ha venido, esporádicamente, pero ha venido, ella es la que me ha apoyado, una vez que yo entre acá... hasta ahorita me está apoyando”. “Ya no tomaba, inclusive yo tome la decisión pues de cambiar el estilo de vida, ya no podía visitarlos, porque mis hermanos ni bien me veían era sinónimo de tomar, ¿no? ya no podía visitarlos, pero yo los habré dejado pues a mis hermanos que te digo de unos 7 u 8 años sin frecuentar pues la casa de Barranco, no los visitaba porque... ya después ya se enteraron que yo estaba en tratamiento”. Sobre el apoyo de la red amical dentro del programa: *“es parte de mi vida (el grupo de seguimiento), acá encuentro que te digo paz, encuentro amigos, en el seguimiento tengo, “Gordo” es uno de ellos, Salinas, “Luvacchi”, Najarro, mi promoción “el zurdo” los 2 estamos hasta ahorita. Sobre el apoyo de los especialistas de la salud del programa: “ya se me ha hecho parte de mi habito de vida, es fundamental escuchar las terapias, porque no sirve descuidarse, uno siempre necesita las terapias, tanto, así como lo dicen los médicos, como los mismos pacientes que ponen su testimonio, ya uno ahí aprende, cuando entre eran muy buenas las terapias”.**

Sociograma: se aprecia que durante todas las etapas de la adicción hubo redes de apoyo, principalmente con tipos de apoyo del tipo emocional y material por parte de su esposa. También el apoyo de los compañeros antiguos del programa de seguimiento.



10. Paciente “Nicol”

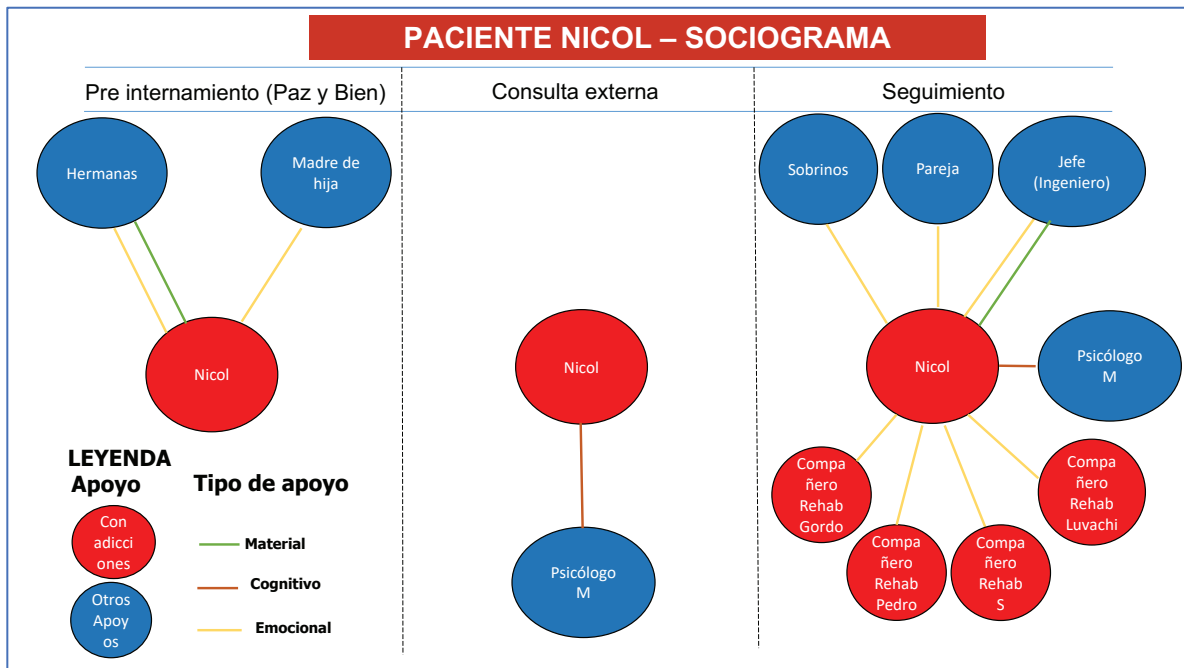
1. Edad: 47 años

2. Lugar de nacimiento: Lima
3. Estado civil: divorciado
4. Hijos/as: 01
5. Nivel educativo: Secundaria
6. Ocupación: empleado (chofer)
7. Tiempo de permanencia: 5 meses y medio
8. Distrito: Centro de Lima
9. Tipo de adicción: alcohol y droga (cocaina)

Redes de apoyo: Sobre el apoyo de su familiar comenta: *"mis hermanas, estuvo mi esposa, la madre de mi hija, hoy en día tengo a mis sobrinos que ya están grandes, me están apoyando anímicamente, el informe familiar me lo hacen mis sobrinos o mi jefe el ingeniero".* Respecto a la red amical dentro del programa comenta: *"Gordo", "Luvachi", "Pedro", a "Pedro" lo tengo años, desde que... ha sido mi mejor amigo desde hace 4 años, "Gordo" ni que decir, "Luvachi" también, después el resto son mis compañeros, mis hermanos de grupo, "Gordo", "Luvachi", "Pedro" son otras cosas distintas, son personas que... le tengo mucho respeto a este chico "Pedro" por ser, para la edad que tiene, y para la edad que tengo yo, un chico que ha madurado muchísimo y aprendo mucho de él y eso es lo que a mí me gusta, me gusta su manera de ser de "Luvachi" una persona que te mira, callado, pero cuando tiene que hablar te mete la estocada y me vacila, "Gordo" es muy palabreador pero cuando necesitas un hombro en donde apoyarte, él pone su hombro".* Sobre el apoyo de los psicólogos indica: *"converso mucho con el psicólogo M, me gusta mucho su manera de llevarme, gusta tener confianza, u! me ha apoyado cuando he estado mal, cuando he estado bien, el... cuando he tenido mis tropiezos, porque he tenido 4 tropiezos acá, 5 tropiezos acá, desde el 2011 hasta hoy día, él ha estado atrás mío, me ha llamado, me ha gritado, o veces estaba "Gordo" o "Luvachi" presente, a veces yo estaba así, todo desencajado y estábamos los 3 presentes, yo le debo mucho a él".*

Sociograma: se aprecia que durante todas las etapas de la adicción hubo redes de apoyo, principalmente con tipos de apoyo del tipo emocional y material por parte de su familia. También el apoyo de los compañeros antiguos del programa de seguimiento.

*Durante el periodo de entrevistas el paciente "Nicol" recayó en las drogas, aun así, se internó nuevamente en el pabellón 6 del hospital Valdizan



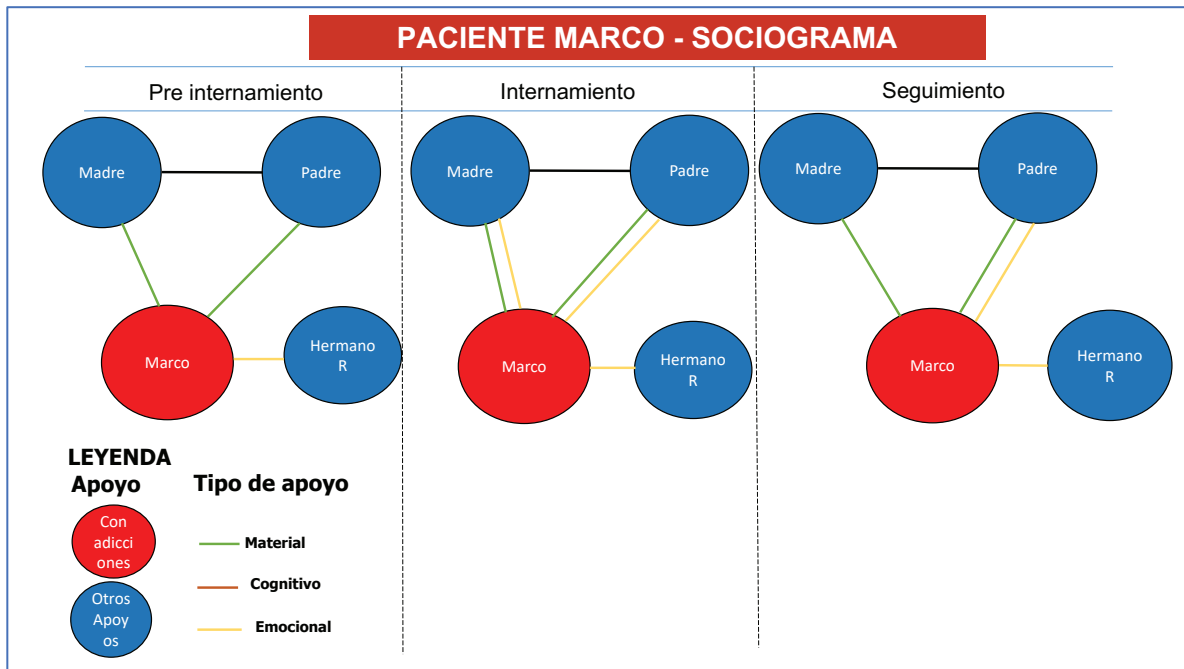
11. Paciente "Marco"

1. Edad: 32 años
2. Lugar de nacimiento: Lima
3. Estado civil: soltero
4. Hijos/as: no
5. Nivel educativo: Superior
6. Ocupación: diseñador gráfico
7. Tiempo de permanencia: 3 meses
8. Distrito: Chaclacayo
9. Tipo de adicción: ludopatía

Redes de apoyo: Sobre el apoyo de la red familiar comenta: *"yo este... era ludopata, ósea apostaba dinero, perdía un montón de plata, a veces yo, como trabajo en publicidad, los clientes me depositaban, mil, 2 mil, 3 mil no con toda su plata, pero con una buena parte lo gastaba, todos me apoyaron, mi hermano Roberto, mi hermano Dany, los que estaban en mi casa, mi papá y mi mamá, mi familia es la que me interno acá, ellos son los que venían, venían mis padres, se turnan".* Sobre la red amical dentro del programa: *"Nicol" estuvo también ahí pero solo (compartimos) 10 días, no (me relacione) mucho, ahorita en el seguimiento... no, en realidad no los conozco pues, ósea todavía no me siento como en mi casa, solamente cuando vienen compañeros que han estado internados conmigo, no, para nada, porque yo entro nada más, me cambio, juego y de ahí ya me voy, todo el grupo, el otro grupo se van porque se conocen, todos se van juntos, se van a almorzar entre ellos, ya se conocen, por ahí alguna vez me han invitado al comienzo, pero yo me voy a mi casa nomas, como te digo no tengo mucha afinidad con ellos, ellos ya se conocen de años, no es lo mismo, no es la misma confianza, Lo que pasa es que acá tocan muchos otros temas, más que nada de la droga, no hablan mucho*

de mi tema, yo no lo siento muy relacionado a lo mío, ludopatía rara vez hablan o en todo caso alcoholismo". "Hay un grupito, los antiguos que ya se conocen, todos se conocen". Sobre la red de apoyo de los profesionales de la salud comenta: "sí, o sea, no es como para explayarse mucho con el doctor, ¿no? O sea, te escucha, te pregunta algunas cosas, pero no es, yo no siento como que sea de tanta confianza como para contarles las cosas más mínimas".

Sociograma: se aprecia que durante todas las etapas de la adicción hubo redes de apoyo, todas evidentemente con tipos de apoyo del tipo emocional y material por parte de su familia.



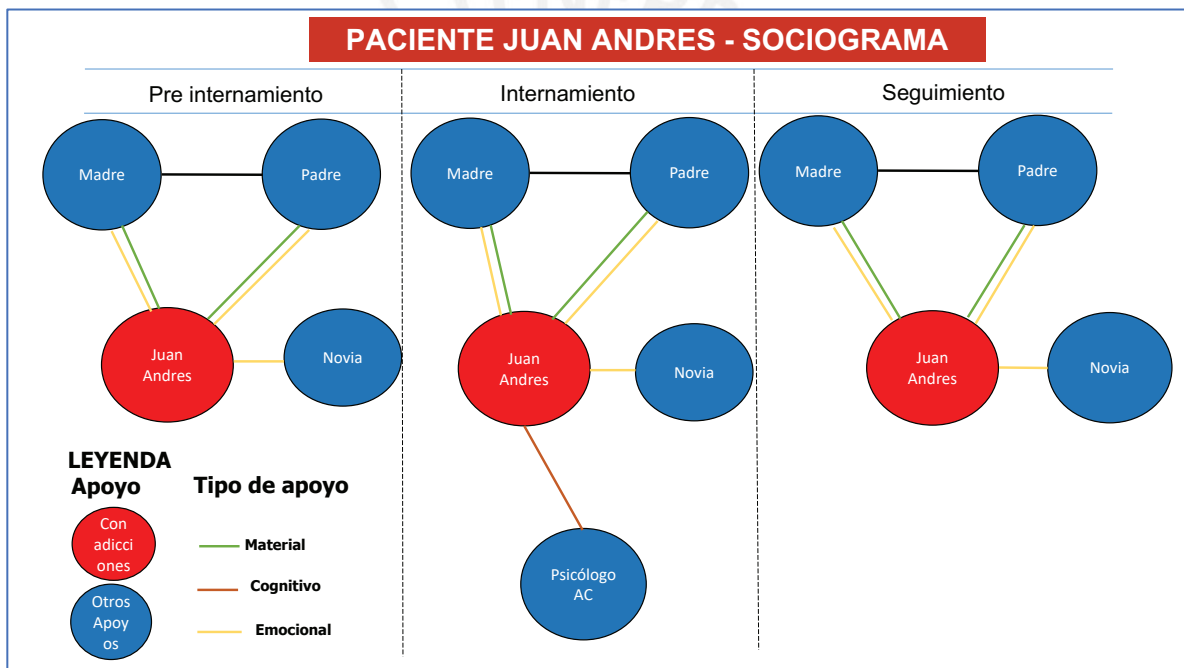
12. Paciente "Juan Andres"

1. Edad: 32 años
2. Lugar de nacimiento: Lima
3. Estado civil: soltero
4. Hijos/as: no
5. Nivel educativo: Secundaria incompleta
6. Ocupación: técnico en pintura
7. Tiempo de permanencia: 7 meses
8. Distrito: San Juan de Miraflores
9. Tipo de adicción: drogas (marihuana, cocaína)

Redes de apoyo: en la entrevista semi estructurada el paciente refiere que el apoyo familiar fue vital: "mis padres y mi novia, hasta ahora me apoyan, antes y después (de internado) son mi soporte, me apoyaron en hacerme ver lo que estoy, el problema que tengo, es una enfermedad, no es un problema, es una enfermedad porque lo vamos a tener que llevar de por vida, simplemente lo vamos a controlar". Sobre la red amical dentro del programa indica: "yo

con este grupo no he compartido, yo con ellos no he estado internado”, “pero quiero seguir en abstinencia, la gente habla de sus experiencias, habla de su día a día, es una terapia que te ayuda a reforzar tu abstinencia, son compañeros, pero no amigos, en anteriores sábados yo he compartido mi experiencia de la semana, he hablado como me ha ido, como me he comportado, que es lo que he tenido yo para poder consumir y he tratado de bloquearlos bloquear los pensamientos, he tenido personas que han estado consumiendo a mi costado y he evadido y los he bloqueado totalmente”. Respecto a los psicólogos reflexiona: “creo que cuando tienes una terapia con un psicólogo tienes que tener esa conexión con el psicólogo, llevarte bien con él, más que psicólogo llévalo como un amigo para que puedas estudiar con él.”

Sociograma: se aprecia que durante todas las etapas de la adicción hubo redes de apoyo, todas evidentemente con tipos de apoyo del tipo emocional y material por parte de su familia y de su novia, a quien considera como familia.



3.2 Tablas comparativas de las redes de apoyo de los pacientes de seguimiento del programa

Tabla 1: Redes familiares

N°	Paciente	Edad	Tipo de adicción	Tiempo en el seguimiento	Redes familiares
1	Vladimir	59	Alcohol	6 años	Hermana /cuñado
2	Winston	48	Droga (cocaína)	4 años	Esposa
3	LR	67	Alcohol	4 años	Esposa
4	Yayo	23	Drogas (marihuana, cocaína)	2 meses	Madre / padrastro
5	Pedro	24	Alcohol y droga (marihuana)	6 años	Padres / hermanos
6	JB	56	Drogas (marihuana, cocaína)	4 años	Esposa / hija
7	Luvacchi	58	Alcohol y droga (cocaína)	18 años	Esposa / hija
8	Gordo	55	Alcohol y droga (cocaína)	18 años	Madre / padre
9	Octavio	67	Alcohol	13 años	Esposa
10	Nicole	47	Alcohol y droga (cocaína)	5 meses (8 años con recaídas)	Pareja / sobrinos
11	Marco	32	Ludopatía	3 meses	Madre / padre
12	Juan Andrés	32	Drogas (marihuana, cocaína)	7 meses	Madre / padre / novia

Como se aprecia en la tabla número 1, de los 12 entrevistados todos muestran redes familiares dentro de la familia nuclear, 7 de ellos nombran a sus compañeras de vida, dentro de estos 7 son 5 quienes indican a sus conyugues como su principal red de apoyo (se puede explicar por la edad de los pacientes que señalaron esto en particular) y 2 de ellos a la pareja (novia). Por otra parte 4 de ellos señalan a los padres como red de apoyo, 1 de ellos ya había nombrado a la novia como red. Dentro de los 5 que nombraron a sus conyugues están 2 que señalan a los hijos como red de apoyo y dentro de los 4 que señalaron a los padres hay uno que señalo a los hermanos como red. Existe un entrevistado que nombro a su hermana y cuñado como su red de apoyo.

Tabla 2: Redes amicales dentro del programa

	Paciente	Edad	Tipo de adicción	Tiempo en el seguimiento	Redes amicales (dentro del grupo)
1	Vladimir	59	Alcohol	6 años	Gordo / Luvachi
2	Winston	48	Droga (cocaína)	4 años	Gordo / Luvachi
3	LR	67	Alcohol	4 años	Luvachi / JB
4	Yayo	23	Drogas (marihuana, cocaína)	2 meses	Compañeros todos
5	Pedro	24	Alcohol y droga (marihuana)	6 años	Gordo / Luvachi
6	JB	56	Drogas (marihuana, cocaína)	4 años	Gordo / Vladimir
7	Luvacchi	58	Alcohol y droga (cocaína)	18 años	Gordo / Vladimir
8	Gordo	55	Alcohol y droga (cocaína)	18 años	Luvachi / Vladimir
9	Octavio	67	Alcohol	13 años	Gordo
10	Nicole	47	Alcohol y droga (cocaína)	5 meses (8 años con recaídas)	Gordo / Pedro / Luvachi
11	Marco	32	Ludopatía	3 meses	Compañeros C y P (no están dentro del grupo)
12	Juan Andrés	32	Drogas (marihuana, cocaína)	7 meses	///////

Como se aprecia en la tabla número 2, la tabla más importante por ser la red amical dentro del grupo de seguimiento, se aprecia que 7 de los 12 entrevistados nombran a "Gordo" como su red amical de apoyo, cabe señalar que él es uno de los más antiguos con 18 años en el grupo, asimismo, 4 señalan a "Luvachi" como red de apoyo, él, al igual que "Gordo", tiene 18 años en el programa, 3 de ellos señalan a "Vladimir" como su red de apoyo (quien en el momento en que se tomaron las entrevistas era el secretario del grupo). Por último 3 de los integrantes más recientes (y jóvenes) no señalan a ningún integrante del grupo de seguimiento como parte de su red de apoyo, "Yayo" señala a "todos los compañeros" en general, "Marco" (el único ludópata) indica nombres de compañeros que no están dentro de este grupo (hicieron el internamiento con él), y Juan Andrés no señala a compañero alguno del programa como red de apoyo, él solo tiene a su familia según comentó con sus propias palabras.

Tabla 3: Redes papel del centro (pacientes/psicólogo)

	Paciente	Edad	Tipo de adicción	Tiempo en el seguimiento	Redes paciente / psicólogo
1	Vladimir	59	Alcohol	6 años	Psicólogo R
2	Winston	48	Droga (cocaína)	4 años	Psicólogos (todos)
3	LR	67	Alcohol	4 años	Psicólogo V
4	Yayo	23	Drogas (marihuana, cocaína)	2 meses	Psicólogo P
5	Pedro	24	Alcohol y droga (marihuana)	6 años	Psicólogo J
6	JB	56	Drogas (marihuana, cocaína)	4 años	Psicólogo H
7	Luvacchi	58	Alcohol y droga (cocaína)	18 años	Psicólogo M
8	Gordo	55	Alcohol y droga (cocaína)	18 años	Dr. Psiquiatra
9	Octavio	67	Alcohol	13 años	Psicólogo C
10	Nicole	47	Alcohol y droga (cocaína)	5 meses (8 años con recaídas)	Psicólogo M
11	Marco	32	Ludopatía	3 meses	///////
12	Juan Andrés	32	Drogas (marihuana, cocaína)	7 meses	Psicólogo C

Como se aprecia en la tabla número 3, 11 de los 12 integrantes entrevistados señalan a un profesional de la salud como parte de su red de apoyo, 9 de ellos a psicólogos en particular (en el pabellón al momento de hacer las entrevistas laboraban 7 psicólogos bajo diferentes modalidades de contrato), "Winston" señaló a "todos los psicólogos" como red de apoyo y "Gordo" señala al médico psiquiatra como su red de apoyo. Psiquiatras y psicólogos son los profesionales que guían al grupo de seguimiento. Solo 1 paciente no señaló vínculo alguno con los psicólogos o psiquiatras del pabellón 6 del hospital Valdizan.

Tabla 4: Casos emblemáticos de mejoramiento de vida

N°	Paciente	Edad	Tipo de adicción	Tiempo en el seguimiento	Redes familiares	Recaimiento
1	Vladimir	59	Alcohol	6 años	Hermana /cuñado	No
2	Pedro	24	Alcohol y droga (marihuana)	6 años	Padres / hermanos	No

Como se aprecia en la tabla número 4, ambos pacientes gracias a sus redes de apoyo familiar han podido insertarse en el mercado laboral. En el caso de Vladimir su cuñado lo ayudo a entrar a una empresa formal en el área de Recursos Humanos, menciona que le debe todo a él y a su hermana. Por otro lado, Pedro consiguió trabajo en una empresa de ventas, el refiere que no exactamente gracias a sus padres, lo consiguió de forma individual, pero que sin el apoyo de los padres y hermanos no hubiera podido lograr esto.

Tabla 5: Casos emblemáticos de historia de vida

N°	Paciente	Edad	Tipo de adicción	Tiempo en el seguimiento	Redes familiares	Recaimiento
1	Winston	48	Droga (cocaina)	4 años	Esposa	No
2	JB	56	Drogas (marihuana, cocaína)	4 años	Esposa / hija	Si

Como se aprecia en la tabla número 5, ambos pacientes tenían los que se denominaría un "buen estilo de vida". En el caso de Winston la familia de su esposa poseía una empresa familiar de venta de papel, Winston reflexiona que cuando estuvo de administrador en dicha empresa él retiraba dinero sin autorización para su adicción. Comenta que gracias a la familia política pudo tener un ritmo de vida no antes experimentado. Sin embargo, cuando notaron eso fue despedido y se separó de su esposa. Ella, lo acompañó en toda su rehabilitación y según refiere Winston aún siguen juntos como pareja, mas no como administrador. El caso de JB es similar, él menciona que su esposa era dueña de una boutique de ropa, JB indica que todo gasto y compra era en moneda extranjera dólares y por eso el accedía al dinero para consumir cocaína, incluso fugándose con el dinero al extranjero (Colombia). JB ha recaído varias veces, refiere que su esposa e hija lo perdonaron y ellas son su red familiar, pero en el grupo de seguimiento no vi a estos familiares (se recuerda que las familias deben de ir a los grupos de seguimiento los sábados).

Tabla 6: tipos de apoyo de redes de los pacientes seguimiento Valdizan

N°	Paciente	Papel de los familiares	Papel de los amigos (dentro del programa de seguimiento)	Papel de los amigos (fuera del programa de seguimiento)	Papel del centro de rehabilitación
		Tipo de apoyo			
1	Vladimir	Emocional y material	Emocional y cognitivo	Ninguno	Cognitivo
2	Winston	Emocional	Cognitivo	Ninguno	Cognitivo
3	LR	Emocional	Emocional	Ninguno	Cognitivo
4	Yayo	Emocional y material	Cognitivo	Ninguno	Cognitivo
5	Pedro	Emocional	Emocional y cognitivo	Emocional	Cognitivo
6	JB	Emocional y material	Emocional	Ninguno	Cognitivo
7	Luvacchi	Emocional	Emocional	Ninguno	Cognitivo
8	Gordo	Emocional	Emocional	Ninguno	Cognitivo
9	Octavio	Emocional	Emocional	Ninguno	Cognitivo
10	Nicole	Emocional	Emocional y cognitivo	Ninguno	Cognitivo
11	Marco	Emocional	Ninguno	Ninguno	Ninguno
12	Juan Andrés	Emocional	Ninguno	Ninguno	Cognitivo

La tabla número 6, nos muestra el tipo de apoyo que aporta cada red. Se ha querido integrar una variable más, la de la red amical fuera del programa para hacer un comparativo con la otra red amical (la que está dentro del programa) sin embargo, se encuentra solo a un paciente a quien esta red le da apoyo del tipo emocional, los demás entrevistados manifestaron que las amistades fuera de la red del programa servirían para un recaimiento en la adicción.

Conclusiones:

1. Las redes de apoyo son las familiares, las amicales (amistades dentro y fuera del entorno del seguimiento en rehabilitación) y las del papel del centro paciente-psicólogo o paciente-psiquiatra. Estas redes están graficadas en los sociogramas. En 11 de los casos las redes de apoyo familiares están presentes durante todo el proceso, en el "pre-internamiento, en el internamiento y en el "seguimiento", excepto en el paciente "Nicol". Cabe señalar que las redes familiares terminan siendo redes egocéntricas, no se cruzan con las demás, pero las redes amicales dentro del grupo de seguimiento si es una red socio céntrica, ya que estamos hablando de pares compartiendo una clase de organización, en este caso ex pacientes de rehabilitación. El aporte se encuentra en que las redes de apoyo existen para que los pacientes no recaigan en la adicción.
2. Las redes de apoyo operan como forma de ayuda que se valora respecto a la enfermedad que se padece (adicción). En el caso de la red de apoyo familiar es el apoyo cotidiano, pero que es ajeno a la adicción (no hay entrevistados que hayan afirmado que los familiares que los apoyan sean adictos). En el caso de la red de amistad dentro del grupo seguimiento el hecho de tener pares que han experimentado lo mismo que ellos hacen que la red de apoyo sea de un trato semejante, cercano y similar (se reconocen en ellos mismos). En los sociogramas se aprecian que los 4 pacientes, "Vladimir", "Winston", "Pedro" y "Nicol", señalan a "Gordo" y "Luvachi" como sus apoyos durante el seguimiento, no es coincidencia que ambos sean los más antiguos del grupo, a su vez, "Gordo" señala a "Luvachi" y a "Vladimir" como sus apoyos (Vladimir es secretario del grupo), Luvachi considera a "Gordo" y a "Vladimir" como sus apoyos, "JB" opina igual que Luvachi, asimismo resulta interesante que el paciente "Marco" solo considere a pacientes que no asisten al seguimiento y el paciente "Juan Andrés" se limite a las redes de apoyo familiar (padres) y amical fuera del entorno del seguimiento (novia). Cabe señalar que ambos pacientes no tienen mucho tiempo en el seguimiento (3 y 7 meses).
3. En el entorno del pabellón de adicciones del Hospital Hermilio Valdizan consiste en la consulta externa con el psicólogo, dependiendo de dicha consulta se indica internarse 45 días en el mismo pabellón, después de eso se suele pasar al grupo de seguimiento que se reúne los sábados por la mañana. En algunos casos después de internamiento se procede a internarse en el anexo de Ñaña, en donde el internamiento dura un año. Siempre bajo de evaluación del psicólogo y el psiquiatra (este último decide el tipo de medicación y el tiempo de administración de la misma). En los sociogramas 7 pacientes "Valdimir", "LR", "Yayo", "Pedro", "Luvachi", "Octavio" y "Nicol", señalan a los psicólogos como parte de su red de apoyo en el internamiento y el seguimiento, los pacientes "Winston" y "JB" afirman que en el seguimiento el psiquiatra (doctor) fue su red de apoyo, pero en el seguimiento si lo fueron los psicólogos, "Gordo" afirma en el internamiento y en el seguimiento fueron los psiquiatras su red de apoyo, y para finalizar los pacientes "Marco" y "Juan Andrés" solo señalan a los psicólogos dentro de su red de internamiento, en el seguimiento ya no señalan a profesional de la salud alguno.
4. En los casos en que las redes de apoyo en donde existe una ayuda positiva son en la mayoría (de acuerdo a lo manifestado por los entrevistados), específicamente de Igor (6 años), Winston (4 años); LR (4 años), JB (4 años), Pedro (6 años), Gordo (18 años), Luvacchi (18 años) y Octavio (13 años), 8 pacientes entrevistados de 12, esto es porque no ha existido recaídas en sus casos. En los casos en donde no se ha mostrado avance ha sido en el de Yayo y Nicole por recaimiento

(se les vio de nuevo internados después de haber realizado sus entrevistas) y en el caso de Marco porque considera que el programa no lo ayuda en su adicción (ludopatía). El caso de la última entrevista, Juan Andrés, es un caso atípico, en su caso la red de apoyo es únicamente familiar, si bien se adaptó al grupo de seguimiento (fulbito), no realizó lazos cercanos con los demás pacientes fuera de los días sábados, aparentemente porque se siente más cómodo de esa manera.

5. El tipo de apoyo “emocional” (acompañamiento al paciente) que aporta la red familiar en los doce casos es el principal apoyo no solamente para la recuperación sino para el no recaimiento de la adicción (seguimiento). Es decir, que todos los casos se podrían denominar “pro-familia”.
6. El tipo de apoyo de la red amical dentro del programa de seguimiento (socios simétricos) es mayoritariamente emocional (ocho de doce), en dos casos “emocional y cognitivo” y en dos casos “ninguno”. El programa mayoritariamente (no en su totalidad) dentro de los pacientes que se integran a la red amical se convierte en una red “pro-amistad”.
7. El tipo de apoyo de la red amical fuera del programa de seguimiento es “ninguno”, esto debido a que 11 de los 12 entrevistados afirmaban que dichas amistades podrían hacer que recaigan en la adicción, por otro lado, solo se observa un único caso en que el papel de esta red es “emocional”.
8. El tipo de apoyo de la red de apoyo institucional en 11 de los 12 casos es “cognitivo”, esto como parte de las enseñanzas e indicaciones propias del programa por parte los profesionales de la salud, solo el caso del ludópata es nulo o “ninguno”. Red “pro-centro” (cumpliendo su papel de consejero) en la mayoría de casos.
9. Casos emblemáticos:
 - a. Vladimir: red familiar aporta tipo de apoyo emocional y material (familiar le consiguió trabajo), red amical dentro del grupo es emocional y cognitivo, si se ha integrado a la red de socios simétricos dentro del programa. Apoyo meramente cognitivo por parte de los profesionales del centro. Pesa la red familiar.
 - b. Yayo: red familiar aporta tipo de apoyo emocional y material (familia le paga los estudios), red amical dentro del grupo es cognitivo porque solo aprende de las experiencias de los demás pacientes, no se ha integrado a nivel emocional por la brecha generacional. Apoyo meramente cognitivo por parte de los profesionales del centro. Pesa la red familiar.
 - c. Pedro: red familiar con apoyo emocional (acompañamiento en el seguimiento), red de amigos dentro del programa es apoyo emocional y cognitivo (Pedro es casi 30 años menor que el resto del grupo y aun así, se integró a la red amical) y Pedro es el único que si tiene apoyo emocional de una red de amigos fuera del programa (amigos que saben de su adicción y no lo obligan a recaer). Apoyo meramente cognitivo por parte de los profesionales del centro. Pesa la red familiar.
 - d. Luvacchi y Gordo: ambos casos similares (casi idénticos) ambos con casi 20 años de no recaer en adicciones, ambos con apoyo emocional dentro de la red familiar (acompañamiento) y de la red amical dentro del programa (ambos son un referente de rehabilitación para los demás),

de ningún apoyo de la red amical fuera del programa y puramente cognitivo por parte de los profesionales de la salud. Pesa la red familiar.

- e. Marco: ludópata, solo encuentra apoyo emocional de su red familiar, ningún apoyo por parte de las otras redes debido a su particular adicción. Pesa la red familiar.
 - f. Juan Andrés: apoyo emocional por parte de su red familiar y apoyo cognitivo por parte de los psicólogos del programa, no considera a las redes amicales. Pesa la red familiar.
10. Cada tipo de apoyo aporta a los pacientes algo distinto, pero se observa un patrón mayoritario, es decir que la red familiar aporta el apoyo "emocional", la red amical dentro del grupo también aporta el apoyo "emocional", la red amical fuera del grupo no aporta ningún tipo de apoyo, y la red de los profesionales de salud de la institución aporta el apoyo "cognitivo".
11. El tipo de apoyo emocional que deviene de la red familiar es el apoyo más importante para el proceso de rehabilitación para los pacientes del programa de seguimiento del pabellón 6 del hospital Hermilio Valdizan, por estar presente en la totalidad de casos, comprobando así mi hipótesis sobre la influencia de las redes de apoyo, si bien mi tesis se orientó más a las redes amicales dentro del programa (que evidentemente están presentes), son las redes familiares con tipo de apoyo emocional las que se consideran más influyentes por parte de los pacientes.

4. Referencias bibliográficas

- a) Aron, Raymond; "Le Suicide"; En: *Las etapas del pensamiento sociológico*; Tomo II. (Págs. 37 a 57).
- b) Barnes, John (1954). "Class and Committees in a Norwegian Island Parish" en *Human Relations*. No. 7.
- c) Castro, Roberto (2011). Interaccionismo simbólico y salud. En *TEORÍA SOCIAL Y SALUD*. México: Lugar editorial.
- d) Corcuff, Philippe (1998); Individuos Plurales. En: *Las nuevas Sociologías: Construcciones de la realidad social* (Págs. 85 a 89) Alianza Editorial Madrid.
- e) Dunn, Judy (1993); ¿Entiendo a otros? En: *Los comienzos de la comprensión social*. [Libro] (Págs. 11 a 20); Editorial Nueva Visión.
- f) Donati, Pierpaolo (1994); Manual de Sociología de la Salud, *Parte Tercera: Familia, redes informales y voluntariado para la promoción de la salud*, paginas 183 - 225. Ediciones Díaz de Santos (España).
- g) Fernández Peña, Roser; Antropología Social y Cultural, UAB; en http://revista-redes.rediris.es/Periferia/english/number3/periferia_3_3.pdf

- h) Galarza, Luis (2001); El lenguaje como forma simbólica; En: Los lenguajes como símbolo (Investigaciones de la Hermenéutica Simbólica) (Págs. 125 a 139); Antrophos Editorial.
- i) Giddens, Anthony (1998); Sociología Tercera Edición España.
- j) Goffman. La presentación de la persona en la vida cotidiana; en: <http://www.redalyc.org/pdf/676/67621192009.pdf>
- k) Joan, Hans (1998); Interaccionismo Simbólico. En: "La teoría social, hoy" Alianza Editorial Reimpresión en Madrid.
- l) Kadushin, Charles (2013). Comprender las redes sociales: teorías, conceptos y hallazgos.
- j) Mead, George Herbert (1982); Espíritu, persona y sociedad: desde el punto de vista del conductismo social. (Págs. 182-193). Ediciones Paidós.
- k) Montes De Oca, Verónica, Universidad Autónoma de México (2003); Redes de apoyo social de las personas mayores: marco conceptual. *En ponencia presentada en el Simposio Viejos y Viejas. Participación, Ciudadanía e Inclusión Social 51 Congreso Internacional de Americanistas Santiago de Chile, 14 al 18 de julio de 2003.*
- l) Montes De Oca, Verónica, Universidad Autónoma de México (2003); Redes de apoyo social de las personas mayores: elementos teóricos-conceptuales. *En curso calidad de vida para personas mayores: instrumentos para el seguimiento de políticas y programas. Celade, División de Población, Cepal, Santiago de Chile, 08 y 09 de septiembre de 2003.*
- m) Panfichi H., Aldo (1996); "Del vecindario a las redes sociales: cambio de perspectivas en la sociología urbana" En: Debates en sociología / Pontificia Universidad Católica del Perú -- No. 20-21
- n) Pérez Espinal, Natalia (2007); Blog de interaccionismo simbólico. Fecha de consulta 13/05/2014. <http://interasimbolico.blogspot.com/>
- o) Perry, B. L., Pescosolido, B. A., & Borgatti, S. P. (2018). Egocentric Network Analysis: Foundations, Methods, and Models. Cambridge: Cambridge University Press.
- p) Rizo, Marta (2004); El interaccionismo simbólico y la Escuela de Palo Alto. Hacia un nuevo concepto de comunicación. Fecha de consulta 13/05/2014. [Interaccionismo%20simbólico%20-%20Escuela%20de%20Palo%20Alto.pdf](#)
- q) Scott, J. (2017). Social Network Analysis(4taed.) Londres,Inglaterra:SAGEPublications.
- r) Small, Mario Luis (2018); III seminario internacional de análisis de redes sociales. Fecha de consulta 30/09/2018. https://educast.pucp.edu.pe/video/10345/iii_seminario_internacional_de_analisis_de_redes_sociales

- s) Stucchi Portocarrero, Santiago (2012); Loquerías, manicomios y hospitales psiquiátricos de Lima. Fecha de consulta 20/04/2019. <https://es.scribd.com/document/271356404/Loquerias-manicomios-y-hospitales-psiquiatricos-de-Lima>
- t) Perry, B. L., Pescosolido, B. A., & Borgatti, S. P. (2018). *Egocentric Network Analysis: Foundations, Methods, and Models*. Cambridge: Cambridge University Press. doi:10.1017/9781316443255.002. [Parte I, capítulo I "The Nature of Networks" (pp. 3-19).]
- u) Santos, M. (2018). Más allá del dinero: redes familiares, amicales e institucionales y su relación con las trayectorias educativas postsecundarias de jóvenes peruanos. *Redes. Revista Hispana para el Análisis de Redes Sociales*, 28(2), 166-187. doi: 10.5565/rev/redes.799.
- v) Arranz, S. (2010). Estrategias para la diversificación de la red personal de personas drogodependientes en proceso de reinserción. *Redes. Revista Hispana para el Análisis de Redes Sociales*, 18(7), 163-182. <https://revistes.uab.cat/redes/article/view/v18-n1-arranz/392-pdf-es>
- w) Small, M. (2017). *Someone to Talk To*. Oxford University Press. [capítulo 1]

***Bibliografía Acerca del Objeto de Estudio (Adicciones)**

- a) Anguiano Serrano, Sandra A; Vega Valero, Cynthia Zaira; Nava Quiroz, Carlos y Soria Trujano, Rocío (2010); *Las habilidades sociales en universitarios, adolescentes y alcohólicos en recuperación de un grupo de alcohólicos anónimos (AA)*. Fecha de consulta 20/04/2019. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1729-48272010000100003&script=sci_arttext
- b) Barsallo Burga, José y Gordillo Tordoya, Eduardo (1988); *Drogas: responsabilidad compartida*; Editorial: J.C. Editores (Perú).
- c) Becerra, Rosa María (1999); *Trabajo social en drogadicción*; Editorial Lume/ Humanitas (Buenos Aires).
- d) Bustos Larrea, Mercedes Luisa Y Villaroel Julca, Martha Adela; (1973) *El servicio Social y el problema de las Drogas Tesis*.
- e) Castro De La Matta, Ramiro Y Otros (2000); *Estudio Global de mercados de drogas ilícitas en Lima Metropolitana*; Editorial: HeralMol (Perú).
- f) Hostetler, Jep. Traducción De Beatriz Junco Vallejo (1994); *10 cosas que los padres deben saber acerca del abuso de drogas y alcohol*; Ediciones: Centenario. Reimpresión.
- g) Nató, Alejandro; Rodríguez, Gabriela (2001); *Las víctimas de las drogas*; Editorial Universidad (Buenos Aires).

- h) Palacios Ramírez, José (2009); La construcción del alcohólico en recuperación. Fecha de consulta 20/04/2019. <http://www.scielo.org.mx/pdf/desacatos/n29/n29a4.pdf>
- i) Toledo Mayo, Luis; Drogas: Uso y abuso; Editorial: "San Marcos" 4ª Edición (Perú).
- j) Tenenbaum Ewig, Gabriel (2018). El mercado de las drogas ilegales en Uruguay. Revista Mexicana de Sociología 80, núm. 4 (septiembre-diciembre, 2018): (pp 855-880).
- k) Maldonado Aranda, Salvador (2012). Drogas, violencia y militarización en el México rural: El caso de Michoacán. Revista Mexicana de Sociología 74, núm. 1 (enero-marzo 2012): (pp 5-19).
- l) Agustín Madoz-Gúrpide, Mónica Leira-Sanmartín, Ángela Ibáñez, Enriqueta Ochoa-Mangado (2023). Incremento de la ingesta de alcohol y drogas como estrategia de afrontamiento en trabajadores hospitalarios durante el brote de COVID-19: Estudio transversal. Revista Adicciones 2023, volumen 35, número 2, (pp 143-150).
- m) Ali Al-kassab-Córdova, Gonzalo Cornejo-Venegas, Nataly Gacharna-Madrigal, Carlos Baquedano-Rojas, Guillermo De La Borda-Prazak, Christian R. Mejía (2023). Factores asociados al consumo frecuente de marihuana en jóvenes antes de su ingreso a centros juveniles de diagnóstico y rehabilitación en Perú. Revista Adicciones 2023, volumen 35, número 1, (pp 9-20).
- n) Rocío Villa, Ashkan Espandian, Pilar A Sáiz, Julia Rodríguez Revuelta, María Paz García-Portilla, Julio Bobes, Gerardo Flórez (2022). Funcionamiento cognitivo después de seis meses de seguimiento en una muestra de pacientes ambulatorios con trastorno por uso de alcohol. Revista Adicciones 2022, volumen 34, número 4, (pp 309-322).