

2024

El proceso de intervención del trabajo social en instituciones de consumos problemáticos de la ciudad de Mar del Plata (2024)

Katz, María Luz

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

<http://kimelu.mdp.edu.ar/xmlui/handle/123456789/1087>

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository

UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y TRABAJO SOCIAL
DEPARTAMENTO PEDAGÓGICO DE TRABAJO SOCIAL

TESIS DE LICENCIATURA EN TRABAJO SOCIAL

El proceso de intervención del
Trabajo Social en instituciones de
consumos problemáticos
de la ciudad de Mar del Plata
(2024)

Director: Mg. Dante Jeremías Boga
Autoras: Maria Luz Katz y Patricia Vrabiescu



UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y TRABAJO SOCIAL DEPARTAMENTO
PEDAGÓGICO DE TRABAJO SOCIAL

El proceso de intervención del Trabajo Social en instituciones de consumos problemáticos de la
ciudad de Mar del Plata (2024).

Director: Mg. Dante Jeremías Boga

Autoras:

Maria Luz Katz

Patricia Vrabiescu

Año: 2024

Agradecimientos

Ante todo, quiero expresar mi gratitud a mi esposo, Lucio, por su apoyo incondicional desde el primer momento en que decidí emprender este camino y por acompañarme en cada etapa de mi formación. A mis hijos, Nicolás, Guido, Ernesto y Francesca, quienes supieron acompañarme de formas únicas y fundamentales, y a mi mamá, Mabel, por su ayuda en la logística familiar, permitiéndome avanzar en este desafío.

Agradezco profundamente a quienes participaron en el proceso de elaboración de esta tesis: a la Mg. Adriana Sapino, quien despertó en mí una vocación por la salud mental; a la Lic. Virginia Vaccaroni, por compartir generosamente su experiencia y conocimientos en el campo de la salud mental y los consumos problemáticos; y al Mg. Dante Boga, por su guía continua y su capacidad para orientarnos en un tema tan complejo, a él, mi gratitud especial por su generosidad, disposición y gran conocimiento en la dirección de esta tesis. Mi reconocimiento también al profesor Alejandro del Valle, cuya orientación nos ayudó a encontrar al director de tesis ideal.

A mi compañera Clara Mondo, cuya presencia y colaboración fueron esenciales en mis primeros años de formación. Su compromiso y disposición para compartir conocimientos y experiencias marcaron una etapa clave en mi desarrollo académico .

De manera especial, a María Luz, quien no solo fue una compañera en la cursada y en la realización de esta tesis, sino también una gran amiga. Su disposición para el trabajo conjunto, su capacidad para afrontar desafíos y su presencia en los momentos más exigentes resultaron invaluable. Su apoyo y trabajo compartido fueron fundamentales para avanzar en este camino con confianza y claridad.

Finalmente, extendiendo mi agradecimiento a la universidad pública, en particular a la Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social, y a los profesores que hicieron posible esta invaluable oportunidad de formarme en una carrera tan enriquecedora como la Licenciatura en Trabajo Social.

(Patricia Vrabiescu)

Agradecimientos

En primer lugar, quiero agradecer profundamente a todas las personas que, en algún momento de este camino, se cruzaron en mi vida y me acompañaron, apoyaron y creyeron en mí. Cada encuentro, cada palabra y cada gesto hizo que este logro fuera posible.

A mi compañera de carrera, amiga y familia del alma, Patricia. Desde el primer año se convirtió en mi apoyo incondicional, mi complemento. Juntas aprendimos, crecimos y enfrentamos cada desafío como equipo. Además, le agradezco de corazón que me haya abierto las puertas de su casa y, hoy más que una amiga, es familia.

A mi mamá Denise, a mi papá Sebastián y a mi familia que siempre estuvieron ahí, alentándome y dándome fuerza. A mis abuelos, Pupi y Marta, quienes vivían los parciales con tanta intensidad que parecía que eran ellos los que estudiaban.

A mis amigas de toda la vida: Melina, Victoria M., Victoria E., Guadalupe, Sasha, Cande, Daniela; a Jazmín y Bruno; a mi prima Pilar, y a mis nuevas amigas como Maia y los que conocí gracias al trabajo y al deporte. A Horacio, mi tío postizo, gracias por tu apoyo incondicional. Cada uno de ustedes fue un sostén en los momentos más difíciles, llenándome de energía y recordándome que no estaba sola.

A la Lic. Candela Uriarte, quien desde el principio me transmitió su pasión por el Trabajo Social y me inspiró para seguir este camino. A la Lic. Virginia Vaccaroni, quien con generosidad nos mostró todo lo que se puede lograr desde el Trabajo Social y nos impulsó a profundizar en cada detalle de nuestro tema de tesis. A la Mg. Adriana Sapino, por compartir su amor por la salud mental, que fue el motor del tema elegido.

A nuestro director de tesis, el Mg. Dante Boga, por su dedicación, paciencia y guía. Gracias por ayudarnos a superar este desafío. Y a Alejandro del Valle, por tendernos esa mano que nos llevó a encontrar al director de tesis ideal.

A la Universidad Pública, a la Universidad Nacional de Mar del Plata, a la Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social, y a todos los docentes que me formaron a lo largo de estos años. Gracias por ser parte fundamental de este camino y por enriquecerlo con sus enseñanzas.

Y, finalmente, quiero agradecerme a mí misma. Llegar hasta acá no fue fácil, pero lo logré. Este es mi triunfo, el fruto de años de esfuerzo, dedicación y perseverancia. Hoy me celebro, porque este logro es, sin duda, una de las metas más significativas de mi vida.

(Maria Luz Katz)

Índice

Introducción	7
Resumen	7
Síntesis descriptiva	7
Fundamentación	8
Planteamiento del problema	10
Objetivos	12
Aspectos metodológicos	12
Estrategia metodológica	12
Fuentes Primarias	13
Fuentes secundarias	15
Capítulo 1: “Construir la salud mental como objeto de estudio”	16
Introducción	16
¿Qué es la salud mental?	17
De la Exclusión a la Integración: El Proceso de Desmanicomialización	17
¿Cómo surge la ley de salud mental en Argentina?	20
Promulgación de la Ley Nacional de Salud Mental	22
Trabajo social en el campo de la salud mental	24
Ley de salud mental y Trabajo Social	25
Capítulo 2: Consumo Problemático	27
Introducción	27
El origen histórico del consumo de drogas	28
Sociedad de consumo: la insatisfacción perpetua como contexto de los consumos problemáticos	29
Imaginario social sobre el consumo problemático	30
¿Qué es el consumo problemático?	33
Enfoques diferentes	36
Antecedentes de los Abordajes terapéuticos para la enfermedad mental	40
Marco legal	48
Ley Provincial de Salud Mental	50
Código Penal: Ley de Estupefacientes	50
La familia y el deterioro de los vínculos	51
Capítulo 3: Proceso de intervención del Trabajo Social	53
Introducción	53
La Especificidad del Trabajo Social	54
Inicios del Trabajo Social	57
Leyes del Trabajo Social	59
Trabajo social en el campo de la salud mental	61
Trabajo social y consumo problemático: intervención con la familia o red de apoyo	66

¿Qué se entiende por "familia"?	66
Abordaje interdisciplinario en Salud Mental	70
Análisis de la ley de salud mental	74
Ley de derechos del paciente	77
Capítulo 4: Descripción de las entrevistas	79
Introducción:	79
Institución CPA (Centro Provincial de Atención). Entrevista a Lics. en Trabajo Social	80
Institución DTC "Casa Caracol". Entrevistada: Operadora socio terapéutica y estudiante avanzada de trabajo Social.	87
Caracterización de la Institución	87
Proceso de Intervención del Trabajo Social	87
Trabajo con Red de Apoyo y/o Familia	88
Institución: DTC "Casa caracol": Entrevista a Lic. en Trabajo Social, que se encuentra realizando un postgrado en salud.	89
Proceso de Intervención del Trabajo Social	89
Trabajo con Red de Apoyo y/o Familia	90
Desafíos y Facilitadores del Proceso del Trabajo Social	90
Institución: DTC el martillo	91
Caracterización de la Institución	91
Proceso de Intervención del Trabajo Social	91
Trabajo con Red de Apoyo y/o Familia	92
Desafíos y Facilitadores del Proceso del Trabajo Social	92
Institución: DTC Bosque Grande.	93
Caracterización de la Institución	94
Proceso de Intervención del Trabajo Social	94
Trabajo con Red de Apoyo y/o Familia	95
Desafíos y Facilitadores del Proceso del Trabajo Social	95
Institución: Fundación Chance.	96
Caracterización de la Institución	96
Proceso de Intervención del Trabajo Social	97
Trabajo con Red de Apoyo y/o Familia	98
Institución: El Faro.	99
Caracterización de la Institución	99
Trabajo con Red de Apoyo y/o Familia	100
Desafíos y Facilitadores	101
Entrevista a Doctora en Ciencias Sociales y Trabajo Social. Supervisora externa de instituciones que abordan los consumos problemáticos	102
Contexto y Experiencia Profesional	102
Posada del Inti.	104
Capítulo 5: Conclusiones	106
Introducción	106

Institución: DTC “Casa caracol”	107
Institución: CPA	109
DTC El Martillo	110
Institución: DTC Bosque Grande	110
Institucion: Fundación Chance	112
Reflexiones Finales	113
Bibliografía:	118
Anexo	122
Formato de Consentimiento Informado	123
Guión de las entrevistas	125
Caracterización de la Institución	125
Abordaje de Consumos Problemáticos	125
Trabajo con Redes y Familia	125
Espacios de Trabajo y Recursos	126
Trabajo Interdisciplinario	126
Articulación con Otras Instituciones	126
Desafíos y Facilitadores del Proceso de Trabajo	126
Entrevistas	128

Introducción

Salud mental; Consumo problemático; Proceso de Intervención; Trabajo Social.

Resumen

La siguiente tesis se centra en el estudio del proceso de intervención del Trabajo Social en instituciones de salud mental que abordan consumos problemáticos en Mar del Plata, en el año 2024. Nuestra motivación para esta investigación surge de experiencias académicas y prácticas supervisadas en la Fundación Chance, revelando la importancia del trabajo social en el tratamiento de usuarios con consumos problemáticos. El objetivo principal que nos propusimos es caracterizar cómo los trabajadores sociales implementan sus estrategias de intervención en diversas instituciones, tanto públicas como privadas.

Para ello, decidimos emplear una metodología cualitativa de tipo descriptivo, que incluye la revisión de artículos, papers y tesis previas, así como entrevistas en profundidad a trabajadores sociales de instituciones específicas. Analizamos la intervención considerando las leyes nacionales y provinciales que regulan la salud mental y los consumos problemáticos, como también algunos autores que abordan y tienen experiencia en la temática.

La relevancia de este estudio radica en que aborda una problemática social compleja y multicausal, destacando la necesidad de enfoques interdisciplinarios y personalizados. Los resultados esperados enriquecerán el conocimiento del proceso de intervención del Trabajo Social en el campo de la salud mental, específicamente sobre los consumos problemáticos.

Síntesis descriptiva

En esta tesis exploramos la presencia fundamental del Trabajo Social en el campo de la salud mental y en el abordaje de los consumos problemáticos, destacando su capacidad de intervención en un contexto social complejo y en constante transformación. A lo largo de los capítulos, profundizamos en temas críticos como la evolución histórica del concepto de salud mental y las prácticas de intervención social, marcadas por una larga historia de exclusión y estigmatización hacia personas con padecimientos mentales, especialmente en el contexto argentino. La Ley Nacional de Salud Mental N°26.657 de 2010 emerge como un hito en este

sentido, ya que redefine la salud mental como un derecho humano y promueve un abordaje interdisciplinario, que incluye al Trabajo Social.

Desde nuestra perspectiva, subrayamos la importancia de tratar el padecimiento mental desde una visión social e integral que incluya los factores sociales, socioeconómicos, culturales, vinculares, contextuales e históricos que inciden en la vida de las personas. A diferencia de los enfoques clínicos, consideramos esencial el entorno social para fomentar la inclusión y la restitución de derechos. Asimismo, analizamos el consumo problemático, influido por la sociedad de consumo y sus representaciones, desde un enfoque comprensivo y desestigmatizador. En lugar de verlo como una cuestión exclusivamente voluntaria, buscamos entenderlo como una problemática compleja, vinculada a factores sociales, familiares y vinculares.

Ampliamos el análisis al revisar el proceso de intervención en Trabajo Social, su evolución histórica y el marco legal que lo regula, destacando la importancia del enfoque interdisciplinario para un abordaje integral. A través de entrevistas en profundidad con profesionales e instituciones que trabajan en el tratamiento de los consumos problemáticos, revelamos tanto los avances como los desafíos institucionales y estructurales que enfrenta el Trabajo Social.

Finalmente, las conclusiones constituyen el cierre de esta tesis, resultado de un proceso de reflexión profundo, riguroso y detallado, sustentado en la investigación y la lectura exhaustiva. Este proceso fue fundamental para consolidar nuestro entendimiento y conocimiento, proporcionándonos una visión más amplia y detallada sobre el abordaje de los consumos problemáticos. De este modo, no solo cumplimos con los objetivos planteados, sino que también ampliamos nuestra comprensión sobre la relevancia del Trabajo Social, abriendo al mismo tiempo nuevas interrogantes que invitan a seguir explorando y reflexionando sobre la temática.

Fundamentación

Nuestra motivación para realizar esta investigación sobre el proceso de intervención del Trabajo Social en las instituciones de salud mental que abordan consumos problemáticos, surge de dos momentos de nuestra formación académica. El primer momento de acercamiento al tema tuvo lugar en la Cátedra de Salud Mental correspondiente al tercer año de la carrera de la Licenciatura en Trabajo Social, de la Universidad Nacional de Mar del Plata; y el segundo

momento transcurrió durante la cursada de la cátedra de “Supervisión de las Intervenciones Sociales”, en el marco del quinto año de la misma carrera.

Ese primer momento despertó nuestro interés sobre el paradigma de abordaje que introduce la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, que “tiene por objeto asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas, y el pleno goce de los derechos humanos de aquellas con padecimiento mental”. Además, exige que la atención esté a cargo de un equipo interdisciplinario, compuesto por las áreas de psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional y otras disciplinas, reconociendo en igualdad a todos sus integrantes en relación a su profesión al momento de intervenir y tomar decisiones (Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, 2010).

En el segundo momento, en línea con nuestro interés hacia el campo de la salud mental, hemos dirigido nuestra atención académica hacia consumos problemáticos que se encuentran contemplados dentro de los lineamientos de la ley mencionada anteriormente. Es así que en el marco de la cursada de la cátedra de “Supervisión de las Intervenciones Sociales”, realizamos prácticas institucionales supervisadas por un trabajador social en la “Fundación Chance¹”, durante el ciclo lectivo del año 2022. Donde pudimos conocer el funcionamiento de la institución y el ejercicio profesional del Trabajo Social.

En relación a nuestra práctica institucional supervisada participamos como observadoras en cuatro espacios distintos. En primer lugar, los espacios a cargo de la licenciada en trabajo social, Virginia Vaccaroni, tales como: grupos de madres, grupos de parejas, entrevistas a familiares, entrevistas de seguimiento, entrevistas de admisión y articulaciones institucionales. A continuación, detallamos los espacios a cargo de la licenciada en trabajo social:

Los encuentros grupales de madres y de parejas eran periódicos con una frecuencia quincenal. Previo a esto, hasta el año 2021 también se hacían encuentros grupales de padres y de hermanos, que se disolvieron por falta de asistencia.

Las entrevistas con los familiares y/o pareja de los usuarios, se realizaban para cada caso por separado y buscaban conocer la historia de los entrevistados y su relación con el usuario. En ambas instancias, tanto encuentros grupales de madres y de parejas como entrevistas individuales se intentaba promover cambios que pudiesen favorecer el proceso del

¹ La Fundación Chance es una institución privada, habilitada que brinda tratamiento terapéutico integral en salud mental y consumos problemáticos bajo la modalidad ambulatoria. Su equipo es interdisciplinario compuesto por una licenciada en Trabajo Social, cuatro licenciados en Psicología, una licenciada en Terapia Ocupacional y dos doctores especializados en Psiquiatría.

tratamiento. Se trabajaba sobre los modos de relacionarse intentando propiciar la comunicación y la escucha; y procurando generar conciencia de enfermedad de los usuarios del tratamiento.

Las entrevistas con los usuarios podían ser con o sin familiares y/o pareja, donde se buscaba realizar un seguimiento del tratamiento de cada usuario acordando objetivos y haciendo el seguimiento correspondiente. Los mismos podían ser de índole laboral, de estudio, de actividades deportivas o recreativas, familiares, entre otros, con la idea de que el usuario pueda desarrollar su proyecto de vida.

Además, la licenciada en Trabajo Social, informaba y orientaba a los usuarios para el acceso y resarcimiento a diferentes derechos tales como: Certificado Único de Discapacidad (CUD), inscripciones en instituciones educativas y cursos, beneficios sociales, realizando su seguimiento correspondiente.

Un acontecimiento importante que retomamos para el desarrollo de este trabajo, fue el proceso de adecuación de la institución a la Ley Provincial de Salud Mental N°14.580, para la renovación de la habilitación provincial. Una serie de cambios que requirió de la revisión de las intervenciones del equipo interdisciplinario y el ejercicio profesional de algunos de sus integrantes. La adecuación a esta ley es un requerimiento del Ministerio de Salud, y de la Subsecretaría de Salud Mental, Consumos Problemáticos y Violencias en el Ámbito de la Salud Pública de la Provincia de Buenos Aires.

En definitiva, la observación de los espacios a cargo de la licenciada en trabajo social nos llevó a reflexionar sobre la importancia en el tratamiento de los usuarios de la Fundación Chance. Además, nos motivó a querer conocer de qué manera abordan los licenciados en Trabajo Social los consumos problemáticos en otras instituciones y cuáles son las estrategias que utilizan.

En relación con las observaciones de los espacios con la familia, nos surgió el interés de conocer cómo trabaja el licenciado en otras instituciones respecto al tratamiento del usuario. Asimismo, quisiéramos saber si se promueven espacios de escucha y diálogo entre el profesional y la familia, y cuáles son las estrategias que utilizan para preservar estos vínculos, entre el usuario y su grupo de pertenencia.

Planteamiento del problema

Problema de Investigación:

Caracterizar el proceso de intervención del Trabajo Social de las instituciones públicas y privadas habilitadas² de salud mental que realizan abordajes de consumos problemáticos en el 2024, en la ciudad de Mar del Plata.

Producir conocimiento sobre el proceso de intervención del Trabajo Social en las instituciones de salud mental vinculadas al consumo problemático tiene relevancia por ser una problemática social compleja y multicausal, que afecta a numerosos individuos y a sus entornos. Este estudio pretende enriquecer el campo académico y profesional del Trabajo Social, proporcionando datos empíricos y análisis críticos que puedan guiar futuras intervenciones.

Esta problemática requiere enfoques de intervención que sean integrales y personalizados, capaces de abordar no solo el consumo de sustancias, sino también las múltiples dimensiones afectadas, como las relaciones familiares, la integración social, la salud mental y física, y la estabilidad económica.

Preguntas de investigación

¿Qué características tiene el proceso de intervención del Trabajo Social en las instituciones públicas y privadas habilitadas de salud mental que abordan consumos problemáticos en el año 2024 en la ciudad de Mar del Plata?

- ¿Cómo se analiza teóricamente el proceso de intervención del Trabajo Social a partir de la literatura especializada?
- ¿Cuáles son las características de las instituciones que abordan consumos problemáticos en la ciudad de Mar del Plata?
- ¿Cuál es el estado del arte sobre los consumos problemáticos según la bibliografía especializada en la materia?
- ¿Cuál es el marco normativo nacional y provincial que organiza el sistema institucional, tanto público como privado, para el abordaje de los consumos problemáticos?

² Las instituciones habilitadas son las que figuran en el Primer Registro Único Provincial de Establecimientos de Salud (RUPES).

Objetivos

General: Caracterizar el proceso de intervención del Trabajo Social de las instituciones públicas y privadas habilitadas de salud mental que realizan abordajes de consumos problemáticos en el 2024, en la ciudad de Mar del Plata

Específicos:

- Analizar la categoría teórica del proceso de intervención del Trabajo Social a partir de la literatura especializada
- Caracterizar las instituciones de abordaje de los consumos problemáticos de la ciudad de Mar del Plata
- Describir el estado del arte sobre los consumos problemáticos a partir de la bibliografía especializada en la materia
- Exponer el marco normativo nacional y provincial que organiza el sistema institucional público o privado de abordaje sobre consumos problemáticos.

Aspectos metodológicos

Estrategia metodológica

Esta investigación, de tipo descriptivo, ha sido diseñada para responder a los objetivos planteados en la presente tesis. Debido a que se centra en describir y ofrecer una representación detallada de las observaciones y de lo que los entrevistados expresan, para posteriormente interpretar y conceptualizar estos registros.

La investigación cualitativa según Vasilachis del Gialdino, I. (2006) se interesa en la vida de las personas, considerando sus perspectivas subjetivas, historias, comportamientos, experiencias, interacciones, acciones y significados. Esta metodología interpreta estos elementos dentro de su contexto particular, con el objetivo de comprender y explicarlos mediante la causalidad local.

Al ser una investigación de tipo descriptiva, emplearemos técnicas de recolección de datos específicas para la obtención y análisis de información, tanto de fuentes primarias como secundarias, lo que nos proporcionará una perspectiva aproximada de la realidad que queremos estudiar.

Restrepo, O. (2003) expresa que, en las técnicas cualitativas, los sujetos encarnan las técnicas, es decir que son los participantes principales. Con respecto a la entrevista dice que "(...) es un evento dialógico, propiciador de encuentros entre subjetividades que se conectan o vinculan a través de la palabra permitiendo que afloren representaciones, recuerdos, emociones y racionalidades pertenecientes a la historia personal, a la memoria colectiva y a la realidad sociocultural de cada uno de los sujetos implicados". Además, en el momento de la entrevista es necesario tener la capacidad de escucha y observación para poder captar los detalles sutiles que aportan información relevante, refiere a la comunicación no verbal (Restrepo, O. 2003, p.104).

Por otra parte, la autora Guber, R. (1991) manifiesta que la información que el campo nos provee, vamos a procesarla y luego convertirla en datos, por lo que esta diferencia entre información y dato es crucial para entender que las técnicas no aseguran la recolección de hechos en su estado puro.

Fuentes Primarias

La principal fuente de recolección de datos va a ser la entrevista en profundidad, debido a que es la que nos podría permitir la concreción de nuestros objetivos.

Según Taylor, S.J. y Bogdan, R. (1987), las entrevistas cualitativas se caracterizan por ser no directivas, no estructuradas, no estandarizadas y abiertas. Utilizan la expresión "entrevistas en profundidad" para referirse a este método de investigación cualitativa. Por entrevistas cualitativas en profundidad, entienden reiterados encuentros cara a cara entre el investigador y los informantes, dirigidos a comprender las perspectivas que los informantes tienen respecto de sus vidas, experiencias o situaciones, tal como lo expresan con sus propias palabras.

Por su parte, los autores Marradi, A., Archenti, N., & Piovani, J. I. (2007) afirman que este tipo de entrevista permite obtener información de manera flexible, capturando la riqueza y profundidad de las respuestas en las propias palabras de los participantes. Además, brinda la oportunidad de aclarar conceptos en un entorno más dinámico que el de las entrevistas estructuradas utilizadas en las encuestas.

De tal forma, realizaremos entrevistas en profundidad con un guión flexible a los trabajadores sociales de las instituciones públicas y privadas habilitadas de salud mental que realizan abordajes de consumos problemáticos en el 2024, en la ciudad de Mar del Plata.

Es así que las instituciones que seleccionamos para la concreción de nuestros objetivos son las siguientes:

Por un lado, las que figuran en el Primer Registro Único Provincial de Establecimientos de Salud (RUPES). Estas instituciones son privadas y habilitadas³ que brindan tratamientos de salud mental y consumos problemáticos en la Provincia de Buenos Aires (2022), en la ciudad de Mar del Plata.

-Posada del Inti⁴

-El Faro⁵

-Fundación Chance⁶

También, las que dependen de la Secretaría de Políticas Integrales Sobre Drogas de la Nación Argentina:

-Dispositivo Territorial Comunitario (DTC⁷) Casa Caracol. Sedronar⁸

-Dispositivo Territorial Comunitario (DTC) El Martillo. Sedronar

-Dispositivo Territorial Comunitario (DTC) Bosque Grande

³ Habilitadas por el DECRETO-LEY No 7.314/67 Y SU DECRETO REGLAMENTARIO No 3.280/90 MODIFICATORIAS.

⁴ Posada del Inti es una ONG fundada en el año 2002, que se dedica a la prevención, asistencia e integración social de trastornos psicofísicos y sociales. Cuenta con dos sedes residenciales y una ambulatoria (Posada del Inti (s.f.). CENTRO DE ASISTENCIA Y PREVENCIÓN DE TRASTORNOS PSICOFÍSICOS Y SOCIALES. <https://posadadelinti.org/>).

⁵ El Faro es una ONG fundada en el año 1993 que aborda la problemática del consumo problemático de drogas. Cuenta una sola sede como un centro de día o de medio día, es decir ambulatorio (El Faro (s.f.). Centro de Salud Mental y Adicciones Mar del Plata. <https://elfaro.simdif.com/>).

⁶ La Fundación Chance es una institución privada, habilitada que brinda tratamiento terapéutico integral en salud mental y consumos problemáticos bajo la modalidad ambulatoria. Su equipo es interdisciplinario compuesto por una licenciada en Trabajo Social, cuatro licenciados en Psicología, una licenciada en Terapia Ocupacional y dos doctores especializados en Psiquiatría.

⁷ SEDRONAR (Secretaría de Políticas Integrales Sobre Drogas de la Nación Argentina), su enfoque se basa en

el respeto de los Derechos Humanos, poniendo el eje en el sujeto; y cuenta con distintos espacios que forman parte de la red territorial en toda la Argentina, entre los que encontramos los Dispositivos Territoriales Comunitarios (DTC).

⁸

Casa Caracol, El Martillo y Bosque Grande son Dispositivos Territoriales Comunitarios (DTC) que abordan la prevención y el tratamiento de los consumos problemáticos de sustancias psicoactivas desde un enfoque integral y comunitario, teniendo en cuenta las particularidades de las zonas donde estén ubicados.

<https://www.argentina.gob.ar/noticias/el-diat-casa-caracol-de-la-sedronarfesteja-su-quinto-aniversario>).

Por otro lado, un centro provincial de atención de la salud mental y adicciones, forma parte de la red pública de servicios de salud en prevención y asistencia a personas con uso problemático de sustancias.

-Centro Provincial de Adicciones (CPA)⁹

Fuentes secundarias

Para llevar a cabo este estudio, realizamos una revisión exhaustiva de diversas fuentes legislativas y teóricas que enmarcan la problemática abordada. Esta revisión incluyó tratados internacionales, así como leyes y decretos emitidos a nivel nacional, provincial y municipal. Además, consultamos material teórico especializado que aporta un sustento conceptual sólido a la investigación. Este material incluye libros, artículos académicos y estudios previos.

⁹ El CPA Centro Provincial de Atención es una organización gubernamental de salud, que brinda asistencia ambulatoria en relación a problemáticas de salud mental y consumo problemático de sustancias.

Capítulo 1: “Construir la salud mental como objeto de estudio”

Introducción

En el presente capítulo vamos a analizar el concepto de salud mental que ha sido históricamente un tema de estigmatización y exclusión. Las personas con padecimientos mentales fueron asociadas con la peligrosidad, lo que justificaba su reclusión en manicomios y el uso de tratamientos coercitivos e inhumanos. Este enfoque, consolidado en el siglo XIX, permaneció durante gran parte del siglo XX¹⁰. Sin embargo, la desmanicomialización y la búsqueda de restitución de derechos para estas personas marcaron un cambio hacia una mayor integración social¹¹. En Argentina, la Ley Nacional de Salud Mental N°26.657 del año 2010 representa un hito en este proceso, al definir la salud mental como un Derecho Humano que exige un abordaje interdisciplinario hacia quienes sufren de padecimientos mentales.

En este contexto, consideramos que el Trabajo Social juega un papel clave en el campo de la salud mental al enfocarse en los aspectos sociales y en la relación entre las personas y su entorno social. A diferencia de otras disciplinas que abordan el padecimiento mental desde una perspectiva clínica, el Trabajo Social lo aborda desde lo social principalmente, e integra los aspectos sociales, vinculares, socioeconómicos, culturales, contextuales e históricos que influyen en la vida de las personas y por lo tanto en su salud mental. Su aporte es esencial para comprender el padecimiento mental como un proceso dinámico y multifacético y para promover la inclusión social y la restitución de derechos.

¹⁰ Uno de los elementos que vamos a trabajar en el desarrollo de este trabajo sugiere que estas figuras, si bien están normativamente superadas, aún se sostienen dentro de imaginarios sociales, de prácticas institucionales –las cuales claramente no están disociadas del contexto social en el que están inscriptas-, de distribución de oportunidades y asignación de posiciones sociales. Los modelos de integración de los que partimos requieren ser pensados como tendencias que no funcionan de manera *absoluta*, sino *relativa y conflictiva*.

¹¹ Castel (1997) entiende la integración social como la forma que se realiza la inscripción de los sujetos en la organización social. Se trata de un proceso dinámico que se vincula estrechamente con la relación entre trabajo, protección social y ciudadanía.

¿Qué es la salud mental?

La salud mental es parte integral de la salud y el bienestar, tal como sostiene la Organización Mundial de la Salud (OMS). Asimismo, la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. (OMS, <https://www.who.int/es>)

Es indispensable que reconozcamos la importancia de la definición de salud mental que brinda la Ley Nacional de Salud Mental (2010) como “un proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de todas las personas” (Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, 2010, art. 3).

Por su parte, la autora Amico, L. (2004) sostiene que la salud corresponde construirla y reconstruirla en base a las prácticas, y este concepto refiere a: “(...) El máximo bienestar posible en cada momento histórico y circunstancia determinada producto de la interacción permanente de transformación recíproca entre el sujeto social y su realidad” (Amico, L., 2004, p.2).

Además, podemos completar lo que dice esta autora con lo postulado por Carballada, A. (2012): “Desde esta perspectiva, comprender la salud y la enfermedad como proceso, implica aceptar que este se constituye como expresión de una serie de tramas complejas que dialogan con diferentes formas de devenir tanto en lo político, económico, demográfico, sociocultural y medioambiental” (Carballada, A. 2012, p.3). Por otra parte, podemos entender la salud y la enfermedad como un proceso histórico y dinámico, que se encuentra articulado a lo social y lo singular. Articulándose con el padecimiento subjetivo del que lo padece, teniendo en cuenta que también afecta a su entorno social.

De la Exclusión a la Integración: El Proceso de Desmanicomialización

En el siglo XIX se comienza a vincular a las personas con padecimiento mental¹² a la peligrosidad, y de esa forma se justificaban los tratamientos empleados y el encierro

¹² En este escrito utilizaremos este término de “personas con padecimiento mental” debido a que es el término que propone la Ley Nacional de Salud Mental, sustituyendo la palabra “enfermo”.

manicomial. En este sentido, la autora Amico, L. (2004) habla sobre la necesidad de controlar y vigilar al enfermo, siendo irreversible su enfermedad. Así es como los manicomios eran su único hogar posible, y el más cómodo para el resto de la sociedad considerados normales. Retomando las palabras de esta misma autora: "(...) De este modo, la psiquiatría creía tener suficientes "armas terapéuticas" para curar a los locos, aunque para ello tuviera que encerrarlos y tratarlos coercitivamente: Choques biológicos e insulínicos, abscesos de fijación, contención mecánica, celdas de aislamiento, lobotomías, altas dosis de psicofármacos, electrochoque, punciones cisternales, etc., diciéndose aplicadas con fines terapéuticos y no disciplinarios" (Amico, L., 2004, p. s/e).

Por consiguiente, el propósito original del manicomio fue contener la locura. Este enfoque buscaba proteger al resto de la ciudad y mantener el orden social, aunque para ello se les negaran sus derechos y se permitieran todo tipo de mecanismos bajo el nombre de "curar" al paciente. Galende, E. (2008) brinda una conferencia en donde habla sobre la semejanza que existe entre los manicomios y la cárcel, partiendo de que ambas instituciones surgen al mismo tiempo y que son lugares en donde se trata la anormalidad y el delito con los mismos criterios. Por un lado, el manicomio tenía como finalidad corregir la conducta y devolverles la razón a las personas, aunque esto era prácticamente imposible por los métodos y tratamientos que se empleaban, sumado al encierro que era de por vida. Por su parte, "(...) la cárcel moderna se organiza como correccional –por eso se llaman así– son lugares de corrección, de disciplinamiento y de algún modo de castigo como expectativa del cambio de la actitud moral" (Galende, E., 2008, p.402).

Este autor continúa hablando sobre la etapa de la institucionalización de los manicomios, haciendo referencia a Esquirol como padre de la psiquiatría y el responsable de este punto de inflexión o acontecimiento. De tal manera, el autor remite a varios hitos que dieron lugar a este suceso. En la segunda etapa de la Revolución Francesa, Esquirol presenta una ley con la propuesta de crear manicomios en toda Francia, lo que se convertiría en la experiencia que se replicó en el resto del mundo. Lo segundo que logra es que se apruebe una ley sobre el diagnosticado enfermo mental, en donde el mismo director de un asilo o los médicos de las instituciones podían decidir sobre el encierro de las personas con el argumento de peligrosidad para sí mismos o para terceros. Lo tercero que introduce Esquirol como algo novedoso para la época es un cambio epistemológico, debido a que incorpora una nueva forma de comprender los trastornos mentales denominándolos como "enfermedades".

En este sentido, Galende, E. (2008) cita a Foucault, M. para expresar que lo que hace Esquirol es colocar al sujeto con padecimientos mentales como objeto de estudio del médico, lo que permite pensar que en cada sujeto enfermo hay un “objeto descompuesto”.

Al respecto, Mendez, R. (2006) comparte esta misma idea y plantea que “(...) Quienes padecían la locura comenzaron a ser vistos como objetos de estudio para los médicos, pero ahora, dentro de un concepto disciplinario y más abarcativo; el de peligrosidad. Por ello las instituciones de encierro tenían una doble finalidad, la de cuidar al loco, pero también la de cuidar a la sociedad de aquellos que son peligrosos” (Mendez, R., 2006, p.34).

Basaglia, F. (1968) en “La Institución Negada” plantea que la primera realidad del enfermo mental es la de ser un hombre sin derechos y sin libertad. Desde esta perspectiva, el enfermo mental no solo es un excluido socialmente, sino también se lo considera como alguien incomprensible y, por ende, peligroso. En este contexto de total permisividad para quienes ejercen control sobre ellos, su única posibilidad era la “muerte civil”: sin derechos y obligados a la perpetua exclusión de la vida social.

Esta noción de “peligrosidad” se empleaba para justificar el encierro de quienes padecían “locura”. Bajo este enfoque, se argumentaba que era necesario proteger a la sociedad de los individuos considerados peligrosos.

Foucault, M. (1983) explica cómo es que esas prácticas principalmente por parte de la psiquiatría, eran sostenidas y de alguna forma avaladas por gran parte de la sociedad. Así es como el autor remite al concepto de “régimen de verdad”, en donde expresa que la verdad se genera a partir de sistemas de poder que la producen y la sostienen, pero una vez establecida genera determinadas prácticas.

Para entender cómo esto, de alguna forma, fue avalado por la sociedad, es fundamental que tengamos en cuenta el lugar que se le otorgaba al médico en la sociedad: una figura de autoridad superior, dotada de conocimientos sobre las enfermedades y sus curas. Esta posición de poder y conocimiento servía para justificar el poder que se le otorgaba al médico, consolidando así su dominio y control sobre los pacientes, especialmente en este ámbito de la salud mental.

Foucault, M. (2003) en su libro “El poder psiquiátrico” argumenta que la psiquiatría da lugar a un discurso clínico que clasifica la locura como una enfermedad mental, con sus propios síntomas, diagnósticos y definiciones. Foucault, M. (2003) dice que la psiquiatría, al considerarse una ciencia, se otorga el poder de definir la verdad sobre la locura. Aunque reconoce que puede cometer errores, pero se reserva el derecho de corregirlos y de imponer su interpretación de la realidad a los pacientes. Es por esto que la psiquiatría se posiciona

como la autoridad suprema en lo que respecta a la verdad sobre la locura, y en base a eso se crean diversos discursos que forman parte de ese “régimen de verdad”, que se sostuvo en la sociedad por tanto tiempo.

¿Cómo surge la ley de salud mental en Argentina?

A lo largo de los años inferimos que no es suficiente que un derecho se encuentre escrito en un papel para que se efectivice y que el Estado deba cumplir sin excepción; algo que en la realidad no ocurre¹³. Es por eso, que en el mundo moderno los derechos sociales no dependen sólo del interés ciudadano, ni de un orden político; sino que de un conjunto de factores económicos, sociales y culturales, que también inciden.

La salud mental logró entrar en la agenda pública y generar repercusiones lo suficientemente fuertes como para que el Senado y la Cámara de Diputados de la Nación Argentina se reunieran para formular un nuevo proyecto de ley¹⁴. De esta forma sabemos que la idea de salud mental tal como se entiende en la actualidad, se fue gestando a lo largo de los años, es decir que fue un proceso gradual resultado de una serie de acontecimientos diversos.

A mitad del siglo XX, con la llegada del peronismo comienzan a introducirse ideas en base a los derechos y la dignificación convirtiendo a la salud en una obligación del Estado. Es así como en 1946 se crea la Secretaría de Salud Pública a cargo del Dr. Carrillo¹⁵ el cual comenzó a hablar de “enfermos mentales” y reemplazar el término “higiene mental” por “salud mental”, es decir que se comienza a pensar otro concepto en relación a la salud-enfermedad. Unos años más tarde, en 1957, se crea el Instituto Nacional de Salud Mental, que tendrá como objetivo la asistencia integral de los enfermos mentales, con una mirada crítica hacia los manicomios.

En relación a esto, Basaglia, F. (2000) prefería utilizar la palabra “destrucción” en lugar de “transformación” al referirse al manicomio. Lo cual no es casualidad, debido a que sostenía

¹³ Silvia Levín (1997) habla de una tensión fundamental en el concepto de ciudadanía. La misma tiene que ver con las titularidades, es decir, los derechos proclamados jurídicamente y las provisiones, es decir, la accesibilidad realmente existente a esos derechos.

¹⁴ Nos referimos a la Ley Nacional de Salud Mental.

¹⁵ Fue la primera persona que ejerció el cargo de ministro de Salud de Argentina, durante la presidencia de Juan Domingo Perón.

que los manicomios tenían que ser eliminados por completo, evitando así que el reflejo del manicomio siga perpetuando la imagen de la locura.

Por otro lado, durante la dictadura cívico militar (1976-1983) se llevó a cabo un proceso de reorganización nacional destruyendo los servicios de salud mental y violando los DD.HH. de las personas. Fue así como el Campo de la Salud Mental sería otro de los blancos para la dictadura, debido a que los debates y cambios estructurales que se proponían iban en consonancia con las grandes expresiones de lucha de la década de los '60. Representando un significativo retroceso en materia de Derechos Humanos, y más aún en salud mental.

Luego de recuperada la democracia en diciembre de 1983, existía un amplio consenso de la mayor parte de los partidos políticos argentinos sobre la necesidad de realizar una reforma constitucional que incorporara las nuevas orientaciones en materia de Derechos Humanos y mecanismos de defensa de la democracia.

En 1990 con la Declaración de Caracas de la OPS¹⁶ y la OMS¹⁷ se insta a los gobiernos a reestructurar la salud mental y promover modelos alternativos.

En este contexto la Argentina comenzó a recibir presión de los organismos internacionales de DD.HH. y además internamente por parte de activistas, ex pacientes y movimientos de desinstitucionalización. En este sentido, sabemos que los países no pueden ser totalmente independientes, hay fuerzas internacionales que influyen en algunas decisiones, ejerciendo cierta presión sobre el resto. La finalidad de estos organismos era que Argentina se ajustara a los estándares internacionales de DD.HH. y considerara las recomendaciones para una transformación en el ámbito de la salud mental.

En ese momento existían significativas disparidades entre los servicios de salud mental en las distintas provincias del país, como la de Río Negro, CABA y San Luis.

En 1991 la experiencia de Río Negro fue pionera sancionando la Ley 2440, más conocida como la “Ley de Desmanicomialización”, dejando atrás el viejo modelo que consideraba a las personas con padecimiento mental como “peligrosos” para la sociedad y los condenaba al encierro y al aislamiento. En su capítulo primero artículo 1º dice que “ La recuperación de la identidad, dignidad y respeto de la persona humana con sufrimiento mental, expresada en términos de su reinserción comunitaria, constituyen el fin último de esta Ley y de todas las acciones que de ella se desprenden” (Ley N 2440, 1991, Art. 1).

¹⁶ OPS: “Organización Panamericana de la Salud”.

¹⁷ OMS: “Organización Mundial de la Salud”.

Posteriormente en CABA en el año 2000 se promulga la Ley 448, sus artículos 2º y 3º introducen el concepto de salud mental articulado con el de DD.HH. y brindando un marco para pensar la salud como concepto multirreferencial, abierto y dinámico. Dicha ley determina la desinstitucionalización, la rehabilitación y la reinserción social de los pacientes. Asimismo, integra a los profesionales en equipos interdisciplinarios de salud mental, equiparando los títulos de grado en iguales jerarquías (competencias) sin desconocer los saberes específicos (Ley N 448, 2000, art. 2 y 3).

Tiempo después, en el año 2006, la Legislatura de la Provincia de San Luis sancionó la Ley N° I-0536, la cual contiene varias disposiciones con respecto a la salud mental y los derechos de las personas con discapacidades mentales, prohibiendo la institucionalización de las personas con discapacidades mentales, así como también presume que estas personas son capaces de tomar sus propias decisiones (Ley N° I-0536, 2006).

Promulgación de la Ley Nacional de Salud Mental

De acuerdo con lo que hemos expuesto, queda en evidencia que cada provincia establecía sus propias leyes, por la falta de una legislación a nivel nacional en materia de Salud Mental. En este sentido, el informe “Vidas Arrasadas” realizado por Mental Disability Rights International (MDRI) y el Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS) los cuales tuvieron lugar entre 2004 y el 2007, fue uno de los documentos utilizados para la construcción de la Ley Nacional de Salud Mental. En el mismo se hace una descripción y caracterización de dicho campo en torno a las diferentes vulneraciones de derechos de las personas que se encontraban en grandes instituciones monovalentes en el país.

De esta forma, recién con el gobierno de Néstor Kirchner (2003-2007) y Cristina Fernández (2007-2015) se comienza a priorizar la salud mental dentro de las políticas públicas del país y con “(...) fuerte presencia de Políticas Sociales ligadas a la Inclusión Social, se presenta como una nueva perspectiva donde el Estado comienza a reaparecer como garante de Derechos Sociales y Humanos” (Carballeda, 2012).

La ratificación por parte de la Argentina de la Convención de Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD) en 2006 fue un hito en la agenda de salud mental con perspectiva de DD.HH. en todo el mundo. La Argentina firmó la CDPD y la

ratificó en 2008, por lo que la hizo norma doméstica para el país. El CELS¹⁸ se involucró en la introducción de la Convención en el contexto local y participó junto a un creciente campo de activismo por los derechos de los usuarios de servicios de salud mental, familiares y profesionales, en la movilización social y política que dio lugar a la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental N 26.657 de Protección de los derechos en salud mental en diciembre de 2010.

Junto a esto, el CELS contribuyó con lineamientos al contenido de la ley y, tras su sanción incidió en la formulación de su decreto reglamentario (promulgado en 2013) de modo que resultara efectivamente protector de derechos. La Ley estableció la creación del Órgano de Revisión Nacional de la Ley 26.657, instancia de monitoreo de la implementación de la ley y de conocimiento de violaciones a los derechos que esta contempla (Salud Mental: La historia del trabajo del CELS, 2021).

En el año 2015, ocurrió un suceso que creemos que refuerza la idea de la Ley Nacional de Salud Mental. Nos referimos a la modificación del Código Civil de Vélez Sarsfield de 1871, en donde se establecía un modelo tutelar de incapacidad, es decir que permitía la privación de la capacidad jurídica¹⁹ de una persona. De esta forma, a las personas con padecimiento mental las categorizaba como los locos e incapaces que debían ser evaluados por el saber dominante del modelo médico-psiquiátrico entendiendo que la persona presentaba una alteración psico-físico-funcional que afectaba su vida en la sociedad.

En ese mismo año, 2015, el nuevo Código Civil y Comercial de la Nación estableció que la ley presupone la capacidad de todas las personas, incluidas las personas con padecimiento mental, fomentando el respeto por sus derechos y las decisiones que lo impliquen. Es por eso, que se enmarcó en este cambio de paradigma respecto a la salud mental y los DD.HH., articulándose con la Ley Nacional de Salud Mental y la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad; de esta manera, se resalta la importancia de la actualización del Código Civil y Comercial de la Nación lo cual marca un punto de inflexión significativo.

Por parte de las autoras de esta investigación sostenemos que esta Ley Nacional de Salud Mental tiene como propósito restituir, promover y garantizar derechos, y a recordar lo que no puede repetirse otra vez. De esta forma se constituye en una política pública y se inscribe en un nuevo paradigma relacionado a los derechos, sobre todo los DD.HH.

¹⁸ CELS: “Centro de Estudios Legales y Sociales”.

¹⁹ La capacidad jurídica hace referencia a la aptitud de la persona para ser titular de derechos, ejercerlos y adquirir obligaciones

Trabajo social en el campo de la salud mental

Por otra parte, en relación al Trabajo Social, Méndez, R. (2006) expresa que la participación del trabajo social en el campo de la salud mental no fue por obra de alguna generosa invitación, sino por la necesidad que ese campo tiene de integrar lo que el Trabajo Social sabe hacer. Debido a que puede aportar la especificidad de su mirada, como ser la historicidad de la persona con padecimiento mental. La complejidad de la situación necesita de la participación de esta disciplina para complementarse con otras en la interpretación del campo.

Para el trabajo social la historicidad es darle voz a esa persona que "(...) significa poner a esa persona dentro de un sistema de pertenencia: social, familiar, cultural, laboral, institucional, escolar, de relaciones; desde donde el hombre es significado y a su vez resignifica su realidad circundante" (Méndez, R., 2006, p.40). Esto quiere decir, que no podemos disociar a la persona de su medio social, ya que no son sujetos aislados, por el contrario, se encuentran inmersos en un contexto sociohistórico, con determinadas relaciones sociales. El Trabajo social (...) tiene herramientas metodológicas para establecer cómo es el desenvolvimiento social de una persona, o el reconocimiento que ella tiene de su desenvolvimiento y que nos permite manifestar sus posibilidades -capacidades- de estructurar una experiencia humana" (Méndez, R., 2006, p.44).

En relación a lo expuesto Méndez, R., Wraage, D., & Costa, M., (2012) dicen que el Trabajo Social desempeña un rol esencial en el campo de la salud mental, destacándose por su enfoque en la interacción del individuo con su medio social. A diferencia de disciplinas como la psiquiatría o la psicología que se centran en el diagnóstico clínico, el Trabajo Social valora la dimensión social del padecimiento mental, analizando cómo las relaciones y condiciones de vida influyen en la salud mental. Sin centrar su atención exclusivamente en los síntomas o diagnósticos clínicos, sino en cómo el contexto y las condiciones sociales, históricas y culturales influyen en el padecimiento mental.

En este sentido, los autores ponen acento en el concepto de historicidad, donde el Trabajo Social busca restituir la "historicidad" de la persona, es decir, su contexto social, familiar y cultural, como un componente esencial para entender y tratar el padecimiento mental. Este enfoque critica la separación de lo clínico y lo social, ya que para abordar eficazmente la

salud mental es necesario considerar cómo la persona con padecimiento mental se relaciona con su entorno y cómo este entorno influye y contribuye a su salud mental. Es por eso que “(...) El trabajo social propone al respecto que no se puede separar la manifestación del padecimiento mental de las condiciones de su aparición; ni a la persona que lo padece de sus condiciones de existencia (...)” (Méndez, R., Wraage, D., & Costa, M., 2012, p.430). Es por eso que las contradicciones sociales que una persona experimenta, los conflictos que vive y que no puede solucionar también influyen en el padecimiento mental.

Ley de salud mental y Trabajo Social

Carballeda, A. (2012) plantea que se debe comprender a la salud y la enfermedad como un proceso dinámico, en donde intervienen distintos componentes de orden social, cultural, histórico, económico, político, demográfico, medioambiental, etc. Por eso resulta fundamental contar con perspectivas y miradas diversas provenientes de distintas disciplinas. Debido a que no alcanza una sola mirada para comprender, abordar e intervenir en la complejidad de la realidad de una persona.

La Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 comprende la importancia de lo expuesto, por lo cual “tiene por objeto asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas, y el pleno goce de los derechos humanos de aquellas con padecimiento mental”. Además, exige que la atención esté a cargo de un equipo interdisciplinario, compuesto por las áreas de psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional y otras disciplinas, reconociendo en igualdad a todos sus integrantes en relación a su profesión al momento de intervenir y tomar decisiones (Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, 2010).

Desde su primer artículo se presenta su premisa que es asegurar el pleno goce de los Derechos Humanos de aquellas personas con padecimiento mental. De tal forma, se vuelve inevitable que pensemos la relación con el Trabajo Social, que es precisamente una profesión cuyo principio fundamental es garantizar derechos.

Esto mismo, se establece a partir de la jerarquización y reconocimiento de la profesión de Trabajo Social mediante la sanción de la Ley Federal del Trabajo Social N°27.072, promulgada en el año 2014, en donde establece a lo largo de sus artículos que el trabajador social se encuentra posicionado “siempre en defensa, reivindicación y promoción del ejercicio

efectivo de los derechos humanos y sociales” (Ley Federal de Trabajo Social N°27.072, Artículo 9).

Por lo cual, se brinda el reconocimiento al trabajador social que tiene como principio fundamental garantizar derechos. Al respecto, la autora Hamilton, G. (1951) sostenía que la profesión del Trabajo Social se encuentra en un terreno democrático, debido a que se preocupa por las necesidades, derechos y valores de las personas.

Capítulo 2: Consumo Problemático

Hipócrates²⁰ especificó claramente: las drogas no son ni buenas ni malas, es un asunto de dosis y utilización, una misma droga puede ser veneno o antídoto.

Gersberg (2018) Una adicción no es una identidad, una forma de ser-en-el-mundo sino, un momento en la vida de un individuo

Pavlovsky (2019) "La adicción es una problemática de la salud mental y no una falla de la personalidad, una debilidad moral o un problema legal" (Pavlovsky, 2019, p.93).

Introducción

El consumo problemático es una problemática social compleja, influenciada por múltiples factores de índole social, mental, físico, contextual, económico, política y familiar. La misma se desarrolla en el marco de una sociedad de consumo, donde se promueve la insatisfacción perpetua que impulsa a las personas a buscar alivio o placer inmediato y constantemente. Por otro lado, las representaciones sociales sostenidas por esta sociedad influyen significativamente en la construcción de percepciones sobre esta problemática, generando una imagen distorsionada del consumo problemático. Es por eso que el vínculo que se establece entre el consumo de sustancias, la ilegalidad, la peligrosidad y la cuestión de la voluntad individual contribuye a reforzar un imaginario social cargado de estigmas y simplificaciones.

Sin embargo, si una persona con consumo problemático estuviera atravesando una enfermedad como el cáncer, no se le exigiría la misma responsabilidad ni se la juzgaría por su comportamiento. Del mismo modo, es crucial reconocer que las conductas asociadas al consumo problemático son una manifestación de la enfermedad, y deben ser abordadas desde una perspectiva comprensiva y no punitiva. Además, es esencial considerar a la familia y a las

²⁰ Hipócrates fue un médico griego de la antigua Grecia, conocido como "el padre de la medicina".

redes de apoyo de la persona, que muchas veces participan, consciente o inconscientemente, en las dinámicas que sostienen el consumo.

En el siguiente capítulo abordaremos el consumo de drogas que es una práctica que ha acompañado a la humanidad a lo largo de la historia, adquiriendo significados diversos según las épocas y las culturas. Inicialmente, estas sustancias eran utilizadas en contextos religiosos, festivos y curativos, como parte de las costumbres comunitarias. Sin embargo, el consumo de drogas comenzó a considerarse un problema social en el siglo XIX, cuando las políticas estatales y los procesos industriales impulsaron su regulación.

En la actualidad, los consumos problemáticos de sustancias están profundamente vinculados a la sociedad de consumo. Este contexto genera insatisfacción perpetua y promueve el uso de sustancias como una solución rápida a malestares emocionales o físicos. Además, persisten estigmas y representaciones sociales que simplifican y criminalizan a quienes presentan consumos problemáticos, lo que agrava su situación y dificulta su tratamiento adecuado.

En este capítulo abordaremos también, los antecedentes históricos del consumo de drogas, los modelos que explican sus dinámicas, y el marco legal vigente en Argentina. Analizaremos las formas en que la sociedad de consumo y las representaciones sociales condicionan las percepciones sobre el consumo de sustancias, así como los enfoques terapéuticos y normativos que buscan responder a esta compleja problemática.

El origen histórico del consumo de drogas

El consumo de drogas fue una práctica recurrente a lo largo de la historia de la humanidad, presente en diferentes sociedades y culturas, según el Manual de la Sedronar (s/f)²¹. Sin embargo, los significados asociados a esta práctica no fueron estáticos, sino que cambiaron con el tiempo. Históricamente, el consumo de sustancias estuvo vinculado a prácticas culturales, religiosas, festivas o curativas que eran aceptadas, entendidas y compartidas por los miembros de una comunidad.

Touzé, G. (2006) sostiene que el uso de drogas comenzó a ser definido como un problema social recién en la segunda mitad del siglo XIX. Donde los estados comenzaron a

²¹ Manual de la Sedronar durante el gobierno de Alberto Fernandez.

intervenir para regular los consumos y se comienzan a utilizar los términos de toxicomanía y toxicómanos, para designar a aquellos que abusaban de estas sustancias. Este período histórico coincide con el crecimiento de los procesos industriales y la comercialización a gran escala de todo tipo de mercancías.

A partir de este cambio en la percepción del consumo de drogas, los esfuerzos de control se intensificaron en el siglo XX. En 1961 La Convención de las Naciones Unidas estableció un mandato global para prohibir ciertas sustancias, como la marihuana, cocaína y heroína. En 1974, este organismo adoptó la figura de la "guerra contra las drogas", y en la actualidad, el mismo foro ha consolidado la consigna del "problema mundial de las drogas".

Sociedad de consumo: la insatisfacción perpetua como contexto de los consumos problemáticos

En la actualidad, el consumo de drogas no puede desvincularse de la lógica impuesta por la sociedad de consumo, en la cual todas las personas son consumidores, aunque no todas desarrollan un consumo problemático, según dice la Sedronar²² (s/f). Los consumos problemáticos se enmarcan en este contexto, donde está naturalizado recurrir a una sustancia o actividad que promete bienestar de manera rápida y eficaz, ya sea para evitar o aliviar el sufrimiento o para obtener placer.

Bauman, Z. (2007) expresa que la sociedad de consumo se fundamenta en la insatisfacción de las necesidades de sus miembros. En lugar de alcanzar un estado de bienestar duradero, el sistema de consumo los impulsa a buscar continuamente nuevos productos o experiencias, alimentando la ilusión de que la felicidad está siempre a un paso, aunque nunca se consigue. Es por esto que la insatisfacción perpetua se convierte en la condición de la sociedad de consumo. Cada vez que una persona satisface un deseo o una necesidad la sociedad de consumo genera uno nuevo, y así sucesivamente.

El mismo autor expresa que el consumo ya no configura una respuesta a las necesidades, sino que se convierte en un comportamiento automático de mantenerse actualizados o satisfechos temporalmente. Es por eso que el sistema económico basado en el

²² Sedronar (Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina).

consumo necesita que los deseos nunca se satisfagan completamente, ya que si las personas alcanzan una satisfacción duradera dejarían de consumir.

Por su parte, la autora Stolkiner, A. (2016) también realiza una crítica hacia la sociedad de consumo, aunque su atención se dirige hacia la medicamentización. La cual constituye la creencia de que existe un fármaco para solucionar cualquier malestar, evitar la tristeza, dormir mejor, mantenerse alerta, aumentar la diversión, controlar el apetito, entre otros. Esta tendencia no solo busca solucionar malestares físicos o emocionales, sino que también responde a las exigencias de la cultura de consumo moderna. En una sociedad que valora el éxito, la productividad y la rapidez, se promueve el uso de medicamentos como una herramienta para mantener el ritmo.

Es por eso que consideramos que la sociedad de consumo no solo configura los hábitos de consumo material, sino que influye en la manera en que las personas gestionan y enfrentan sus emociones y sus problemas. Los consumos problemáticos se inscriben en esta lógica planteada, donde el alivio rápido y la satisfacción inmediata se normalizan. Entonces, comprender esta dinámica es fundamental para abordar los consumos problemáticos desde una perspectiva integral y crítica, que tome en cuenta los factores de índole social y cultural que operan en la lógica del consumo.

Imaginario social sobre el consumo problemático

Existen numerosas afirmaciones y creencias en torno a las personas que tienen consumos problemáticos. En general cuando se trata de personas que consumen drogas no se habla de “consumo problemático”, sino que se las etiqueta como “adictos” o “drogadictos”, entre otros términos. Al imaginar a alguien en situación de consumo, es probable que surja una representación específica en la mente colectiva, una representación que suele distanciarse significativamente de la realidad. El vínculo casi inevitable que se establece entre el consumo de sustancias, la ilegalidad y la peligrosidad contribuye a reforzar un imaginario social cargado de estigmas y simplificaciones.

Por otro lado, existe una segunda complicación que se relaciona con la noción de voluntad, ya que en el imaginario social persiste la idea de que quien consume drogas lo hace

por una cuestión de elección o deseo. Sosteniendo que el consumo es únicamente el resultado de una decisión personal consciente y deliberada, un acto de voluntad.

Estas concepciones no solo ignoran la complejidad de las experiencias individuales y los múltiples factores que intervienen, sino que también perpetúan prejuicios que dificultan una comprensión real e integral de esta problemática social tan compleja y de quienes presentan algún tipo de consumo problemático.

En relación a las representaciones sociales Moscovici, S. (2000) dice que constituyen un fenómeno específico relacionado con una manera particular de comprender y comunicar, que al mismo tiempo crea la realidad y el sentido común. De tal forma, expresa que se encuentran constituidas por creencias, ideas ante determinadas situaciones y son compartidas por un colectivo social, como parte de la construcción del sentido común. Por esto mismo, las representaciones sociales producen discursos a través de los cuales se legitima, naturaliza y se da significado a la realidad. Por lo tanto, el sentido común o el imaginario social de una sociedad es una interpretación de la realidad.

Por su lado, Becker, H. (1963) dice que la creación y aplicación de reglas en una sociedad no son procesos neutrales, sino que están influenciados por intereses de poder y conflictos de valores. Antes de que un acto sea visto como desviado y antes de que una persona sea etiquetada como marginal por la comisión de ese acto, alguien tiene que haber creado la norma que establece que ese comportamiento es desviado. “(...) La desviación es producto de la iniciativa en un sentido amplio: sin la iniciativa necesaria para que las reglas se creen, la desviación, consecuencia de la infracción a esa norma, no existiría” (Becker, H., 1963, p.181)

Es por eso que las normas que definen la desviación reflejan los valores de los grupos dominantes, esto significa que lo que se considera desviado puede variar significativamente entre diferentes culturas, sociedades, e incluso a lo largo del tiempo en una misma sociedad. Por lo tanto, la desviación y la normalidad son construcciones sociales. De tal manera, comprendemos a los consumos problemáticos teniendo en cuenta el imaginario social que está construido alrededor de este padecimiento.

En determinadas representaciones sociales las drogas son interpretadas como sustancias perjudiciales, lo que justifica la prohibición de su uso. No obstante, esta percepción no es uniforme para todas las sustancias. Mientras que productos como la cocaína, el cannabis

y los opiáceos son categorizados como drogas y, por ende, objeto de prohibición, otras sustancias como el alcohol, el tabaco y los psicofármacos, a pesar de sus efectos potencialmente dañinos, no son consideradas de la misma manera. Esta distinción refleja cómo ciertas sustancias se legitiman y aceptan socialmente, mientras que otras son estigmatizadas, creando una polarización entre las drogas aceptables y las inaceptables en función de normas culturales y sociales. (Manual Sedronar, s/f)

El Manual de la Sedronar (s/f) dice que en términos estadísticos, el alcohol es la sustancia más consumida a nivel global y junto con el tabaco es responsable de un mayor número de muertes que todas las drogas psicoactivas. Estos datos destacan el impacto significativo de ambas sustancias en la salud pública. A pesar de ser legal y de venta libre en Argentina, el alcohol es una droga, y además, es la sustancia psicoactiva más consumida. Lidera las estadísticas de morbilidad y mortalidad asociadas a su consumo tanto a nivel nacional, regional, como mundial. Según la OMS, el consumo nocivo de alcohol causa 3 millones de muertes anualmente en el mundo.

Sin embargo, el mismo manual dice que este potencial negativo del consumo de alcohol suele pasar inadvertido, debido a que las preocupaciones en torno al consumo de drogas tienden a centrarse en las demás sustancias. En la cultura argentina el alcohol está profundamente integrado como un componente esencial de situaciones sociales y festivas, lo que pone en evidencia que la sociedad acepta el consumo de alcohol. Es por eso que esta naturalización dificulta reconocer cuándo el consumo de alcohol se convierte en un problema.

Stolkiner, A. (2016) coincide con esta idea y añade que existe un marcado estigma y discriminación hacia el consumo de sustancias en personas que viven en condiciones de pobreza. Mientras que los consumidores de psicofármacos que acceden a ellos por medios legales no suelen ser estigmatizados, aquellos que sólo pueden obtenerlos a través de canales ilegales o marginales enfrentan un mayor grado de rechazo social. Esto pone de manifiesto cómo el acceso a las sustancias y las condiciones socioeconómicas influyen en la percepción y el trato hacia el consumidor, incluso cuando se trata de la misma sustancia.

En relación Touzé, G. (2006) señala que sobre las sustancias ilegales prevalece un imaginario social que percibe a las personas que las consumen como peligrosas, violentas, autodestructivas y negligentes con su salud. Este estigma es lo que las representa como

transgresoras de las normas sociales, sin considerar la diversidad de formas, frecuencias o contextos en los que ocurre el consumo.

Por otra parte, existe otro imaginario social que se suele repetir, sobre la voluntad de las personas con consumo problemático. Pavlosky, F. (2019) dice al respecto que muchas veces se percibe que el consumo es una conducta que se elige y que la persona que consume lo hace porque quiere, este patrón de uso compulsivo no es fácil de entender para los cercanos al individuo, quienes a menudo perciben la adicción como una falta de voluntad o una elección consciente.

Por lo tanto, el tener algún tipo de consumo problemático representa cargar con el estigma social de ser un consumidor de sustancias, algo lleno de valores negativos. Es por eso que en general al "adicto" se lo considera como alguien que no desea recuperarse, que es mala persona, que se metió en esto por su cuenta y debe salir por sus propios medios, ya que es una cuestión de voluntad individual. Una idea que persiste, que quien consume drogas lo hace por una simple cuestión de elección o deseo, como si el consumo fuera únicamente el resultado de una decisión personal consciente y deliberada.

Al respecto Gersberg, L. (2018) dice que ninguna familia se sentiría furiosa, irritada y defraudada si una persona con una enfermedad como el cáncer se viese deprimido, no quisiera trabajar, tuviera diferentes dificultades, estuviera de pésimo humor o agresivo. Pero si una persona con consumo problemático presenta esas conductas, la respuesta que recibe de su medio es completamente diferente.

Para abordar de manera integral los consumos problemáticos consideramos que es crucial deconstruir y desnaturalizar las representaciones sociales y los discursos que los rodean. En lugar de centrarse exclusivamente en las sustancias, sus efectos, clase social de la persona o en la voluntad individual, consideramos sumamente necesario reconocer que estas perspectivas contribuyen a la construcción de un imaginario social distorsionado, que refuerza estigmas y simplifica la complejidad de la problemática. Este enfoque limitado pasa por alto los múltiples factores sociales que influyen en el consumo problemático. Es por eso que creemos que se vuelve necesario un análisis crítico de las representaciones sociales para avanzar hacia un abordaje integral que se ajuste al paradigma de derechos vigente en Argentina.

¿Qué es el consumo problemático?

El manual para el Abordaje Integral de Consumos Problemáticos de la Sedronar (2019), entiende como consumo problemático a aquel que imposibilita el desarrollo del proyecto de vida y la libertad en la toma de decisiones personales.

Por su lado, Pavlovsky, F. (2019) dice que el consumo de sustancias se vuelve problemático cuando se cumplen ciertas condiciones como el uso frecuente, el impacto adverso en diferentes aspectos de la vida del individuo, y la incapacidad de dejar de consumir incluso cuando se decide hacerlo. Este consumo se establece de forma paulatina, transformando la vida del consumidor, sus relaciones y su capacidad de razonamiento, llevándolo a una percepción distorsionada de la realidad, a menudo sin darse cuenta de estos cambios.

Gersberg, L. (2018) plantea que lo realmente problemático no son las sustancias en sí, ya que estas son inertes, sino los motivos que llevan a una persona a usarlas. En su análisis, el foco no está en la sustancia ni en sus efectos, sino en la manera en que las personas se relacionan con ellas. Esto implica que el enfoque debe centrarse en comprender las razones y contextos que llevan al consumo, más que en las características de la sustancia.

El manual de la Sedronar (s/f) sostiene que las sustancias son simples objetos y no constituyen la única variable a tener en cuenta en el análisis del consumo. No se les puede atribuir un poder autónomo para "atrapar" a alguien. Estas son mercancías que circulan, se compran y se venden, y su uso se da en el contexto social, influido por los significados que le otorguen.

Pavlovsky, F. (2019) destaca que el consumo de sustancias puede actuar como un mecanismo para disminuir la ansiedad y el "ruido de fondo" de la vida cotidiana, ofreciendo una falsa sensación de claridad y normalidad. Sin embargo, este alivio es temporal y empeora las condiciones físicas y mentales del consumidor. Pudiendo agravar o hacer aparecer trastornos psiquiátricos como psicosis, depresiones y ansiedad.

El autor dice que para que un consumo pueda considerarse problemático tiene que reunir ciertas características: un uso regular, un impacto negativo en alguna dimensión de la vida del individuo y la imposibilidad de detener el consumo, aun cuando las consecuencias pudiesen ser negativas o graves para él, además de la negación acerca de la gravedad de su problema.

Por lo tanto, Pavlovsky, F. (2019) sostiene que la manipulación, la negociación, la mentira y la evitación no son características del paciente, sino del mismo consumo problemático. La persona selecciona aspectos de la realidad, los camufla, los disimula, niega;

aunque su objeto de engaño no es el otro sino él mismo, ya que se convence de algo llegando hasta el final. Por eso, es que el autor expresa que la persona se convence de que está enferma y pide ayuda, luego se convence de que está sana y abandona el tratamiento. El convencimiento que experimenta no es falso, ya que él realmente lo piensa, está convencido, pero en realidad es la propia enfermedad la que le hace creer todo eso.

Desde esta perspectiva, el mismo autor expresa la posibilidad de que el consumo de una sustancia genere un mayor o menor problema para la persona o para la comunidad se relaciona no con las propiedades de la sustancia sino, con el vínculo que la persona establece con la misma en una determinada circunstancia vital. Por lo tanto, es una enfermedad cuando el consumo es problemático, hay muchas personas que utilizan sustancias y no tienen consumos problemáticos, tal como dice Gersberg, L. (2018).

El Manual de la Sedronar (s/f) dice que cuando una persona presenta un consumo problemático, es fundamental considerar su historia previa. Este consumo no se vuelve problemático de manera repentina, sino que es el resultado de un proceso a lo largo de la trayectoria de vida de la persona, adquiriendo un valor cada vez más significativo o en respuesta a una situación particular. Por eso, en algún momento comenzó a convertirse en problemático, lo cual puede identificarse cuando empieza a afectar la salud, las relaciones interpersonales y los proyectos de vida de la persona.

En el mismo manual se establecen los distintos tipos de relación que una persona puede establecer con las sustancias, clasificados en: uso, abuso y adicción. El uso se refiere a un consumo ocasional y aislado, sin un impacto significativo en la vida de la persona. El abuso implica un aumento en la frecuencia y cantidad de consumo, donde la sustancia cumple una función específica, como mejorar el estado de ánimo o aumentar el rendimiento, caracterizándose por su regularidad. La adicción se da cuando la vida de una persona gira casi exclusivamente en torno al consumo de una o más sustancias.

Pablosky, F. (2019) expresa que el consumo problemático es comparable a un iceberg, donde lo visible, como el consumo y el deterioro evidente, es solo una pequeña parte. Lo más grave está oculto: una transformación profunda de la personalidad, de los esquemas de pensamiento, la capacidad de razonar y priorizar, y las habilidades para establecer relaciones afectivas.

Enfoques diferentes

A partir de mediados del siglo XX, tanto desde la medicina como desde el ámbito legal, el uso de drogas empezó a considerarse un problema social y una actividad que genera un impacto bio-psico-social. Hay diferentes tipos de modelos sobre las concepciones del consumo de drogas, cuya principal diferencia radica en el grado de importancia de los tres elementos interactuantes: droga, sujeto y contexto.

Modelo ético jurídico

Según el manual de la Sedronar (s/f) el paradigma punitivo que se basa en el derecho, clasifica el consumo de drogas como un delito, argumentando que las personas que consumen son responsables de su acción por lo que justifica su castigo. Este enfoque se centra en la sustancia y en la aplicación de medidas legales y penales contra los usuarios de drogas, quienes son vistos como delincuentes. Al concebir el consumo de drogas como un delito, este modelo promueve la criminalización y estigmatización de los consumidores.

Graciela Touzé (2006) señala que el modelo presenta una contradicción: por un lado, considera al consumidor como alguien que actúa de forma ilegal, lo que lo convierte en un delincuente. Por otro lado, ve a la droga como el agente activo y al consumidor como su víctima, lo que lleva a percibirlo como delincuente y víctima a la vez.

Este es el enfoque más utilizado por la sociedad en general y el más difundido por los medios de comunicación, que tienden a vincular el consumo de drogas con la delincuencia, y fue desarrollado a principios del siglo XX por el movimiento prohibicionista en los Estados Unidos.

Modelo médico-sanitario:

Según el manual de la SEDRONAR (s/f) este modelo surge como una evolución del paradigma punitivo hacia uno centrado en la desviación. Este modelo, al igual que el anterior, pone acento en la sustancia, entendiendo a ésta como agente causal de enfermedad, por consiguiente se considera al consumidor ya no como delincuente, sino como enfermo. En lugar de ver a los consumidores de drogas como delincuentes responsables de sus actos, la medicina los clasifica como "pacientes" que no son culpables de su consumo. Bajo este enfoque, el consumidor deja de ser visto como un "vicioso" y pasa a ser tratado como un

"enfermo", lo que justifica la necesidad de tratamiento en lugar de castigo. Algunos autores sugieren que la rehabilitación médica ha reemplazado el castigo, aunque de manera indirecta. En este modelo, la drogodependencia se convierte en un tema de estudio médico, donde el "drogadicto" es considerado un enfermo que necesita ser diagnosticado, tratado y reinsertado en la sociedad.

A partir de la década de 1970, ganó fuerza la idea de que los adictos no son criminales, sino personas enfermas que requieren atención médica. Este enfoque se consolidó en los años cuarenta, con la Organización Mundial de la Salud desempeñando un papel clave en su difusión.

Modelo psicosocial:

Touze, G. (2010) expresa que el modelo psicosocial representa un cambio de paradigma en la comprensión del consumo de drogas ya que introduce una perspectiva centrada en la interacción entre el individuo y su contexto social inmediato. Este modelo se enfoca en las dinámicas de consumo, considerando aspectos como la cantidad, frecuencia y las modalidades que varían entre individuos. La red social del sujeto, compuesta por la familia y los pares es vista tanto como un agente preventivo y como un posible factor de riesgo.

Desde este enfoque, el consumo de drogas no se conceptualiza como un vicio o un delito, como en el modelo ético-jurídico, ni como una enfermedad estrictamente biológica, como en el modelo médico-sanitario. En su lugar, el uso de sustancias es entendido como un síntoma de una patología vinculada al estado mental del individuo y las interacciones que mantiene con su entorno inmediato. La autora sostiene que la adicción no es la enfermedad en sí misma, sino una manifestación de un trastorno mental subyacente, inscribiendo a este modelo en el campo de la salud mental.

Según el manual de la Sedronar (s/f) este enfoque comenzó a consolidarse en la década de 1960, como respuesta a la complejidad del fenómeno del consumo de drogas, y a la necesidad de marcos teóricos que no sólo consideraran los efectos directos de las sustancias, sino también los factores psicosociales que influyen en el comportamiento del consumidor.

Modelo socio-cultural:

Touzé, G (2010) dice que el modelo sociocultural considera la complejidad del contexto en la relación entre drogas, individuo y entorno. Las drogas no tienen importancia intrínseca,

sino que adquieren valor según el significado que les otorga una sociedad. Este enfoque busca las causas del consumo en factores macrosociales, como las características de la estructura social, el consumismo y las condiciones socioeconómicas y ambientales. Se interpreta el consumo de drogas como un síntoma de las disfunciones sociales, especialmente asociado a poblaciones marginales.

La autora expresa que los problemas sociales y económicos, como las desigualdades y la falta de oportunidades, son factores clave que contribuyen al aumento del consumo de drogas en la población. Asimismo, las personas que enfrentan pobreza, exclusión social, desempleo, abandono escolar, discriminación, analfabetismo y carencias básicas como la falta de vivienda digna, se encuentran en situaciones de mayor vulnerabilidad. Además, los procesos de urbanización e industrialización mal planificados agravan estas condiciones, generando un entorno propicio para el surgimiento masivo de las drogodependencias. Es decir, el consumo de drogas no surge únicamente por razones individuales, sino como respuesta a problemas estructurales de la sociedad que dejan a ciertos grupos en situaciones desesperadas o sin opciones claras de progreso.

Según Touzé, G. (2010) los programas de reducción de daños implementados recientemente se basan en un enfoque más tolerante hacia el consumo y los consumidores, promoviendo políticas que brindan información veraz y evitan generar alarma social, con el objetivo de educar y capacitar a los consumidores y a la sociedad en general, sin generar miedo o pánico. Este enfoque de reducción de riesgos no busca evitar el consumo en sí mismo, sino minimizar los efectos adversos asociados. Reconoce que, a pesar de los esfuerzos por erradicar el uso de drogas, este persiste, y parte de la premisa de que muchos jóvenes, en algún momento experimentarán con sustancias.

Según el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires (2014), este enfoque se centra en la salud y los derechos humanos, brindando contención sin juicio y facilitando el acceso al sistema de salud para las personas en situación de vulnerabilidad. Los equipos de salud que lo aplican buscan reconocer las diferentes trayectorias de consumo considerando la abstinencia como parte de una estrategia integral. Los objetivos incluyen reducir el uso de sustancias más tóxicas, cambiar las vías de administración, moderar el consumo y promover prácticas de cuidado antes, durante y después del consumo.

El modelo ético-social

Según el manual de la Sedronar (s/f) a partir de 1975 Latinoamérica comenzó un análisis crítico de los enfoques sobre el consumo de drogas. Por su parte, el mismo año, el Fondo de Ayuda Toxicológica (FAT), desarrolló el Modelo Ético Social bajo la dirección del Prof. Alberto Calabrese el cual fue presentado ante la UNESCO y recomendado como modelo de prevención primaria para Latinoamérica, especialmente Argentina. De manera que, este enfoque basado en una sociología crítica, integra elementos de modelos anteriores y amplía la visión al considerar aspectos como la existencia, el sentido de la vida y la ética social. Además, introduce la dimensión comunitaria, y concibe a la persona como un sujeto de derechos.

Además la Sedronar (s/f) expresa que el abordaje del problema se realiza de manera interdisciplinaria, intersectorial y participativa, con una estrategia centrada en generar significados adaptados a la comunidad, basado en la participación activa de todos los actores implicados, con el fin de diseñar proyectos que busquen transformar la realidad existente.

El modelo de abordaje Integral Comunitario:

Según el manual de la Sedronar (s/f) el Modelo de Abordaje Integral Comunitario desde un enfoque relacional, integral y multidimensional, coloca a las personas en el centro, considerando tanto sus trayectorias de vida como sus historias individuales y colectivas. Al mismo tiempo, desde un enfoque de derechos, vincula el consumo problemático de sustancias con los contextos económico, político y cultural en los que se desarrolla. Además, le da una importancia crucial al trabajo en red, reconociendo que ninguna institución puede abordar todos los aspectos del problema por sí sola. En este marco, actores territoriales como organizaciones de la sociedad civil, clubes, iglesias y el Estado en sus diferentes niveles colaboran activamente en la creación de estrategias preventivas y asistenciales.

En este mismo manual se expone que el Modelo de Abordaje Integral Comunitario concibe los consumos como procesos complejos que resultan de la interacción entre las sustancias, las personas y los contextos en los que se desarrollan dichas relaciones. Estos vínculos están atravesados por dimensiones políticas y culturales que influyen de manera significativa en la dinámica del consumo. Es por eso que este modelo aborda de manera integral esta complejidad al considerar las preguntas clave: quién consume, cómo, cuándo, dónde y por qué, analizando cada una de estas variables en su totalidad.

En una misma línea sostiene que el contexto tanto material como simbólico, condiciona el uso de sustancias y las formas de vincularse con los demás. Estos factores varían según el

tiempo y el espacio, lo que implica que no existen respuestas universales o estáticas a los consumos problemáticos. Además, el tiempo no debe entenderse de manera lineal, ya que los procesos relacionados con el consumo pueden presentar avances, retrocesos, y momentos de estancamiento. En este sentido, la temporalidad también invita a repensar la noción de "cronicidad" asociada a los consumos problemáticos, ya que dicha idea ignora la posibilidad de cambio y evolución en estos procesos.

Sumado a esto, la Ley Nacional de Salud Mental (Ley N°26.657/10) en su artículo 7° establece que el Estado reconoce el “derecho a que el padecimiento mental no sea considerado un estado inmodificable” (Ley Nacional de Salud Mental, 2010, art 7).

Para concluir, el acompañamiento de personas con consumos problemáticos debe basarse en un intercambio de saberes, integrando la voz de los consumidores y su red de apoyo. Esto implica crear espacios acogedores, con capacidad de escucha, para abordar la problemática desde una perspectiva de derechos centrada en la persona. El enfoque interdisciplinario permite tratar las múltiples dimensiones de manera articulada y adaptada a la singularidad de cada caso. Se rechaza la idea de "homogeneización" en los consumos, reconociendo la diversidad de prácticas y significados, y promoviendo intervenciones flexibles ajustadas a cada situación.

Antecedentes de los Abordajes terapéuticos para la enfermedad mental

En el pasado, el consumo de sustancias no se consideraba un componente relevante dentro de los tratamientos de salud mental. Las disciplinas que se ocupaban de la salud mental tendían a centrarse en trastornos psiquiátricos severos, sin considerar el impacto que el uso de drogas o alcohol podría tener en la salud mental de las personas. Este enfoque excluía a quienes sufrían de problemas derivados de las adicciones, tratándolos como casos separados y sin integrar ambas condiciones en los tratamientos clínicos.

En ese contexto, el consumo de sustancias era visto como un problema moral o criminal y no como una cuestión de salud. Esto se reflejaba en la respuesta institucional, ya que las personas con consumos problemáticos solían ser abordadas por sistemas legales o punitivos, como la encarcelación, en lugar de recibir atención adecuada dentro del sistema de salud mental. Esta separación no solo dificultaba el tratamiento integral de los pacientes, sino que

además contribuía a una estigmatización doble: tanto por su condición psiquiátrica como por su consumo de sustancias.

Con el tiempo, sin embargo, se reconoció que el consumo de drogas y alcohol está estrechamente relacionado con diversos trastornos mentales. La práctica clínica evolucionó para adoptar un enfoque más holístico, donde se reconoce que el consumo de sustancias puede tanto exacerbar como enmascarar problemas de salud mental, requiriendo una intervención integral. Este cambio fue clave para mejorar la efectividad de los tratamientos, al abordar las múltiples dimensiones que pueden estar afectando al paciente.

En la década de 1960, la Organización Mundial de la Salud (OMS) comenzó a reconocer formalmente las adicciones como problemas de salud pública. En ese periodo, la OMS publicó informes y promovió investigaciones que destacaban la necesidad de abordar el abuso de sustancias no solo desde una perspectiva legal o punitiva, sino también como una cuestión médica y social. Esto marcó un cambio importante en el enfoque hacia las adicciones, que pasaron de ser vistas como problemas morales o de criminalidad a ser reconocidas como enfermedades que requerían intervención médica y programas de salud pública.

Este cambio de perspectiva ayudó a sentar las bases para políticas de tratamiento más integradas, que consideraban tanto los efectos del consumo de sustancias en la salud mental como la necesidad de tratamientos especializados y multidisciplinarios. Este enfoque fue clave para el desarrollo de programas internacionales destinados a reducir el abuso de sustancias, fomentar la prevención y mejorar los tratamientos disponibles para las personas afectadas. Este reconocimiento por parte de la OMS marcó un antes y un después en la forma en que las adicciones se trataban y gestionaban en el ámbito de la salud pública a nivel global.

En este sentido, Trimboli, A. (2017) presenta diversos modelos de abordaje para los tratamientos de consumos problemáticos, destacando enfoques que integran tanto estrategias terapéuticas tradicionales como nuevas metodologías que abordan la complejidad de las adicciones desde perspectivas interdisciplinarias y psicosociales.

Alcohólicos Anónimos (AA): es el grupo de autoayuda más antiguo y grande del mundo para personas con problemas de alcoholismo. Fundado en 1935, y en 1956 contaba con más de 5,000 grupos en 60 países. AA se basa en el principio de que "nadie conoce mejor a un alcohólico que otro alcohólico", enfatizando el valor del apoyo entre pares. A diferencia de los tratamientos médicos tradicionales, AA no busca "curar" el alcoholismo, sino ayudar a los

participantes a alcanzar y mantener una sobriedad serena. Esto se logra a través de la práctica de su programa diseñado para guiar a las personas en su proceso de recuperación personal. Aunque se definen como grupos de autoayuda y no están profesionalizados, en AA se recomienda complementar el trabajo del grupo con el apoyo de profesionales de la salud, cuando sea necesario.

Comunidad terapéutica: el concepto de comunidad terapéutica surgió en Inglaterra en 1946, después de la Segunda Guerra Mundial, con el objetivo de transformar las instituciones psiquiátricas tradicionales en estructuras más abiertas y democráticas. Estas comunidades plantearon un cambio radical en el tratamiento de los pacientes, ya que pasaron de un papel pasivo a uno de responsabilidad e integración social.

La gestión de estas terapias se llevaba a cabo de manera conjunta entre médicos, psicólogos, enfermeras y trabajadores sociales, mediante una programación y verificación comunes. Más adelante, surgieron las comunidades terapéuticas de rehabilitación para adictos, donde los exadictos comenzaron a encargarse de los tratamientos, creando la figura del operador socioterapéutico, un rol ocupado por sujetos rehabilitados.

Con estas comunidades se produjo una desmedicalización y despsiquiatrización, así como una desprofesionalización del tratamiento, ya que desapareció la dicotomía entre el adicto y el profesional, promoviendo que los residentes adoptaran una responsabilidad activa en su proceso de recuperación a través de un sistema de premios y castigos. Estas comunidades adoptan un enfoque abstencionista.

Además, existen distintos tipos de comunidades: públicas, privadas, semipúblicas y religiosas, algunas de las cuales cuentan con profesionales, mientras que otras no. Sin embargo, todas comparten un rasgo común: son sistemas cerrados, con reglas estrictas y libres de drogas. En muchos casos se utiliza el aislamiento del paciente de sus familiares durante los primeros meses, una práctica actualmente prohibida por la Ley de Salud Mental. Este modelo ha sido crucial en el desarrollo de enfoques alternativos y más participativos en los tratamientos de adicciones y salud mental.

Synanon: fue una comunidad terapéutica creada en los años 50 en Estados Unidos para tratar la adicción, caracterizada por la ausencia de profesionales y un enfoque autoritario y punitivo. Utilizaban métodos agresivos, como el llamado "grupo de ataque" y promovían el aislamiento de los miembros. Era una comunidad abstencionista que penalizaba estrictamente

cualquier consumo de drogas. Su enfoque extremo y la falta de control profesional llevaron a controversias, y la organización finalmente se disolvió en 1989.

Daytop Village: fue una comunidad terapéutica enfocada en el tratamiento de la adicción mediante el fomento de la autorresponsabilidad en los usuarios. Su enfoque se basaba en un programa de autoayuda, con el objetivo de lograr la abstinencia total y promover el crecimiento personal. Fue pionera en incluir a las familias en el proceso terapéutico y con el tiempo integró tanto profesionales como no profesionales en un trabajo conjunto. La comunidad estaba dirigida por pares y apoyada por un equipo multidisciplinario, con un enfoque centrado en la familia para el tratamiento.

Granjas: son centros de rehabilitación para adicciones ubicados en áreas rurales donde los pacientes combinan terapia psicológica con actividades como la agricultura o el cuidado de animales. Estas tareas fomentan la responsabilidad y ayudan en la recuperación emocional. Además, suelen tener un enfoque de abstinencia y un régimen de residencia cerrada, alejando a los pacientes de los factores de riesgo del entorno urbano. El entorno natural facilita la rehabilitación y algunos pacientes pueden retomar gradualmente el contacto con sus familias y su vida social. Estos centros surgen en EEUU en los años 30.

Progetto Uomo: es un método terapéutico que surgió en Italia en los años 70, fundado por un sacerdote católico. Se caracteriza por el sometimiento voluntario de los participantes al proceso terapéutico, el cual se desarrolla en un régimen cerrado. El objetivo es ofrecer un entorno controlado y estructurado para ayudar a las personas con adicciones a lograr su rehabilitación dentro de un marco de disciplina y auto-reflexión.

Comunidades religiosas: estas abordan la adicción desde una perspectiva moral, considerando la enfermedad como una desviación moral. En lugar de depender de tratamientos médicos, estas comunidades buscan que los adictos formen una nueva alianza con la religión, utilizando la fe como una "contra-droga". Su enfoque se basa en una comunidad de vida sustentada en el amor y la espiritualidad, más que en intervenciones terapéuticas convencionales.

Las modalidades de tratamiento reconocidas por la Sedronar²³ son las siguientes:

-Tratamiento residencial: El usuario permanece internado con atención las 24 horas.

²³ La Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina.

-Tratamiento de rehabilitación: Se realiza en residencias externas y se aplica en la última etapa del tratamiento, enfocado en la reducción de daños.

-Desintoxicación: El paciente es apartado de las sustancias adictivas, dentro o fuera del hospital, bajo el cuidado de un médico.

-Tratamiento de sustitución farmacológica: Se busca disminuir o eliminar los síntomas de abstinencia y el deseo por el consumo de sustancias mediante la sustitución por un fármaco de la misma clase, permitiendo una reducción gradual.

-Consultorio externo: Brinda tratamientos psicológicos o psiquiátricos en sesiones individuales o grupales, además de ofrecer consultas y orientación.

-Ambulatorio: Tratamiento que se lleva a cabo con una frecuencia estipulada, que incluye terapias familiares, grupales e individuales.

-Hospital de noche: El paciente participa en actividades diurnas en otro lugar, pero regresa al dispositivo por las noches.

-Hospital de día: Tratamiento diurno que se realiza de lunes a viernes, entre 4 y 6 horas diarias. Se trata de un tratamiento de alta o mediana complejidad que permite al paciente mantener sus vínculos familiares, estudios o trabajo.

-Enfoque de reducción de daños (RDD): se centra en minimizar los efectos negativos del consumo de sustancias, sin exigir la abstinencia total. Según Martinon-Quinteros (2011 citado en Trimboli 2017) si una persona no está dispuesta a abandonar las drogas, se debe ayudar a reducir los daños tanto para sí misma como para otros. Este enfoque surgió en los años 80 en Europa y se basa en el pragmatismo²⁴, priorizando intervenciones realistas y alcanzables para mejorar la calidad de vida del usuario y la sociedad.

En Argentina, los tratamientos para los consumos problemáticos comenzaron en 1966 con la creación del Fondo de Ayuda Toxicológica (FAT) por el médico toxicólogo Alberto Calabrese. Posteriormente, en 1973, se fundó el CENARESCO²⁵, un centro monovalente

²⁴ El pragmatismo es una corriente filosófica que sostiene que el valor de una idea o teoría se encuentra en su utilidad práctica y en sus efectos. Para los pragmatistas, la verdad de una creencia se determina por su capacidad para resolver problemas y guiar la acción de manera efectiva. Entre sus principales exponentes se encuentran Charles Peirce, William James y John Dewey.

²⁵ El CENARESO (Centro Nacional de Reeducción Social) se crea el 30 de Abril de 1973 por la Ley 20.332, con el objeto de brindar asistencia integral a la problemática de las adicciones y desarrollar

dependiente del Ministerio de Salud. En 1982, Carlos Novelli²⁶ fundó la primera unidad terapéutica privada, basada en el modelo italiano Progetto Uomo²⁷. En 1985, se creó la comunidad "Viaje de Vuelta"²⁸, inspirada en el método Daytop²⁹. Hacia fines de los años 80, con la promulgación de la Ley de Drogas, los servicios de salud mental rechazaban a pacientes con problemas de adicciones, aunque hospitales como el Álvarez, el Fernández y varios centros de salud mental en Buenos Aires seguían atendiendo estas problemáticas.

En 1989, Alberto Cormillot³⁰ fundó la "Red de Adicciones"³¹, y en 2003 se creó el Hospital de Adicciones dentro del Departamento de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires, que hasta 2017 fue el único hospital de día dedicado a estas problemáticas en la ciudad. Durante este tiempo, la ley trataba a los consumidores de drogas desde una perspectiva punitiva ("a la cárcel o a la comunidad").

Actualmente, se reconoce que los tratamientos deben enfocarse en el concepto de "consumo problemático", más que focalizado en la adicción, dado que incluso los usuarios esporádicos pueden estar expuestos a situaciones de alto riesgo. Aunque la OMS³² y la Ley de Nacional Salud Mental N° 26.657 reconocen el consumo de sustancias como un problema de salud con componentes psicosociales, la mayoría de los tratamientos ofrecidos por el Estado no siempre cuentan con profesionales, siendo frecuentemente gestionados por ex adictos u

tareas de investigación y capacitación en la temática. La institución se crea originalmente en el ámbito del Ministerio de Bienestar Social de la Nación.

²⁶ Creador del movimiento de Comunidades Terapéuticas en Argentina, fundador del Programa Andrés y primer presidente de FONGA (federación de organizaciones no gubernamentales de argentina para la prevención el tratamiento de abuso de drogas).

²⁷ Es un método terapéutico que surgió en Italia en los años 70, fundado por un sacerdote católico. Se caracteriza por el sometimiento voluntario de los participantes al proceso terapéutico, el cual se desarrolla en un régimen cerrado. El objetivo es ofrecer un entorno controlado y estructurado para ayudar a las personas con adicciones a lograr su rehabilitación dentro de un marco de disciplina y auto-reflexión.

²⁸ Comunidad terapéutica de rehabilitación de drogadictos y alcohólicos a puertas abiertas , tipo granja.

²⁹ Fue una comunidad terapéutica enfocada en el tratamiento de la adicción mediante el fomento de la autorresponsabilidad en los usuarios. Su enfoque se basaba en un programa de autoayuda, con el objetivo de lograr la abstinencia total y promover el crecimiento personal. Fue pionera en incluir a las familias en el proceso terapéutico y con el tiempo integró tanto profesionales como no profesionales en un trabajo conjunto. La comunidad estaba dirigida por pares y apoyada por un equipo multidisciplinario, con un enfoque centrado en la familia para el tratamiento.

³⁰ Médico argentino especializado en nutrición y obesidad.

³¹ Se encuentra en GCBA esta dirigida ,coordinada por la subgerencia operativa de atención integral de adicciones a drogas y alcohol dependiente de la dirección general de atención primaria del ministerio de salud del gobierno de la ciudad de Buenos Aires. Esta red esta conformada por 12 dispositivos como centros de día,hospitales de día, centros de salud,, toxicología y otros dispositivos.

³² Organización Mundial de la Salud.

operadores. Además, el contexto social y la estigmatización siguen condicionando tanto la práctica profesional como la vida cotidiana de los usuarios.

Por su parte, Gersberg, L. (2018) sostiene que el fracaso de los tratamientos tradicionales para toxicómanos se debe, en gran parte, a la forma en que se conciben y abordan las adicciones. El enfoque tradicional tiende a generalizar los tratamientos, sin tener en cuenta las características individuales de cada paciente. Sin embargo, cada adicción es un momento particular en la vida de una persona y requiere un abordaje singular. El objetivo no debe ser simplemente dejar el consumo, sino que el paciente lo haga de manera consciente, entendiendo los motivos que lo llevaron a consumir.

Por otra parte, la autora, diferencia entre el uso problemático y el uso recreativo de sustancias, ya que no todas las personas que consumen drogas desarrollan una adicción, por lo que no todas las sustancias ni los usuarios deben ser tratados de la misma manera. Sin embargo, cuando el consumo es problemático, las toxicomanías, tanto legales como ilegales, pueden convertirse en enfermedades serias, graves e incluso mortales.

Gersberg, L. (2018) expresa que este enfoque propone repensar el tratamiento de forma individualizada para cada paciente, involucrando tanto a la persona afectada como a su familia en el proceso terapéutico. En casos de comorbilidad³³, es fundamental tener un diagnóstico y pronóstico claros. El tratamiento busca que el individuo no reprima simplemente su deseo de consumir, sino que modifique su relación con las sustancias de manera consciente y duradera.

Siguiendo a la autora, las instituciones deben estar a cargo de profesionales especializados en el tratamiento de adicciones. En algunos casos, se recomienda la internación domiciliaria, con el fin de evitar la estigmatización, y se cuenta con el apoyo de acompañantes terapéuticos. Es importante que el paciente y su familia reciban tratamiento psicoterapéutico, ya que ambos son parte del proceso de recuperación.

La misma autora sostiene que el enfoque de tratamiento debe ser personalizado, buscando modificar la relación del paciente con las sustancias de manera consciente y efectiva. Es esencial reconocer la diversidad tanto en las sustancias como en los tipos de consumo, evitando generalizaciones. Además, se vuelve importante no patologizar la situación del

³³ Cuando el paciente presenta tanto adicción como trastornos psíquicos, también denominado “patología dual”.

usuario, evitando etiquetas como "ex adicto", y realizar evaluaciones médicas previas para definir el tratamiento adecuado.

Gersberg, L. (2018) sostiene que el tratamiento debe involucrar a la familia mediante un enfoque psicoterapéutico, diseñando intervenciones adaptadas a las necesidades específicas de cada uno, particularmente en adultos. Para que el tratamiento sea eficaz, es crucial que reconozca voluntariamente su problema. El objetivo debe ser dirigir el proceso hacia una cura concreta, sin prometer resultados mágicos, entendiendo que cada inicio representa una oportunidad de cambio y un desafío. Este enfoque busca resultados reales y concretos, con expectativas claras y sin falsas promesas.

Por su parte, Pavlosvsky, F. (2019) sostiene que el consumo de sustancias se considera problemático cuando es regular, tiene un impacto negativo en alguna dimensión de la vida del individuo y no puede detenerse fácilmente, incluso cuando se toma la decisión de hacerlo. Sin embargo, el porcentaje de personas que desarrollan un patrón compulsivo de consumo es bajo, generalmente menos del 5% de los consumidores. En este grupo, el consumo genera graves consecuencias mentales y físicas para la salud.

Con respecto a la internación en el contexto del consumo problemático y la adicción Pavlosvsky, F. (2019), expresa que es una medida útil y, en algunos casos, imprescindible. Permite al paciente un tiempo y espacio alejados del consumo, lo que facilita una pausa para replantear su situación y romper el ciclo repetitivo del uso de sustancias. Aunque puede salvar vidas cuando se realiza en el momento adecuado, la internación no es el tratamiento en sí, sino una etapa inicial dentro de un proceso mucho más largo y complejo. El verdadero tratamiento implica un abordaje más prolongado que busca no solo la desintoxicación, sino también la rehabilitación y recuperación integral del individuo. De esta manera se busca (...) "generar un sujeto libre de drogas, no de deseos, una persona que deje las sustancias con conciencia y a consciencia, y no alguien que reprima el deseo de usarlas y centre toda su vida y energía en evitar la tentación" (Gersberg, L., 2018, p.31-32).

Al mismo tiempo, Pavlovsky, F. (2019) sostiene que es importante entender que el consumo problemático es una situación seria y grave. El mismo debe ser tratado como un problema de salud mental, y no como una falla de la personalidad, una debilidad moral o un simple problema legal. Este enfoque ayuda a desestigmatizar la adicción y a abordar el tratamiento desde una perspectiva más amplia y comprensiva.

Este mismo autor afirma que el consumo problemático de sustancias, cuando no se trata, provoca un desmembramiento familiar. El miembro consumidor enferma, y esta situación afecta profundamente a todo el núcleo familiar. Por eso, es crucial que las familias formen parte del tratamiento. A menudo, las familias que han intentado de todo para ayudar, sin éxito, llegan a convencerse de que el caso está perdido. Es por esto que "consideramos que cada persona, familia y medio ambiente son parte al mismo tiempo del problema y de la solución" (Gersberg, L. 2018 p.43)

En esta misma línea, Gersberg, L. (2018) sostiene que el enfoque de los tratamientos de los consumos problemáticos se deben centrar en que, tanto las personas que están en tratamiento como sus familias comprendan el motivo de su consumo de sustancias, ya sean legales o ilegales. El objetivo no es simplemente eliminar el deseo de consumir, sino que aprendan a relacionarse con las sustancias de una manera diferente, sin depender de ellas y a desarrollar formas más saludables y conscientes de afrontar sus necesidades emocionales y sociales. Además, es fundamental que se entienda que las recaídas son parte del proceso de recuperación y no un fracaso o un retroceso que deba sancionarse. Por último, se busca que los usuarios comprendan que el haber consumido drogas no define su identidad, ni debe considerarse un estigma o algo que los marque permanentemente. Nos alineamos a este enfoque que promueve un proceso de recuperación basado en la autocomprensión, la aceptación de los altibajos del tratamiento y la eliminación de las etiquetas que suelen acompañar el consumo problemático.

Marco legal

La presencia del concepto consumo problemático se oficializa en Argentina en 2010, con la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 (2010), donde su artículo 4 establece:

"Las adicciones deben ser abordadas como parte integrante de las políticas de salud mental. Las personas con uso problemático de drogas, legales e ilegales, tienen todos los derechos y garantías que se establecen en la presente ley en su relación con los servicios de salud" (Ley 26.657, art. 4, 2010).

La Ley N° 26.934 Plan integral para el Abordaje de los Consumos Problemáticos (2014) establece el concepto de consumos problemáticos como el marco legal:

“(…) Aquellos consumos que —mediando o sin mediar sustancia alguna— afectan negativamente, en forma crónica, la salud física o psíquica del sujeto, y/o las relaciones sociales. Los consumos problemáticos pueden manifestarse como adicciones o abusos al alcohol, tabaco, drogas psicotrópicas —legales o ilegales— o producidos por ciertas conductas compulsivas de los sujetos hacia el juego, las nuevas tecnologías, la alimentación, las compras o cualquier otro consumo que sea diagnosticado compulsivo por un profesional de la salud” (Ley 26.934, art. 2, 2014).

En su artículo 3 enumera los objetivos entre los cuales se encuentran: prevenir los consumos problemáticos desde un abordaje intersectorial mediante la actuación directa del Estado; asegurar la asistencia sanitaria integral gratuita a los sujetos afectados por algún consumo problemático; e integrar y amparar socialmente a los sujetos de algún consumo problemático.

Esta ley incorpora como enfoque el modelo de reducción de riesgos y daños y explica que:

“(…) se entiende por reducción de daños a aquellas acciones que promuevan la reducción de riesgos para la salud individual y colectiva y que tengan por objeto mejorar la calidad de vida de los sujetos que padecen consumos problemáticos, disminuir la incidencia de enfermedades transmisibles y prevenir todo otro daño asociado, incluyendo muertes por sobredosis y accidentes” (Ley 26.934, art. 10, 2014).

El Manual de Estrategias Preventivas en Contextos de Ocio Nocturno y Recreativos de la Sedronar (s/f) dice que el enfoque de reducción de riesgos y daños es toda intervención dirigida a disminuir los efectos negativos de los comportamientos humanos, sin necesidad de eliminar de forma completa o permanente dichos comportamientos. Este modelo representa un cambio de estrategia, de enfoque e intenta disminuir los riesgos potenciales del consumo de drogas. Su objetivo es reducir las consecuencias adversas de esta práctica, desde la salud integral, los aspectos sociales y económicos, familiares etc. Esta mirada se aleja de la represión, el castigo y las penalizaciones como forma de tratar estas problemáticas.

Cabe destacar que este paradigma surge en algunos países de Europa a principios de la década del 80, destinado a solucionar otras problemáticas sanitarias, sobre todo reducir los contagios de VIH - Hepatitis B por compartir jeringas. Pero en América y sobre todo en Argentina fue adaptándose a las realidades contextuales específicas.

Consideramos importante que cada persona desarrolle sus propias herramientas y mecanismos para comenzar a reducir todas aquellas conductas que los exponen a vulnerabilidades y riesgos. Como también alejarnos de una visión estigmatizadora hacia las personas que atraviesan estas problemáticas, reconociendo la complejidad de sus situaciones.

Ley Provincial de Salud Mental

El Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires está autorizado a realizar monitoreos periódicos de los servicios de salud de los sectores público, privado y de seguridad social para evaluar su cumplimiento con la ley. Además, a través de su Subsecretaría de Salud Mental y Adicciones, el Ministerio debe elaborar un plan provincial de salud mental que sea participativo, interdisciplinario e intersectorial, basado en los criterios establecidos en la Ley Nacional de Salud Mental. Asimismo, el Ministerio debe promover, en consulta con la Secretaría de Derechos Humanos de la jurisdicción, el desarrollo de estándares para la habilitación y supervisión periódica de los servicios de salud mental públicos y privados.

Código Penal: Ley de Estupefacientes

Por su parte, la Ley de Estupefacientes N°23.737 (1989), que forma parte del Código Penal Argentino establece que, cuando una persona condenada por cualquier delito presenta consumo problemático de sustancias, el juez debe imponer, además de la pena correspondiente, un tratamiento de desintoxicación y rehabilitación. Este tratamiento, diseñado para ayudar a la recuperación del individuo, se llevará a cabo en instituciones adecuadas y reconocidas, y durará el tiempo necesario determinado por expertos. Si la adicción y la posesión de drogas son para uso personal, el juez puede suspender la pena y ordenar el tratamiento. En caso de que la persona coopere y muestre una recuperación satisfactoria, se le eximirá de la pena; de lo contrario, se aplicará la pena y se continuará con el tratamiento.

Además, la ley expone que el tratamiento debe ser integral, abarcando aspectos médicos, psiquiátricos, psicológicos y sociales. En casos donde el uso de drogas no implique consumo problemático de sustancias, el juez puede optar por una medida educativa en lugar de una pena, promoviendo un comportamiento responsable.

La familia y el deterioro de los vínculos

Retomamos las palabras de Carballada, A. (2011) que sostiene que en la actualidad la familia se consolida como un concepto de múltiples significados, debido a su constante influencia por diversas variables históricas y conceptuales. De este modo, se configura como un relato contextual que integra las nuevas manifestaciones de la cuestión social, abarcando tanto aspectos objetivos como subjetivos.

Por lo tanto el autor sostiene que el concepto de familia actualmente ha cambiado significativamente ya que la familia moderna se caracteriza por la diversidad y la tensión en términos de poder y dinámicas internas. De esta manera actualmente el concepto de familia es más fluido y flexible, con variedad de formas y estructuras.

Con respecto al ámbito de la salud mental y los consumos problemáticos, Eroles, C. (1998) sostiene que la familia desempeña un rol central, adoptando distintos papeles que influyen en el proceso de recuperación o deterioro de los individuos afectados. Puede actuar como un factor clave en la recuperación del paciente, proporcionando apoyo y contención. Sin embargo, en algunos casos, la misma familia puede convertirse en un acelerador del deterioro, desencadenando o agravando el cuadro clínico. Esta dualidad resalta la complejidad del vínculo familiar en contextos de vulnerabilidad. Además, la convivencia con una persona que padece una enfermedad mental, resulta compleja generando tensiones significativas y violencia en las relaciones familiares, actuando como un factor desintegrador.

Becerra, R. M., & Kennel, B. L. (2008) plantean que la enfermedad mental no debe ser vista como un fenómeno aislado en un individuo, sino como una manifestación de un problema más amplio dentro de la dinámica familiar. La patología mental es entendida como un "emergente" que se expresa en el miembro más vulnerable o, en algunos casos, en el más fuerte de la familia, causando un desequilibrio que afecta a todo el sistema familiar. Por esta razón, no es suficiente que la intervención terapéutica se enfoque únicamente en el miembro que presenta el trastorno, sino que es conveniente involucrar a la familia en el proceso terapéutico para lograr una intervención más integral y efectiva.

Por su parte, Pavlovsky, F. (2019) en muchas situaciones el paciente con consumo problemático se ve a sí mismo como un producto de su entorno familiar. El mismo reconoce que ha sido influenciado por las actitudes, hábitos y conductas de su familia, que ha repetido, como el consumo de sustancias, tanto legales como ilegales. Esto sugiere que las dinámicas familiares tienen un impacto significativo en el comportamiento del individuo, y es posible que los patrones de consumo observados en el núcleo familiar contribuyan a la aparición de problemas de adicción en el paciente.

Además, Becerra, R. M., & Kennel, B. L. (2008) plantean que es fundamental comprender el entorno familiar de la infancia, ya que este desempeña un papel determinante en la aparición de las perturbaciones. Sin embargo, también es imprescindible examinar la dinámica de la familia actual del paciente, ya que esta influye directamente en su situación presente y en su proceso de recuperación.

Capítulo 3: Proceso de intervención del Trabajo Social

“(...) En definitiva, es cada vez más dificultoso aprehender lo social; la sociedad se torna indescifrable y esta circunstancia interroga en forma permanente a la intervención y pone en cuestión, especialmente, la dirección que se debe seguir (...)”
(Carballeda, A., 2012, p.149-150).

“En la intervención en lo social, el conocimiento de las causas no se presenta como un fin sino un medio ya que facilita el acceso del conocimiento al sentido de la acción” (Carballeda, A., 2012, p.8).

“Consideramos que cada persona, familia y medio ambiente son parte al mismo tiempo del problema y de la solución” (Gersberg, L., 2018 p.43)

Introducción

El proceso de intervención en Trabajo Social se caracteriza por su enfoque integral y su capacidad para atender situaciones humanas en crisis, siempre dentro del entramado social y cultural en el que estas se desarrollan. A lo largo de este capítulo, analizaremos la evolución histórica del Trabajo Social, que ha ido consolidándose como una disciplina clave en la promoción de derechos, la intervención en problemáticas sociales y la articulación de redes de apoyo. En este capítulo abordaremos los elementos fundamentales que configuran dicha intervención, comenzando con una revisión de los inicios del Trabajo Social y el impacto que ha tenido la Ley Federal del Trabajo Social en la ampliación de sus incumbencias y en la formalización de la intervención en relación a la promoción de derechos, el desarrollo social, y la justicia social.

En este capítulo, también abordaremos la intervención del Trabajo Social en el campo de la salud mental, donde consideramos que su contribución resulta crucial para un abordaje

que contemple tanto al individuo como a su entorno social. De manera específica, profundizaremos en la intervención en casos de consumo problemático, destacando la importancia del trabajo con las familias y redes de apoyo como elementos clave en el proceso de tratamiento y fortalecimiento de los vínculos sociales.

Examinaremos la relevancia del abordaje interdisciplinario en salud mental, dado que la complejidad de las problemáticas requiere la contribución de diversas disciplinas. Esto nos permite abordar de manera integral las distintas dimensiones que afectan al paciente, facilitando una intervención más completa y ajustada a sus necesidades específicas. Por último, realizaremos un análisis de la Ley de Salud Mental y la Ley de Derechos del Paciente, normativas esenciales que no solo garantizan el respeto de los derechos de las personas, sino que también promueven un enfoque centrado en la dignidad, la participación activa y la inclusión social en los procesos de atención y tratamiento.

La Especificidad del Trabajo Social

La especificidad del Trabajo Social, es decir su particularidad, dice San Giacomo Parodi (2022) se refleja en la capacidad de atender situaciones humanas en crisis que surgen en el cotidiano. Aunque otras disciplinas como la sociología, antropología, psicología social, entre otras, también se ocupan de atender situaciones humanas específicas, pero como una tarea o actividad más de su quehacer profesional. En contraste, para el Trabajo Social constituye la responsabilidad que lo identifica en términos sociales. Atender este tipo de situaciones es una función que realiza, entablando un vínculo con las personas como sujetos activos y de conocimiento, teniendo en cuenta y dentro del contexto de sus problemas y necesidades.

En relación a la intervención social en Trabajo Social Karsz, S. (2023) expresa que incluye acciones visibles, discursos, silencios significativos, y resultados concretos que pueden ser tanto positivos como negativos. Para el autor, esta intervención maneja limitaciones y oportunidades, siguiendo una lógica propia que produce y transmite mensajes, y tiene efectos y emociones que van más allá de las intenciones de los involucrados.

Kisnerman, N. (1998) sostiene que el Trabajo Social surgió como respuesta a la necesidad de aplicar un conocimiento sistemático para resolver problemas³⁴ en un ámbito

³⁴ Entendemos el concepto de “*Problema*” a la luz de los aportes de Perlman, H. (1957), que sostiene que es lo que afecta vitalmente a una persona. Lo comprende como el objeto de estudio social, por la incapacidad de la persona para reunir los medios necesarios para conseguir o mantener una solución

específico. De tal forma, el autor lo define como una disciplina que se ocupa de conocer las causas-efectos de los problemas sociales. Promoviendo que las personas asuman una acción organizada, tanto preventiva como transformadora, que les permita superarlos; colaborando y coparticipando con los actores involucrados en el proceso de cambio.

Por su parte, San Giacomo Parodi (2022) señala que el vínculo que se establece tiene como objetivo principal mejorar la calidad de vida de las personas. Por ello, el proceso metodológico que propone se centra en atender, conocer y transformar la realidad, orientada a mejorar las condiciones de vida. A través de este enfoque, el autor busca empoderar a los sujetos, promoviendo su participación activa en el proceso de cambio y mejora.

El mismo autor plantea que el trabajador social busca establecer un vínculo de comunicación intersubjetiva que le permita entender la realidad particular de los sujetos, profundizar en los hechos y analizar sus percepciones sobre lo que les ocurre. A través del diálogo reflexivo, se busca no solo mejorar la capacidad de análisis de las personas, sino también impulsar cambios en sus actitudes y conductas, promoviendo la transformación de los vínculos humanos y las situaciones que enfrentan.

De acuerdo con De Robertis (2006), el Trabajo Social se define como una disciplina orientada al cambio. Según el modelo que propone la autora, el trabajador social se posiciona como un agente de cambio. Su objetivo no es solo asistir o acompañar, sino transformar las realidades sociales y personales a través de intervenciones planificadas. Para ello, el trabajador social analiza la dinámica social y psicológica de la persona, y a partir de este análisis, elabora un proyecto de intervención. El autor expresa que este proyecto no es rígido, sino que se adapta y articula dentro de una estrategia orientada al cambio.

Según esta misma autora, el concepto de cambio puede entenderse como una modificación o variación en una estructura o proceso. El trabajador social interviene precisamente para promover ese cambio, esforzándose siempre por comprender cómo la persona lo experimenta y siente durante la transformación. Además, sostiene que el Trabajo Social se enfrenta a las contradicciones inherentes a cada situación humana y problema social, donde suelen coexistir polos opuestos. Al igual que en la dialéctica, señala que el trabajador social debe entender estos contrastes para intervenir de manera efectiva.

que incluya bienestar. Además el problema tiene una naturaleza dinámica y polifacética, debido a que la realidad se encuentra en movimiento por lo cual puede cambiar, e involucra múltiples aspectos o variables.

Para la autora, otro aspecto crucial que plantea este enfoque es la interdependencia. El trabajador social trabaja con personas que están integradas en un contexto social determinado, y no puede separarlas de su entorno. Las relaciones entre las diversas partes de una situación y sus influencias mutuas son fundamentales para entender la complejidad de los problemas humanos. La autora sostiene que cualquier intervención afecta a todos los aspectos de la realidad que se están tratando, lo que refuerza la necesidad de un enfoque integral.

En este sentido, creemos que no es posible separar o disociar a la persona de su medio social, algo que ya planteaba, desde sus inicios, una de las pioneras más relevantes del Trabajo Social: Mary Richmond. En su libro *Servicio Social de Caso Individual* Richmond, M (1922) se alineaba con la "Teoría del Yo Ampliado" del Interaccionismo Simbólico de Mead (1982), quien sostiene que la naturaleza humana es de carácter social, por lo cual una persona se constituye a través de sus experiencias sociales, es decir que el medio social moldea a las personas, incluso hasta antes de nacer. Según esta teoría, la persona influye en su medio social, y al mismo tiempo, el medio influye en ella, moldeando su personalidad. Mead argumenta que la persona no es un ser estático o fijo, sino que se forma y desarrolla a lo largo de su vida a través del proceso social. De este modo, el autor plantea que la persona es un producto de su medio social y de las relaciones que establece en él, lo que implica que su personalidad también se construye en función de las normas y valores de la sociedad en la que vive.

De manera complementaria, Perlman, H. (1957) destaca la importancia de considerar los factores macrosociales en el análisis de la situación de una persona, enfatizando cómo su situación económica, política, de clase social, y otros elementos estructurales inciden en su vida y en las problemáticas que enfrenta. Así, el análisis de Perlman refuerza la idea de que el entorno no solo modela la identidad individual, sino que también configura los desafíos que la persona debe afrontar, dejando claro que la comprensión completa de su situación requiere un enfoque integral del medio en el que se desenvuelve.

En esta misma línea, San Giacomo Parodi (2022) sostiene que la persona es un sujeto histórico, lo que implica que cada individuo es portador de una historia y una realidad específica. Esta perspectiva subraya que las personas no son entidades aisladas, sino que su identidad y sus experiencias están profundamente influenciadas por su trayectoria vital y las circunstancias sociales, económicas y culturales que han atravesado. De este modo, explica

que la historia personal y la realidad en la que se desenvuelve cada individuo juegan un papel crucial en la manera en que experimentan y se relacionan con el mundo que los rodea.

Hamilton, G. (1982) expresa que el Trabajo Social es una profesión que se encuentra en el terreno democrático debido a que el trabajador social y la persona participan conjuntamente para resolver una situación problema. Además expresa que esta profesión constituye el arte de hacer diversas cosas para y con diferentes personas con la finalidad de alcanzar su mejoramiento y el de la sociedad.

En relación, Karsz, S. (2023) sostiene que el usuario de la intervención no solo es un receptor pasivo, sino que participa activamente en el proceso. Aunque es el destinatario principal, no es el único, ya que la intervención también afecta a su entorno, incluyendo su familia, comunidad y clase social. El autor señala que no es el único que se beneficia ni el único que puede verse afectado por la intervención; todos los actores implicados pueden sentir sus efectos.

Siguiendo al autor Karsz, S. (2023) afirma que la intervención social va más allá de la relación entre personas, comienza como un proyecto dentro de una dinámica institucional, utilizando una variedad de recursos materiales e inmateriales que la orientan y guían. Incluso después de que termina, la intervención sigue teniendo efectos tangibles en la realidad.

Inicios del Trabajo Social

A comienzos del siglo XX, el Trabajo Social inició un proceso de consolidación como profesión, lo que implicó un abandono progresivo de los enfoques de caridad y filantropía que prevalecían en sus inicios, sostiene San Giacomo Parodi (2022). Las trabajadoras sociales de esa época comprendieron que su labor no podía limitarse a cubrir necesidades inmediatas. Por consiguiente, reconocieron la importancia de abordar los problemas de las familias de manera integral, no solo desde la precariedad, sino con una perspectiva orientada hacia la inclusión social y la mejora de las condiciones de vida.

Este proceso de profesionalización marcó una ruptura con la asistencia meramente caritativa, abriendo paso a un enfoque científico en el que predominaba la comunicación como medio para comprender y transformar las realidades humanas en crisis. Como ya señalaba Mary Richmond, la intervención del trabajador social no debía centrarse únicamente en la donación como forma de ayuda, aunque reconocía que la asistencia material podía ser un

medio válido si se utilizaba con el objetivo de abordar las problemáticas sociales y para alcanzar la transformación integral de la realidad de los sujetos.

En consonancia con lo que sostiene la autora mencionada, en las Primeras Jornadas de la Residencia de Trabajo Social, publicadas en la Revista Margen (2022), señalamos que la intervención del trabajador social ha estado históricamente ligada a la pobreza y la exclusión de los sectores populares, representando a las clases menos favorecidas en el marco de las relaciones de dominación en las sociedades capitalistas. Si bien destacamos la importancia de mantener una mirada crítica sobre estas condiciones sociales, también reconocemos que las problemáticas sociales actuales son más complejas y no se limitan únicamente a factores estructurales como la pobreza o la dominación de clase.

Carballeda, A. (2012) sostiene que el Trabajo Social se encuentra donde el padecimiento se expresa. Es por eso que pensar lo social en términos de intervención implica un espacio donde el sujeto y la cultura se encuentran, y estos aspectos contextuales dialogan, se entrecruzan y elaboran distintas demandas relacionadas a la cuestión social.

El mismo autor, plantea que la intervención social puede entenderse en tres niveles. En primer lugar, la acción de los trabajadores sociales se vincula con los dispositivos de protección social, que incluyen instituciones, políticas, planes y programas diseñados para responder a cada situación específica. En segundo lugar, la intervención se relaciona con las tramas sociales que rodean y constituyen la singularidad del sujeto de intervención. Estas tramas se componen de los lazos sociales que articulan e integran al individuo en la sociedad, creando subjetividad a través de relaciones, intercambios y reciprocidad. De este modo, la intervención social se desarrolla, desde lo microsocioal, promoviendo encuentros entre el sujeto, la sociedad y la cultura en cada contexto particular.

Por último, el tercer nivel que delimita el campo de intervención del Trabajo Social se centra en la relación, intensificada en las últimas décadas, entre las nociones de necesidad social y problema social. La disciplina, en su construcción histórica, ha estado orientada al abordaje de necesidades sociales, sin embargo, el desarrollo teórico y la participación del Trabajo Social en problemáticas que trascienden las necesidades inmediatas han llevado a que la intervención también actúe sobre problemas sociales.

El autor señala que desde hace varias décadas el Trabajo Social ha estado comprometido tanto con los problemas sociales, que pueden o no incluir necesidades, como con las necesidades que pueden estar asociadas a problemas sociales. Sin embargo, en la actualidad la intervención se centra más en abordar los problemas sociales que en la resolución de necesidades.

Leyes del Trabajo Social

Al igual que otras profesiones, el Trabajo Social cuenta con un marco normativo, por un lado la Ley Provincial N° 10.751³⁵, sancionada en 1988, que regula el ejercicio de la profesión en la Provincia de Buenos Aires, y por otro lado la Ley Federal del Trabajo Social N° 27.072³⁶ que otorga un marco general para el ejercicio profesional en todo el territorio de la República Argentina, sancionada en 2014, que entiende al Trabajo Social como:

“(…) la profesión basada en la práctica y una disciplina académica que promueve el cambio y el desarrollo social, la cohesión social, y el fortalecimiento y la liberación de las personas. Los principios de la justicia social, los derechos humanos, la responsabilidad colectiva y el respeto a la diversidad son fundamentales para el trabajo social” (Ley Federal del Trabajo Social, 2014).

De esta manera, sostenemos que el trabajador social se posiciona como un actor clave en las políticas sociales, abordando la creciente complejidad de los problemas contemporáneos, tal como proponen autores como Karsz, S. y Carballada, A., mediante intervenciones que operan en distintos niveles y dimensiones de la vida social.

El 10 de diciembre de 2014, en conmemoración del Día del Trabajador Social, el Senado y la Cámara de Diputados de la Nación sancionaron la Ley Federal del Trabajo Social, estableciendo por primera vez un marco normativo integral para el ejercicio de la profesión en todo el país. Posteriormente, el 18 de diciembre, la presidenta Cristina Fernández de Kirchner promulgó la ley, resaltando la relevancia del trabajo social en el desarrollo de políticas sociales. Entre los objetivos principales de la Ley, destacamos los siguientes:

1. Fomentar la jerarquización de la profesión de Trabajo Social, reconociendo su importancia social y su contribución a la promoción, defensa y reivindicación de los

³⁵ Ley 10.751. (1988). Ejercicio de la Profesión de Asistente Social. Sancionada el 29 de diciembre de 1988. Boletín Oficial de la Provincia de Buenos Aires, 23 de febrero de 1989. Recuperado de <https://www.argentina.gob.ar/normativa/provincial/ley-10751-123456789-0abc-defg-157-0100bvorpyel/actualizacion>

³⁶ Ley 27.072. (2014). Ley Federal del Trabajo Social. Sancionada el 10 de diciembre de 2014, promulgada el 16 de diciembre de 2014. Boletín Oficial de la República Argentina. Recuperada de: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-27072-239854/texto>

Derechos Humanos, la construcción de ciudadanía y la democratización de las relaciones sociales.

2. Establecer un marco normativo general para el ejercicio del Trabajo Social en Argentina, respetando las normativas locales que regulan la matriculación, fiscalización y control de la profesión.
3. Definir las competencias profesionales de los trabajadores y trabajadoras sociales a nivel nacional.
4. Proteger los intereses de la ciudadanía, garantizando las condiciones mínimas necesarias para la prestación de servicios profesionales con competencia, calidad e idoneidad.
5. Ampliar la obligatoriedad de la matriculación para el ejercicio profesional en instituciones nacionales, binacionales e internacionales con representación en el país.
6. Regular los derechos, deberes y prohibiciones vinculados al ejercicio profesional del Trabajo Social en todo el territorio argentino.

La ley Federal de Trabajo Social N° 27072, asume al Trabajo Social como: "...la profesión basada en la práctica y una disciplina académica que promueve el cambio y el desarrollo social, la cohesión social, y el fortalecimiento y la liberación de las personas. Los principios de la justicia social, los derechos humanos, la responsabilidad colectiva y el respeto a la diversidad son fundamentales para el trabajo social. Respaldada por las teorías del trabajo social, las ciencias sociales, las humanidades y los conocimientos indígenas, el trabajo social involucra a las personas y estructuras para hacer frente a desafíos de la vida y aumentar el bienestar." Ley N° 27.072. (2014). Ley Federal del Trabajo Social. Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina. <http://www.infoleg.gob.ar>

Asimismo, dicha ley en sus artículos 4 y 9, define tanto el ejercicio profesional como las incumbencias de los/as Licenciados/as en Trabajo Social. El artículo 4 establece que el ejercicio de esta profesión implica la realización de acciones y tareas relacionadas con las incumbencias definidas por la ley, destacando al Trabajo Social como una disciplina académica y práctica que promueve el cambio y desarrollo social, la cohesión y liberación de las personas,

fundamentada en principios como la justicia social, los derechos humanos, la responsabilidad colectiva y el respeto a la diversidad.

El artículo 9 especifica las incumbencias profesionales, habilitando a los trabajadores sociales para actividades como el asesoramiento, diseño, ejecución y evaluación de políticas públicas en ámbitos como salud, educación, justicia, medio ambiente, y más. También incluye la elaboración de diagnósticos, informes y pericias sociales, así como la intervención en contextos domiciliarios, institucionales y comunitarios. Los/as Licenciados/as en Trabajo Social pueden dirigir equipos interdisciplinarios, participar en proyectos de investigación y docencia, y asesorar en la creación de nuevas legislaciones de carácter social, siempre en defensa de los derechos humanos y sociales.

En este sentido, consideramos que la ley busca fortalecer y consolidar la autonomía del Trabajo Social como una disciplina profesional independiente. Carlini, C. (2021) sostiene que el Trabajo Social, desde su enfoque específico, se centra en promover un enfoque basado en los derechos, la construcción de ciudadanía y la democratización de las relaciones sociales. La autora plantea que esto implica que sus prácticas y acciones están orientadas a garantizar y defender los derechos humanos y sociales, con el bienestar y la justicia social como ejes fundamentales de su intervención.

Trabajo social en el campo de la salud mental

La participación del Trabajo Social en el campo de la salud mental no fue por obra de alguna generosa invitación, sino por la necesidad que ese campo tiene de integrar lo que el Trabajo Social sabe hacer, expresa Méndez, R. (2006). El Trabajo Social aporta la especificidad de su mirada, y dada la complejidad de las situaciones en salud mental, su intervención es indispensable para complementar y enriquecer el trabajo de otras disciplinas en la interpretación y abordaje del campo.

Las problemáticas contemporáneas deben abordarse en toda su complejidad, lo cual implica que las intervenciones no deben limitarse a un abordaje disciplinario aislado que fragmente a los sujetos, sostiene Stolkiner, A. (2005). Según la autora, "los problemas no aparecen como objetos definidos, sino como demandas complejas y difusas que generan

prácticas sociales atravesadas por contradicciones y vinculadas a diversos marcos conceptuales" (Stolkiner, 2005, p. 1). Esto subraya la necesidad de un enfoque interdisciplinario, que nos permita abordar las múltiples dimensiones que interactúan en la vida de las personas, reconociendo que los problemas sociales y de salud mental no pueden ser reducidos a una única perspectiva.

En este sentido, las demandas y problemáticas actuales en el ámbito social y de la salud mental son extremadamente complejas, por lo que no basta con abordarlas desde la perspectiva de una sola profesión o disciplina. Si las analizamos únicamente desde una mirada especializada, corremos el riesgo de ver solo una parte del problema. Por eso, consideramos fundamental un enfoque interdisciplinario que nos permita abarcar las diversas facetas que influyen en la vida de las personas, como los aspectos sociales, psicológicos, económicos y culturales.

Stolkiner, A. (1999) sostiene que, históricamente, la intervención social en el campo de la salud mental ha estado profundamente vinculada a la cuestión social. Las problemáticas de salud y enfermedad mental están intrínsecamente relacionadas con las condiciones sociales de vida. En este sentido, el Trabajo Social y la salud mental se encuentran estrechamente ligados a la vida cotidiana de las personas, reflejando las manifestaciones contemporáneas de los problemas sociales.

Carballeda, A. (2024) señala que las demandas actuales en el ámbito de la salud mental se caracterizan por una creciente complejidad, lo cual está estrechamente vinculado al contexto sociohistórico de nuestras sociedades. Esto implica que las problemáticas de salud mental no pueden ser entendidas de manera aislada, ya que están influenciadas por múltiples variables de diversa índole, como factores sociales, económicos, culturales y políticos. Estos elementos interactúan y agravan las dificultades que enfrentan las personas en términos de salud mental, haciendo que las intervenciones deban considerar una perspectiva integral que contemple todas estas dimensiones.

De este modo, el concepto de interseccionalidad adquiere relevancia en el campo de la salud mental. Collins, P. (2000) describe este término como "una manera particular de entender la ubicación social en términos de entrecruzamiento de sistemas de opresión" (Collins, 2000, p. 13). La autora se refiere a cómo diferentes sistemas de opresión, como el racismo, el sexismo y la pobreza, se entrelazan, afectando a las personas de manera simultánea. En su análisis, Collins se enfoca en las mujeres negras, quienes son vulneradas tanto por el sistema de raza,

como por el de género, y pueden enfrentar otras formas de opresión si, por ejemplo, viven en situación de pobreza, son inmigrantes, o pertenecen a un grupo etario particular.

Este concepto es especialmente útil en el ámbito de la salud mental, ya que nos permite comprender cómo la combinación de diferentes factores sociales, económicos y culturales influye en el bienestar mental de las personas. No solo se trata de identificar problemas individuales, sino de reconocer cómo los sistemas de poder y opresión afectan de manera integral la salud mental, agudizando las dificultades de quienes enfrentan múltiples formas de vulnerabilidad. Por tanto, entendemos que la interseccionalidad en salud mental abre la puerta a intervenciones más completas y contextualizadas, que tomen en cuenta las diversas dimensiones que afectan a cada individuo.

Cada paciente con padecimientos mentales vive una realidad única y específica, por lo que tanto el diagnóstico como las acciones a tomar no pueden ser generalizadas. Las estrategias de intervención deben ajustarse continuamente, adaptándose al progreso del paciente y al desarrollo del trabajo del equipo profesional, teniendo en cuenta las diferentes variables que influyen en el proceso (Carlini, C.2021). En esta línea, el Trabajo Social juega un papel clave, ya que la intervención no solo debe centrarse en lo clínico, sino también en la historicidad del paciente. Darle voz significa ubicarlo dentro de un sistema de pertenencia (social, familiar, cultural, laboral, institucional, etc.) desde el cual la persona es capaz de significar y resignificar su realidad circundante (Méndez, 2006, p.40).

Esto quiere decir, que no podemos disociar a la persona de su medio social, ya que no son sujetos aislados, por el contrario, se encuentran inmersos en un contexto sociohistórico, con determinadas relaciones sociales. El Trabajo social (...) tiene herramientas metodológicas para establecer cómo es el desenvolvimiento social de una persona, o el reconocimiento que ella tiene de su desenvolvimiento y que nos permite manifestar sus posibilidades -capacidades- de estructurar una experiencia humana” (Méndez, 2006, p.44). En este sentido, el Trabajo Social no se limita a intervenir en las problemáticas individuales del sujeto, sino que también abarca el análisis del contexto y las relaciones sociales que influyen en su vida. Promoviendo así una intervención integral y contextualizada que reconoce la interdependencia entre el individuo y su medio.

En esta misma línea, Méndez, Wraage, & Costa (2012) al respecto sostienen que el Trabajo Social desempeña un rol esencial en el campo de la salud mental, destacándose por su

enfoque en la interacción del individuo con su medio social. A diferencia de disciplinas como la psiquiatría o la psicología que se centran en el diagnóstico clínico, el Trabajo Social valora la dimensión social del padecimiento mental, analizando cómo las relaciones y condiciones de vida influyen en la salud mental. Sin centrar su atención exclusivamente en los síntomas o diagnósticos clínicos, sino en cómo el contexto y las condiciones sociales, históricas y culturales influyen en el padecimiento mental.

En este sentido, los autores ponen acento en el concepto de historicidad, donde el Trabajo Social busca restituir la "historicidad" de la persona, es decir, su contexto social, familiar y cultural, como un componente esencial para entender y tratar el padecimiento mental. Este enfoque critica la separación de lo clínico y lo social, ya que para abordar eficazmente la salud mental es necesario considerar cómo la persona con padecimiento mental se relaciona con su entorno y cómo este entorno influye y contribuye a su salud mental. Es por eso que "(...) El trabajo social propone al respecto que no se puede separar la manifestación del padecimiento mental de las condiciones de su aparición; ni a la persona que lo padece de sus condiciones de existencia (...)" (Méndez, R., Wraage, D., & Costa, M., 2012, p.430). Es por eso que las contradicciones sociales que una persona experimenta, los conflictos que vive y que no puede solucionar también influyen en el padecimiento mental.

En Argentina la Ley Nacional de Salud Mental representa un nuevo paradigma centrado en el reconocimiento de derechos, especialmente los Derechos Humanos, señala Carballada, A. (2012). Las políticas sociales argentinas, al adoptar esta perspectiva y avanzar hacia una cobertura universal, pueden promover procesos de inclusión social. En el ámbito de la salud mental, debido a la complejidad de las problemáticas y los contextos de intervención, este derecho se manifiesta de manera más evidente. Aquí no solo se trata de un cuerpo enfermo o de un caso psiquiátrico, sino de una persona que requiere ser escuchada en un sentido social.

Es por esta razón que entendemos que la inclusión social y la salud mental están profundamente entrelazadas, ya que, en el ámbito de la salud mental, no solo se trata de abordar los síntomas clínicos de una enfermedad, sino también de reconocer al individuo como un sujeto con derechos y necesidades sociales. Cuando integramos una perspectiva de inclusión social en las políticas de salud mental, reconocemos que el tratamiento no debe centrarse únicamente en lo médico o psiquiátrico, sino también en las condiciones sociales que permiten a las personas participar plenamente en la sociedad.

En este sentido, entendemos que la ley propone un concepto integral de la salud mental, considerándola como un proceso determinado por una variedad de factores: históricos,

socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos. Esto nos genera la necesidad de abordar los padecimientos mentales mediante un trabajo interdisciplinario que incorpore distintas perspectivas y conocimientos para lograr un tratamiento más completo.

En su artículo 8° se establece que la atención estará a cargo de un equipo interdisciplinario, en donde “se incluyen las áreas de psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional y otras disciplinas o campos pertinentes”. Asimismo, según la normativa, las internaciones y externaciones dependerán de los criterios del equipo de salud interdisciplinario (Ley Nacional N° 26.657, 2010: art. 15), poniendo de manifiesto la necesidad de incorporar diversas perspectivas disciplinarias en la toma de decisiones

En relación a la presencia del trabajador social en el ámbito de la salud mental, planteamos que es fundamental retomar las ideas de Galende (2008), quien propone un modelo de atención que no aisle al enfermo de su grupo social, preservando su accesibilidad geográfica y promoviendo la participación activa de la familia y la comunidad en el proceso de atención. Este enfoque subraya la necesidad de una red de apoyo donde intervengan distintos profesionales para maximizar las posibilidades de recuperación y desarrollo del sujeto. Según Galende (2008) en su obra "Psicofármacos y Salud Mental. La ilusión de no ser", esta visión inclusiva resulta esencial para un abordaje integral y respetuoso de la persona en su totalidad, más allá del mero tratamiento farmacológico.

En línea con esta perspectiva, Amico (2005) señala que las problemáticas relacionadas con la salud/enfermedad mental están estrechamente vinculadas a las condiciones sociales de vida. Desde esta perspectiva, Trabajo Social y Salud Mental se entrelazan con la vida cotidiana de las personas, abordando las expresiones contemporáneas de la cuestión social. Como menciona Amico, C. (2005), “las cuestiones relativas a la salud/enfermedad mental están estrechamente asociadas a las condiciones sociales de vida; entonces, Trabajo Social y salud mental se relacionan con la vida cotidiana de las personas, con las manifestaciones de la actual cuestión social” (p.74).

Stolkiner, A. (1999) afirma que la intervención profesional en el campo de la salud mental debe enfocarse en la creación de redes de solidaridad y en el fortalecimiento de los vínculos sociales. El objetivo es construir alternativas, entendiendo que lo que fue alternativo en el pasado puede no serlo en el presente. Lo que define a una práctica como alternativa no es su forma, sino por la base ética, ideológica y conceptual, en la que se fundamenta.

Trabajo social y consumo problemático: intervención con la familia o red de apoyo

El consumo problemático de sustancias es una problemática que forma parte del campo de la salud mental y adquiere una relevancia particular debido a su impacto no solo en la salud de los individuos, sino también en su entorno familiar y social. Esta problemática social es compleja y no puede ser entendida de manera aislada, ya que está influida por factores sociales, familiares, económicos y culturales.

Teniendo en cuenta las incumbencias establecidas por la Ley Profesional del Trabajo Social, entendemos que la intervención en esta problemática social resulta imprescindible. En este contexto, el Trabajo Social desempeña un rol clave en el diseño e implementación de estrategias que no solo aborden las consecuencias del consumo problemático, sino que también promuevan el mantenimiento y fortalecimiento de los vínculos sociales y las redes de apoyo de las personas afectadas. Es por eso que consideramos que la intervención en consumos problemáticos exige un enfoque integral, que tome en consideración las particularidades de cada caso y reconozca la interdependencia entre el individuo y su entorno social.

Retomando la idea desarrollada anteriormente sobre la importancia de considerar el entorno social en el que una persona se desenvuelve, destacamos que Mary Richmond (1922) ya subrayaba este aspecto en sus aportes. La autora argumentaba que, para que los esfuerzos del trabajador social sean efectivos, es fundamental que el medio que rodea a la persona, especialmente su familia, influya de manera alineada con la intervención profesional, es decir, que se involucre y sea parte del proceso de intervención. Esto demuestra la importancia de involucrar a la familia y al medio social de la persona en la intervención.

¿Qué se entiende por "familia"?

Liliana Barg (2000) destaca que no hay un único modelo o forma de ser familia, madre, padre o hijo. Sino que existen múltiples formas de familias y relaciones entre sus miembros, que varían según cada persona. Sin embargo, para la autora, estas maneras que tienen de relacionarse están influenciadas por las experiencias de vida y la forma en que cada individuo

entiende el mundo. Esto significa que las dinámicas familiares y las maneras de actuar o sentir de sus miembros están determinadas por las particularidades de cada historia personal.

Quintero Velásquez (2021) sostiene que, a pesar de los cambios sociales, culturales y económicos a lo largo de la historia, la familia ha logrado mantenerse como una institución social fundamental. Es decir, que aunque sus formas y estructuras han variado según el tiempo y las circunstancias, la familia sigue siendo de mayor importancia en el desarrollo social. Su capacidad de adaptación le ha permitido cumplir funciones vitales, como la transmisión de valores, educación y apoyo emocional, lo que ha garantizado su pervivencia como institución esencial. (Montivero, L., & Santillán, E., 2021)

Becerra Kennel (2008) afirma que el concepto de "familia" no se restringe únicamente a los lazos de parentesco tradicionales, sino que abarca a cualquier persona que haya tenido o mantenga un vínculo significativo con el paciente. Este enfoque, para la autora, reconoce que las relaciones importantes en la vida del paciente, independientemente de su conexión biológica o legal, pueden ser fundamentales en su tratamiento.

Pavlovsky, F. (2019) sostiene que la dimensión familiar es fundamental en el tratamiento del consumo problemático, ya que esta dinámica tiende a afectar y desafiar los vínculos dentro del núcleo familiar. A medida que la persona con consumo problemático atraviesa esta situación, las relaciones familiares pueden verse profundamente comprometidas. Aunque en muchos casos los familiares intentan intervenir o ayudar, también pueden (a veces de forma inconsciente) sostener la situación de consumo, contribuyendo a un ciclo complejo en el que se generan y perpetúan patrones de codependencia. Pavlovsky, F. observa que “La vida de consumo es una variable de destrucción de los vínculos más significativos. Los rompe uno por uno, más allá de las buenas explicaciones que se tengan para cada conflicto (...)” (Pavlovsky, 2019, p.186).

De este modo, entendemos que la problemática del consumo en una persona puede reflejar y afectar a todo el sistema familiar, creando una red de interacciones donde cada integrante tiene un rol en el proceso. Es por eso que se trata de conocer la dinámica interna que articula cada escena particular.

En cuanto a la internación, el autor sostiene que es un recurso necesario, especialmente en los casos más graves, ya que no se puede iniciar un tratamiento con una persona que se encuentra en situación activa de consumo. La internación, junto con la

desintoxicación ofrece un espacio y tiempo para detener el ciclo repetitivo del consumo y permitir que el paciente recupere la capacidad de reflexión. Si se realiza en el momento adecuado, la internación puede salvar la vida de muchos pacientes; sin embargo, no debe confundirse con el tratamiento en sí, ya que este es un proceso más largo y complejo. La internación es una indicación útil, necesaria y, en ocasiones, imprescindible, ya que facilita el inicio del verdadero tratamiento.

Por otra parte, Pavlovsky, F. (2019) en su libro “Tratamiento ambulatorio intensivo” habla sobre el tratamiento que reciben los usuarios de su dispositivo “Dispositivo Pavlovsky”. En relación a la familia, expresa que la participación activa de la familia en los espacios de tratamiento incrementa significativamente el compromiso del paciente en su proceso hacia la abstinencia. Además, señala que para que los familiares brinden un verdadero apoyo, más allá de sus opiniones, es esencial que asistan a las reuniones³⁷. Por otra parte, sostiene que no se puede esperar un compromiso pleno del paciente si sus familiares cercanos, como hijos, padres, hermanos o pareja, no muestran interés en involucrarse. Esta falta de participación de personas significativas en el tratamiento genera una desconexión entre la preocupación que expresan y su implicación real, afectando de manera tangible la evolución del paciente.

Becerra y Kennel (2008) señala que el trabajo con la familia del paciente tiene varios objetivos fundamentales. En primer lugar, se busca llevar a cabo un análisis de la problemática sociofamiliar que podría estar contribuyendo al desarrollo de la patología del paciente, dado que las dinámicas familiares pueden ejercer una influencia significativa en su salud mental. Además, dice que se examinan las relaciones entre la familia y el paciente, ya que con frecuencia los individuos enfermos provienen de familias que también presentan disfuncionalidades.

Asimismo, las autoras manifiestan que se trabaja en la preparación del núcleo familiar del paciente para facilitar una reacomodación en las relaciones entre sus miembros ya que es más efectiva cuando la familia ha acompañado al enfermo a lo largo de su evolución. Por lo tanto, permite que los familiares asuman nuevos roles y desarrollen comportamientos más adaptados a la realidad actual, que es diferente de la situación en la que surgió la enfermedad mental.

³⁷En el contexto del tratamiento ofrecido en su dispositivo, se incluyen reuniones con las familias de los usuarios. Por esta razón, el autor destaca la importancia de que los familiares participen activamente en estos espacios.

En una misma línea, Pavlovsky, F. (2019) plantea que el proceso de recuperación de un paciente con consumo problemático también representa una oportunidad para reconstruir y reinventar nuevas formas de relación entre los miembros de la familia. En estos casos, las fallas graves de comunicación suelen ser la norma. También plantea que mientras el paciente debe esforzarse en el proceso del tratamiento, los familiares deben trabajar en la creación de un nuevo tipo de comunicación y vínculo.

En este sentido, Eroles, C. (1998) resalta la función del trabajador social en asistir al individuo, la familia o el grupo a identificar su responsabilidad en el origen de sus propios problemas y dificultades. El autor, sostiene que el compromiso de valorar a la familia implica trabajar activamente en su fortalecimiento, incluso en escenarios de crisis que tienden a generar fragmentación y conflicto.

Para este mismo autor, las familias que enfrentan este tipo de problemáticas sociales suelen atravesar una severa desestructuración, la cual demanda, en muchos casos, la intervención de profesionales especializados. En cuanto a la convivencia, afirma que una persona que padece estos problemas es especialmente desafiante, ya que no solo dificulta las relaciones, sino que también puede introducir violencia en la dinámica familiar, actuando como un potente factor desintegrador. En este sentido, el trabajador social tiene un rol esencial para brindar apoyo y orientación, ayudando a las familias a reconstruir sus lazos y encontrar un equilibrio en medio de la adversidad.

Además, plantea que la familia puede convertirse tanto en víctima, cayendo en un proceso de colapso y desilusión, como en un factor clave para la recuperación del paciente o adicto. Sin embargo, también puede actuar como un elemento que acelera y agrava el deterioro de quien está en tratamiento. Es por esto que resalta la importancia del acompañamiento profesional y el trabajo intenso que realizan los trabajadores sociales con las familias, con el fin de facilitar procesos de tratamiento y brindar el apoyo necesario a quienes lo requieren.

Según Eroles, C. (1998), la familia y el grupo de amigos pueden ser fuentes poderosas de fortalecimiento y sanación personal. Al potenciar su capacidad para generar afecto y contención, se pueden encontrar respuestas significativas para enfrentar las dificultades. Por lo tanto, cuando se logra una verdadera cohesión, estos vínculos adquieren una notable capacidad para brindar contención, autoayuda, reafirmación de la identidad y un profundo sentido de pertenencia.

Becerra y Kennel (2008) destacan que la comprensión y aceptación de la familia hacia el enfermo mental recuperado, viéndolo como una persona capaz de reintegrarse plenamente en la sociedad, es la base fundamental para que también la comunidad lo acepte. La familia, al ofrecer un entorno de apoyo y validación, no solo contribuye a la estabilidad emocional del individuo, sino que también facilita su adaptación social. Los autores sostienen que este proceso es esencial, ya que la red familiar actúa como un puente entre el paciente recuperado y su entorno, promoviendo una integración más armónica y sostenida, y reduciendo el estigma social que aún rodea a las enfermedades mentales.

Abordaje interdisciplinario en Salud Mental

El concepto propuesto por la Ley Nacional N° 26.657 (2010) establece una visión amplia y superadora al entender la salud mental como un proceso influenciado por una variedad de factores históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos. Esta comprensión multidimensional de la salud mental subraya la necesidad de abordar los padecimientos mentales a través del trabajo interdisciplinario. En este marco, el artículo 8° de la ley estipula que:

“Debe promoverse que la atención en salud mental esté a cargo de un equipo interdisciplinario integrado por profesionales, técnicos y otros trabajadores capacitados con la debida acreditación de la autoridad competente. Se incluyen las áreas de psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional y otras disciplinas o campos pertinentes” (Ley Nacional N° 26.657, 2010, art. 15).

Además, la normativa establece que: “ La internación debe ser lo más breve posible, en función de criterios terapéuticos interdisciplinarios. Tanto la evolución del paciente como cada una de las intervenciones del equipo interdisciplinario deben registrarse a diario en la historia clínica” (Ley Nacional N° 26.657, 2010, art. 15).

Lo que resalta la importancia de integrar diversas perspectivas disciplinarias en la toma de decisiones, reconociendo la complejidad de los problemas de salud mental y la necesidad de abordarlos desde múltiples enfoques para ofrecer una atención más completa.

En relación a la interdisciplina, la autora Stolkiner, A. (1999) propone una definición que puede analizarse en dos niveles: epistemológico y metodológico. A nivel epistemológico, la autora destaca la necesidad de superar la racionalidad positivista, que tiende a fragmentar los fenómenos para su estudio. Esto implica cuestionar la visión tradicional de la causalidad lineal, que simplifica las relaciones entre causas y efectos. Según Stolkiner, las disciplinas no deben entenderse como reflejos de una realidad objetiva, sino como construcciones históricas que han desarrollado sus propios objetos teóricos y métodos. Este enfoque invita a reconsiderar las bases mismas del pensamiento científico en relación con los problemas contemporáneos, que se encuentran inmersos en contextos de constante transformación y crisis.

Con esta perspectiva, Stolkiner, A. (1999) no sólo critica la fragmentación del conocimiento, sino que también aboga por un análisis más complejo e integrado de los fenómenos, donde la interdisciplina emerge como una necesidad frente a la insuficiencia de las aproximaciones disciplinares tradicionales. Por lo tanto, esto refleja la importancia de considerar las múltiples dimensiones de los problemas actuales y la necesidad de enfoques flexibles y colaborativos que respondan a la complejidad del mundo contemporáneo.

La autora sostiene que hablar de interdisciplina no se refiere simplemente a la combinación o yuxtaposición de diferentes campos de estudio. Más bien, se trata de un proceso activo de construcción de conocimiento, basado en el intercambio de ideas y la cooperación entre disciplinas. Este enfoque implica que el trabajo conjunto no solo se basa en alcanzar consensos, sino también en abordar y valorar las discusiones, diferencias y posibles desacuerdos que surgen dentro del equipo de trabajo, lo cual enriquece el proceso y los resultados. De esta manera, busca destacar la importancia del diálogo crítico y la integración real de perspectivas diversas, donde las tensiones y desacuerdos no son obstáculos, sino oportunidades para profundizar y mejorar la comprensión de los problemas abordados.

Stolkiner, A. (2005-2012, citado en Kopelovich, 2018) dice que a partir de la década del 80 se reconoció que los problemas de padecimiento subjetivo no podían abordarse desde una única disciplina. Lo cual implicó la necesidad de diseños de investigación y programas de acción más abiertos, abandonando el paradigma positivista y las explicaciones monocausales.

Sin embargo, mientras el abordaje interdisciplinario requería integración, la década del 90 se caracterizó por la fragmentación institucional. Tras la crisis de 2001, las políticas públicas volvieron a estar dirigidas por el Estado, retomando el enfoque de atención primaria en salud

mental y promoviendo la asistencia comunitaria, lo que culminó en la Ley Nacional de Salud Mental N° 26657.

En esta misma línea, Stolkiner, A. (1999) propone un enfoque que resalta la naturaleza subjetiva e intersubjetiva del trabajo interdisciplinario, sugiriendo que las disciplinas no existen de manera aislada, sino que son continuamente reproducidas y redefinidas por los sujetos que las practican y son atravesados por ellas. Este enfoque reconoce que los individuos, al trabajar dentro de una disciplina específica, deben ser conscientes de la incompletud de su propio saber. Es decir, cada disciplina, por sí sola, es insuficiente para abordar de manera integral las situaciones problemáticas que se presentan en el campo. Por lo tanto, el trabajo interdisciplinario se fundamenta en la necesidad de complementar y ampliar el conocimiento desde diferentes perspectivas, superando los límites que impone el enfoque individual de cada disciplina para llegar a una comprensión más completa y enriquecida de los problemas que se abordan.

Este reconocimiento de la incompletud impulsa la apertura a otros saberes y experiencias, haciendo del intercambio intersubjetivo un componente central del trabajo interdisciplinario, sostiene la autora. Al integrar diversas miradas, se fomenta un proceso de construcción colectiva de conocimiento que permite enfrentar la complejidad de las problemáticas actuales de manera más efectiva.

El Trabajo Social desempeña un rol clave en los equipos interdisciplinarios de salud mental, aportando una visión integral que considera no solo los aspectos clínicos, sino también las condiciones sociales, económicas y culturales que influyen en el bienestar de las personas, facilitando un abordaje más completo y contextualizado de los padecimientos mentales.

Como ya hemos indicado anteriormente, la intervención social en el ámbito de la salud mental está profundamente conectada con las dinámicas de la cuestión social. En línea con este planteamiento, Stolkiner, A. (1999) reafirma que las problemáticas de salud y enfermedad mental no pueden separarse de las condiciones sociales en las que se desarrollan. De esta manera, el Trabajo Social y la salud mental están intrínsecamente vinculados a la vida cotidiana de las personas, ya que ambas áreas reflejan las manifestaciones actuales de los problemas sociales. Esto refuerza la idea de que cualquier abordaje en el campo de la salud mental debe necesariamente considerar el contexto social como un factor determinante en la comprensión y tratamiento de los padecimientos mentales

En consonancia con lo mencionado anteriormente Méndez, R., Wraage, D., & Costa, M. (2012) afirman que el Trabajo Social tiene un rol fundamental en el campo de la salud mental, diferenciándose por su enfoque en la interacción entre el individuo y su entorno social. A diferencia de disciplinas como la psiquiatría o la psicología, que tienden a centrarse en el diagnóstico clínico, el Trabajo Social pone énfasis en la dimensión social del padecimiento mental. Este enfoque permite analizar de manera integral cómo las relaciones sociales y las condiciones de vida impactan en la salud mental, y no se limita exclusivamente a los síntomas o diagnósticos clínicos. En su lugar, prioriza la comprensión de cómo el contexto social, histórico y cultural influye en la experiencia del padecimiento mental.

Asimismo, Carballada, A. (2012) aborda una perspectiva actualizada del Trabajo Social en el ámbito de la Salud Mental, señalando un cambio fundamental en el enfoque de la intervención. Orientando la propuesta hacia lo singular, hacia las experiencias particulares de los individuos, reconociendo que el padecimiento no puede ser reducido sólo a cifras o categorías generales.

El autor sostiene que este giro hacia lo singular implica la incorporación de nuevas categorías de análisis en el Trabajo Social, que se centran en ampliar las posibilidades de intervención. Además, expresa que la intervención ya no se reduce a la aplicación de un diagnóstico clínico, sino que se entiende como un proceso que involucra el análisis del contexto social y de los distintos escenarios en los que se desenvuelve la vida cotidiana de las personas. Es decir, se considera el impacto que el entorno y su devenir tienen sobre la esfera subjetiva de cada individuo.

Desde esta perspectiva, Carballada, A. (2012) afirma que los aportes del Trabajo Social se construyen como una oportunidad para generar nuevas formas de comprensión e intervención, lo que supone una ruptura con los paradigmas tradicionales de la medicina, como el anátomo-clínico y el anátomo-patológico. Estos enfoques clásicos tienden a explicar el padecimiento mental desde una perspectiva exclusivamente biológica y corporal, pero el Trabajo Social propone una mirada más amplia y compleja que considera lo subjetivo y lo social en conjunto.

En este marco, para el autor, se abren nuevas posibilidades para la articulación de saberes entre diferentes disciplinas, lo que permite que las prácticas, la política social y las intervenciones en salud mental se construyan de manera integral. El objetivo final es promover

formas de recuperación que no solo se centren en el individuo, sino que también faciliten su retorno y participación activa en la sociedad. Sostiene que este proceso, a su vez, implica una redefinición constante de lo societario, que se va transformando a medida que incorpora nuevas formas de entender y tratar los problemas de salud mental.

Según Cazzaniga, S. (2002, citado en Carlini 2021) la interdisciplinariedad es tanto un desafío como una estrategia esencial en la intervención social y profesional. Este enfoque no solo trasciende las limitaciones de las perspectivas positivistas tradicionales, que fragmentan el conocimiento, sino que también se convierte en una herramienta fundamental para abordar la complejidad de las demandas sociales actuales. Además, permite a los profesionales trabajar en equipo, brindando apoyo mutuo y generando alternativas políticas integradas

Análisis de la ley de salud mental

Antes de la sanción de la Ley de Salud Mental N° 26657 en el 2010 en Argentina, según Carballada, A. (2004) existía una visión más fragmentada del tratamiento de las personas con padecimientos mentales, en la que primaba un enfoque biomédico y asistencialista, dejando de lado una perspectiva integral y de derechos. Por tal motivo, se reconocía la necesidad de políticas que faciliten la accesibilidad al sistema de salud. Este enfoque integral debía fomentar la colaboración entre distintos campos del conocimiento y promover políticas públicas que garantizaran la accesibilidad a un sistema de salud inclusivo y no discriminatorio. Además, se empezó a repensar la salud no como un estado fijo, sino como un proceso social e histórico, en constante transformación, donde la lucha por los derechos de los pacientes se volviera central en el marco de las políticas sanitarias.

Por lo tanto, sostenemos que se dio un paso significativo hacia la incorporación de la perspectiva de Derechos Humanos en el tratamiento de la salud mental. Esta ley fue el resultado de un proceso participativo y de activismo social que logró reunir a un amplio colectivo de personas y organizaciones comprometidas con la causa. La legislación marcó un cambio importante en el ámbito de la salud mental introduciendo un enfoque más integral, considerando el bienestar psicológico y social de las personas, y priorizando los derechos humanos, la inclusión y el respeto a la dignidad de los pacientes. En este sentido, “supone un

nuevo paradigma jurídico asistencial cuyo eje es la consideración de la persona con padecimiento mental como sujeto de derecho” (Kopelovich 2020, citado en Albornoz, Aogeda, & Maldonado, 2022, p.1).

Además, señalamos que la Ley Nacional N° 26.657 reglamentada en mayo de 2013 establece un cambio de enfoque al definir la salud mental en su artículo 3° como: "proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los Derechos Humanos y sociales de toda persona" (Ley Nacional N° 26.657, 2010: art. 3).

Esta definición se distancia de la concepción tradicional de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que entendía la salud como un estado fijo. En cambio, la ley argentina la concibe como un proceso en constante evolución, influenciado por diversos factores y estrechamente relacionado con la defensa de los derechos humanos.

En este sentido, en el artículo 1° de la Ley Nacional N° 26.657 establece el derecho de todas las personas a recibir protección en el ámbito de la salud mental, asegurando también el pleno ejercicio de los Derechos Humanos para aquellos que padecen problemas mentales en el territorio nacional. Este artículo aclara que el derecho a la protección de la salud mental es universal y no se limita únicamente a quienes presentan un padecimiento mental, aunque estas personas reciben una atención especial debido a su mayor vulnerabilidad psicosocial.

Por otra parte, para referirse a quienes tienen padecimientos mentales, la ley utiliza el término "personas con padecimiento mental", con el objetivo de poner el foco en la persona y no en su condición, evitando así cualquier forma de discriminación o estigmatización, sostiene Urios (2016 citado en Albornoz, A., Aogeda, C., & Maldonado, V. S., 2022). Además, esta ley incluye las adicciones como una problemática de salud mental, comprendiendo a las personas con consumo problemático como sujetos de derechos y por tanto, deben ser tratadas bajo este enfoque inclusivo y respetuoso de sus derechos fundamentales.

Por otra parte, Urios (2016 citado en Albornoz, A., Aogeda, C., & Maldonado, V. S., 2022) sostiene que “el centro de la atención en salud mental está en la comunidad y no en el hospital. Se debe tender al mantenimiento de los vínculos comunitarios, familiares o referentes afectivos, laborales y no su restricción” (Albornoz, A., Aogeda, C., & Maldonado, V. S., 2022, p.42). En este sentido, la Ley Nacional N° 26.657 promueve un enfoque comunitario y

establece en su artículo 11° una serie de dispositivos alternativos a la internación para el tratamiento de las personas en su entorno habitual. Estos dispositivos están diseñados para evitar el aislamiento social y hospitalario, y fomentar la inclusión y el acompañamiento desde un enfoque integral.

Entre las estrategias propuestas por la ley se encuentran: consultas ambulatorias; servicios de inclusión social y laboral para personas después del alta institucional; atención domiciliaria supervisada y apoyo tanto a las personas como a sus grupos familiares y comunitarios. Además, se contemplan servicios enfocados en la promoción y prevención de la salud mental, así como una serie de recursos complementarios, tales como casas de convivencia, hospitales de día, cooperativas de trabajo, centros de capacitación socio-laboral, emprendimientos sociales, hogares y familias sustitutas (Ley Nacional N° 26.657, 2010: art. 11).

Estos dispositivos buscan mantener y fortalecer los vínculos familiares, laborales y comunitarios, esenciales para la rehabilitación y reintegración social de las personas, promoviendo una perspectiva de inclusión y respeto por los derechos humanos, en contraposición al modelo tradicional de internación prolongada.

Es por eso que la ley que mencionamos busca evitar las internaciones hospitalarias, considerándolas como una medida terapéutica de último recurso, que debe ser utilizada únicamente en situaciones excepcionales y con la menor duración posible. El proceso de atención debe fundamentarse en los principios de la atención primaria de la salud, que priorizan el fortalecimiento, la restauración y la promoción de los vínculos sociales de las personas.

De tal manera, este enfoque considera no sólo las necesidades médicas de las personas, sino también su contexto social, familiar y comunitario, entendiendo que una intervención efectiva debe atender a sus particularidades y garantizar la protección y promoción de sus derechos. De este modo, el tratamiento no se centra únicamente en la enfermedad, sino en la persona como un ser integral, en conexión con su entorno, y apuesta por el desarrollo de sus capacidades dentro de la comunidad.

Ley de derechos del paciente

La Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 reconoce la importancia de garantizar los derechos de los pacientes. En este sentido, la Ley N° 26.529 de Derechos de los Pacientes, sancionada en 2009 y posteriormente modificada, representó un avance significativo en el ámbito jurídico de los derechos en salud. Dicha ley, aprobada por el Congreso de la Nación Argentina, establece los derechos del paciente, así como regulaciones sobre la historia clínica y el consentimiento informado, consolidando un marco legal fundamental para la protección de los usuarios del sistema de salud.

Además, esta ley refuerza el derecho a recibir un trato digno y respetuoso, garantizando que las decisiones sobre la salud de cada persona se tomen en conjunto con los profesionales, de manera informada y participativa. A continuación, describimos los artículos más relevantes de esta ley, destacando su importancia en la relación entre pacientes y profesionales de la salud.

El Artículo 1° establece que el ejercicio de los derechos del paciente, en relación con la autonomía de su voluntad, el acceso a la información y la documentación clínica, se regula de acuerdo con lo dispuesto en esta ley.

El Artículo N° 2 define los derechos fundamentales de los pacientes en su relación con los equipos de las instituciones de salud, tales como: recibir asistencia, ser tratados con dignidad y respeto, mantener su intimidad y confidencialidad, ejercer su autonomía de voluntad, acceder a información sanitaria y solicitar interconsulta médica.

El Artículo 5° de la ley define el consentimiento informado como la declaración de voluntad emitida por el paciente, o por sus representantes legales cuando corresponda, después de haber recibido información clara, precisa y adecuada por parte del profesional interviniente. Esta información debe incluir detalles sobre: el estado de salud del paciente; el procedimiento propuesto, con sus objetivos; los beneficios esperados; los riesgos, molestias y posibles efectos adversos; los procedimientos alternativos, con sus riesgos, beneficios y desventajas en comparación con el propuesto; y las consecuencias previsibles de no realizar el procedimiento propuesto o las alternativas especificadas.

El Artículo 9° es relevante porque establece dos situaciones en las que el profesional de la salud no necesita solicitar el consentimiento informado: cuando haya un grave riesgo para la salud pública y en emergencias que pongan en peligro la vida o salud del paciente, cuando éste o sus representantes legales no puedan otorgar el consentimiento. Estas excepciones

deben ser justificadas de acuerdo con la reglamentación y deben interpretarse de manera restrictiva.

El Artículo 12 define la historia clínica como un documento obligatorio, cronológico y completo que recoge todas las acciones realizadas al paciente por los profesionales de la salud. Además, el Artículo 14 establece que el paciente es el titular de su historia clínica y tiene derecho a solicitar y recibir una copia autenticada, la cual debe ser entregada en un plazo de 48 horas, excepto en casos de emergencia.

La Ley de Derechos del Paciente resulta crucial para garantizar el respeto y la protección de los derechos fundamentales de las personas en el ámbito de la salud. A través de principios clave como el acceso a la información, el consentimiento informado, la confidencialidad de los datos médicos, y el derecho a un trato digno y respetuoso, esta ley asegura que los pacientes puedan participar activamente en las decisiones sobre su salud y recibir una atención basada en principios éticos y de derechos humanos. Además, establece un marco regulatorio que obliga a los profesionales de la salud a respetar la autonomía y la dignidad de los pacientes, proporcionando mecanismos claros para la documentación y gestión de la historia clínica. De esta manera, la ley no solo protege los derechos individuales, sino que también promueve una relación más equitativa y transparente entre los pacientes y el sistema de salud, reforzando la confianza y el respeto mutuo en el proceso de atención médica.

Capítulo 4: Descripción de las entrevistas

Introducción:

En el siguiente capítulo presentamos las entrevistas realizadas a las instituciones que abordan consumos problemáticos. El objetivo inicial fue entrevistar a las trabajadoras sociales de cada institución, pero al desarrollar la investigación, constatamos que en algunos casos no contaban con dicho profesional, por lo que entrevistamos a otro representante institucional. Además, consideramos pertinente incluir una entrevista con una Dra. en Trabajo Social, como informante clave para la caracterización del campo bajo análisis, debido a que cuenta con amplia experiencia en relación al ejercicio profesional.

Las preguntas que realizamos en las entrevistas sirvieron como una guía flexible para abordar los principales tópicos de interés, alineados con los objetivos planteados en esta tesis. En cada institución, llevamos a cabo una entrevista en profundidad, lo que nos permitió obtener un análisis detallado y ajustado a la realidad particular de cada una.

Como mencionamos en la introducción, realizamos entrevistas a un total de seis instituciones, las cuales fueron diseñadas en sus orígenes para abordar esta problemática social compleja. Estas son: Posada del Inti, El Faro, Dispositivo Territorial Comunitario (DTC) Casa Caracol, Dispositivo Territorial Comunitario (DTC) El Martillo, Dispositivo Territorial Comunitario (DTC) Bosque Grande, Centro Provincial de Atención en Salud Mental y Consumos Problemáticos (CPA), y Fundación Chance.

Para facilitar la presentación del siguiente análisis lo estructuramos en torno a ejes temáticos, siguiendo la misma lógica utilizada en el guión de la entrevista. Esta división nos permitirá abordar de manera más ordenada los distintos aspectos tratados durante las entrevistas, alineados con los objetivos planteados en la investigación. A través de estos ejes, podremos profundizar en cada tema clave, proporcionando una visión clara y sistemática de los puntos más relevantes surgidos en las conversaciones con las instituciones. Por último, aclaramos que el guión lo utilizamos como una guía orientativa para explorar los ejes principales de la investigación. No obstante, lo adaptamos según la disposición y voluntad de respuesta de cada entrevistado, omitiendo o reformulando algunas preguntas cuando fue necesario.

Los ejes son los siguientes:

- Caracterización de la institución
- Proceso de intervención del Trabajo Social
- Trabajo con Red de apoyo y/o Familia
- Desafíos y Facilitadores del Proceso del Trabajo Social

Con los fines de facilitar la lectura el orden de las entrevistas es el siguiente:

1. Institución CPA. Entrevista a Licenciadas en Trabajo Social.
2. Institución DTC “Casa Caracol”. Entrevistada a operadora socioterapeutica y estudiante avanzada de trabajo social.
3. Institución: DTC “Casa caracol”. Entrevista a Lic. en Trabajo Social, que está realizando un postgrado en salud.
4. Institución: DTC “El Martillo”. Entrevista a Lic. en Trabajo Social.
5. Institución: DTC Bosque Grande. Entrevista a Lic. en Trabajo Social.
6. Institución: Fundación Chance. Entrevista a Lic. en Trabajo Social.
7. Institución: El Faro. Institución privada. Entrevista a operadora socioterapeutica en drogadicción.
8. Entrevista a Dra. en Trabajado Social.
9. Institución Posada del Inti. Entrevista a coordinador General.

Institución CPA (Centro Provincial de Atención). Entrevista a Lics. en Trabajo Social

Caracterización de la institución

El CPA (Centro Provincial de Atención) es un organismo provincial que depende de la Subsecretaría de Salud Mental, Consumo Problemático y Violencias³⁸ en el ámbito de la salud. Su sede central opera en la Región Sanitaria VIII, formando parte de un conjunto de dispositivos provinciales que abordan la salud mental y los consumos problemáticos en Mar del Plata. El CPA se dedica a la atención ambulatoria, mientras que hay otros dos dispositivos complementarios que ofrecen un centro comunitario³⁹ y una unidad residencial de internación ubicada en Chapadmalal. La institución tiene el objetivo de ofrecer tratamiento a personas con consumos problemáticos a través de diversas estrategias, tanto ambulatorias como residenciales y con un enfoque de reducción de daños⁴⁰.

La sede central está ubicada en la calle Buenos Aires 2855 y cuenta con un equipo interdisciplinario compuesto por dos trabajadores sociales, dos psiquiatras, varios psicólogos, operadores socioterapéuticos en adicciones. Sin embargo, no todos los profesionales asisten todos los días, ya que trabajan con módulos y horarios diferentes, lo que en palabras de las entrevistadas dificulta la colaboración constante entre todo el equipo. Aunque, sostienen que el lema de la institución es el trabajo en equipo interdisciplinario, una práctica que se refuerza a través de reuniones semanales que llevan a cabo, donde se socializan los casos y se reflexiona sobre las intervenciones, permitiendo discutir casos complejos en equipo. En situaciones particularmente difíciles la institución cuenta con un equipo de supervisión externo proporcionado por la Subsecretaría, que ayuda a clarificar el abordaje en situaciones críticas.

En este sentido, el trabajo es esencialmente interdisciplinario y las intervenciones se planifican de manera colaborativa. No es común que un usuario sea tratado únicamente por un profesional, sino que por lo general se involucran varias disciplinas, como psicología, psiquiatría y trabajo social, lo que en palabras de las entrevistadas permite abordar la problemática desde diferentes ángulos. La coordinación entre los profesionales es permanente y necesaria, sostienen las entrevistadas, dado que la complejidad de las situaciones requiere de múltiples miradas y enfoques.

En cuanto a lo que las entrevistadas denominan como “tratamiento” se inicia con una admisión que puede ser individual o grupal, seguida por un trabajo más profundo en la segunda

³⁸ Para ampliar información: <https://www.mapadelestado.gba.gov.ar/organismos/510>

³⁹ Anteriormente era un centro de día.

⁴⁰ Enfoque desarrollado en el capítulo 2. “(...) se entiende por reducción de daños a aquellas acciones que promuevan la reducción de riesgos para la salud individual y colectiva y que tengan por objeto mejorar la calidad de vida de los sujetos que padecen consumos problemáticos, disminuir la incidencia de enfermedades transmisibles y prevenir todo otro daño asociado, incluyendo muertes por sobredosis y accidentes” (Ley 26.934, art. 10, 2014).

escucha, donde se exploran las motivaciones del usuario por iniciarlo, que son realizadas por dos profesionales del equipo, de manera aleatoria de acuerdo con los dos profesionales que se encuentren en la institución en ese momento. En cuanto al enfoque de tratamiento no se plantea la abstinencia inmediata, sino la reducción de riesgos y daños, reconociendo que cada persona tiene un proceso distinto y que la estrategia debe adaptarse a las circunstancias individuales. En el marco del tratamiento se ofrecen tanto espacios individuales como grupales. Además de los grupos terapéuticos, se realizan talleres como por ejemplo de barbería y de música.

Trabajo con la red de apoyo y/o familia

El CPA cuenta con dos espacios destinados a grupos de familia, distribuidos en dos días diferentes. Aunque se denominen "grupos de familia," en realidad están orientados a la red de apoyo del usuario, lo cual puede incluir a amigos, vecinos o cualquier persona significativa en su entorno.

Uno de estos espacios está dirigido a la red de apoyo de aquellos que están en tratamiento y asisten al CPA. El otro espacio, en cambio, está destinado a las redes de apoyo de personas que no están en tratamiento ni asisten al CPA. Esto se debe a que es común que familiares o allegados, como madres o parejas, se acerquen a solicitar un turno para una persona que consume, sin que esta última manifieste una demanda o intención de tratamiento. En estos casos, el CPA indaga las razones por las que la persona no asistió y ofrece a la red de apoyo este espacio de orientación para acompañarlos en la situación.

En relación a los usuarios con los que interviene, el CPA recibe usuarios por diferentes vías, siendo la principal que se acerquen de manera voluntaria para buscar ayuda. Sin embargo, también llegan usuarios gracias a la articulación y el trabajo en red que realizan con otras instituciones de salud, como hospitales y salitas, como así también con el sistema judicial.

-Instituciones de salud con las que colabora:

El CPA colabora estrechamente con el Hospital Regional⁴¹ y el Hospital Materno Infantil⁴², facilitando internaciones y evaluando a pacientes con problemas de consumo problemático.

⁴¹ Denominado: Hospital Interzonal General de Agudos "Dr. O. Alende".

⁴² Denominado: Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil "Don Victoria Tetamanti".

Hospital Regional: Los usuarios que necesitan internarse en la Unidad Residencial del CPA, generalmente, primero pasan por el Hospital Regional para realizar una compensación médica. A su vez, el hospital deriva pacientes al CPA tras sus externaciones, para que continúen con tratamiento ambulatorio. Además, el CPA realiza evaluaciones específicas para aquellos pacientes internados por problemáticas de consumo, asegurando la continuidad del tratamiento entre ambas instituciones.

Hospital Materno Infantil: El CPA interviene cuando las madres hospitalizadas dan positivo en sustancias durante el embarazo o el parto, realizando una evaluación del consumo. Estas evaluaciones buscan acompañar a las madres en su tratamiento y prevenir la separación de sus hijos, brindando apoyo y asesoramiento tanto a la madre como a su red de contención. La proximidad del CPA a este hospital ubicado en Castelli 2450 facilita estas intervenciones. Asimismo, se trabaja en conjunto con el Organismo de Niñez para garantizar el bienestar de los niños y niñas afectados. Además las entrevistadas sostienen que colabora con otras instituciones de salud pública, como ser las “salitas”, es decir los centros de atención primaria de la salud (CAPS)⁴³.

-Instituciones de justicia con las que colabora:

El CPA también colabora y trabaja en red con el “Fuero de Responsabilidad Penal Juvenil”⁴⁴ y con aquellos en “libertad condicional” o bajo la responsabilidad del “Patronato de Liberados”.

En relación al “Fuero de Responsabilidad Penal Juvenil” el CPA trabaja en conjunto realizando evaluaciones a los menores en conflicto con la ley penal, especialmente cuando estas son requeridas por la Justicia.

Existen tres dispositivos clave que forman parte del Fuero de Responsabilidad Penal Juvenil en los que intervienen:

1. Centro Cerrado (conocido como “Batancito”): este dispositivo, ubicado en Batán, se asemeja a una cárcel y está destinado a adolescentes acusados o condenados por delitos graves. Los jóvenes que ingresan al Centro Cerrado no tienen la posibilidad de salir y permanecen allí bajo medidas de privación de libertad. Reciben visitas únicamente los fines de

⁴³ Para profundizar visitar: <https://www.mardelplata.gob.ar/institucionalcentrosdesalud>

⁴⁴ Responsabilidad Penal Juvenil es una Subsecretaría que depende del Ministerio de desarrollo de la comunidad de la provincia de buenos aires. Es el régimen penal de menores, que se rige por la ley 22278, donde se especifica que la edad de punibilidad es a partir de los 16 hasta los 18 años.

semana. El traslado de estos jóvenes al CPA por consumo de sustancias se realiza en transporte especial, con esposas, y siempre acompañados por un referente del centro.

2. Centro de Contención: Este dispositivo tiene una modalidad semicerrada y está destinado a jóvenes que no tienen una sentencia firme o que están involucrados en causas menores sin antecedentes penales. Los jóvenes permanecen en el Centro de Contención mientras atraviesan un proceso judicial. Aunque no pueden salir libremente, tienen la posibilidad de participar en actividades externas controladas, como talleres en el CPA⁴⁵. En este caso, los jóvenes son trasladados en transporte público acompañados por un operador, sin esposas, lo que refleja la naturaleza más flexible del dispositivo.

3. Centro de Atención Especializado (CAE): Este dispositivo es el primer punto de aprehensión para jóvenes en conflicto con la ley. Aquí, los menores permanecen por un máximo de 72 horas, aunque en la práctica suelen estar entre 12 y 15 días, hasta que se encuentra un familiar o referente afectivo con quien puedan irse. El CAE no es una cárcel, y los menores no son retenidos por una orden judicial formal. Si el joven no puede ser reubicado con un familiar, es común que luego sea trasladado al Centro de Contención.

En general, las intervenciones del CPA en relación con estos dispositivos surgen a partir de derivaciones judiciales. Reciben oficios judiciales solicitando turnos de evaluación para los menores, que siempre se realizan de manera interdisciplinaria. Los menores son trasladados al CPA para ser evaluados por el equipo de salud, que incluye médicos, psicólogos y trabajadores sociales. Estas evaluaciones suelen realizarse cuando los jóvenes se encuentran próximos a una audiencia judicial, y los informes generados se presentan ante el Fuero de Responsabilidad Penal Juvenil como parte de la información que será considerada en la audiencia.

Las entrevistadas sostienen que este trabajo conjunto entre el CPA y el Fuero de Responsabilidad Penal Juvenil es fundamental para brindar un abordaje integral y ajustado a las necesidades individuales de los jóvenes, considerando tanto su situación legal como su contexto social y de salud.

⁴⁵ Los detallados anteriormente, como ser el de barbería o el de música.

Por otra parte, también colaboran con el “Patronato de Liberados”⁴⁶, respondiendo a Oficios judiciales⁴⁷ en los que se solicita tratamiento por consumo de sustancias para las personas bajo supervisión del Patronato.

Proceso de intervención de las trabajadoras sociales en el CPA

Las licenciadas en trabajo social del equipo del CPA son dos y participan de lo que se llama “la primera escucha” que corresponde a la admisión, es la primera entrevista que se le da a una persona cuando tiene intenciones de iniciar el tratamiento en la institución. Luego está la segunda escucha, en donde se puede profundizar en los motivos y conocer un poco más a la persona, en términos de redes de apoyo, condiciones de vida, acceso a derechos y recursos. Aunque no siempre lo realizan ellas, sino cualquier miembro del equipo que se encuentre en ese momento.

Parte de su intervención incluye gestionar o asesorar sobre el acceso a recursos como el Certificado Único de Discapacidad (CUD) u otros beneficios sociales.

En relación a los usuarios que ingresan a realizar un tratamiento derivados desde el poder judicial, las trabajadoras sociales sostienen que muchas de estas no tienen intención de realizar un tratamiento. Es decir, que no registran su consumo o no tienen la voluntad de hacerlo. En este sentido, comentan que realizaban la primera escucha de forma individual otorgándole un turno a cada persona, pero luego no iban al turno, lo que se volvía en palabras de ellas “una pérdida de tiempo”(sic). Es por este motivo que los comenzaron a agrupar a todos en un mismo turno, aunque hay muy poca concurrencia. Muchas veces, dependiendo de los jueces, si no concurren al turno los vuelven a detener. De esta forma las mismas sostienen que para que haya tratamiento tiene que haber interés e intención.

En relación a la articulación con otras instituciones, las trabajadoras sociales del CPA juegan un papel fundamental. Esta articulación, como se describió anteriormente incluye el trabajo con juzgados, organismos de niñez (como el 102), hospitales, centros barriales y otros

⁴⁶ La misión principal del Patronato de Liberados Bonaerense es reducir los niveles de reincidencia mediante la inclusión social de las personas que han estado en conflicto con la ley penal. A través de su intervención, se asegura que las personas en conflicto con la ley penal accedan a sus derechos y cuenten con oportunidades de inclusión. Una parte fundamental de su trabajo es articular con organismos estatales a nivel nacional, provincial y municipal, así como con organizaciones de la sociedad civil, que también se dedican a promover la inclusión social. Esta colaboración permite la implementación de programas que fomentan la continuidad educativa, la formación técnica y la inserción laboral.

⁴⁷ Los oficios judiciales son ordenados por los jueces en el marco de una causa. Tienen como finalidad solicitar información o comunicar una disposición o sentencia.

dispositivos de salud mental. Su intervención consiste en coordinar y gestionar recursos, derivaciones y seguimientos con estos actores, asegurando que el usuario reciba un abordaje integral desde diferentes áreas del sistema de salud y justicia.

Por otra parte, en palabras de las trabajadoras sociales los casos con los que trabajan son complejos que suelen involucrar no solo el consumo problemático, sino también situaciones de violencia intrafamiliar, pobreza extrema, falta de acceso a vivienda, entre otras. Estas intervenciones están orientadas a aliviar el padecimiento del usuario a través de múltiples estrategias de acompañamiento y escucha, siempre en conjunto con otros profesionales.

Desafíos y Facilitadores

El principal desafío que enfrenta el CPA es la falta de recursos y la creciente demanda de tratamientos, especialmente en contextos judiciales, donde los jueces a menudo imponen tratamientos sin una comprensión profunda de la ley de salud mental, en palabras de las entrevistadas. Además, las condiciones laborales difíciles, como la escasez de psiquiatras, complican aún más la capacidad del CPA para atender a todos los usuarios de manera efectiva.

Otro desafío importante es la complejidad de los casos que ingresan a la institución, donde el consumo problemático es solo uno de los múltiples factores en juego. Las personas que llegan al CPA suelen atravesar situaciones de alta vulnerabilidad, caracterizadas por la falta de redes de apoyo, condiciones de extrema precariedad, problemas de salud mental no tratados, y contextos de violencia intrafamiliar o situación de calle. Estos factores interrelacionados profundizan el nivel de sufrimiento.

A pesar de esto, la institución trabaja en equipo para desarrollar estrategias que se adapten a cada usuario, con el objetivo de aliviar el sufrimiento que trae el consumo problemático.

Resultados y Evaluación del Proceso: Si bien es difícil medir el éxito del tratamiento en términos estadísticos, el CPA observa que el contexto de los usuarios a menudo no favorece una reducción efectiva del consumo. Sin embargo, la institución mantiene una postura abierta, permitiendo que los usuarios regresen al tratamiento cuando lo necesiten, incluso después de recaídas. El aumento en la demanda de atención indica la creciente necesidad de servicios de tratamiento en la comunidad.

Institución DTC “Casa Caracol”. Entrevistada: Operadora socio terapéutica y estudiante avanzada de trabajo Social.

Caracterización de la Institución

El dispositivo en cuestión, actualmente denominado DTC (Dispositivo Territorial Comunitario), conocido bajo el nombre de fantasía "Casa Caracol" ubicado en la calle Ituzaingo al 8000 de la ciudad de Mar del Plata. El mismo es una iniciativa de la asociación civil Sol de Mayo en cogestión con SEDRONAR, desde 2014 y ha experimentado varios cambios a lo largo del tiempo, tanto en su nombre como en su abordaje. Anteriormente se llamaba CECLA, luego DIAT, y finalmente DTC, reflejando las diversas gestiones y enfoques sobre el abordaje de consumos problemáticos. Inicialmente contaba con una psicóloga y una trabajadora social, pero con el tiempo se ha profesionalizado, incorporando a psicólogos, terapeutas ocupacionales, acompañantes terapéuticos, operadores, abogados y estudiantes avanzados de distintas disciplinas.

El equipo está organizado en áreas específicas: asistencia, cultura, formación profesional, y educación, cada una con distintos dispositivos para atender las necesidades de los usuarios. La asistencia se organiza en dispositivos como la primera escucha y los grupos terapéuticos, mientras que las actividades culturales y educativas incluyen talleres abiertos a la comunidad.

En cuanto a la modalidad de trabajo, es interdisciplinaria y flexible, promoviendo una cercanía constante con la comunidad, lo que caracteriza al DTC como un dispositivo de bajo umbral, es decir, accesible y cercano a las personas que se acercan con distintas dificultades.

Proceso de Intervención del Trabajo Social

El trabajo social en el DTC ha tenido un rol fundamental en la configuración del dispositivo, especialmente en la creación del espacio de primera escucha, el cual fue organizado inicialmente por una trabajadora social. Si bien actualmente las trabajadoras sociales se encuentran de licencia, este rol ha sido esencial en la intervención territorial y en la atención de situaciones complejas. Los trabajadores sociales han coordinado espacios clave como los grupos socio-afectivos, aunque actualmente son dirigidos por un psicólogo y una abogada. Además, los TS han gestionado redes territoriales de comedores y recursos comunitarios, especialmente durante la pandemia.

En el proceso de intervención, el equipo del DTC trabaja en duplas terapéuticas, combinando profesionales de distintas disciplinas para abordar la problemática del usuario. Estas duplas son las encargadas de diseñar y ejecutar el plan de tratamiento, que se va ajustando en función de las necesidades y el progreso del usuario. El abordaje se hace desde una perspectiva horizontal, donde cada profesional aporta su experiencia y se busca una intervención sin jerarquías rígidas.

La intervención del trabajo social también incluye la evaluación de riesgos y daños en el dispositivo de primera escucha, donde se realiza una valoración inicial de la persona y se decide si el tratamiento que ofrece el DTC es adecuado. Aunque las visitas domiciliarias han sido tradicionalmente realizadas por trabajadores sociales, actualmente, el equipo ha integrado esta tarea en la estrategia general del tratamiento, permitiendo que otras duplas también realicen visitas cuando se considere necesario.

Trabajo con Red de Apoyo y/o Familia

El trabajo con las familias es parte fundamental del abordaje del DTC. Antes de la pandemia, las intervenciones familiares solían ser grupales, pero desde entonces, se han adaptado a un formato individualizado. La frecuencia de los encuentros con las familias varía según el caso: algunas familias tienen un seguimiento semanal, mientras que otras son atendidas cada 15 días o una vez al mes, dependiendo de las necesidades del usuario y su red de apoyo.

El dispositivo socio-afectivo, que anteriormente fue coordinado por una dupla de psicólogo y trabajador social, ofrece un espacio de acompañamiento para las familias de las personas en tratamiento. Este dispositivo está diseñado para que las familias comprendan mejor la problemática del consumo y se conviertan en una red de apoyo efectiva para el usuario. La orientación que se ofrece a las familias incluye temas como el acompañamiento ante situaciones de riesgo y la construcción de una red comunitaria más amplia.

Desafíos y Facilitadores

Uno de los principales desafíos del DTC es trabajar con una población atravesada por múltiples problemáticas sociales, que no solo incluyen el consumo problemático, sino también situaciones de violencia de género, abuso infantil y emergencia alimentaria. La demanda de alimentos, particularmente entre los adolescentes que participan en los talleres, es un tema

recurrente. Además, las familias suelen tener representaciones sociales punitivas acerca del consumo de drogas, por lo que parte del trabajo consiste en desmontar estas creencias y promover una visión más comprensiva.

El DTC, al estar integrado en la comunidad, facilita la construcción de nuevos lazos sociales y la reconstrucción de redes familiares fragmentadas. Los talleres abiertos a la comunidad, tanto para personas en tratamiento como para quienes no lo están, ofrecen un espacio inclusivo que fomenta la participación y el vínculo comunitario.

En cuanto a los facilitadores, el paradigma de reducción de riesgos y daños bajo el cual opera el DTC permite que el espacio funcione como un lugar de contención y acompañamiento prolongado, especialmente para aquellos que no tienen redes familiares fuertes.

Institucion: DTC “Casa caracol”: Entrevista a Lic. en Trabajo Social, que se encuentra realizando un postgrado en salud.

Caracterización de la institución

Casa Caracol es un Dispositivo Territorial Comunitario (DTC) que forma parte de un proyecto de cogestión entre la asociación civil Sol de Mayo y SEDRONAR. Esta institución se distingue por su enfoque en la reducción de riesgos y daños dentro del marco del consumo problemático de sustancias. La visión de Casa Caracol está alineada con los principios de la Ley de Salud Mental, rechazando el modelo médico hegemónico y adoptando una mirada integral sobre los procesos de salud. La institución se enfoca en acompañar a los usuarios no solo desde lo psicológico, sino también tomando en cuenta las determinaciones sociales que afectan su vida cotidiana, buscando alejarlos de la estigmatización social y la visión punitiva del consumo.

El equipo interdisciplinario incluye psicólogos, operadores, trabajadoras sociales (actualmente en licencia), abogados y otros profesionales de la salud, todos trabajando desde una perspectiva horizontal. Este enfoque permite que cada integrante del equipo, independientemente de su rol, aporte a las decisiones y estrategias de intervención con los usuarios, quienes son siempre considerados protagonistas de su proceso.

Proceso de Intervención del Trabajo Social

El trabajo social en Casa Caracol se caracteriza por su enfoque integral y su capacidad de acompañar a los usuarios en procesos complejos que van más allá del consumo de sustancias. Aunque en este momento las trabajadoras sociales del equipo están de licencia, su rol ha sido central en la gestión de redes de contención, la identificación de problemáticas sociales como la violencia de género y la facilitación de espacios de escucha para los usuarios.

Desde la perspectiva del trabajo social, el equipo en Casa Caracol se posiciona en contra de una mirada estrictamente biologicista, reconociendo las múltiples determinaciones sociales que afectan la vida de las personas en situación de consumo.

Trabajo con Red de Apoyo y/o Familia

El trabajo con las familias en Casa Caracol se realiza a través de un dispositivo cerrado de apoyo para los familiares o referentes de los usuarios. Este espacio, coordinado por psicólogos, permite que las familias se sientan parte del proceso y encuentren un lugar de pertenencia dentro de la institución. Aunque actualmente no hay trabajadoras sociales activas en este dispositivo, históricamente han sido parte importante de su desarrollo.

En los talleres y actividades, es común que se crucen tanto usuarios como familiares, lo que facilita el diálogo informal y la identificación de temas que pueden requerir un seguimiento más profundo. Casa Caracol también se enfoca en ayudar a los familiares a redefinir sus perspectivas sobre el consumo de sustancias, alejándose de la mirada punitiva y comprendiendo el proceso como parte de una enfermedad que requiere acompañamiento.

Desafíos y Facilitadores del Proceso del Trabajo Social

Uno de los desafíos clave para el trabajo social en Casa Caracol es la falta de un espacio individual formal para los trabajadores sociales, similar al que tienen los psicólogos. La entrevistada destaca la importancia de legitimar el rol del trabajador social, reconociendo que, aunque el equipo comparte una visión común, las funciones del trabajador social no deben diluirse en las tareas de otros profesionales. A menudo, en las instituciones de salud, se tiende a sobrecargar a los trabajadores sociales con tareas que no les corresponden, lo que subestima su formación y sus incumbencias profesionales.

Por otro lado, un facilitador importante es el enfoque horizontal del equipo en Casa Caracol, donde todos los profesionales aportan al abordaje de los usuarios desde su disciplina. Este enfoque permite crear un ambiente en el que el usuario es el protagonista de su propio

proceso, y donde las decisiones sobre su tratamiento son tomadas en conjunto. Además, la incorporación de actividades grupales y talleres abiertos a la comunidad facilita la reconstrucción de redes de apoyo, tanto familiares como sociales, un aspecto crucial en el abordaje de la problemática del consumo.

Institución: DTC el martillo

Entrevistada: Lic. en Trabajo Social

Caracterización de la Institución

El DTC El Martillo es un Dispositivo Territorial Comunitario ubicado en la calle Vidal 2665 de la ciudad de Mar del Plata. A diferencia de otros dispositivos similares como Casa Caracol, tiene la capacidad de gestionar internaciones o tratamientos residenciales en comunidades terapéuticas. Además de ser un dispositivo comunitario, también funciona como Centro de Atención Inmediata (CAI). Esto implica que, cuando una persona en Mar del Plata llama al número de emergencia solicitando ayuda, es dirigida a este dispositivo.

El DTC El Martillo ofrece un enfoque integral y comunitario, basado en el paradigma de reducción de riesgos y daños, en lugar de exigir la abstinencia total. El dispositivo cuenta con un equipo interdisciplinario que gestiona la primera escucha de manera grupal, dividiendo las sesiones en grupos para mujeres y disidencias los martes, y para varones los jueves. Además, ofrecen una amplia variedad de talleres y actividades, y disponen de la atención de un psiquiatra, lo cual es un recurso muy valioso, considerando la escasez de profesionales de esta especialidad en otros servicios públicos.

Proceso de Intervención del Trabajo Social

En el DTC las trabajadoras sociales forman parte de un equipo muy unido y colaborativo, donde las responsabilidades se comparten y las intervenciones son flexibles. Este enfoque horizontal permite que diferentes profesionales realicen gestiones, como la articulación con otras instituciones, sin que estas tareas sean exclusivas del trabajador social.

El Trabajo Social en el DTC está profundamente involucrado en la primera escucha, trabajando en duplas con psicólogos u otros profesionales. Las trabajadoras sociales también

colaboran en el grupo de familiares y referentes afectivos, aunque reconocen que, en muchos casos, la participación familiar es intermitente y difícil de sostener.

La intervención del trabajador social se centra en acompañar a los usuarios en la identificación y problematización de sus consumos, ayudándolos a comprender las consecuencias y el impacto que tienen en sus vidas. Además, se pone énfasis en evaluar si es necesario un tratamiento ambulatorio o residencial, gestionando internaciones cuando sea necesario, pero evitando aislar a los usuarios de sus redes y contextos familiares siempre que sea posible.

Trabajo con Red de Apoyo y/o Familia

El trabajo con las familias y redes de apoyo es fundamental para el éxito del tratamiento. Aunque el equipo reconoce que muchos de los usuarios llegan con redes familiares frágiles o inexistentes, se realizan esfuerzos para involucrar a los familiares o referentes en el proceso de recuperación. Sin embargo, la participación de los familiares es inconstante y, en algunos casos, es evidente que la demanda de internación proviene más de la familia que del propio usuario.

El dispositivo ofrece un grupo de familia que se reúne periódicamente para brindar apoyo y orientación, aunque la participación suele ser limitada. En estos espacios, el equipo trabaja para desmitificar el consumo y cambiar la perspectiva de las familias, alejándose de la idea de que la internación es la única solución y promoviendo una comprensión más amplia de las causas y consecuencias del consumo.

Desafíos y Facilitadores del Proceso del Trabajo Social

Uno de los mayores desafíos en el trabajo del DTC El Martillo es la falta de una estructura definida para el rol del trabajador social, lo que en ocasiones puede diluir sus responsabilidades y competencias. La entrevistada sostiene que en otras instituciones, como clínicas neuropsiquiátricas privadas, los roles están mucho más delimitados y el trabajador social tiene funciones claras, como la gestión de externaciones o la articulación con otros servicios. En el DTC, sin embargo, estas tareas se comparten de manera más democrática entre los miembros del equipo, lo que puede generar confusión o una falta de reconocimiento del rol específico del trabajo social.

Otro desafío importante es la vulnerabilidad social de muchos de los usuarios, quienes a menudo enfrentan problemas de falta de vivienda, violencia, o dificultades para cubrir sus necesidades básicas. Esto complica el proceso de intervención, ya que los problemas de consumo están entrelazados con otras cuestiones sociales estructurales que requieren un enfoque más amplio.

Por otro lado, uno de los facilitadores clave en el DTC es el enfoque horizontal y colaborativo del equipo interdisciplinario. Las reuniones semanales permiten socializar ideas y generar estrategias de intervención de manera conjunta. Además, la disponibilidad de un psiquiatra en el dispositivo facilita la continuidad de los tratamientos farmacológicos y su integración con los aspectos psicosociales del tratamiento.

El DTC también articula con otras instituciones, como Vientos de Libertad⁴⁸ o la Unidad Residencial de Chapadmalal para el abordaje de consumos problemáticos, lo que permite derivar a los usuarios que requieren tratamientos más intensivos o residenciales. Sin embargo, la falta de plazas en comunidades terapéuticas de la zona, debido a la ruptura de contratos con algunas instituciones como Posada del Inti, ha complicado las derivaciones, obligando al equipo a buscar alternativas en otras localidades, lo que puede resultar un obstáculo para los usuarios.

En esta institución el usuario es protagonista de su tratamiento, lo que marca una clara diferencia con otros contextos más tradicionales, como las clínicas. A diferencia de los pacientes en entornos cerrados, quienes suelen tener menos control sobre sus rutinas y decisiones, los usuarios del DTC pueden elegir los talleres en los que desean participar y son alentados a tomar decisiones sobre su tratamiento. Esto refuerza el compromiso del usuario con su proceso y promueve una mayor autonomía.

Institución: DTC Bosque Grande.

Entrevistada: Lic. Trabajo Social

⁴⁸ Vientos de Libertad, parte del Movimiento de Trabajadores Excluidos (MTE) y de la Unión de Trabajadores de la Economía Popular (UTEPE), es una organización que acompaña a jóvenes de barrios populares con problemas de consumo, abordando el consumo como consecuencia de la exclusión social desde el 2001. Su enfoque es integral y colectivo, trabajando no solo el consumo, sino también la falta de vivienda, trabajo, y redes familiares, buscando empoderar a los jóvenes para que se conviertan en actores de transformación social.

Caracterización de la Institución

Los Dispositivos Territoriales Comunitarios (DTC) dependen de la SEDRONAR, ahora integrada en el área de salud. El DTC Bosque Grande ubicado en Mac Gaul 1946 de la ciudad de Mar del Plata, funciona desde 2015 dentro de la estructura de la Obra Don Bosco⁴⁹, junto con una escuela de formación profesional municipal⁵⁰, aunque el DTC no tiene carácter religioso.

La institución ofrece acompañamiento y tratamiento para personas con problemas de consumo, abordando la situación desde una perspectiva interdisciplinaria, en la que se realizan primeras escuchas de las que pueden participar un psicólogo y trabajador social u operador socioterapéutico en drogadicción. A través de un enfoque integral, se evalúan tanto los aspectos individuales como las necesidades sociales y comunitarias de cada caso.

El equipo interdisciplinario está conformado por tres psicólogos, dos trabajadoras sociales (una de las cuales, actúa como co-coordinadora del espacio) y un operador territorial.

Además el DTC trabaja en conjunto con la escuela de formación profesional, priorizando la inclusión de los usuarios en talleres anuales, gratuitos, certificados y con distintas opciones laborales como peluquería, cocina, construcción en seco, etc. Además, la escuela ofrece planes de alfabetización y el Plan Fines⁵¹, lo que contribuye a una integración educativa y social más amplia.

Proceso de Intervención del Trabajo Social

En el DTC se realizan primeras escuchas de los casos en dupla interdisciplinaria, lo cual permite un abordaje inicial integral de las personas con consumo problemático. Posteriormente, los profesionales definen la estrategia de intervención, que puede incluir atención psicoterapéutica, participación en talleres y programas de integración educativa y laboral.

⁴⁹ La obra de Don Bosco está presente hoy en más de 130 países. Cada obra salesiana se dedica a la formación de grupos juveniles; la educación y la formación para el trabajo; la atención a los niños, adolescentes y jóvenes en riesgo y la misión entre los pueblos originarios.

⁵⁰ Ofrecen cursos y talleres de capacitación destinados a todas aquellas personas mayores de 16 años, con estudios primarios finalizados, que quieran adquirir conocimientos para mejorar sus competencias laborales o para emprender sus propias iniciativas de manera independiente. Todos ellos cuentan con certificados oficiales de formación profesional.

⁵¹ Este plan te permite cursar, de manera semipresencial, el trayecto que te falte (primario y/o secundario) o rendir las materias que tengas pendientes acompañado de docentes tutores.

Se emplean herramientas como la Hoja de Primera Escucha (HPE) y la Hoja de Ruta para sistematizar las intervenciones, registrando tanto las situaciones de los usuarios como las interacciones con sus familias, correspondiendo a la historia clínica del usuario. Estos documentos permiten articular de forma organizada con otros dispositivos y recursos, como el DTC del Martillo, donde se realiza la interconsulta psiquiátrica en los casos que lo requieran.

Además del trabajo directo con usuarios, el equipo realiza intervenciones en el barrio, trabajando con comedores y escuelas locales. En coordinación con estas instituciones, se organizan talleres para tratar temas como los consumos problemáticos, destinados a los referentes institucionales que puedan acompañar estos procesos de manera continua.

Trabajo con Red de Apoyo y/o Familia

La intervención familiar es una parte fundamental del proceso; sin embargo, se hace con un profesional distinto al que trabaja directamente con el usuario para proteger el espacio terapéutico y evitar sentimientos persecutorios. A partir de ateneos⁵² grupales en los que se comparten los casos complejos, se define si es necesario convocar a la familia.

El DTC organiza reuniones con los familiares, generalmente se atiende en dupla (trabajador social y psicólogo), dependiendo de la demanda ya que tratan de no hacer lista de espera. Se busca que el usuario detecte referentes afectivos en su entorno, trabajando con las familias para que comprendan los retos del proceso y fortaleciendo el compromiso en el acompañamiento.

Además se articulan esfuerzos con instituciones locales y CAPS (Centros de Atención Primaria de Salud) del área. En casos de alta vulnerabilidad, el equipo articula con hogares y dispositivos especializados, y en situaciones complejas, se coordina con un equipo de supervisión de Buenos Aires, lo que incluye reuniones virtuales y ateneos para desarrollar estrategias personalizadas.

Desafíos y Facilitadores del Proceso del Trabajo Social

La participación en los talleres y programas es irregular debido a la vulnerabilidad social y deterioro familiar de algunos usuarios. A menudo, los usuarios enfrentan dificultad para sostener los compromisos debido a su contexto y al desgaste de las redes familiares.

⁵² En el ateneo cada profesional presenta su caso de los que siguen y presenta como lo piensan, como vienen trabajando, también con un sustento teórico, es decir, desde donde piensa el caso.

Por otro lado, el trabajo con escuelas, CAPS y la participación en redes barriales fortalece la capacidad de respuesta ante situaciones de consumo en distintos entornos comunitarios. La escuela de formación profesional, al compartir espacio con el DTC, brinda oportunidades educativas que facilitan la integración social y la creación de nuevos hábitos.

Las reuniones periódicas con otros dispositivos de SEDRONAR, como la supervisión desde Buenos Aires, permiten la intervención en casos de alta complejidad, incluyendo menores de edad y personas con medidas de abrigo.

Por último, los profesionales del DTC mantienen una estrategia de intervención personalizada, adaptándose a las necesidades y recursos de cada usuario y su entorno. El enfoque de equipo con perfil comunitario, y la constante articulación con otros recursos, facilita el sostenimiento de los procesos a pesar de las limitaciones del contexto.

Institución: Fundación Chance.

Entrevistada: Lic. en Trabajo Social

Caracterización de la Institución

La Fundación está encargada de dos dispositivos:

1. TCA (Trastornos de la Alimentación): Especializado en temas de alimentación.
2. Chance: Enfocado en salud mental y consumos problemáticos.

Equipo Actual: Está compuesto por dos médicos psiquiatras, siete psicólogos, una trabajadora social y una tallerista que es estudiante avanzada de trabajo social. La institución ha pasado por una reciente reestructuración donde la trabajadora social tiene la coordinación general de la institución, sin embargo continúa coordinando los grupos familiares.

Actividades y Dinámica Institucional:

- Talleres: Se han implementado talleres grupales, que incluyen “Actividades de la vida cotidiana”, organización de fines de semana, manejo de emociones, y comunicación.

Estos talleres son guiados por el tallerista y los profesionales, y cuentan con planificación y objetivos específicos.

- Ateneos: Reunión mensual donde cada psicólogo presenta casos que trabaja con sustento teórico, permitiendo una evaluación en equipo sobre la estrategia de intervención.
- Encuentros familiares: A cargo de la trabajadora social, con el objetivo de fortalecer vínculos familiares y trabajar en la comunicación entre familiares y usuarios.

Transformación Institucional: Actualmente la institución está en un proceso de cambio en las dinámicas de trabajo y profesionalización de cada espacio, con una lógica de intervención profesional. Un avance importante es la inclusión de los psiquiatras en las reuniones de equipo, fomentando una perspectiva interdisciplinaria en el tratamiento.

Proceso de Intervención del Trabajo Social

- Intervención Integral: La trabajadora social no se limita a gestionar recursos materiales o administrativos (como trámites de DNI o CUD⁵³). En cambio, su intervención se centra en la construcción de vínculos saludables y en la gestión de recursos de comunicación y relaciones familiares.
- Abordaje Teórico-Práctico: La intervención de la trabajadora social está influenciada por la línea teórica de Saül Karsz⁵⁴, rechazando una perspectiva asistencialista y promoviendo una visión que considere a los usuarios como sujetos de derechos. Se enfatiza el rol activo del usuario en la restitución de sus derechos, más allá de las necesidades materiales.
- Proceso de Admisión: La trabajadora social colabora con una psicóloga en las admisiones, realizando entrevistas individuales para conocer la situación de cada

⁵³ Es un documento público y gratuito que prueba la discapacidad en todo el territorio argentino. Te lo otorgan luego de una evaluación que hace una junta formada por profesionales de distintas disciplinas. El Certificado Único de Discapacidad (CUD) es importante para que las personas con discapacidad puedan acceder a las prestaciones médicas, asistenciales, cupos laborales, entre otros derechos.

⁵⁴ Saül Karsz es argentino, nacido en 1936, residente en Francia. Investigador, Doctor en Filosofía (Universidad de Buenos Aires, 1961). Doctor en Sociología (Universidad de París, 1973). Ha sido editor del libro "Problematizar el trabajo social. Definición, figuras, clínica" (Barcelona, Gedisa, 2007).entre otros.

usuario y definir la mejor estrategia de intervención en función de sus necesidades y objetivos personales.

Supervisión y Ateneo: Por cuestiones económicas, no hay un espacio de supervisión externa, lo que limita la posibilidad de contar con una "escucha limpia". Sin embargo, los ateneos permiten un análisis de casos entre el equipo, fomentando una reflexión teórica sobre cada intervención.

Trabajo con Red de Apoyo y/o Familia

Intervención con Familias: La trabajadora social está a cargo de los grupos de madres y encuentros familiares, donde se trabaja la gestión de recursos de comunicación y la construcción de vínculos saludables. Se enfoca en los derechos de las familias, brindándoles herramientas para fortalecer su rol en el acompañamiento del usuario.

Construcción de Redes: La institución trabaja para crear un entorno de apoyo familiar, concientizando a los usuarios sobre la importancia de los referentes afectivos y ayudándoles a construir una red de apoyo que incluya tanto a familiares como a otros vínculos significativos.

Cambio en la Perspectiva del Rol del Trabajo Social: La trabajadora social enfatiza que el rol no debe limitarse a atender a personas en situación de pobreza o exclusión. A diferencia del ámbito público, donde el trabajador social suele intervenir en situaciones de vulnerabilidad económica, en el ámbito privado también es relevante el trabajo social, pues existen otras formas de vulneración de derechos que también necesitan atención y acompañamiento profesional. Existe una tendencia a percibir que el trabajo social solo es necesario en contextos de pobreza, lo cual limita su aplicación en ámbitos privados y crea una resistencia a intervenir en situaciones de vulneración de derechos que no están relacionadas con la falta de recursos económicos.

Hay un desafío en superar el enfoque asistencialista y en consolidar una perspectiva donde el usuario sea visto como sujeto de derechos. Este posicionamiento requiere que el trabajador social asuma un rol activo en el acompañamiento y no espere órdenes o instrucciones de otros profesionales.

Facilitadores:

Interdisciplinariedad y Transformación Institucional: La inclusión de psiquiatras en el equipo y la implementación de talleres profesionales estructurados aportan un enfoque integral y estructurado a las intervenciones, mejorando la calidad de la atención y la cohesión en el equipo.

Procesos de Admisión e Intervención Familiar: La estructura de admisión, con entrevistas individuales y encuentros familiares, facilita la adaptación de la intervención a cada caso, permitiendo un enfoque personalizado que aborda las necesidades de los usuarios y sus familias.

Cambio de Perspectiva en el Trabajo Social: La adopción de un enfoque donde el usuario es tratado como un sujeto de derechos, más que como un receptor de asistencialismo, refuerza el empoderamiento de los usuarios y fomenta una visión transformadora en el equipo de trabajo social.

Institución: El Faro.

Entrevistada: Operadora socioterapéutica en drogadicción.

Caracterización de la Institución

Programa: "El Faro", un programa de tratamiento en adicciones que funciona desde 1993, ubicada en Garay 2073 de la ciudad de Mar del Plata, siendo uno de los pioneros en la región, junto a Posada del Inti. Originalmente, operaba como una ONG, luego pasó a ser una Asociación Civil, y actualmente es una institución privada que trabaja con obras sociales y particulares. También permite el ingreso de personas sin recursos que ya fueron tratados anteriormente en el programa.

El programa se inspiró en el modelo italiano UOMO⁵⁵, y su director tiene formación en Italia. Se destaca por un enfoque conductual estructurado, con apoyo de la teoría psicoanalítica y un enfoque familiar. También implementa herramientas terapéuticas como un "organigrama",

⁵⁵ Progetto Uomo: es un método terapéutico que surgió en Italia en los años 70, fundado por un sacerdote católico. Se caracteriza por el sometimiento voluntario de los participantes al proceso terapéutico, el cual se desarrolla en un régimen cerrado. El objetivo es ofrecer un entorno controlado y estructurado para ayudar a las personas con adicciones a lograr su rehabilitación dentro de un marco de disciplina y auto-reflexión.

un cuaderno donde los residentes llevan un registro de actividades diarias, que les ayuda a adquirir hábitos básicos y organizar su vida cotidiana (comida, limpieza, higiene, etc.).

Normas y Duración del Tratamiento:

- Normas de conducta incluyen la prohibición de drogas, alcohol, violencia y relaciones amorosas entre residentes.
- La duración promedio del tratamiento es de 3 a 3 años y medio.

Opera como un hospital de día desde las 13 hasta las 20 horas (algunos usuarios permanecen hasta las 17 horas, según la problemática), y ofrece atención ampliada en las horas de mayor riesgo de consumo.

El equipo Interdisciplinario está compuesto por operadores, psicólogos, un médico clínico, un acompañante terapéutico, y colaboración con psiquiatras externos. No cuentan con trabajadores sociales en el equipo, aunque se plantea la posibilidad de incorporar uno debido a la alta interacción con familias y el tipo de intervención necesaria.

Grupos y Talleres:

- Grupo de Fase: Se reúnen diariamente para trabajar situaciones cotidianas.
- Grupos de Origen: Abordan los primeros recuerdos, historia familiar, relaciones parentales y de pareja.
- Grupos Dinámicos: Centrados en la expresión y manejo de emociones.
- Taller de Psicodrama: Abierto a la comunidad para personas sin consumo.
- N.I.P. (Proceso de Nueva Identidad): Espacio intenso que se extiende un día y medio, enfocado en los mandatos familiares y la expresión emocional.

Una vez por semana, el equipo se reúne para discutir permisos y situaciones emergentes en el tratamiento. Originalmente contaban con una supervisora experimentada, Viviana Ibañez, quien se jubiló. Actualmente, no tienen supervisión externa.

Trabajo con Red de Apoyo y/o Familia

La institución trabaja de manera intensiva con las familias, quienes asisten a grupos específicos semanales. Los padres y parejas de los residentes reciben atención grupal, y se les ayuda a comprender el rol que han jugado en la adicción de sus familiares. Para aquellas familias con actitudes funcionales a la adicción (por negación o permisividad), se trabaja en modificar estas dinámicas.

Entrevistas y Espacios de Confrontación Familiar:

- Encuentros Familiares: Sesiones individuales con el residente y un miembro de la familia, donde se abordan temas profundos y no dichos, con el objetivo de sanar el pasado y reconstruir el vínculo.
- Red de Apoyo Alternativa: Para aquellos que no tienen una red de apoyo familiar o cuyos familiares están agotados de acompañarlos, el programa El Faro cumple este rol de contención y red afectiva.

En la institución se celebran los cumpleaños con la presencia de las familias, integrándolas al entorno del residente y fortaleciendo el vínculo de apoyo.

Se incluyen también amigos sanos dentro del tratamiento, quienes son entrevistados y pasan a ser parte de la red de apoyo del residente.

Los residentes deben solicitar permiso para actividades externas, como cenas de trabajo o nuevas actividades, lo que les permite desarrollar mayor autonomía bajo supervisión. También, los residentes en fases avanzadas de tratamiento se encargan de apoyar a los nuevos ingresos, promoviendo así un sentido de responsabilidad y comunidad.

Mediante las "rondas de confrontos", se fomentan dinámicas de confrontación para que los residentes expresen y trabajen sus emociones hacia los demás y hacia sus familias.

Desafíos y Facilitadores

La adicción es vista solo como un síntoma de disfunciones familiares profundas (falta de comunicación, afecto, y presencia de secretos). Este tratamiento requiere confrontar y resolver estos conflictos, lo cual es desafiante tanto para los residentes como para sus familias.

Facilitadores:

El enfoque multidimensional y grupal, basado en la estructura de UOMO, permite una intervención profunda y sostenida en el tiempo. Las dinámicas grupales y talleres facilitan el autoconocimiento y la reflexión, con un abordaje intensivo que fortalece la contención.

Por otra parte, la interacción constante y el abordaje de conflictos familiares favorecen el proceso terapéutico. La incorporación de amigos y familiares en la red de apoyo, así como los encuentros familiares y la integración en celebraciones, fortalecen el soporte emocional de los residentes y refuerzan el compromiso de su entorno.

Asimismo, se ofrece una línea telefónica de guardia para situaciones de emergencia, brindando contención en momentos de alto riesgo y generando un acompañamiento fuera del horario de atención presencial. La llamada telefónica también permite involucrar a algún familiar en el seguimiento del residente.

Entrevista a Doctora en Ciencias Sociales y Trabajo Social. Supervisora externa de instituciones que abordan los consumos problemáticos

Contexto y Experiencia Profesional

La entrevistada describe su experiencia en "Por Amor a la Vida" (1990-1995), un programa dedicado a la intervención en adicciones. Expone cómo el rol del trabajador social (T.S.) muchas veces no está claro (ni para el profesional ni para la institución pública que lo contrata), lo que dificulta su acción en estos contextos.

Además, sostiene que el trabajador social debe conocer sus propias capacidades y el alcance de su disciplina, pero muchas veces esto no sucede, ya que la imagen del profesional en la administración pública se basa en una percepción limitada de sus funciones, orientada hacia las clases sociales de bajos recursos. La disciplina ha evolucionado desde la caridad hacia la conformación de una disciplina profesional. "El T.S. se profesionaliza rompiendo con la caridad", explica, situando su desarrollo como una ciencia que requiere un conocimiento profundo y especializado en relaciones humanas. También la entrevistada habla sobre la

“socioterapia”⁵⁶ que se refiere a un proceso prolongado, donde el T.S. apoya a las familias en procesos emancipatorios, abordando problemáticas no solo individuales, sino también estructurales y sistémicas.

La autora expresa que, las adicciones son tanto un problema de salud como uno social, relacional y vincular. Resalta la importancia de trabajar con el grupo familiar para evitar estigmatizar al individuo y reducir el problema a factores de personalidad.

Además, sostiene que no existe un protocolo específico, sino que se adapta según la dinámica y los recursos de cada familia. Explica que, si la familia tiene un vínculo sólido, se puede contar con ella en el tratamiento; de lo contrario, se buscan referentes externos como amigos o familiares lejanos. En contextos de crisis familiares, el T.S. debe realizar una lectura sistémica de la familia, entendiendo que el adicto puede ser una manifestación de otros problemas familiares.

La entrevistada afirma que el T.S. debe enfocarse en el trabajo con la familia, evaluando sus potencialidades para sostener el tratamiento. Analizar dinámicas familiares como la relación entre madre/padre e hija/o o entre hermanos es fundamental. Un aspecto importante que subraya es el de ayudar al individuo a integrarse nuevamente a la sociedad, apoyándolo en temas como la capacitación laboral, la finalización de estudios, y la participación en actividades sociales, deportivas o religiosas.

Además, enfatiza en que el diagnóstico debe centrarse en las potencialidades del individuo, no en sus carencias. “La intervención es un proceso de conocimiento, conozco para comprender”, menciona, y destaca la empatía como una herramienta clave, citando Carl Rogers⁵⁷.

Desafíos en la formación y reconocimiento del T.S.

La investigadora, observa aspectos a fortalecer en la formación de los T.S., ya que impactan en el reconocimiento del rol y en la amplitud de su capacidad de intervención. Menciona que, por ejemplo en casos de violencia, el T.S. aporta un enfoque valioso en la

⁵⁶ “La socioterapia como modalidad de abordaje profesional autónomo del Trabajo Social, dirige su atención a personas, familias, grupos y comunidades que presentan conflictos en sus vínculos interpersonales en sus familias, en ámbitos escolares, laborales o en diferentes grupos donde se participa” (Calvo, L., 2004, p.1).

⁵⁷ Carl Roger (1902-1987) fue un psicólogo estadounidense del enfoque humanista.

restauración de redes sociales y vínculos familiares, una dimensión que complementa la labor de otras disciplinas como la psicología.

Además, sostiene que en algunos casos el T.S. podría estar demasiado centrado en un solo sector social, lo que puede llevar a una percepción de estigmatización hacia los grupos atendidos. Enfatiza que el T.S. debería ser una disciplina que abarque a todos los sectores de la sociedad, no únicamente a los más vulnerables o de bajos recursos. Por último, defiende la socioterapia como un enfoque de intervención para todos los contextos.

Posada del Inti.

Entrevistado: Coordinador general.

Caracterización de la Institución

Posada del Inti es una asociación civil. Esta institución cuenta con dos sedes ubicadas en diferentes zonas. Una sede está en el barrio Las Dalias, ubicado en Los Arrayanes 6462, Mar del Plata y la otra en el barrio Antártida Argentina ubicado en Calle 485 Nro. 3232, Mar del Plata. Cada sede ofrece distintos dispositivos de tratamiento y atención. La sede de Las Dalias alberga un centro de día y un ambulatorio integrado, ambos orientados a usuarios que ya han pasado por una etapa de internación. Esta sede también ofrece una comunidad residencial exclusiva para mujeres. En la sede del barrio Antártida Argentina se encuentra una comunidad de internación para varones.

En total, la institución opera con cuatro dispositivos distribuidos en las dos sedes: centro de día, ambulatorio integrado, comunidad residencial de mujeres y comunidad residencial de hombres. Actualmente, el financiamiento para el componente residencial no es cubierto por Sedronar, que sí respalda los servicios de la parte ambulatoria y el centro de día.

Trabajo con Red de Apoyo y/o Familia

La institución considera fundamental el trabajo con la red de apoyo y la familia en el proceso de tratamiento. Cuando un usuario ingresa, el equipo asume que todo su entorno familiar también debe involucrarse en el proceso terapéutico. En el centro de día, se realizan

reuniones familiares una vez por semana y, adicionalmente, en función de las necesidades específicas de cada familia. Estas reuniones se adaptan a cada usuario y pueden estar facilitadas por un psicólogo o un operador, dependiendo de la afinidad y conocimiento previo que el profesional tenga de la historia del usuario.

En las reuniones grupales de padres, el objetivo principal es que estos se enfoquen en su propio bienestar y en cómo se sienten acompañando el proceso, en lugar de centrarse exclusivamente en el usuario. Se fomenta que los familiares reflexionen sobre sus propios procesos personales y su papel dentro de la red de apoyo. En ocasiones, los temas abordados en estas reuniones incluyen cuestiones como el duelo o la violencia de género.

La institución trabaja tanto con obras sociales como con servicios particulares, mientras que en los dispositivos de centro de día y ambulatorio reciben apoyo de Sedronar.

El equipo profesional está compuesto por aproximadamente 30 personas, incluyendo psiquiatras, ocho psicólogos, operadores, talleristas y un terapeuta ocupacional. Las edades de los usuarios abarcan desde los 15 años en adelante, y se procura que las intervenciones individuales se complementen con el trabajo en comunidad y en grupos. Las mujeres tienen un grupo residencial separado de los varones para la pernoctación, aunque en el centro de día ambos grupos conviven en las actividades diarias.

Capítulo 5: Conclusiones

*“Hay procesos para los cuales se requiere un trabajador social.
Para decir lo obvio, está claro que no está” (Entrevistada, 2024).*

Introducción

A lo largo de esta tesis estuvimos indagando sobre el proceso de intervención del Trabajo Social en el campo de la salud mental y los consumos problemáticos de las distintas instituciones seleccionadas que abordan esta problemática, revelando la amplitud y profundidad de esta disciplina, así como sus desafíos institucionales y estructurales.

En un contexto en el que las problemáticas se vuelven cada vez más complejas y requieren de la especificidad del Trabajo Social, consideramos necesario resaltar la relevancia del Trabajo Social: una disciplina científica, con un recorrido formativo complejo de cinco años de duración, que permite realizar intervenciones sociales profundas y sostenidas, tal como expresaba la entrevistada y Dra. en Trabajo Social “La intervención de un profesional del trabajador social, no es un solo encuentro sino que es un proceso. Un proceso de conocimiento. Intervenimos para transformar, ¿pero cómo se transforma? A través de un proceso de conocimiento. La intervención es un proceso de conocimiento, conozco para comprender” (sic).

Intervenciones orientadas hacia la restitución de derechos, la emancipación, la autonomía, la resiliencia y la constitución de un proyecto de vida, como así también al fortalecimiento y reconstrucción de los vínculos y la comunicación entre las personas, es decir que interviene sobre los aspectos sociales y relacionales de manera integral, como así también sobre las problemáticas sociales que afectan a las personas.

Para concluir este proceso de tesis, consideramos necesario presentar conclusiones específicas para cada institución que cuenta con una o más trabajadoras sociales, dado que cada una posee características únicas. Por esta razón, comenzamos con un análisis individual de cada institución y finalizamos con una conclusión general.

Institución: DTC “Casa caracol”

En Casa Caracol, actualmente las dos trabajadoras sociales se encuentran de licencia sin haber sido reemplazadas. Además, existen dos vacantes sin cubrir en este rol, lo cual plantea la pregunta de si, desde la visión institucional de Sedronar, la presencia del trabajador social es considerada prescindible.

El tratamiento en Casa Caracol inicia asignando un psicólogo y un dispositivo grupal con un coordinador, pero no se incluye automáticamente a un trabajador social, incluso cuando hay personal disponible. Los trabajadores sociales participan solo en un espacio de “primera escucha” o ante necesidades económicas o alimentarias. Consideramos relevante que el trabajador social tenga un rol continuo, similar al del psicólogo, con intervenciones en lo social y en los vínculos de la persona en tratamiento, incluida su familia, porque forma parte de sus incumbencias⁵⁸.

En este caso, la entrevistada nos cuenta que el equipo trabajaba siempre desde una dupla terapéutica. Es por eso que consideramos importante distinguir entre el trabajo grupal e interdisciplinario, reconociendo que cada disciplina aporta desde su especialidad y su conocimiento específico. En este caso, el psicólogo tiene un espacio individual con los usuarios, pero el trabajador social no cuenta con un espacio similar.

Consideramos que, en ciertos casos, el trabajo grupal⁵⁹ a veces es necesario, pero es esencial no perder de vista los objetivos e incumbencias profesionales y la razón por la cual cada disciplina forma parte del equipo. Cada especialidad tiene un aporte único, y así como el psicólogo o la abogada, el trabajador social cuenta con responsabilidades y competencias propias que enriquecen la intervención.

En este sentido, nos cuenta que hubo un momento de tensión en el equipo cuando se percibió que solo la trabajadora social realizaba entrevistas domiciliarias. Sin embargo, sostienen que las entrevistas domiciliarias deben formar parte de una estrategia de acompañamiento, por lo tanto cualquier dupla terapéutica que considerara adecuado visitar el domicilio podría hacerlo “Podría ser la abogada y la terapeuta o el operador y el psicólogo,

⁵⁸ Para más información visitar: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-27072-239854/texto>

⁵⁹ El trabajo grupal implica una colaboración en la que los profesionales de distintas disciplinas trabajan juntos como un solo equipo, sin que cada uno aporte desde su perspectiva o especialidad. En este tipo de trabajo, no se diferencian los enfoques específicos de cada disciplina, sino que todos participan como una unidad homogénea, abordando las tareas sin roles definidos por su formación profesional.

cualquier dupla. Forma parte de esa dupla y no del Trabajo Social específicamente, eso tiene que ver con el modelo de abordaje más integral, sacarnos de esa etiqueta que tiene cada uno de su rol y trabajar de manera más horizontal" (SIC).

Por otro lado, respecto a la intervención con la familia y redes de apoyo, el dispositivo socioafectivo en Casa Caracol está actualmente coordinado por un psicólogo y una abogada, aunque anteriormente lo coordinaba una dupla de psicóloga y trabajadora social. Si bien se trabaja con la red de apoyo para contrarrestar los imaginarios o representaciones sociales sobre el consumo problemático, creemos que el trabajador social podría hacer un aporte significativo en este aspecto.

Retomando nuestra experiencia en la Fundación Chance, donde los grupos familiares eran de madres, y no de padres, por la falta de asistencia de ellos, en esta institución nos comentaron que en general son las madres y abuelas, esposas, parejas, siempre hay una figura femenina que está acompañando el cuidado de esta persona en tratamiento.

Durante la entrevista, nos comentó que una licenciada en Trabajo Social estaba realizando una pasantía como parte de un posgrado en salud. Por esta razón, decidimos incluirla en las entrevistas para conocer su perspectiva profesional.

Le preguntamos su opinión sobre por qué profesiones como la psicología tienen un espacio individual reconocido con los usuarios, mientras que el Trabajo Social no cuenta con el mismo nivel de reconocimiento. Ella respondió que en esta institución se trabaja bajo el supuesto de que todos desempeñan roles similares, aunque en realidad no es así: "Nunca se nos ocurriría decirle a un psicólogo que hoy hago yo tus sesiones individuales" (sic). Explicó que, aunque las problemáticas puedan ser complejas el rol del psicólogo o del psiquiatra permanecen intactos y nadie cuestiona sus espacios de intervención.

Además, nos comentó que al trabajador social con frecuencia se le indica qué debe hacer, a diferencia de otros profesionales. Sin embargo, señaló que en otras instituciones, como los CAPS⁶⁰ o los hospitales generales, la labor del Trabajo Social tiende a estar mejor delimitada, orientada hacia servicios específicos y con un espacio de atención más marcado.

⁶⁰ Centro de Atención Primaria de la Salud.

Institución: CPA

En relación al trabajo interdisciplinario, las entrevistadas destacan que el trabajo en equipo es fundamental, y que la mayoría de las intervenciones se realizan en duplas, similar a lo que sucede en el DTC Casa Caracol.

“Tenemos un dilema con este tema de lo específico del trabajo social, ya que siempre me pienso en trabajo con otros profesionales, con otras disciplinas. Y esto de poder construir algo distinto, poder superar lo disciplinar”(sic). Desde esta perspectiva, mencionan lo desafiante que resulta desprenderse de la mirada grupal para asumirse como profesionales del Trabajo Social con sus intervenciones específicas.

Además nos comentan que “El trabajo en equipo es permanente, no hay otra manera, no trabajamos de otra forma. Independientemente de que las psicólogas brindan sus espacios individuales, siempre se piensa en equipo los abordajes, las estrategias, los objetivos. Nadie acá trabaja solo, eso no sucede” (sic).

De tal forma, cuando consultamos sobre las tareas específicas del Trabajo Social, las entrevistadas mencionan que gran parte de su labor incluye la gestión de trámites o el asesoramiento para la obtención de recursos.

Por otro lado, el CPA también dispone de un espacio de supervisión para el análisis de casos complejos, lo cual consideran muy útil, ya que permite obtener la perspectiva de un profesional externo. Consideramos que esta oportunidad es un recurso valioso y que podría beneficiar a otras instituciones.

En cuanto a la articulación con el sistema de justicia, las entrevistadas comentan que, en ocasiones, los jueces no consideran la Ley de Salud Mental al abordar situaciones relacionadas con consumo problemático, limitándose a aplicar la Ley de Estupefacientes, lo que genera abordajes y resoluciones de enfoque punitivo. Además, reflexionan sobre cómo, si una persona no tiene disposición para el tratamiento, obligarla puede ser poco efectivo, dado que puede no haber conciencia sobre la problemática. No obstante, mencionan que muchas veces los jueces requieren el tratamiento para acceder a la libertad.

Por otra parte, han experimentado casos en los que personas son derivadas al CPA por sus propios psicólogos particulares, quienes suspenden la terapia individual y consideran el consumo problemático como un asunto separado de la salud mental.

Finalmente, en cuanto a la intervención con la familia o red de apoyo, explican que esta tarea está a cargo de un operador socioterapéutico. En este sentido, volvemos a destacar la relevancia de la intervención del Trabajo Social no solo con los usuarios, sino también en su contexto social y familiar, reconociendo la importancia de que la red de apoyo forme parte activa del tratamiento.

DTC El Martillo

En la entrevista realizada al DTC El Martillo, la Lic. en Trabajo Social nos comparte que, en cuanto a las intervenciones, la dinámica es similar a la del DTC Casa Caracol: “Es como... bueno, somos un equipo y vamos haciendo distintas intervenciones o distintas gestiones” (sic). También señala que “El rol del trabajador social no está tan definido como en otras instituciones” (sic).

Aunque es claro que la complejidad de las problemáticas de los usuarios requiere un enfoque interdisciplinario ya que comenta que “acá vienen muchas personas que están muy vulnerables de sus derechos, personas que realmente les atraviesan cuestiones muy difíciles. También las necesidades básicas cuestan satisfacerlas como el comer, dormir, interacciones familiares (...) la naturalización permanente de conductas que uno podría decir ‘che, no es tan natural que la gente se insulte’” (sic).

Además, la licenciada reflexiona sobre el enfoque de los tratamientos, donde suele esperarse que la persona haga cambios sin considerar modificaciones en el entorno, debido a un imaginario social muy arraigado: “Hace poco escuché a una madre decir ‘El enfermo es él, yo no voy a hacer nada’ porque sigue dentro del imaginario esta cuestión de encerrar, aislar, es un vago, no trabaja” (sic). Estas son situaciones que, desde la mirada del Trabajo Social, se pueden registrar, y sería valioso intervenir en este sentido, aunque la misma licenciada comenta que actualmente la institución no le da esa posibilidad.

Institución: DTC Bosque Grande

En el DTC Bosque Grande, al igual que en otros dispositivos de tratamiento comunitario, el psicólogo cuenta con un espacio propio para sus intervenciones. Las trabajadoras sociales, por su parte, participan activamente en el proceso de atención cuando es necesario realizar gestiones específicas para los usuarios, como asesoramiento para obtener el Certificado Único

de Discapacidad (CUD) en el caso de algún familiar, acompañamiento para sacar turnos, provisión de ropa o asistencia en salitas de salud sin turno previo.

En cuanto a la metodología de trabajo, el enfoque en este DTC, como en los otros dispositivos, se basa en un abordaje en equipo, con intervenciones realizadas en pareja por dos profesionales presentes en la institución en ese momento, independientemente de su especialidad. Además, se destaca que en todos los dispositivos dependientes de la Sedronar, incluida esta institución, se lleva un registro clínico de cada usuario, que incluye información relevante tanto del usuario como de su familia.

Un aspecto que diferencia a DTC Bosque Grande es su ubicación en el mismo edificio que un Centro de Formación Profesional, lo cual permite a los usuarios acceder a oportunidades de capacitación laboral. Estos cursos son gratuitos, anuales y abiertos a toda la comunidad, con el único requisito de presentar el DNI. Además, en el centro se ofrecen otros programas educativos, como el Plan Fines y un programa de alfabetización, brindando alternativas educativas, recreativas y de formación para los usuarios. La licenciada comenta que “Es muy importante durante el tratamiento hacer estos cursos porque, más allá de que tengan una formación para una salida laboral, ocupa el tiempo. No solamente las motivaciones, los deseos, sino esto de instalar hábitos desde otro lugar y relacionarse con personas que no están en consumo ya que los cursos están abiertos a la comunidad. Les ayuda a ampliar esa red de socialización” (sic).

También observa que “El tema es que la persona esté en condiciones de poder hacerlo y sostenerlo. El objetivo es trabajar más allá de la situación que lo lleva a consumir, trabajar en su proyecto de vida y en el fortalecimiento de las redes” (sic). Este enfoque tiene como objetivo ayudar al usuario a desarrollar su proyecto de vida, fortaleciendo sus redes de apoyo y creando hábitos saludables que ayuden a la reintegración social.

En relación, creemos que sería muy interesante, desde el Trabajo Social, intervenir para poder acompañar y facilitar el proceso de acceso a estos recursos formativos y educativos, asegurando que cada usuario cuente con el apoyo necesario para sostener su participación. Además, el Trabajo Social podría contribuir identificando barreras que puedan impedir que los usuarios accedan o permanezcan en estos programas, como dificultades en la motivación o en la organización cotidiana. De este modo, se fortalecería el impacto de estas capacitaciones no solo como herramienta de desarrollo laboral, sino también como parte esencial del proceso de reintegración social y construcción de un proyecto de vida.

La intervención con la familia se realiza a demanda o cuando el equipo considera oportuno involucrar a la red de apoyo del usuario. Aunque los intentos de organizar grupos de apoyo para las familias han tenido baja concurrencia, se reconoce la importancia de esta intervención y el papel que cumple el Trabajo Social en el apoyo integral de las redes familiares.

Finalmente, otro aspecto destacado por la licenciada es la importancia de una estrategia post internación. Ella subraya que fortalecer el enfoque ambulatorio puede prevenir el retorno de los usuarios a los entornos que inciden en la problemática inicial. Por otro lado, para casos complejos, como en otros dispositivos, el DTC Bosque Grande cuenta con supervisiones virtuales con el equipo de Buenos Aires, lo cual permite revisar casos con una mirada externa y fortalecer las estrategias de abordaje.

Institución: Fundación Chance

La licenciada, quien recientemente asumió la coordinación general de la institución tras una reestructuración, continúa también coordinando los grupos familiares. Esta situación nos invita a reflexionar sobre los alcances y el verdadero potencial de la profesión, cuestionando si la presencia del trabajador social está plenamente aprovechado en las instituciones.

El Trabajo Social según la entrevistada en las instituciones mantiene una visión que limita el rol del profesional a la gestión de recursos materiales y apoyo a poblaciones pobres, lo que reduce el potencial del campo “Porque si yo creo que solamente puedo aportar desde la gestión de recursos materiales o institucionales pierdo todo un caudal que tiene que ver con el Trabajo Social” (sic). Según la entrevistada, el trabajador social debería ampliar su enfoque, integrando el desarrollo de vínculos saludables y la gestión de recursos en la comunicación, que son aspectos fundamentales de la labor social. A lo que expresa “¿Por qué coordino los grupos de familia? Porque tengo que ayudar a gestionar los recursos de la comunicación, cómo se construyen los vínculos saludables y eso también es una forma de gestionar y tiene que ver con lo social y tiene que ver con el lazo social” (sic).

Hay un problema en el posicionamiento del trabajador social dentro del equipo, pues algunos asumen una posición subordinada y dependiente de otros profesionales. Esto se da, según comenta, cuando el trabajador social se percibe como “el pobre del equipo” (sic) y se limita a cumplir funciones administrativas o de apoyo, esperando indicaciones de otros sin asumir un rol autónomo “Entonces es cómo te posicionas vos pero también cómo ves tu objeto

de intervención, ¿cuál es tu objeto de intervención? ¿Del recurso para el pobre o construir con el otro?, también tiene que ver con eso, qué lugar le dan a ese sujeto de intervención“ (sic)

Por otro lado habla en relación al sujeto con el cual se interviene “¿Ese sujeto cómo es? ¿Un sujeto cómo? Si yo lo voy a ver que es el vulnerado, el pobre, el despreciado, el estigmatizado, voy a reproducir eso. Si yo pienso lo veo como un sujeto de derecho entonces lo voy a ayudar a que él restituya sus derechos” (sic).

Este cambio de enfoque no solo transforma la calidad de la intervención, sino que también revaloriza el rol del trabajador social, quien pasa de ser un gestor de recursos a un facilitador de procesos de transformación personal y social.

Además, cuestiona la noción de que el Trabajo Social está orientado exclusivamente a poblaciones con carencias económicas. Los derechos vulnerados no son exclusivos de un contexto de pobreza; las personas pueden ver vulnerados derechos como la privacidad, la dignidad y la felicidad, independientemente de su situación económica. Sin embargo, aún predomina el paradigma de que el trabajador social solo interviene en contextos de pobreza o marginación.

Finalmente, observa que esta limitación también explica la escasa presencia de trabajadores sociales en instituciones privadas, ONG o fundaciones, donde ella considera que se asume que no son necesarios si los usuarios no se encuentran en situación de pobreza. En este sentido, surge una posible hipótesis: que las instituciones privadas como Posada del Inti y El Faro no cuentan con un trabajador social por este motivo. Lo cual invita a reflexionar si esto responde a una visión limitada de la profesión y, además, si estas organizaciones conocen el alcance y las posibles intervenciones que puede llevar a cabo un trabajador social.

Reflexiones Finales

A través de las entrevistas realizadas, logramos cumplir con los objetivos de esta investigación y descubrimos aspectos que no habíamos anticipado. Al conocer los procesos de intervención de las trabajadoras sociales en diferentes instituciones, notamos que, en muchas de ellas, la presencia de profesionales de Trabajo Social es escasa o nula. Sin embargo, el hallazgo más significativo de esta tesis no radica únicamente en describir cada institución o los procedimientos de intervención, sino en evidenciar el potencial, la relevancia y el alcance de esta profesión.

También queremos resaltar el término de “dispositivo”, que pudimos evidenciar y reconocer su valor durante este proceso de investigación. Según Foucault (citado en Agamben, 2014) no es solo una institución o un grupo de normas, sino un sistema en el que interactúan discursos, leyes, decisiones políticas, normas morales, y hasta estructuras arquitectónicas, es decir que “(...) es la red que se establece entre estos elementos” (Foucault citado en Agamben, 2014, pp.7-8).

Para el autor, el dispositivo no solo regula comportamientos, sino que también determina lo que se considera “problemático”, creando un marco de poder-saber que legitima la intervención. “El dispositivo siempre está inscripto en un juego de poder pero también siempre ligado a los límites del saber que derivan de él y, en la misma medida, lo condicionan” (Foucault citado en Agamben, 2014 pp.7-8).

Este concepto nos permite analizar el conjunto de instituciones, políticas, discursos y prácticas que abordan los consumos problemáticos no como entes aislados, sino como una red estratégica y organizada que nos permite entender este fenómeno como un sistema complejo e interconectado, más amplio y estratégico que la simple suma de instituciones.

Por otra parte, el estudio nos invita a reflexionar y a retomar las leyes del Trabajo Social en donde reafirma las incumbencias y la amplia variedad de espacios en los que un trabajador social puede intervenir. La Ley Provincial N°10.751⁶¹ en su artículo N° 5 sostiene que los profesionales pueden ejercer en las siguientes áreas y actividades: “Justicia, Educación, Salud, Minoridad, Ancianidad, Discapacitados, Fuerzas Armadas y Seguridad, Comunidades Urbanas, Comunidades Rurales, Comunidades Indígenas, Empresas y Relaciones Laborales, Previsión y Seguridad Social, Vivienda, Recreación y Deportes, Migraciones y todas aquellas áreas en que deba tratarse el bienestar social, así como aquellas que pudieren en lo sucesivo requerir de sus conocimientos específicos. Podrán hacerlo en forma individual o integrada en equipos multidisciplinarios, según las exigencias que la prestación requiera” (Ley Provincial N° 10.751, 1989, Art. 5).

Por su parte la Ley Federal del Trabajo Social en su artículo N° 9 enumera todas las incumbencias profesionales y en su artículo N° 4 entiende al Trabajo Social como “(...) la profesión basada en la práctica y una disciplina académica que promueve el cambio y el desarrollo social, la cohesión social, y el fortalecimiento y la liberación de las personas. Los

⁶¹ Recuperado de:

<https://www.argentina.gob.ar/normativa/provincial/ley-10751-123456789-0abc-defg-157-0100bvorpyel/actualizacion>

principios de la justicia social, los derechos humanos, la responsabilidad colectiva y el respeto a la diversidad son fundamentales para el trabajo social. Respaldada por las teorías del trabajo social, las ciencias sociales, las humanidades y los conocimientos indígenas, el trabajo social involucra a las personas y estructuras para hacer frente a desafíos de la vida y aumentar el bienestar” (Ley 27.072, 2014, Art. 4).

Lo cual reafirma la amplitud y relevancia de esta disciplina, tanto en el ámbito de la salud mental y el tratamiento de consumos problemáticos, como en todos los contextos sociales, especialmente en aquellos donde se presentan problemáticas complejas y diversas. En relación, consideramos relevante retomar las palabras de la Dra. en Ciencias Sociales y Trabajo Social, que reflexiona sobre el alcance del Trabajo Social, su intervención con la familia o red de apoyo y en relación a la construcción de un proyecto de vida:

“A mi criterio el trabajo fundamental es con la familia en general, la entrevista familiar y detectar estas potencialidades. ¿Puede contener? ¿No puede contener? ¿Puede acompañar? ¿o no? ¿Cómo es la relación madre e hija? ¿Cómo es la relación padre e hija? ¿Cómo es la relación con los hermanos? ¿Cómo son las relaciones? ¿Quiénes pueden acompañar de la familia? Y después ¿cómo hace una persona que está en tratamiento y se quiere reinsertar socialmente? Para eso también se requiere un trabajador social ¿De qué va a trabajar? Si está formado o no, si necesita hacer relaciones con otras instituciones para hacer un curso de capacitación, ver qué intereses tiene la persona, y las capacidades que tiene, si tiene que terminar la escuela, etc. Para todo el análisis social, vincular, relacional, de los grupos sociales, si quiere volver a una práctica deportiva o religiosa, para todo lo que tiene que ver con el mundo social de la persona, se requiere un trabajador social en una institución que aborda consumos problemáticos” (sic)⁶².

Es por esto que se considera fundamental que el Trabajo Social desarrolle intervenciones efectivas y sostenidas en el tiempo, promoviendo la reconstrucción y fortalecimiento de redes de apoyo esenciales para cada persona. Su intervención no es aislada, sino que implica un proceso prolongado y continuo que busca impactar de manera profunda en la vida de las personas.

En este sentido, la entrevistada nos dice que los consumos problemáticos “(...) son consideradas un problema de salud, todos sabemos que son una enfermedad. Pero también un problema social, vincular y relacional. Atender al adicto sin tener en cuenta el grupo familiar, es

⁶² Cita textual de la entrevistada.

estigmatizar aún más la problemática y reservarla al plano de la personalidad, las posiciones personales, si estamos con una personalidad lábil o no” (sic).

Es por eso que tal como sostuvo la licenciada en Trabajo Social de la Fundación Chance, el Trabajo Social tiene la capacidad para actuar en todos los sectores sociales, para no seguir reforzando un posicionamiento limitado, ya que los derechos se vulneran en todos lados, no solo en contextos de pobreza. Estos son distintos, pero también requieren atención y acompañamiento profesional; sin embargo, es una creencia que persiste en el imaginario social.

Por su parte, la doctora en Ciencias Sociales y Trabajo Social, en la entrevista resalta esto mismo y nos dice que el Trabajo Social es una disciplina para todos, no solo para una clase social, porque sino se estaría estigmatizando doblemente, considerando que solo las personas con bajos recursos padecen de vulneración de derechos, como por ejemplo la violencia. En este sentido, Carballada (2012) sostiene que el Trabajo Social ha estado comprometido tanto con los problemas sociales, que pueden o no incluir necesidades.

Consideramos que el ejercicio de esta profesión se enfoca en el fortalecimiento de las capacidades, reconociendo en cada persona sus potencialidades y habilidades. Este enfoque de intervención, en lugar de perpetuar la dependencia, apunta a construir una base sólida para la resiliencia, la emancipación y la autonomía personal. Es por eso que la intervención “ (...) me permite ver que capacidades tiene, qué posibilidades tiene. El diagnóstico no es un relato de calamidades “no tiene”, “le falta”, “no tiene techo”, “no tiene madre”, etc, No. Es un relato de potencialidades, yo lo describo al otro” (sic)⁶³.

Por ello, se considera necesario enfatizar sobre la visión del Trabajo Social como una profesión compleja y completa, equiparable al ejercicio profesional de disciplinas como la psicología o la medicina, ampliamente reconocidas socialmente por su especificidad y valor.

En este sentido, el Trabajo Social aporta desde su conocimiento y su especificidad al trabajo en equipo interdisciplinario. Stolkiner, A. (1999) sostiene que hablar de interdisciplina no se refiere simplemente a la combinación o yuxtaposición de diferentes campos de estudio. Más bien, se trata de un proceso activo de construcción de conocimiento, basado en el intercambio de ideas y la cooperación entre disciplinas. Este enfoque busca destacar la importancia del diálogo crítico y la integración real de perspectivas diversas, donde las tensiones y

⁶³ Cita textual de la entrevistada.

desacuerdos no son obstáculos, sino oportunidades para profundizar y mejorar la comprensión de los problemas abordados. Es decir, cada disciplina, por sí sola, es insuficiente para abordar de manera integral las situaciones problemáticas que se presentan en el campo. Por lo tanto, el trabajo interdisciplinario se fundamenta en la necesidad de complementar y ampliar el conocimiento desde diferentes perspectivas, superando los límites que impone el enfoque individual de cada disciplina para llegar a una comprensión más completa y enriquecida de los problemas que se abordan.

En este sentido, sostenemos que el Trabajo Social se erige como una disciplina esencial en el abordaje de problemáticas sociales y de salud mental, actuando con una visión integral que abarca la restitución de derechos, la emancipación personal, la resiliencia y la construcción de redes de apoyo. El trabajador social es no solo un agente de cambio, sino también un facilitador de procesos de transformación profunda, reafirmando el potencial y el alcance de su labor en la sociedad, así como su papel de garante de derechos.

Esta labor se traduce en la capacidad de intervenir en instituciones tanto públicas como privadas y en diversas capas de la estructura social. En todas estas esferas, el Trabajo Social no solo aborda problemáticas sociales específicas, sino que también promueve y restituye derechos, fomentando la autonomía, la emancipación y el desarrollo de proyectos de vida para las personas.

Es por todo esto, que la tesis nos condujo a realizarnos nuevas interrogantes: ¿Se conoce realmente el alcance y el impacto que puede tener el Trabajo Social? En especial, resulta inevitable cuestionar por qué, en la mayoría de las instituciones privadas, aún no cuentan con un trabajador social.

Bibliografía:

- Albornoz, A., Aogeda, C., & Maldonado, V. S. (2022). El complejo campo de la salud mental: Aportes del trabajo social en el abordaje interdisciplinario. *Margen*, (105).
- Agamben, G. (2014). Qué es un dispositivo. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Adriana Hidalgo Editora.
- Amico, L. del C. (2004). Desmanicomialización: Hacia una transformación de los dispositivos hegemónicos en salud mental. *Margen*, (35), primavera.
- Barg, L. (2000). La intervención con familias: Una perspectiva desde el trabajo social. Espacio Editorial.
- Basaglia, F. (1968). La institución negada: Informe de un hospital psiquiátrico (J. Pomar, Trad.). Barral Editores.
- Bauman, Z. (2007). Vida de consumo. Fondo de Cultura Económica.
- Becerra, M., & Kennel, B. L. (2008). Elementos básicos para el Trabajo Social en salud mental. Editorial Espacio.
- Becerra, R. M., & Kennel, B. (2008). Elementos básicos para el Trabajo Social en salud mental. Buenos Aires: Espacio.
- Bilavcik, C., & Custo, E. (2022). Reflexiones acerca de la estrategia de intervención grupal en el campo del Trabajo Social. *Margen*, (104).
- Carlini, C. H. (2021). Altas cuidadas hospitalarias: Una construcción interdisciplinaria y multiactoral. *Margen*, (100), marzo.
- Carballada, A. J. M. (2004). La intervención en lo social y el padecimiento subjetivo. *Edición N° 35 - Primavera*.
- Carballada, A. J. M. (2012). La intervención del trabajo social en el campo de la salud mental: Algunos interrogantes y perspectivas. *Margen*, (65).
- Carballada, A. (2012). La intervención en lo social en el campo de la salud mental. *Margen* 65.
- CASTEL, R. (1997). Las metamorfosis de la cuestión social. Una crónica delariado. Paidós, Buenos Aires.
- De Robertis, C. (2006). Metodología de la intervención en trabajo social. Lumen Argentina.
- Elías, M. F. (Comp.). (2011). Nuevas formas familiares. Modelos, prácticas, registros. Universidad de Buenos Aires.

- Eroles, C. (Coord.). (1998). Familia y trabajo social: Un enfoque clínico e interdisciplinario de la intervención profesional. Editorial Espacio.
- Eroles, C. (1998). Familia y Trabajo Social: Enfoque clínico-interdisciplinario. Espacio.
- Foucault, M. (2007). El poder psiquiátrico: Curso en el College de France (1973-1974) (H. Pons, Trad.). Fondo de Cultura Económica. (Trabajo original publicado en 2003).
- Galende, E. (2008). Conferencia y Mesa Redonda sobre Desmanicomialización: "Desmanicomialización institucional y subjetiva". *Psicoanálisis*, 30(2-3), 395-427.
- Galende, E. (2008). Psicofármacos y salud mental. La ilusión de no ser. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Gersberg, L. (Comp.). (2018). Clínica de las adicciones. Mitos y prejuicios acerca del consumo de sustancias. Editorial Noveduc. Buenos Aires, Argentina.
- Gersberg, L. (Comp.). (2019). Clínica de las adicciones: Mitos y prejuicios acerca del consumo de sustancia. Editorial Noveduc.
- Hamilton, G. (1982). Teoría y práctica del trabajo social de casos. La Prensa Médica Mexicana.
- Kisnerman, N. (1968). Servicio Social de Grupos. Buenos Aires: Hvmánitas.
- Kisnerman, N. (1998). Pensar el trabajo social: Una introducción desde el construccionismo. Grupo Editorial Lumen Hvmánitas.
- Kopelovich, M. (2018). Trabajo interdisciplinario en salud mental: Construcción de criterios terapéuticos en el marco de la Ley 26657. *Anuario Temas en Psicología*, 5, 229-236. Dossier Digital Jornadas de Investigación. Facultad de Psicología, Universidad Nacional de La Plata (UNLP). ISSN 2683-7366.
- Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657. (2010). Buenos Aires, Argentina: Boletín Oficial de la República Argentina. Recuperado de <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26657-175977/texto>.
- Ley N.º 2440. (1991). Art. 1. <https://web.legismn.gov.ar/legislativa/legislacion/ver?id=2441>.
- Ley N.º 448. (2000). Art. 2 y 3. <https://boletinoficial.buenosaires.gob.ar/normativaba/norma/8111>.
- Ley N.º 26.934. (2014). Plan Integral para el Abordaje de los Consumos Problemáticos: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26934-230505/texto>.
- Ley N.º I-0536. (2006). [https://file:///C:/Users/sinta/Downloads/Norma%20\(3\).pdf](https://file:///C:/Users/sinta/Downloads/Norma%20(3).pdf).

- Ley de estupefacientes N° 23.737. (1989). Buenos Aires, Argentina: Boletín Oficial de la República Argentina. Recuperado de <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-23737-138/actualizacion>.
- Ley Provincial de Salud Mental N° 14.580. (2013). Buenos Aires, Argentina: Boletín Oficial de la Provincia de Buenos Aires. Recuperado de <https://www.argentina.gob.ar/normativa/provincial/ley-14580-123456789-0abc-defg-085-4100bvorpyel/actualizacion>.
- LEVÍN, S. (1997): "La ciudadanía social argentina en los umbrales del siglo XXI. Mimeo "II Jornadas Internacionales Estado y Sociedad. Centro de Estudios Avanzados. UBA.
- Mead, G. (1982). Espíritu, persona y sociedad: desde el punto de vista del conductismo social. Barcelona: Paidós.
- Méndez, R. (2006). Trabajo social en el campo de la salud mental. Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social, Universidad Nacional de Mar del Plata. https://www.cels.org.ar/common/documentos/ia2007_capitulo12.pdf.
- Méndez, R., Wraage, D. A., & Costa, M. A. (2012). Trabajo social en el campo de la salud mental: La discusión sobre el diagnóstico. *Prospectiva*, (17), 407-435.
- Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. (2014). Guía para un abordaje integral de los consumos problemáticos en el Sistema de Salud de la Provincia de Buenos Aires.
- Montivero, L., & Erica. (2021). El consumo problemático de sustancias psicoactivas y la intervención de las y los trabajadores sociales: Una mirada desde la perspectiva del actor. *Margen*, (101).
- Montivero, L., & Santillán, E. (2021). El consumo problemático de sustancias psicoactivas y la intervención de las y los trabajadores sociales: Una mirada desde la perspectiva del actor. *Revista de Trabajo Social y Ciencias Sociales, Margen*, (101), Edición invierno. Recuperado de <https://www.margen.org/suscri/numero101.html>.
- Moscovici, S. (2000). Las representaciones sociales. Ediciones Cátedra.
- Pavlovsky, E. (2019). Tratamiento ambulatorio intensivo. [Nombre de la editorial].
- Richmond, M. E. (1922). El caso social individual. Estados Unidos de América.
- SEDRONAR. (s.f.). Manual de conceptos y herramientas para la investigación sobre consumos de sustancias psicoactivas. Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina (SEDRONAR).
- Sedronar. (2019). Manual para el abordaje integral de consumos problemáticos. Buenos Aires, Argentina: Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina

(SEDRONAR).

Recuperado

de

https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2020/10/oad_2019_modelo_de_abordaje_integral_territorial_de_los_consumos_problematicos_una_experiencia_de_politica_publica.pdf.

- Stolkiner, A. (1999). La Interdisciplina: entre la epistemología y las prácticas. En *Campo Psí*. Revista de Información especializada; 3(10). Disponible en: www.campopsi.com.
- Stolkiner, A., Vázquez, A. E., & Quercetti, F. (2016). Medicalización y consumos ¿problemáticos? VIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXIII Jornadas de Investigación. XII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR
- Patronato de Liberados. (s.f.). *Misión del Patronato de Liberados de Buenos Aires*. Recuperado de <https://www.plb.gba.gov.ar/mision.asp>
- Inspección General de Justicia. (s.f.). *Oficio Judicial*. Recuperado de <https://www.argentina.gob.ar/justicia/igj/diligenciar-un-oficio-judicial>
- Ley N.º 22.278. (1980). *Régimen Penal de la Minoridad*. Recuperado de <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-22278-114167/actualizacion>

Anexo

Formato de Consentimiento Informado

Mar del Plata, 24 de octubre de 2024

Nuestros nombres son: María Luz Katz y Patricia Vrabiescu, y nos encontramos realizando una investigación cualitativa en el marco la tesis de grado titulada “El proceso de intervención del Trabajo Social en instituciones de consumos problemáticos en la ciudad de Mar del Plata” bajo la dirección del Mg. Dante Boga de la Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social. El objetivo de esta tesis es Caracterizar el proceso de intervención del Trabajo Social de las instituciones públicas y privadas de salud mental que realizan abordajes de consumos problemáticos en el 2024, en la ciudad de Mar del Plata

La hemos invitado a participar en una entrevista debido a su conocimiento y experiencia en el campo de Salud Mental Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria.

Consentimiento y confidencialidad

- La información que proporcione durante la entrevista será tratada de manera confidencial y utilizada únicamente con fines investigativos. Bajo ninguna circunstancia se divulgará su identidad ni datos personales que permitan identificarla en publicaciones o presentaciones relacionadas con este estudio.
- Los resultados de la entrevista serán presentados de manera anónima, agrupados con los aportes de otros/as participantes, para asegurar que no se pueda rastrear la información a personas concretas.
- La entrevista será grabada para facilitar la transcripción y análisis de los datos, y los archivos de audio serán destruidos una vez concluido el estudio.

Derechos del participante

- Usted tiene el derecho de no responder a cualquier pregunta que considere inapropiada o con la que no se sienta cómoda
- Puede retirarse de la entrevista en cualquier momento sin necesidad de dar explicaciones, y su decisión no tendrá ninguna repercusión negativa ni impedirá que participe en futuras investigaciones.

- Si decide participar, se le facilitará una copia de esta nota de consentimiento para su referencia.

Consentimiento del Participante

Declaro que he leído y comprendido la información presentada en este documento y que se me han aclarado todas las dudas al respecto. Al firmar, doy mi consentimiento para participar en esta investigación bajo las condiciones antes mencionadas.

Nombre del participante:**Firma:** _____**Fecha:** 24 de octubre 2024

Guión de las entrevistas

Caracterización de la Institución

1. ¿Cómo funciona la institución en términos organizacionales?
2. ¿Qué tipo de institución es (pública, privada, mixta)? ¿Cuál es el objetivo principal?
3. ¿Cómo está compuesta la institución en cuanto a personal y áreas de trabajo?
4. ¿De dónde proviene el financiamiento de la institución (fondos públicos, privados, mixtos)?
5. ¿Qué tipo de usuarios reciben?
6. ¿Qué tipo de demandas presentan los usuarios que se acercan a la institución?

Abordaje de Consumos Problemáticos

7. ¿Qué estrategias utilizan para el abordaje del consumo problemático en los usuarios?
8. ¿Cómo funciona el dispositivo de tratamiento o intervención que se ofrece?
9. ¿Cuáles son las principales estrategias de intervención que implementan? ¿Qué entienden por "estrategias" en este contexto?
10. ¿Qué tipo de casos o situaciones específicas se acercan a la institución?
11. ¿Qué tipo de usuarios se acercan a la institución para recibir tratamiento?
12. ¿Cómo se maneja la participación del usuario en la toma de decisiones respecto a su tratamiento? ¿Qué nivel de participación tienen los usuarios?

Trabajo con Redes y Familia

13. ¿Qué estrategias utilizan para preservar los vínculos del usuario con sus grupos de pertenencia (familia, amigos, comunidad)?
14. ¿Cómo trabajan con la red del usuario? ¿Cuál es su enfoque respecto a la familia y redes de apoyo más amplias?
15. ¿Cómo entienden y definen el concepto de "familia"? ¿Incluyen redes extensas o limitan el concepto a los lazos biológicos?
16. ¿De qué manera el trabajador social (TS) colabora con la familia o la pareja del usuario en relación al tratamiento? ¿Qué espacios de escucha tienen para las familias?

17. ¿Cómo funcionan los grupos de familia en la institución? ¿Cuál es su rol en el tratamiento?

Espacios de Trabajo y Recursos

18. ¿Cómo están estructurados los espacios de trabajo existentes dentro de la institución (consultorios, talleres, grupos)?
19. ¿Qué opinas sobre la forma en que la institución organiza su intervención? ¿Estás de acuerdo con la manera en que se trabaja?
20. ¿Qué recursos o herramientas adicionales consideras necesarios para mejorar tu trabajo?

Trabajo Interdisciplinario

21. ¿Cómo se desarrolla el trabajo con el equipo interdisciplinario en la institución?
22. ¿Cómo se llevan a cabo las reuniones con profesionales de otras disciplinas? ¿Quiénes participan en estas reuniones?
23. ¿Participan operadores junto con profesionales en estas reuniones? ¿Qué rol tienen?
24. ¿Existe algún tipo de supervisión en el equipo? ¿Cómo se organiza?
25. ¿Qué otras instancias de intercambio profesional existen dentro de la institución? ¿Qué importancia le dan a estas instancias?
26. ¿Cómo describirías la carga de trabajo de los profesionales? ¿Cómo gestionan la presión laboral y el uso del tiempo?

Articulación con Otras Instituciones

27. ¿Con qué otras instituciones suelen articular o coordinar para llevar a cabo su labor?
28. ¿Cómo actúan en conjunto con estas instituciones para abordar casos complejos o situaciones específicas?
29. ¿Qué otros actores externos a la institución participan en el proceso de intervención?

Desafíos y Facilitadores del Proceso de Trabajo

30. ¿Cuáles son las principales dificultades que enfrentas en tu trabajo? ¿Qué obstáculos percibis en el proceso de intervención?

31. ¿Qué facilitadores encuentras en tu trabajo diario que contribuyen al éxito del tratamiento?

Entrevistas

Entrevista: DTC “Casa Caracol”.

Entrevistada: Operadora socioterapeutica y estudiante avanzada de la Lic. en Trabajo Social.

Fecha: 15/10/24

-¿Nos puedes contar sobre el funcionamiento?

Actualmente el dispositivo se llama DTC, nuestro nombre de fantasía es casa caracol y ese nombre lo eligió la asociación civil sol de mayo a partir de la co gestión que hace con la sedronar que es la secretaria de asuntos integrales de drogas que lo hace en 2014 a este convenio. El dispositivo fue cambiando a lo largo de las diferentes gestiones, primero se llamaba cecla, luego diat y ahora DTC. También fue cambiando la manera en que las gestiones entendían como debía ser el abordaje y entonces a partir de ahí el equipo fue cambiando su configuración también. En un principio (2014) había una psicóloga y una Trabajadora Social y después a lo largo del tiempo se fue profesionalizando mucho más.

Actualmente, si bien ahora no tenemos Trabajadora Social porque están las dos con licencia. Tenemos dos abogadas en el equipo que es bastante novedoso en un equipo de salud mental. Dos terapistas ocupacionales, 7 psicólogos, una acompañante terapéutica, 5 operadores y varios estudiantes avanzados de TS dentro del equipo. También hay estudiantes avanzados de psicología que por ahí acompañan.

Nosotros tenemos la figura de referente institucional que en realidad cualquier miembro del equipo forma parte de ese rol y ahí en ese marco es que intervienen los estudiantes avanzados.

-¿Cómo se configura el equipo?

Por lo general nosotros trabajamos en duplas cuando hacemos los acompañamientos y se arma el plan de tratamiento y se arma siempre en dupla y se trata que sean de disciplinas distintas y después el seguimiento se hace a partir de las reuniones de equipo que son semanales y se exponen las situaciones más complejas que hacen falta ponerlas en común con el resto del equipo y se va armando la estrategia entre todos se va pensando e intercambiando. Nosotros surgimos en 2014 y la ley de salud mental era más nueva en ese momento y nosotros en nuestro andar, si bien estamos en el marco de este paradigma de salud

integral , vemos que hay atravesamientos de estos modelos de salud más viejos en las formaciones también de los que arrancaron acá lo hicieron anteriormente a esta matriz epistemológica con la que se piensa la salud mental ahora, sin duda no estamos exentos de eso. Siempre se tiende y se intenta de trabajar de manera interdisciplinaria y poniendo la misma importancia a la voz de todos los profesionales y de los que son técnicos y operadores también con sus desafíos.

-¿Qué lugar se les da a los trabajadores sociales en la institución?

Yo creo que cuando uno trabaja en el abordaje territorial hay situaciones que uno entendería que son menores, que no tiene tanto que ver con el rol pero que son parte de la tarea de todas las disciplinas y no solo de los trabajadores sociales. Como esto de llegar a la institución y venga alguien y te pida que le cargues el termo con agua o recibir a una persona o dar un taller aunque no seas parte de ese taller. En ese sentido todas las personas que tienen esta idea de trabajar en un dispositivo territorial son mucho más flexibles y mucho más cercanos. Nosotros somos un dispositivo de bajo umbral, lo que quiere decir es que intentamos todo el tiempo estar lo más cercanos posibles a la comunidad. Que la comunidad se sienta parte, venga ante cualquier dificultad y para eso tenes que generar un vínculo con las personas. Por esta razón te podes encontrar haciendo cosas que no tienen que ver con tu profesión.

Nosotros estamos separados en áreas : área de asistencia, de cultura, de formación profesional, de educación, y dentro de estas áreas funcionan distintos dispositivos. Dentro del área de asistencia están los dispositivos de primera escucha, los dispositivos grupales terapéuticos, y ahí siempre hubo trabajadores sociales. El dispositivo de primera escucha que se atiende siempre en duplas, donde se hace esa primera evaluación de riesgos y daños de las personas. Se evalúa si la modalidad que estamos haciendo es la adecuada y siempre hubo trabajadores sociales en el dispositivo. De hecho cuando se inauguró se hizo con una trabajadora social que trajo la propuesta de organizarlo así.

-¿Los TS trabajan con grupos de familia?

Nosotros tenemos un dispositivo socio afectivo y en este momento lo coordinan un psicólogo y una abogada, pero la dupla anterior a esa era una psicóloga y una trabajadora social.

Ahora la configuración del equipo es esta, también la sedronar tuvo cambio de gestión, hubo mucha incertidumbre, y además de las trabajadoras sociales con licencia tuvimos otros trabajadores sociales que se dieron de baja y no fueron reemplazados. Quedaron las vacantes libres. Ahora no tenemos psiquiatra pero la vacante está autorizada para cubrirla. Lo autoriza

Sedronar que ahora depende de la secretaría de salud de la nación. Antes era una secretaria de estado, en la gestión anterior pasó a ser una jefatura de gabinete y ahora somos del ministerio de salud que es bastante acorde pero se pierde autonomía, presupuest, un montón de cosas.

-¿Cómo es el trabajo con las familias? ¿Con qué frecuencia son los encuentros?

Los tratamientos acá son muy artesanales, muy situación a situación. Hay personas que vienen acompañadas con una buena red, y uno puede pensar en un acompañamiento y hay otras personas que no.

Anterior a la pandemia los dispositivos eran grupales, luego de la pandemia comenzaron a ser individuales y eso continuó. Tiene que ver con esta nueva configuración del equipo, cada familia se atiende de manera individual y se va construyendo ahí la estrategia de seguimiento.

-¿Quiénes se acercan más a la institución acompañando, madres o padres?

No llevamos un registro de esto como para hacer una estadística, pero intuitivamente si. En general son las madres y abuelas, esposas, parejas, siempre hay una figura femenina que por ahí está acompañando el cuidado de esta persona en tratamiento.

-¿Ese encuentro con las familias es todas las semanas o a demanda?

Hay familias con las que sí y hay familias con las que es una vez por mes o cada 15 días. Las personas que forman parte del dispositivo socio afectivo son familiares de personas en tratamiento, no está abierto a cualquier persona que tenga un familiar con consumo problemático.

Muchas veces en el dispositivo de primera escucha damos una orientación, se dan dos o tres entrevistas pero en general lo que tiene continuidad tiene que ver con las personas que están en tratamiento acá.

-¿Qué tipo de orientación?

Para saber acompañar y saber que hay que hacer ante situaciones de riesgo, como que la familia pueda pensar en una red más comunitaria, tiene que ver con eso. Pasos para una internación, y hay un trabajo muy fuerte frente a todos estos imaginarios sociales y representaciones que tienen las familias acerca de que “es un adicto”. Hacerle entender que es alguien que está pasando por una enfermedad grave y debe ser acompañado como cualquier

otra persona con cualquier enfermedad. La mirada de las familias es lo que se ha construido desde hace años, una mirada más punitiva.

-¿Qué tipo de persona se acerca buscando tratamiento?

A lo largo del tiempo la población fue cambiando. Al principio teníamos más pibes de 14 a 24 años esto sobre todo en el área de asistencia, no en los talleres y área preventiva que siempre fue para todas las edades. Pero, en este momento se atiende desde los 14 a los 99 años, todas las edades, abierta a toda la comunidad. Esto fue hace 8 años que es así. Si bien esto es una cogestión y la asociación civil también tiene injerencia en cómo se piensa.

Son diferentes porque acá hay un montón de propuestas que tiene que ver con las posibilidades de la asociación civil de gestionar otras cosas. Después de la pandemia vemos que nuestra población se acerca más a pedir tratamiento. Por eso nosotros pensamos que este primer contacto con el área de asistencia en un micro proceso que es la primera escucha de dos, tres o más entrevistas donde poder conocer más a la persona poder evaluar la situación de riesgo que está atravesando, si la modalidad que nosotros brindamos es la adecuada para la persona en este momento. También si la persona sostiene las 4 entrevistas es un indicador también de que podamos pensar una modalidad ambulatoria que es la modalidad que nosotros tenemos.

-¿En qué consiste el tratamiento?

Es de modalidad ambulatoria e implica un espacio de psicología individual.

Primero la primera escucha donde se arma el tratamiento con la dupla que esté a cargo que podría ser trabajadora social con terapeuta o psicólogo o los operadores, todo el equipo. En este momento hay: dos operadores, una abogada, una terapeuta ocupacional en el dispositivo de primera escucha que tiene que ver con esto, con esta configuración.

En cada tratamiento se asigna un psicólogo, un dispositivo grupal que funciona una vez por semana, un referente institucional, y actividades promocionales que tengan que ver con el interés de cada persona. Así está pensado el plan del tratamiento. El tratamiento es todo lo que pasa en cada dispositivo o talleres. No todos los talleres que se brindan están acompañados por alguien del equipo pero tenemos muchos talleres que si. Nosotros tratamos en general que cuando seleccionemos el taller sea uno de los que está siendo acompañado por alguien del equipo.

Si nosotros no podemos ofrecerle una actividad que le guste se piensa en otros lugares a los que pueda ir. Trabajamos en red con otras instituciones de la zona, pero a veces pasa que le

gusta boxeo entonces tiene que ir a un gimnasio, pero nosotros no tenemos una articulación con un gimnasio, pero lo incorporamos igual la actividad en nuestro plan de tratamiento.

-¿Se tiene en cuenta la especificidad del trabajador social?

Hasta el año pasado teníamos a la trabajadora social, tenía un momento de su agenda que estaba abierta para turnos de la primera escucha. Si veíamos que había algo que tenía que ver o hablar con la trabajadora social estaba ese espacio. Por ejemplo: alguna situación de vulnerabilidad alimentaria, porque la trabajadora social que teníamos el año pasado tenía una red bastante armada de comedores territoriales por una iniciativa propia, se había acercado acá también al comedor en el marco de la pandemia y comités de emergencia. Ya tenía una red armada y tenía que ver con eso.

-Esta es una problemática puntual, ¿pero la intervención de la trabajadora social cuál es?

Lo que pasa que nosotros trabajamos mucho desde la dupla terapéutica. Hubo un momento de tensión bastante grande porque parecía que la única que hacía entrevistas domiciliarias era la trabajadora social y si bien entendemos que tiene que ver porque el rol de trabajadora social es acercarse, decíamos: pero las entrevistas domiciliarias tiene un objetivo, en el marco de una estrategia de acompañamiento, en un plan de tratamiento. Entonces, no es que la trabajadora social iba a ir a todas las entrevistas domiciliarias, sino era, bueno, si a una dupla terapéutica le parece que es adecuado acercarse al domicilio de la persona, esa dupla terapéutica va a ser la que vaya. Podía ser la abogada y la terapeuta o el operador y el psicólogo, cualquier dupla. Forma parte de esa dupla y no del Trabajo Social específicamente, eso tiene que ver con el modelo de abordaje más integral, sacarnos de esa etiqueta que tiene cada uno de su rol y trabajar de manera más horizontal. No todos hacemos todo, porque cada uno tiene su formación pero si llevamos adelante esta estrategia que la acordamos entre todo el equipo.

-¿Se escuchan los pedidos y propuestas del usuario en torno a su tratamiento?

Cada tratamiento es artesanal y es uno a uno porque precisamente se escucha y se habilita la voz de las personas. Es un desafío porque están acostumbrados a que les digan que tiene que hacer. Es un desafío que se sientan parte. En la primera escucha les decimos que son los protagonistas del tratamiento y pueden tomar decisiones y decir que quieren hacer y que no. Llegan muchas veces, y lo primero que dicen es: “me quiero internar”. Porque tal vez sea lo que más conocen, o la representación social que la respuesta es la internación. Así que

también es desandar todas esas nociones. Buscamos siempre conocer el interés de la persona en cada tratamiento. Si no le gusta la huerta no lo vamos a obligar.

-¿Cómo trabajan la red de contención que muchas veces está fragmentada?

Se trabaja ese espacio con los familiares de manera individual. Desde el principio pensamos que haya propuestas para toda la comunidad y que los talleres estén abiertos a toda la comunidad con o sin tratamiento. Los talleres están abiertos a toda la comunidad, todas las propuestas están abiertas, salvo los dispositivos terapéuticos. De esta manera pensamos que se van construyendo lazos nuevos o reconstruir los que tenía. Teniendo la posibilidad con la estructura que tenemos nosotros que se pensó para eso.

-¿Los vecinos saben que ustedes trabajan con problemática de consumo?

Si, cuando inauguramos fuimos casa por casa a presentarnos y a contarles de qué se trataba el proyecto, que era un lugar que trataba los consumos pero que estaba abierto a toda la comunidad. Este lugar hace tratamiento de consumo problemáticos pero también está abierta a toda la comunidad

El dispositivo con tanta trayectoria, diez años, ya es conocido en el barrio. Hay talleres donde no hay personas que asistan con tratamientos. Eso también les contamos a nuestros usuarios en tratamiento, que en los talleres van a compartir con personas del barrio.

-¿Cuál es la problemática más frecuente?

La cuestión social es muy compleja y no podemos hablar de una problemática de consumo sino que está atravesada por múltiples situaciones. Hay violencia de género, abuso infantil y la emergencia alimentaria que se está detectando cada vez más. Hay más pedidos de algo para comer. Sobre todo los adolescentes que se quedan al taller de guitarra y ensamble música, ellos piden algo para comer ya que pasan muchas horas acá. Está abierto para que pasen mucho tiempo, que sea su espacio de ocio en este paradigma de reducción de riesgos y daños. Es el paradigma con el que trabajamos. Que sea un lugar de contención

Institución: DTC “Casa caracol”.

Entrevistada: Lic. en Trabajo Social. Se encuentra realizando un postgrado en salud.

Fecha: 18/10/24

-¿Cuál es tu experiencia en casa caracol?

En realidad cuando uno va desde afuera por mas que yo sea trabajadora social uno va mas a observar. Pero en este caso tambien lo que es una rotación libre que tiene como otra influencia, otro periodo de tiempo. Si he tenido mi influencia, mi abordaje y he pensado estrategias con el equipo he llevado alguna actividad en cuanto a un taller, intervención siempre respetando que ellos ya son un equipo conformado, que conocen a los usuarios de hace años. De esos pequeños aportes y de lo que yo pueda traer desde la formación y la residencia.

-¿Qué aportes pudiste hacer desde el Trabajo Social?

Más que nada, desde Trabajo Social todo el equipo de casa caracol tiene un posicionamiento bien definido de acompañar los procesos de salud, lo entienden desde ese lado también al consumo. De poder correr un poco esta mirada biologicista que algunas instituciones la tienen y tener en cuenta todas estas determinaciones que influyen en la vida cotidiana de la persona . De ese lado se acompaña, se plantean objetivos con aquellas personas que incluso no tienen y no registran eso se problematiza un poco con actividades sobre las emociones y sentimientos que están atravesando, se tiene en cuenta las historias de vida, todo el proceso social. Además también hay cuestiones que se puede asesorar y orientar cuestiones que a veces en las entrevistas y que en los mismos talleres surgen por ejemplo problemáticas vinculadas a la violencia de género, se trata de alojar desde ahí, buscar el taller o la actividad que mas aloja a las mujeres, aparte estando en una situación de consumo está atravesando esas situaciones de violencia de género. Se ofrecen espacios de escucha, de alojar todas las demandas y necesidades e intereses que demanden los usuarios.

-¿Cómo trabajan con la red de contención? ¿Trabajan con las familias?

En casa caracol existe un dispositivo de contención a las familias o referentes familiares que lo aborda más el profesional de psicología, es un grupo cerrado. En este momento estoy como externa y no sé cómo trabajaban antes las trabajadoras sociales que ahora están de licencia. Es un lugar que tanto los usuarios como los familiares lo sienten como un lugar de pertenencia, cualquier situación que se presente, cuestión que tengan dudas o situación de riesgo, van y hablan con nosotros u otro profesional de la institución. A veces a los familiares los cruzas en talleres entonces ahí se conversa, se charla y se ofrece profundizar alguna cuestión, se escucha y se aloja.

En este dispositivo, porque las problemáticas son más complejas y multidimensionales las personas que se acercan no tienen red de contención y en muchos casos tienden a trabajar siempre en grupo.

Se trabaja desde esa mirada como parte integral de la salud, tal vez en otras instituciones está como más sectorizado pero son posicionamientos, ideológicos algunos trabajan más el paradigma de la abstinencia otros con reducción de riesgos y daños. Acá se piensa desde el paradigma de la complejidad y sobre eso se llevan a cabo todas las estrategias y el abordaje en conjunto para pensar lo más beneficioso para el usuario, la persona. Son diferentes miradas y tal vez ustedes lo notan.

-Por eso a partir de nuestra experiencia en la fundación chance nos preguntamos: ¿Cómo será el proceso de intervención de los TS en otras instituciones públicas y privadas de la ciudad de mar del plata? ¿Cómo es tu mirada hacia esta institución?

Para mi es todo nuevo, acababa de conocer la institución, para mi es beneficioso para mi formación profesional que estoy haciendo. Si bien hay cuestiones, que inciden, veo un poco plasmado lo que habla la ley de Salud Mental digamos en lo concreto, como llevan a cabo la institución. A correr esta mirada que viene a traer un poco u cambio de paradigma en la salud mental, la transición de personas incapaces a capaces, de correr el modelo médico hegemónico, o esta mirada biologicista a una mirada integral, de correrse del abstencionismo a una perspectiva de riesgos y reducción de daños y lo importante también en este transitar por casa caracol es tener en cuenta todas estas determinaciones que confluyen en la vida cotidiana que también sucede cuando trabajamos con los usuarios muchos te dicen que casa caracol aloja desde la mirada porque eso es muy importante porque en este prejuicio, en esta representación social que ha tenido a lo largo de la historia de las personas que consumen son peligrosas y correr esa mirada, trabajar desde ahí es importante terapéutico para las personas. Otra cosa es que ellos hacen mucho énfasis de no hablar de recaídas, eso también yo lo aprendí, de entenderlo como un proceso, entonces no es una recaída sino una situación del proceso y que no es algo lineal. Todas las acciones que llevan a cabo en casa caracol es incluyendo a las personas como protagonistas de estas decisiones, abordandolas en forma conjunta. Hay espacios individuales y en los espacios grupales y estos espacios hacen a lo terapéutico. Se profundiza, se problematiza un poco su historia de consumo, como lo viven, cómo estaban hace 10 años y cómo están ahora. La vez pasada yo lleve una actividad de registro de emociones, que ellos den cuenta de cuales eran otros apoyos, entendiendo los apoyos como otra herramienta en beneficio de su calidad de vida. Y por ejemplo les pregunté si

ellos consideran la institución como un sistema de apoyo y me dijeron que sí. O si otros referentes familiares o profesionales ahí dan cuenta un poco de como trabaja la institución.

-Así como el psicólogo tiene su espacio individual indiscutible, ¿piensas que el Trabajo Social también debería tenerlo con la misma importancia que se le da al psicólogo?

Yo creo que debería estar, también para legitimar un poco la profesión. A veces sucede que si bien todos comparten el mismo posicionamiento y la misma perspectiva, si yo considero que si debería así como se piensa al psicólogo. Porque no es todo lo mismo, no es lo mismo un operador que un trabajador social, no hacen todos lo mismo.

Nunca se nos ocurriría decirle a un psicólogo que hoy hago yo tus sesiones individuales.

Por mas complejo que sean las problemáticas, el rol del psicólogo o terapeuta ocupacional no se tocan y a nadie se le ocurre discutir esos espacios.

Si, se pueden asesorar otras cuestiones que no tiene que ver con el consumo que son parte de nuestra disciplina problematizar y ejercer esta función socio educativa que nosotras también hacemos y que están en nuestras incumbencias.

-¿Viste que esto se repite en otras instituciones de salud?

En las instituciones que he rotado el trabajo social está más marcado, nuestras incumbencias incluso se elevan por demás. Al trabajador social siempre le dicen lo que tiene que hacer a diferencia de un médico o un psicólogo, o menos al psiquiatra le vas a decir cómo actuar. Pero en otras instituciones como un CAPS⁶⁴, hospitales generales, está un poco más marcado la atención del Trabajo Social, más por servicios, más delimitado.

Institución CPA: Centro Provincial de Atención en Salud Mental y Consumos Problemáticos.

Entrevistadas: Lics. en Trabajo Social

Fecha: 16/10/24

-¿Nos pueden contar cómo funciona?

El CPA es un organismo provincial que depende de la secretaría de salud mental consumo problemático y violencias en el marco de la salud pública, cuya sede funciona en región sanitaria VIII . Nosotros somos un dispositivo de provincia que conjuntamente con otros dos dispositivos formamos la subsecretaría. Nosotros somos la atención ambulatoria y

⁶⁴ Centro de Atención Primaria de la Salud.

después funciona el centro comunitario, que anteriormente se llamaba centro de día y daban otro tipo de abordaje, más de centro de día, y la unidad residencial que es de internación que está en Chapadmalal. Anteriormente se llamaba unidad terapéutica y ahora unidad residencial. Esos son los 3 dispositivos con las modalidades de abordaje de mar del plata. Después hay otros dispositivos que abordan la salud mental pero que son municipales y otros son nacionales. Al margen de estos tres dispositivos tenemos las extensiones territoriales más conocidas como los centros barriales que funcionan en San Jacinto y en el barrio Pueyrredón. Ese es un proyecto que se arma en conjunto con el MTE⁶⁵ con una modalidad más parecida al centro comunitario. Hacen talleres y otras actividades pero en general están a la tarde

En esta sede de la calle Buenos Aires somos un equipo interdisciplinario conformado por dos trabajadoras sociales, dos psiquiatras, hay varios psicólogos y psicólogas, hay operadores socioterapéuticos, una administrativa y una persona que se encarga del mantenimiento del lugar. No todos venimos todos los días, tenemos módulos y horarios diferentes eso significa que hay profesionales con los que logramos hacer equipo y otros con los que no. El lema acá es trabajo interdisciplinario y trabajo en equipo.

Los espacios que les ofrecemos a los usuarios son: espacios individuales y espacios grupales. Actualmente contamos con taller de barbería los viernes y los miércoles con taller de música. Estos son los talleres que podemos ofrecer más allá de los espacios grupales e individuales.

Una pregunta que todos nos hacen es “¿Cómo llega la gente al CPA?”. La gente llega por muchos canales, el principal o el más esperable es que la persona viene de forma voluntaria a buscar un turno y a manifestar su problemática. Entonces se planifica un turno de admisión y ahí comienza el proceso de tratamiento.

Otra forma de llegar es a través de la justicia, que hacen oficios judiciales de personas en libertad condicional. O muchas personas que están reguladas por el Patronato de Liberados, y en ese contexto piden muchas evaluaciones.

Trabajamos también mucho, haciendo evaluaciones con todo lo que es responsabilidad penal juvenil, o sea “El Batancito” que es el centro cerrado, el de menores; el centro de contención, el centro de derivación y de contención que son como los tres dispositivos que abordamos. La cuestión juvenil en relación a lo penal.

Y después obviamente con mucha cuestión de articulación que sea con salitas, sea con otros dispositivos, sea de colega a colegas, desde el hospital. Trabajamos mucho con el hospital regional. Para lograr internaciones en la unidad residencial muchas veces es necesario

⁶⁵ Movimiento de Trabajadores Excluidos.

que pasen primero por el hospital para hacer alguna compensación. Y lo mismo de ellos para acá: si alguna persona internada sea en salud mental en el hospital general con alguna problemática de consumo, también suele pedir evaluaciones y demás. Por supuesto que algunas personas llegan y otras no. Pero bueno, eso es un poco como a grandes rasgos la forma que tenemos de trabajar.

-¿Cómo abordan las problemáticas de consumo? ¿Qué tratamiento le dan? ¿La persona tiene participación en el tratamiento?

Como dijo mi compañera, vieron que esta el primer momento de acercamiento, que esta la admisión, que puede ser individual o grupal. Los días lunes y los jueves es individual.

Los días viernes y miércoles es grupal, es decir admisión o grupo de primer escucha.

Tenemos dos espacios de grupos de familia, que son dos días distintos. Le decimos familia pero en realidad es red de apoyo. Es decir que vale para el vecino amigo o para quien sea.

Uno de esos espacios es de red de apoyo para aquella persona que esté en tratamiento y esté concurriendo al CPA. Y el otro espacio es para aquellas personas que no estén concurriendo al CPA ni estén en tratamiento. Porque ocurre un montón que viene una madre, una novia, o "x" a pedir un turno para la persona que consume, y esta persona no tiene demanda ni intención, ni problematiza su situación, y uno le da un turno y la persona nunca llega. Entonces en estos casos, lo que hacemos es indagar porque no fue, etc, y le ofrecemos a la familia este espacio de orientación para la red de apoyo.

La primera escucha o la admisión, es una primera escucha, que es un primer acercamiento. Aunque la idea después es tener una segunda escucha para poder ahondar en aquellas cuestiones que quedaron ahí latentes y poder entender el motivo por el cual se acerca. Muchas veces esto que dice euge que, vieron que hay familiares que se acercan y la persona no tiene la demanda. Puede que vengan a la primera escucha y después nunca más. No vuelven. Ni a una segunda, porque vienen porque se lo pide otra persona. Y esto pasa un montonazo.

También pasa que viene gente que está ligada al patronato de liberados, que desde la justicia les piden o solicitan tratamiento por consumo del CPA, y por ahí esa persona no tiene problematización de ese consumo o no tiene criterio, y por ahí va a esa primera escucha. Y lo menciono, ya que no lo mencionamos que hay un grupo para personas que están en conflicto con la ley, casos judicializados. No regresan porque no se le dio un turno para seguir conociéndolo, o bien porque no les interesa ni hay una problematización de ese consumo. Y si la persona no quiere o no tiene la voluntad, es difícil que pueda sostenerse algo.

Nosotras le llamamos “Grupo de Judiciales” , en general son personas que son detenidas una semana o diez años, y les otorgan la libertad condicional como beneficio, pero el juez les da una serie de requisitos para poder acceder a esa libertad. Entre esos requisitos , cuando hay antecedentes de consumo o la causa está relacionada al consumo, uno de los requisitos es hacer tratamiento en CPA. Claro está por un lado la ley de estupefacientes y por el otro la ley de salud mental.

El tratamiento, aunque sea un requisito, si no hay voluntad, es una pérdida de tiempo, para ellos y para nosotros. Que nosotros lo que hacemos es dar turnos que después se pierden por alguien que no quiere hacer tratamiento, porque la persona no viene o porque no sostiene. Entonces cuando empezamos a evaluar que era enorme la demanda que venía de patronato y que en realidad no venían a los turnos, y que se perdían muchísimas admisiones, lo que hicimos fue agruparlos. Por eso le llamamos “grupo de judiciales”, inclusive así son grupos de hasta seis u ocho personas, y de ese listado vienen dos, nunca vienen todos. Y esta estadística está comprobadísima. Y esto habla de las ciertas dificultades que hay en el sistema, también hay jueces y jueces. Hay jueces más estrictos y otros mucho mas flexibles, que literalmente si no cumplen con el turno acá, los detienen de vuelta. Como si una cosa tuviera que ver con la otra.

-¿Con qué otras instituciones articulan?

También trabajamos con el materno infantil, cuando las mujeres o las mamás van a tener a sus bebés y dan positivo de cocaína, marihuana, alcohol, o lo que sea. El materno nos convoca para ir a hacer la evaluación en el materno, hasta tanto el 102 (Organismo de Niñez) resuelva la situación en caso de darle intervención. En general las entrevistas nosotras las hacemos en el materno, porque ellas están internadas, si hay intervención del 102, menos de diez días no están internadas, entonces eso nos da margen para ir a hacer la evaluación. Si por algún motivo, nos agarra fin de semana largo o lo que sea, le damos el turno y las convocamos en el CPA, estamos a tres cuadras. Es una articulación bastante aceptada que tenemos.

-¿Qué tipo de evaluación le realizan?

La evaluación que le realizamos es específica de consumo. Un poco conversamos si hubieron problemas en el embarazo. Muchas tratan de ocultar la cuestión del consumo. Es raro que sean ellas quienes confiesen el tema del consumo. En general es un familiar que se acerca al trabajador social del hospital diciendo que esa persona consume o consumió. O son denuncias anónimas. O a veces son conocidas en el hospital. Pero en general ellas quieren tapar el tema

del consumo, pero la realidad es que la sustancia en sangre permanece una o dos semanas como mínimo, lo cual no se puede disfrazar. Hay una demanda real de recibir un acompañamiento.

Muchas de estas mamás se ven motivadas por la intervención de niñez, por el tema de ver a mis hijos quiero irme del hospital con él o ella. Eso es lo que las convoca empezar asistir al espacio, que no la separen de su hijo/a. No siempre se sostiene, cuesta bastante. Se intenta acompañar y problematizar lo máximo posible la situación para que salga algo bueno de todo eso. También en algunos casos siguen asistiendo de manera esporádica cada vez que niñez se comunica con ellas, no hay una problematización sino que es niñez la que actúa.

-Los objetivos de abordaje ¿lo elaboran ustedes?, ¿les llega de provincia o lo arman ustedes con el equipo?

No tenemos que presentar los objetivos a modo de planificación, si obviamente que hay cosas que bajan de provincia o de la subsecretaría, que obviamente responden al marco de la ley de salud mental, y el abordaje está enmarcado en eso. Pero después no hay una planificación.

En cuanto a la estructura me olvidé de decir que todos los viernes tenemos reunión de equipo, y ese encuentro permite claramente conversar, problematizar, reflexionar sobre las situaciones que cada uno viene abordando, entre otras. Hay cuestiones, que tiene que ver con lo institucional, con la metodología de trabajo, pero específicamente sobre el abordaje de las situaciones. Nosotros por suerte tenemos un buen equipo y por suerte en la diaria hay mucha comunicación, se da mucho eso y si hay casos más complejos se requiere otro grupo de intercambio. Ahí se da el espacio de covisión que brinda la provincia.

-¿Cómo funciona ese espacio de covisión?

Es un espacio de supervisión, hay un equipo específico de la subsecretaría que está disponible para brindarnos supervisión o una comisión de aquellas situaciones que uno ya no sabe cómo para donde salir. Y este equipo, es un equipo de 3 personas y lo que hacen es eso. Darnos un espacio para poder conversar sobre situaciones, y esto de que venga alguien de afuera a escuchar esta bueno como que te aclara el panorama. A veces en ciertas instancias de abordaje empezás a detonar, y faltan los recursos, las posibilidades, las estrategias, y bueno a veces se necesita otra cosa.

Si a veces está el componente subjetivo del equipo. A veces uno con determinada situación no puede, me toca determinadas fibras, y a veces esto sale en el equipo de covisión. También pensarlo con ese equipo de covisión, que te ayudan a pensar y repensar, que a veces en la

diaria uno no se toma el tiempo necesario. Y me parece que está bueno hablar de esto, y esta bien que nos pase esto, es posible que nos pase. A cualquier profesión, es normal. Forma parte y uno no tiene porque recibirse y saber todas las respuestas o tener todas las herramientas, o poder abordar cualquier situación. Y bienvenido sea que no lo sea, porque eso es lo que nos hace encontrarnos con otros, con otros espacios, con esto de reconocer las limitaciones de cada uno, como persona y profesional ahí también se conjuga lo subjetivo. A veces es muy difícil, sobre todo situaciones como las que abordamos nosotras, que son situaciones sumamente complejas y que son multifacéticas. Tiene que ver con todo, tienen que ver con el consumo, con situaciones de calle, con gestas, con violencia familiar e intrafamiliar. En invierno, si está en situación de calle y no sabe cómo paliar el frío. Con respecto a la planificación y los objetivos, esto también se va planificando, en una primera instancia los objetivos de intervención pueden ser estos, que es conveniente en cada caso.

-¿Cuál es el abordaje?

No se plantea la abstinencia sino la reducción de riesgos y daños. Uno no puede esperar que de la noche a la mañana la persona de larga data de consumo deje de consumir. Es muy difícil que ocurra eso, no podemos decirle para pensar el tratamiento tenes que dejar de consumir. La persona se iría corriendo, sería excluyente proponerle algo así. Nosotras las personas con consumo tratamos de aliviarle un poco ese padecimiento que esas personas traen. Y al ver ese padecimiento nos lleva a construir múltiples estrategias con esas personas. Diferentes apoyos, diferentes acompañamientos, no todas las personas necesitan lo mismo, les sirve lo mismo. Se va pensando el tratamiento persona a persona, lo ideal es ir construyendo con esa persona. Hay estrategias que uno va construyendo para reducir ese consumo puede servir en un momento pero después ya no. Entonces habrá que construir otra estrategia, pensar que me sirve en este otro momento. Mi objetivo es ir aliviando ese padecimiento e ir acompañando ese proceso.

-¿Cómo es el trabajo con la red de apoyo o familia?

La problemática de consumo es compleja, rompe todo los vínculos. La mayoría de los usuarios no deben tener red de contención.

Las personas con consumo tienen muchísima dificultad para sostener vínculos, y no sólo vínculos afectivos de la pareja, la familia, de las amistades, sino van perdiendo otras áreas como son el laburo. Termina siendo una especie de aislamiento. La persona sola, o el entorno del consumo y ya.

Y para las personas que están solas o que están con este entorno, es muy difícil iniciar un tratamiento de reducción. Y esto lo vemos a diario, es recontrá difícil.

-Por la experiencia que tienen y por los años que están en la institución, ¿cuáles son los resultados que ven o que tienen?

Los contextos en los que las personas con las que trabajamos se encuentran, son contextos que no ayudan a reducir el consumo o dejar de consumir. Hay situaciones que sí, pero la mayoría no. Nosotras tratamos de reconstruir aunque sea mínimamente la red de apoyo, pero bueno no es lo que en la mayoría se da. Tampoco son favorables los contextos.

Es difícil hacer una estadística, de si se puede salir del consumo o no. Es un trabajo muy muy difícil, de las dos partes, de la parte que viene y la que está. Son muchísimas las cuestiones que hay que abordar y eso lleva muchísimo tiempo, es raro que venga alguien que consume hace dos o tres meses. Los que vienen son personas que consumen hace muchos años, que tienen un recorrido muy largo y entonces son cosas que no se reparan tan rápido. Es difícil hablar de tiempos, en problemáticas como estas. Yo lo veo de esta forma y lo vivo así. Porque tampoco es algo lineal, a ver, hay personas que vienen porque consumen de adolescentes y hace diez años que no consumen y han tenido una recaída y vienen automáticamente. O sostienen la recaída hace mucho y vienen acá a hacer tratamiento.

Ha pasado de personas que dejan de consumir, y de pronto desaparecen y vuelven a consumir, y de pronto aparecen cuando recaen y después dejan. Y así. Es parte del proceso. Nosotros dejamos esto en claro que el espacio siempre va a estar abierto, para que puedan volver. Incluso esto, si consumis. Hay gente que piensa que si consume no tiene que volver porque se falló a ella misma, les da vergüenza, porque fallaron, le fallaron al equipo, etc. Pero no. Siempre tratamos de dejar en claro que no impronta lo que haya pasado, lo que hayas consumido, vos podes volver cuando quieras. Las puertas están abiertas, el turno lo tenes.

No se puede pensar en estadísticas, pero si cada vez hay más personas en consumo. Creció muchísimo la demanda. Personas que vienen e instituciones que articulan.

Las condiciones laborales son tan paupérrimas que hoy en día tenemos un problema con lo que es psiquiatría, que en general no hay psiquiatras. Actualmente tenemos dos psiquiatras y una la compartimos con gente del hospital.

En cuanto a la cuestión judicial, cada uno con su librito, los jueces no hacen un análisis de la ley de salud mental, ellos responden a la ley, cuando tenes que ir a hacer la evaluación porque sino estás detenido y listo. Para que ustedes se imágen en el mismo grupo de judiciales,

hemos tenido un enfermero que labura en el SAME⁶⁶ y que se comió un asado con los amigos, tomó, salió y chocó con el auto, alcoholemia positivo, lo detuvieron y lo mandan a hacer tratamiento. Contra un homicida que estuvo veinte años preso. Eso nos sucede en el mismo grupo, y eso habla de una falta de comprensión de la ley de salud mental y ni hablar del espacio de escucha, de filtro. Y todas estas cosas hacen que la demanda sea enorme.

También llegan muchos al CPA , que quizá ya vienen con una atención en salud mental en el público o en el privado, pero te dicen anda al CPA por consumo problemático. Como separando esto, por un lado salud mental y por el otro consumo.

La cantidad de psicólogos particulares que vienen trabajando con una persona hace años, dos tres años, hasta que esa persona le dice que está consumiendo, y los mandan al CPA. Es decir, les cortan el tratamiento particular y los mandan para acá, como si fuésemos algo aparte.

Uno va haciendo lo que va pudiendo.

-¿Qué nos pueden contar en relación a la especificidad del Trabajo Social?

Tenemos un dilema con este tema de lo específico del trabajo social, ya que siempre me pienso en trabajo con otros profesionales, con otras disciplinas. Y esto de poder construir algo distinto, poder superar lo disciplinar.

Si es verdad que hay algunas tareas que son de Trabajo social, como pueden ser la gestión de algún trámite o el acompañamiento en la gestión o el asesoramiento en relación a adquirir recursos. Lo primero que se me pasa por la cabeza es el CUD, que tampoco significa que nosotras como trabajadoras sociales tengamos que hacer cada paso del trámite. Sino también podemos asesorar. Tratando de que prime la autonomía de la persona, viendo hasta donde puede hacer. Pensándolo desde esa lógica. Es decir la cuestión de asesoramiento para el acceso a determinado recurso, y determinado derecho.

Y después como les digo, poder aliviar algo de ese padecimiento. Y eso no lo hace solamente un profesional de una determinada disciplina, entiendo que eso se hace en conjunto laburando en equipo, laburando de manera interdisciplinaria.

También la articulación con cualquier efector, es permanente. Por ejemplo, a mi me llega una situación y yo automáticamente articulo con un juzgado, con el CPDeN⁶⁷, con el 102⁶⁸, con el

⁶⁶ Sistema de Atención Médica de Emergencias.

⁶⁷ Centro de Protección de los Derechos de la Niñez.

⁶⁸ Es una línea telefónica que corresponde a un servicio gratuito y confidencial de atención especializada, sobre los derechos del niño y adolescentes.

juzgado, con la salita, etc, y enseguida se intenta armar esa red. Esto si por ahi es mas especifico del Trabajo Social.

En cuanto a la gestión del recurso, no solo lo podemos hacer nosotros.

En general las situaciones las atendemos de a dos, y por ejemplo si un psicólogo está trabajando en una situación, viene el trabajador social un poco acompañar otras gestiones.

-En relación a la intervención con la familia o red de apoyo, ¿intervienen ustedes?

No. Están coordinados por dos operadores socioterapéuticos.

-¿Brindan apoyo o acompañamiento a la red de contención?

En caso de ser necesario si. En estas articulaciones si. Vamos a dar el ejemplo del CUD, hoy el CUD se hace de forma virtual, entonces hay que cargar todo. Y no todos tienen computadora , entonces lo hacemos nosotros o tratamos de que la red de apoyo ayude. O mismo si gestionamos algún turno y se necesita de la red de apoyo. O mismo si algún objetivo que nos proponemos tiene que ver con la red de apoyo, se la convoca. Todos los viernes tenemos reunión de equipo los operadores socializan las situaciones de la familia o red de apoyo, en situaciones particulares.

-¿Nos pueden dar algún ejemplo de cómo es esa intervención con otra disciplina?

La mayoría de las personas que atiendo, es siempre con una u otra, en general psicología o operador, o a veces psicología y psiquiatra, o psiquiatra solo, operador, u operador y psiquiatría etc. Se va viendo en cada momento. Pero volvemos a esta idea de complejidad, cuando hablamos de salud mental estamos hablando también de salud integral. En las entrevistas uno no solamente va dirigido a tratar el consumo en sí, consumo es la punta del iceberg, hay que ver que hay más allá. Todo aquello que no se ve, con la trayectoria de vida, la historia de esa persona, con la familia, con los duelos que quizá no pudo concretar, un consumo por no poder transitar o resolver un duelo. Pienso este ejemplo de intervención en la que se trabajó de manera interdisciplinaria, es todo el tiempo, incluso no hace falta que en un consultorio, en una entrevista estén profesionales de distinta disciplinas. Cuando uno hace una interconsulta, uno está laburando desde la interdisciplina. La idea es poder ampliar la mirada, captar esa complejidad, que muchas veces dos personas escuchan más y diferentes también, que una sola. Y ahí la posibilidad de intercambio con ese equipo, nos preguntamos qué escuchaste, que opinamos, sobre que podríamos trabajar. Etc. Y eso se va construyendo y esa es la idea de equipo interdisciplinario, donde no prime la mirada de una disciplina. Todavía cuesta un montón

en relación a la ley de salud mental, pero nosotros en CPA podemos habilitarnos esta posibilidad y somos parte de este equipo. Ejemplo, muchas veces la gente viene y pide un turno con psicología, bueno seguramente va a ser psicología y trabajo social. Dependiendo en cada momento. Pero mi agenda, es con otra persona, siempre

Rara vez, una persona que viene a demandar por psiquiatría, se va con solo ese turno. Se le explica el proceso de admisión, se le da un turno interdisciplinario y a partir de ahí se va a intervenir. El trabajo en equipo es permanente, no hay otra manera, no trabajamos de otra forma. Independientemente de que las psicólogas brindan sus espacios individuales, siempre se piensa en equipo los abordajes, las estrategias, los objetivos. Nadie acá trabaja solo, eso no sucede.

Institución: DTC El Martillo.

Entrevistada: Lic. en Trabajo Social.

Fecha: 18/10/24

-¿Nos podes contar como funciona?

Además del DTC trabajo en la clínica de psicopatología del mar. En esa institución coordino la parte de los grupos, tanto en la parte de internación como en los consultorios externos. Si les sirve también puedo contarles lo que hago en esa esfera privada.

Lo que tiene el DTC El Martillo a diferencia de Casa Caracol es que nosotras podemos gestionar las internaciones. Entonces, además de ser un dispositivo territorial comunitario, también somos CAI (centro de atención inmediata), ¿qué significa? Cuando la gente llama en mar del plata te van a direccionar a nuestro dispositivo. La primera intención de las personas es “me quiero internar”. Nosotros como equipo no es la primera medida que tomamos, sino que se empieza un proceso de primera escucha que es generalmente interdisciplinario.

Ahora estamos en un momento, ahora un mes o dos, en una transición de estas primeras escuchas de manera individual interdisciplinaria, que ahora pasaron a ser grupales. Entonces se resolvió que se hacen los días martes grupo para mujeres y disidencias y los días jueves grupo para varones. También para hacer una primera orientación de lo que el dispositivo ofrece y también si le va a servir o no y también teniendo en cuenta la cuestión de distancia. Porque a veces te llaman personas o vienen al dispositivo porque tenían la referencia de nosotros pero le

conviene ir a Casa Caracol. Se hace esta entrevista de primera escucha pero nosotros consideramos que desde que esta persona llega y trae esta demanda ya está empezando el tratamiento y tener contacto con su propia problemática.

Eso por un lado, después hay talleres en el espacio y a diferencia de otros dispositivos también tenemos psiquiatra. Entonces eso de tener psiquiatra, considerando que no hay tantos y estas dificultades que tienen en los CAPS⁶⁹ y todo lo que ya sabemos. Esto hace que haya como un caudal de personas que se viene a atender. La idea es que quien se inscribe dentro de un tratamiento farmacológico también tenga una continuidad en los otros espacios del dispositivo. Que no queden solamente en las cuestiones médicas y de recetar cosas sino que hagan el tratamiento. A veces cuesta, no se por qué, cuesta sostener los grupos dentro del dispositivo. Otro grupo es el de los familiares o referentes afectivos, pero también es como muy intermitente.

-¿Qué profesionales están en la primera escucha?

Generalmente la primera escucha es aleatoria, cuando es individual es aleatorio. Esto significa que podría estar el trabajador social con un psicólogo, entonces entre los dos se hacían las entrevistas. Ahora coordina el grupo de los jueves un psicólogo y un trabajador social y el de los martes los psicólogos.

-¿Quién aborda los grupos de familia y referentes afectivos?

Una psicóloga y también estaba acompañando yo. Estaba viniendo una sola persona, estas cuestiones que cuesta mucho sostener por lo menos en el DTC. El jueves tampoco es que hay un rol digamos tan definido en la profesión. Es como... bueno, somos un equipo y vamos haciendo distintas intervenciones o distintas gestiones. En cambio cuando yo trabajo en la clínica hay funciones mucho más definidas o lo que se espera dentro del rol profesional. Entonces cómo se conforma el equipo: la trabajadora social hace esto, el psicólogo, esto otro y otras profesiones.

En el DTC no estaríamos teniendo esa delimitación como que la trabajadora social va a articular con determinadas instituciones, esas articulaciones la podemos hacer nosotras las trabajadoras social, como cualquier profesional como un psicólogo.

-¿Por qué en el DTC la trabajadora social no tiene esa delimitación o especificidad profesional?

⁶⁹ Centro de Atención Primaria de la Salud.

El equipo del martillo es un equipo muy unido , muy consolidado donde las reuniones de equipo tienen la misma importancia como ir a trabajar. Todos los viernes hay que asistir a las reuniones de equipo una reunión virtual y otra presencial, vas acordando eso según la semana, ahí hay una socialización , el equipo es muy amplio porque somos veintidós o veintitrés personas entre el equipo técnico y los talleristas. Es un grupo bastante democrático , donde hay circulación de la palabra, de las ideas , en lo que se puede implementar y lo que no. El rol del trabajador social no está tan definido como en otras instituciones, por ejemplo el caso de la clínica cuando hay que externar a un paciente hay que proponer estrategias para que la persona continúe el tratamiento en otros lugares y esa gestión la hago yo.

-¿Cómo está conformado el equipo interdisciplinario en el DTC el martillo?

Hay tres trabajadores sociales, un coordinador y una coordinadora que son psicólogos, aparte de ellos hay 8 psicólogos, profes de yoga, de educación física, de teatro, hay operadores socioterapéuticos, un acompañante terapéutico y un psiquiatra.

-¿En qué consiste el tratamiento?

El tratamiento en realidad es que primero el posicionamiento del DTC es de reducción de riesgos y daños. Esto es muy importante para tenerlo presente ya que hay lugares que buscan la abstinencia total. La idea más que nada es empezar a problematizar el consumo y ver cuáles son las consecuencias que eso trae. La internación, que en realidad no se llama internación sino que es un tratamiento residencial o en una comunidad terapéutica, internación es solamente en hospital o clínica. Yo hablo de comunidad terapéutica

-¿Las comunidades de quien dependen?

Las comunidades de las que hablo son las de Posada del Inti, lo que pasa es que Sedronar tiene que derivar a comunidades terapéuticas. En Mar del Plata ahora no podemos hacer derivación porque Posada del Inti rompió el contrato y no recibe más personas a través de becas del Sedronar. Ahí se nos limita el asunto porque vos podés encontrar otras comunidades dentro de la Provincia de Buenos Aires que también tengan articulación con sedronar pero también estás aislando a la persona, la estás llevando a otra localidad, la estás dejando sola. Bueno, también uno tiene que empezar a pensar que los usuarios vienen como en un 90% de los casos en la primera entrevista dicen: “yo me quiero internar, o ir a una granja”. Porque queda en el imaginario esa cuestión de la granja, y después te pones a hablar y ves que puede sostener un tratamiento ambulatorio. Y más ahora que lo tenes que derivar tal vez a otra

provincia, entonces no lo vas a derivar y si está muy complicado va a tener que ir a la guardia de un hospital. Entonces, también sucede que hay gente que quiere ingresar a una unidad terapéutica para resolver las cuestiones habitacionales. Porque también recibimos muchas personas en situación de calle. Por eso también muchas veces pasa, porque te dice : “estoy acá me quiero internar”, porque están en un parador, en el campito o en el hogar nazareth. También es fundamental entender que más allá que una persona puede iniciar a hacer un tratamiento , como esta cuestión individual como que voy lo hago todo, si no hay una red y si no tenes un entorno que te sostenga y te acompañe y que esté con vos y entienda de qué se trata esto, que la gente no se droga porque tiene ganas. O si, un día tengo ganas pero al otro día no tengo ganas y acá viene el problema. Es entender un poco esto y solo cuesta. La idea del tratamiento un poco es esa, que la persona llegue y empiece a pensarse en su propio consumo, ir un poco más allá de “hace mal consumir”. No como una cuestión moral sino, cuales son las consecuencias. Ver cuáles son las consecuencias que te trae este consumo.

También trabajamos mucho con la frustración, por llamarlo de algún modo. Por ejemplo, con una compañera psicóloga venimos haciendo un acompañamiento a una persona, durante meses, vino todas las semanas, no faltaba, venía con tobillera, estaba con prisión domiciliaria. Trabajamos todo bien y cuando le sacaron la tobillera y se fue tres o cuatro días de su casa. entonces, vos también revisas un montón de cosas y decis “¿que paso?” Actualmente esta volviendo, pero te encontras con esa situación. En realidad como son múltiples causas las que las que favorecen o propician este tipo de padecimientos se hace complejo, y te preguntas “¿por dónde va esto?” Factores en el orden de lo familiar pero también en lo social, acá vienen muchas personas que están muy vulnerables de sus derechos, personas que realmente le atraviesan cuestiones muy difíciles. También las necesidades básicas cuestan satisfacerlas como el comer , dormir , Interacciones familiares , sentarte y escuchar lo que te cuentan y uno le dice bueno, es normal que la gente discuta o se pelee, la naturalización permanente de conductas que uno podría decir “che no es tan natural que la gente se insulte”, por ejemplo en el tratamiento primero vamos por una cuestión ambulatoria que sería un espacio individual o grupal en el caso que si se consolide en estos grupos y la participación en los talleres y si hay que articular con alguna otra institución.

Hemos pensado por ejemplo que haga el acompañamiento acá y los talleres en casa caracol porque le queda más cerca. Pero bueno, si ya está en este espacio con nosotros lo mejor es que siga acá. Otra opción era la del centro de día, tal vez no estas para este tratamiento pero si para un centro de día, pero para eso necesitamos el apoyo de los familiares ¿Quien se compromete a acompañarlo a la mañana y después pasarlo a buscar?

Otra institución con la que articulamos es con Vientos de Libertad⁷⁰. Vientos tiene también en Tandil una comunidad terapéutica entonces también se pueden hacer derivaciones. A veces se pueden hacer articulaciones con la unidad residencial de Chapadmalal que depende del CPA ahí también a veces se hacen estas articulaciones con ellos.

-¿Cuándo hablas de internación en las residencias a que te referís?

Me referiero a las comunidades terapéuticas, a las residencias, porque también entendemos que que no tiene sentido aislar a una persona de su contexto, a veces sirve porque la persona viene arrasada por un montón de circunstancias y de otro modo no puede.... Bueno.

Se logra una abstinencia en las comunidades terapéuticas, tiene esta modalidad. ¿Qué pasa en las abstinencia cuando vos salgas y vuelvas a ese contexto? ¿Que paso con ese contexto?, muchas veces dicen: “estoy re bien pero cuando vuelva al barrio...”. Cuando vuelves al barrio, es tu barrio y todo lo que eso implica: tu consumo , tus vínculos, tus pertenencias. ¿Cómo te inscribes a esos grupos, a partir de qué?

Esas también son cuestiones que uno tiene que evaluar cuando la persona va a ingresar o no. Mucha veces cuando te vas a otra provincia, a una residencia o comunidad cuando salís estas mas arrasado que antes de llegar ahí. Muchos se escapan de las comunidades y si estas en una localidad que ni siquiera es la tuya es peor. Te escapás y te quedas en situación de calle. Y también cuando existe la posibilidad que las familias si acompañen a veces es la demanda de la familia y no tanto de la persona que está atravesada por todo esto. Por eso vamos a empezar a pensar cuales son los problemas reales que está trayendo este consumo.

Cuando hablamos de consumos, vivimos en una sociedad de consumos, tenemos todo tipo de consumos, no está subcunscripto a una droga, no a drogas, a una droga. ¿Qué pasa con el juego?, ¿la comida ? una persona tiene el alta y después sus familiares dicen: tiene que volver a internarse porque consumió. ¿Por eso lo vamos a internar?, ¿por eso lo vamos a dejar? Pretendemos que la persona haga modificaciones y el entorno no. No se hace solo el consumo, yo un día me levante y dije ahora consumo. Nooo!!

Si vos querés hacer un tratamiento es en otro lado, y no en la clínica, pero comprometete vos como referente a acompañar ese tratamiento. Hace poco escuché a una madre decir “El enfermo es él, yo no voy a hacer nada”. Porque sigue dentro del imaginario esta cuestión de encerrar, aislar, es un vago, no trabaja.

⁷⁰ Vientos de Libertad es una rama de la MTE (Movimiento de Trabajadores Excluidos) que brinda acompañamiento integral a personas con problemas de consumo.

En la clínica hay una persona que tiene 62 años y a los 18 tuvo su primer internación. Toda una vida presa, porque no hay otra palabra. Sin red, no conocemos la historia, ella vive en una fantasía, que tiene hijos, etc. cosas que nunca tuvo. Y que llega un momento que esa institucionalización hace casi irreversible que esa persona pueda sostener una vida afuera. El viernes pasado fuimos al aquarium a esos pacientes, porque son pacientes. En el DTC hablamos de usuarios de dispositivos, en la clínica hablamos de pacientes. Son personas que están ahí, que en muchos casos están de hace muchos años. Entonces hicimos el paseo, estábamos ahí y lo que son las rutinas y las normas en las instituciones. Porque ellos están acostumbrados a almorzar a las 12 y a esa hora ya se querían ir. Y preguntaban “¿a qué hora nos dan los remedios? ¿Nos dan los remedios ahora?”

La casa de esta gente es una clínica con todo lo que eso implica. Son lugares que en un momento te sirven, pero cuando pasas el momento te perjudica. Es muy triste cuando uno ve estas historias de personas que han permanecido ahí buscando soluciones de aislar, correr, salir. Lo del tema de consumo es una problemática que tiene tantos prejuicios y estereotipos. Y la gente que hace uso y abuso con fármacos, la gente que te dice me tomo un clonazepam, u otra cosa sin prescripción médica. El alcohol es otra sustancia, es que la legalidad del alcohol parecería que fuera menos nocivo y es más nocivo que otra sustancia. Alcohol y tabaco son las sustancias que más problemas traen a nivel país. El alcohol es tremendo pero vos ves que está lleno de publicidades de alcohol. El consumo de alcohol trae otras enfermedades asociadas. La marihuana no es lo mismo empezar a fumarla a partir de los 23 años que ya tenes tu conformación cerebral armada que lo previo. Eso también te juega en contra. Está todo cada vez más naturalizados, en una serie están con una copita de vino, fumando, etc.

No creo que sea inocente eso que a vos te están mostrando. Porque consumir eso también va a funcionar como una forma de alivio, como para relajarse. No todos los consumos son malos ni terminan en un problema, lo importante es ver el uso, abuso, la dependencia de lo que sea. El tema es que cuando uno naturaliza que tal vez vos te tomas una copa pero el otro se toma una botella. Es muy complejo. Estos consumos están muy arraigados. Lo importante es saber ¿para qué estoy consumiendo esto?, ¿qué me da? No todos lo usan para lo mismo. Uno puede consumir para afrontar la vida. El estigma es para las personas que consumen sustancias y si son pobres peor todavía. Es una cuestión que es social hasta que no logremos también esta interacción del triángulo entre persona sustancia y contexto cada uno va a portar un montón de situaciones.

-¿Cómo es la participación del usuario en el DTC en relación a su tratamiento?

La persona es la que va a decidir, uno puede hacer una sugerencia. Por eso hay diferencia entre usuario y paciente. El paciente está esperando, puede elegir entre un taller u otro, pero le dicen a qué hora va comer, va a tomar su medicación, a qué hora se baña, que se pone, etc. Esta es la otra parte que uno tiene que pensar en estos contextos de encierro. No es solamente que estas encerrado en un espacio, estoy dejando de tomar decisiones sobre un montón de cosas.

Institución: El Faro.

Entrevistada: Operadora socioterapeutica en drogadicción.

Fecha: 18/10/24

-¿Nos podés contar cómo funciona?

El programa “El Faro” funciona desde hace 32 años, fue uno de los pioneros junto a Posada del Inti. Trabajo desde 2004, hice mi rehabilitación ahí, y en la última etapa me fui a hacer la carrera de operadora socioterapéutica en drogadicción⁷¹ en la Universidad de Quilmes, viajaba todas las semanas. En esa época estudiaba Trabajo Social, y después por toda esa cuestión del tratamiento dejé Trabajo Social.

-¿La institución cómo funciona?

Tiene un abordaje grupal desde la teoría conductual. Desde lo conductual, aparece un poco el psicoanálisis porque se trabaja con la historia y el abordaje familiar, porque se trabaja con las familias. Una vez por semana los padres tienen grupo y las parejas también tienen grupo.

Muchas personas que están en tratamiento, ya están en pareja hace muchísimos años, entonces también las parejas son parte del problema, porque vienen sosteniendo la adicción,

⁷¹ La Diplomatura en Acompañantes y Operadores Socio Terapéuticos en Adicciones es un curso orientado a formar profesionales en la prevención, contención y asistencia de personas con problemas de adicción, así como a brindar apoyo a sus familias. Los graduados adquieren herramientas prácticas para intervenir en procesos de rehabilitación y reinserción social de personas afectadas por adicciones, en colaboración con el sistema de salud y las comunidades. Recuperado de: https://sceu.frba.utn.edu.ar/e-learning/detalle/diplomatura/1380/diplomatura-en-acompanantes-y-operadores-socio-terapeutico-en-adicciones?gad_source=1&gclid=Cj0KCQiA88a5BhDPArisAFj595jz0FsrYpffZgvpGrlvKQQ8YFWGCIHXEmzD7SEODw7opoK6fgzERtkaAsSYEALw_wcB

inconscientemente, y son funcionales a esta problemática: o negando o generando un clima propicio para que la enfermedad siga funcionando.

Chance⁷² surge como una parte del equipo del programa de El Faro. Es decir, una parte del equipo fundó Chance. Entonces hay muchas similitudes entre ambas.

El programa nace desde las teorías del programa UOMO en Italia. El director hizo la carrera en operador, y toda la experiencia y práctica también en Italia.

Una pata muy fuerte en todo lo que es comportamental, sobre una estructura comportamental, tanto interna (dentro de la institución), como externa a través de herramientas terapéuticas como es el organigrama, que es un cuaderno en donde tienen todo pautado lo que tienen que hacer cuando salen (las salidas que hacen con el permiso de la institución). Ya que ellos vienen muy desordenados en todos los sentidos, comida, orden, limpieza, higiene personal, etc. Ese organigrama los sostiene y contiene.

Tiene las normas básicas de cualquier programa: no drogas, no alcohol y no violencia. No relaciones amorosas entre residentes.

-¿Cómo es el trabajo con las familias o red de apoyo?

Continuamente hay contacto entre las familias y el equipo. Constante. Para poder ir testeando si lo que dicen es así. Ya que una de las grandes características de estas personas es la manipulación. Una de las razones por las que trabajamos mucho con la familia.

Familia de todo tipo. Muchas veces el problema es el familiar que traen al tratamiento, y al principio actúan como un depósito. Lo llevan a la institución y que se hagan cargo ellos. Y por eso se trabaja con eso, para que entiendan que el consumo es un síntoma de una familia que fue disfuncional, donde hubo carencias, donde hubo excesos de protección, etc, donde faltó comunicación, donde faltó afecto corporal, donde la palabra no funcionó como tenía que funcionar, donde hubieron muchos secretos familiares o secretos a nivel personal, etc.

Trabajamos muy profundamente con la historia de cada uno. Y por eso hay grupos que son específicos, por ejemplo sobre los primeros recuerdos. Hay personas que se acuerdan desde los tres años y otros desde los ocho. Y eso no es casualidad. Y a medida que avanza el tratamiento, se van acordando.

Ellos les dicen que lo más fácil del tratamiento es dejar de consumir.

Trabajamos con tolerancia cero. Y cada vez es más difícil porque el tratamiento es profundo.

No trabajamos con reducción de daños.

⁷² Refiere a la institución Fundación Chance.

La institución es privada. En una época fue una ONG. Y se trabajó con becas del Estado. Y después pasó directamente a ser asociación civil, trabajan con obras sociales y particulares.

También han vuelto muchos chicos que hicieron tratamiento en un momento acá, y que no cuentan con los recursos, y en ese caso, al ser parte del Faro, los aceptamos igual.

Es un centro de día. Por muchos años funcionó como unidad terapéutica y ahora desde el 2007, es hospital de día: de 13 a 20 horas. Antes funcionaba de 9 a 17 horas, pero se modificó para poder contener en el horario de la tarde noche, donde aparecen más ganas de consumir.

Dentro de ese hospital de día, hay algunos que están hasta las 17 y otros hasta las 20 horas, de acuerdo a la problemática de cada uno y para poder sostener el trabajo.

Hay grupos de psicodrama, taller de psicodrama, que funciona para la comunidad (siempre y cuando no tenga consumo). No es el tratamiento en sí.

-¿Hubo cambios desde la Ley de Salud Mental?

Si. de Infraestructura más que anda. Por ejemplo, antes muchos pacientes duales tenían un espacio aparte, ahora no. Aunque hubo algunos casos muy difíciles de contener, que tuvimos que derivar, por ejemplo un chico con trastorno límite de la personalidad, que se nos hizo muy difícil contener.

Los residentes ingresan al tratamiento y hay un periodo de adaptación en donde deben dejar de consumir y van adquiriendo todas las herramientas terapéuticas, las normas de la casa, conocer todos los valores humanos (compromiso, responsabilidad, etc). Por ejemplo hay distintos roles en la casa, que van rotando, por ejemplo el responsable de cocina, el que se encarga de la limpieza de la casa, etc.

-¿Cómo funciona el tratamiento?

En cada fase del tratamiento hay un grupo específico. Coordinados por psicólogos o operadores.

Equipo interdisciplinario compuesto por: operadores, psicólogos, médico clínico, acompañante terapéutico. Y trabajamos con dos psiquiatras aparte (pero no forman parte del equipo). No tenemos trabajador social, aunque podría insertarse uno, ya que trabajamos muchísimo con la familia hasta las entrevistas de admisión las debería hacer un trabajador social.

Justo estábamos discutiendo eso en el equipo, que un trabajador social puede adaptarse más rápido al trabajo que hacemos, que un psicólogo. Porque no se sostienen los psicólogos, no aguantan. Y hay que tener las cosas de uno mismo muy resueltas, porque en general los

psicólogos entran en crisis. Han pasado muchísimos psicólogos, los empezamos a formar y todo, pero se van. Porque todo el tiempo este trabajo te auto confronta.

La diferencia con Trabajo Social son las prácticas, que te hacen estar en contacto con el barrio, y la mirada del trabajador social es mucho más amplia que la del psicólogo. Quizá no tiene las mismas herramientas psicológicas en cuanto a la teoría, pero si tienen más experiencias, que la experiencia te da un montón.

¿Alguna vez tuvieron una supervisión externa a la institución?

Si. Contábamos con una supervisora del equipo de El Faro: Viviana Ibañez, que tiene muchísima experiencia en el tema. Ahora se jubiló.

Grupo de fase: es el grupo de todos los días, en donde se trabaja sobre el cotidiano, es decir sobre las situaciones que van surgiendo en el día a día. Por ejemplo con su familia.

Hay rondas de confrontos, en donde se confrontan por diferentes cosas.

Grupo de origen: Los primeros orígenes son los grupos de presentación, desde el primer recuerdo hasta el día que llegan al tratamiento. Para presentar su historia. Luego hay orígenes de padre, madre, pareja, sexualidad, etc.

Grupos dinámicos en donde se trabajan las emociones. expresión de emociones.

También hacemos encuentros, que es un espacio en donde se trabaja con el residente y algún integrante de la familia. Tienen diferentes objetivos, pero se prepara algo que se le quiere comunicar o decir al padre por ejemplo. Y eso se prepara con el equipo. Y por ejemplo se puede comunicar situaciones que les haya generado culpa, las mentiras que le han dicho, o alguna situación que le haya dolido o que le haya generado alguna emoción como bronca, etc. Y es un antes y un después en el vínculo, porque se dice todo lo no dicho durante toda la vida. Y es muy fuerte, porque también después los padres tienen su espacio para hablar. La idea es sanar el pasado. Los padres muchas veces piden perdón por cosas que ni se dieron cuenta.

-¿Cómo es el trabajo con la familia o red de apoyo?

Trabajamos con la familia, los padres tienen grupos específicos y las parejas también. Si hay amigos sanos, se los entrevista y también forman parte de la red.

Los grupos de padres serían de padre y madre. O el que haya ocupado el rol.

-¿Qué ocurre con los que no tienen una red de apoyo?

Hay residentes que no tienen red, e igual los admitimos, y el faro funciona como red. Por ejemplo, que los padres se cansaron de darle oportunidades.

-¿Cómo es la concurrencia de los padres?

Hay concurrencia, algunos asisten desde el principio, y con otros hay que trabajar más porque tienen una resistencia tremenda, por no hacerse cargo de que son parte del problema. Y hay otros que se resisten en querer revolver la historia, ya que aparecen todos los fantasmas

El trabajo con la familia, es fundamental.

Hay momentos en donde puede participar la otra parte de la familia

Además se festejan los cumpleaños con la familia presente en la institución

-¿Cómo es la participación del usuario en relación a su tratamiento?

Ellos son los protagonistas. Y el equipo trabaja con lo que puede hacer.

Los residentes deben pedir permiso para las cosas que quieran hacer fuera de la institución, ir a una cena de trabajo o empezar alguna actividad.

La duración promedio del tratamiento es de 3 años o 3 años y medio.

Los que están en tratamiento más avanzado ayudan a los que recién arrancan, ya que van adquiriendo un montón de herramientas a partir del autoconocimiento de ellos mismos y todo el proceso que van haciendo en el tratamiento.

-En relación al equipo interdisciplinario, ¿cuentan con reuniones de equipo?

Reuniones de equipo una vez a la semana. donde abordan los permisos y situaciones que vayan ocurriendo.

Este tema de poner límites todo el tiempo genera muchas emociones en los residentes. Es como que te odian y te aman al mismo tiempo. Es un poco esto de los modelos familiares.

-¿Trabajan en red con otras instituciones?

Trabajo en red con otras instituciones

Si, todo el tiempo. Con los psiquiatras, o acompañar a uno a hacerse control médico, etc. Formas parte de la vida cotidiana de los residentes.

Tenemos guardia telefónica, que siempre el teléfono se lo lleva uno. Y llaman en situación de riesgo, por ejemplo si un día les da ganas de consumir. Entonces con el equipo generamos una red de acompañamiento y de contención telefónica, y avisamos a un familiar.

Proceso de nueva identidad, se trabaja a través de la expresión de emociones, temas relativos a los mandatos por ejemplo. Todo lo que transmitieron en negativo los padres, y es un grupo que dura un día y medio, y es una experiencia muy fuerte.

De a poco y lentamente se van generando los cambios profundos. Es un proceso largo y se trabaja con todos los mecanismos de defensa, y que aprendan a enfrentarlo y hacerse cargo.

Institucion: DTC Bosque Grande

Entrevistada: Lic. en Trabajo Social

Fecha: 24/10/24

¿Nos podés contar cómo funciona?

Los DTC dependen de la Sedronar que ahora pasó a formar parte del área de salud.

El equipo está conformado por tres psicólogos, dos trabajadoras sociales. La otra trabajadora social está como co-coordinadora del espacio. También tenemos un operador territorial. Hace dos años que estoy en la institución como trabajadora social.

Intentamos hacer las primeras escuchas de manera interdisciplinaria, es decir de a dupla. Las primeras escuchas se hacen en dupla ya que muchas veces vienen las personas que tienen el consumo problemático y otras veces vienen las familias solicitando un pedido de internación pero en muchos casos no está la voluntariedad de la persona que está bajo el consumo de asistir a un espacio de asistencia o tratamiento. Lo que se hace es también un acompañamiento a las familias en relación a sostenerla, orientarlas, guiándolas en el proceso que tiene que ver con convivir con una persona con consumo

-¿Siempre están las trabajadoras sociales en esa primera escucha?

En general sí, pero otras veces ha estado la psicóloga con el operado, intentamos esto de que las distintas escuchas sumen y después tal vez sea parte de esa estrategia individualizada con esa persona que concurre el abordaje más individual desde lo psico terapéutico independientemente de las cuestiones más de índole social que se definan. Se hacen algunos de los talleres que hay acá en la escuela de formación profesional. Nosotros articulamos con la escuela y tenemos la prioridad en las vacantes siempre indagando en los intereses de las personas que concurren. Hay cursos de peluquería, cocina, manipulación de alimentos, construcción en seco, los talleres van variando de año a año y la escuela nos va dando la información ya que algunos cuatrimestres se abren talleres espaciales como de motores y

distintos oficios. Nosotros tenemos prioridad para ingresar a las personas a ese tipo de talleres. El tema es que la persona esté en condiciones de poder hacerlo y sostenerlo. Eso es lo más complejo, tal vez se inscriben y luego dejan porque el mismo deterioro de la red familiar o social que tiene el usuario. El objetivo es trabajar más allá de la situación que lo lleva a consumir, trabajar en su proyecto de vida y trabajar en el fortalecimiento de las redes, en conectar con estas cuestiones. También en la escuela funciona un plan fines, un plan de alfabetización, es decir que hay distintas oportunidades en cuanto a lo educativo y en cuanto a lo recreativo y en cuanto a lo formativo

-¿Cuál es la respuesta en general de las personas?

Es variada, se trabaja mucho desde la frustración, hay usuarios que han sostenido las distintas propuestas y otros que no y solamente se quedan con el espacio socioterapéutico. Sabemos que estos son progresos y retrocesos dentro del ciclo. Tiene que ver un poco con la problemática que se aborda. También estamos haciendo todo como un entramado institucional en el barrio trabajando con los comedores, las escuelas N° 31, N°201 con la N°78 de Parque Palermo, trabajamos con las escuelas del propio barrio pero también de los barrios cercanos. En ese sentido estamos en vísperas del mes que viene, hacer una mesa con los referentes de educación porque la demanda que tienen las escuelas que hemos tenido diferentes reuniones a lo largo de todo este tiempo a veces por casos puntuales y a veces que tienen que ver con situaciones que se dan en el ámbito de la escuela secundaria como el consumo.

Muchas veces vienen con inquietudes los equipos de orientación acercándose al DTC y les hemos tenido que dar charlas. Estamos viendo en principio hacer esta reunión para organizar talleres. Nuestras compañeras psicólogas han hecho talleres en algunas instituciones que nos han pedido sobre consumos problemáticos. Estos talleres se han dado mayormente con los referentes institucionales para que ellos sean los que transmitan. No se da de manera directa con los estudiantes porque se evalúa que no tiene el mismo impacto y de esta manera lo pueden trabajar durante todo el año. Entonces desde ese lugar y la mesa con educación tiene que ver con tener una continuidad más allá de que hayamos participado de la red del barrio Las Heras, hemos tenido reuniones con el caps del barrio Santa Rita y de Las Heras.

-¿Cómo es el trabajo que realizan?

Nuestro trabajo y de todo el equipo, no solo del mío como trabajadora social, todos los profesionales que trabajamos acá en el DTC tenemos un perfil comunitario. A veces está más definido el rol de cada uno en otro tipo de instituciones. Aca concebimos esto como un trabajo

en equipo y además las compañeras psicólogas están también en la universidad, en las cátedras de grupo hay mucha interacción. Los psicólogos sí tienen su espacio individual en algunas situaciones cuando se evalúa que el usuario puede llevar adelante un abordaje individual, más desde lo terapéutico y para trabajar otras cosas de mayor profundidad pasan a tener un espacio individual. También el psicólogo me puede pedir a mi con trabajadora social que tenga una entrevista con el usuario porque tiene un familiar con una discapacidad y quiere asesoramiento con el CUD, entonces ahí estoy yo también en esa entrevista y en alguna situación puntual. Esto tiene que ver con una cuestión más artesanal y muy singularizada del usuario y las necesidades de esa persona en el momento puntual en el que viene al espacio pidiendo ayuda o tratamiento.

-¿Cómo es la intervención con la familia o red de apoyo?

Tenemos la intervención con las familias, pero el profesional que trabaja con el usuario no trabaja con la familia. Lo hacemos así por una cuestión de que muchas veces surgen sentimientos de índole persecutorios. Hay veces que los usuarios piensan que sus espacios pueden verse vulnerados, la persona sabe que se va a citar a la familia. Nosotros hacemos ateneos de los casos grupales más complejos, los compartimos y a partir de ahí se define la estrategia. Tal vez sea para convocar a la familia o por alguna cuestión como por ejemplo, el usuario intenta hacer cambios y la familia no entiende muy bien desde dónde y entonces sería fortalecer esas cuestiones. Depende de las circunstancias, pero hacemos que sea otro el profesional, sobre todo para que la persona sienta que su espacio está cuidado y ese profesional trabaja solo con él, desde ese lugar pensamos que los resultados son más efectivos.

-Entonces, ¿la intervención con las familias también son en dupla de profesionales?

En general son en dupla, cuando podemos, tiene que ver mucho con la demanda y la fluctuación de la demanda hay veces que estamos con muchísima demanda, tratamos que no haya lista de espera entonces ahí dividimos y vamos viendo nuestras agendas y otras veces es posible que lo hagamos psicólogo y la trabajadora social. La otra Trabajadora Social es la que atiende el teléfono, organiza la agenda y hace las cuestiones administrativas para presentar al Sedronar.

Por otro lado están las hojas de ruta, el HPE que es la hoja de primera escucha y la hoja de ruta son los dos instrumentos con los que contamos como DTC para ir sistematizando las intervenciones que tenemos con relación a los usuarios. Todos los dispositivos que dependen

de sedronar llenan por cada persona incluso por sus familias, este tipo de instrumentos. Hoja de primer contacto tiene que ver para qué viene, cuál es el motivo. Es como una historia clínica y cuando uno pide articulación con otro dispositivo como nosotros que articulamos mucho con el dtc del martillo ya que el único psiquiatra que tiene la sedronar está ahí. Cuando nosotros necesitamos interconsulta con psiquiatría tenemos que recurrir al martillo. Cada dispositivo, DTC, CAPS⁷³ y demás, o sea los distintos recursos que tiene el sedronar tiene diferentes características de acuerdo a , no solo a los profesionales que trabajan en cada dispositivo, sino a las características territoriales.

La Sedronar no tiene edificios propios, nos insertamos en distintos espacios comunitarios. Por ejemplo en Casa Caracol hay ONG trabajando, tiene una diversidad de talles que hace de soporte a los usuarios y a las personas. Acá dependemos de la obra Don Bosco, es donde funciona la escuela de formación profesional y el DTC. Nosotros no tenemos esta cuestión religiosa, pero si funcionamos dentro de esta estructura desde el 2015.

Muy interesante que funcione el DTC y el Centro de Formación Profesional en el mismo edificio, es un soporte muy interesante. El centro de formación profesional depende del municipio, estos talleres te dan una certificación y son anuales y gratuitos. El único requisito es presentar el documento único de identidad (DNI).

Muchas de las personas que concurren tienen esto de que le roban a sus familias, pierden los puestos de trabajo, más el contexto de vulnerabilidad, es todo muy complejo.

Es muy importante durante el tratamiento hacer estos cursos porque más allá que tengan una formación para una salida laboral tiene ocupación del tiempo. No solamente las motivaciones, los deseos sino esto de instalar hábitos desde otro lugar y relacionarse con personas que no están en consumo ya que los cursos están abiertos a la comunidad. Les ayuda a ampliar esa red de socialización.

-¿En general las personas que empiezan el tratamiento tienen el acompañamiento de un familiar o red de contención afectivo?

Nosotros siempre intentamos que ellos detecten un referente afectivo, en las primeras entrevistas se indaga mucho ,ya que personas dentro de su padecimiento dicen no tener a nadie. Hasta eso es una construcción y cuando empieza a hablar de otras situaciones puedes detectar conductas de cuidado por parte de un referente y le haces ver que si hay personas que lo contengan. Lleva un tiempo de internalización de las personas de acuerdo a los recursos con los que cuenta y que la red tiene que ver también con eso. Entonces también hay familias

⁷³ Centro de Atención Primaria de la Salud.

que vienen demandando en principio y no entienden que es complejo, difícil porque está todo el desgaste de la reiteración de la conducta. De las situaciones conflictivas que se van dando en los distintos contextos que residen.

También hay expulsión de la parte de las redes familiares, es como la manera de poner un corte. No se puede generalizar, estamos convencidos que el referente afectivo para el usuario es muy importante y sobre todo para comprometerlos en el acompañamiento de la persona y cuando tenemos que hacer las interconsultas con psiquiatría. Es muy importante porque alguien tiene que darle todos los días la medicación.

La estrategia es con cada uno, tal vez la persona no es de este barrio y tratamos de articular con el barrio Las Heras. Ese es el acompañamiento en cuanto a lo social, la persona depende donde viva, la disponibilidad y su cotidianeidad intentamos insertarlo dentro de lo que sea posible y que pueda sostener. A veces no es acá su barrio y vive cerca de Casa Caracol y lo derivamos. También si sentimos que este dispositivo ya no cumple con las necesidades de la persona y entonces articulamos con CPA. Por ahí necesita un acompañamiento más psiquiátrico y ahí hay psiquiatra, tenes la modalidad de grupos para familias.

Nosotros en el DTC Bosque Grande estamos intentando tener grupos de familia. Lo intentamos el año pasado y este también una instancia de grupo de reflexión para los usuarios y para otras personas también, un grupo mas amplio, pero lo cierto es que no concurren, es lo que nos esta pasando. Hicimos difusión del espacio grupal, fuimos a las escuelas que nos reconocen, a la sociedad de fomento, las profesionales de los caps. Todo ese tejido institucional está armado, pero al momento de que concurren al espacio grupal no sucede, eso también tenemos que saber leerlo y en cara a un diagnóstico y a proponer funciones que realmente sean tomadas. En el barrio Santa Rita están trabajando con grupos de mamás en consumos que los detectan en los controles médicos, y trabajo previo al parto que se hacen desde los CAPS. Los problemas de consumo que se detectan al momento del parto en el Materno Infantil⁷⁴ los abordan desde el CAPS.

Las personas que concurren a este dispositivo tienen un nivel de vulnerabilidad y exclusión muy alto. Cuando se acercan con niveles de consumo muy altos hacemos un informe, dos profesionales que firman como dice la ley de salud mental, lo que pasa es que tambien tenes que tener la voluntad, que la persona quiera y esa internación es por un tiempo corto y luego va a volver al mismo lugar. La idea es trabajar y fortalecer lo ambulatorio. Muchos llegan a la

⁷⁴ Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil. Hospital Don Victorio Tetamanti.

comunidad terapéutica y si tiene el nivel de consumo muy grande, también sucede que son comunidades de puertas abiertas y si hay consumo se van.

Acá hubo dos casos de internación pero con un trabajo previo que se hizo y donde la familia acompañó esa internación. Hubo otro impacto, hoy está externado, volvió a insertarse laboralmente, había estado privado de su libertad durante 19 años. Fue un acompañamiento muy complejo, pero fue de esa manera. Una internación compulsiva en el HIGA⁷⁵ por ejemplo es con la fuerza pública y todo lo que eso implica, llevarlo al HIGA. En el HIGA puede darse una internación en salud mental, siempre y cuando esté en un episodio agudo esa persona. Lo que se hace es compensarlo y derivarlo, pensemos que el HIGA tiene una estructura de atención a nivel secundario y terciario, de alta complejidad. Muchas veces los usuarios llegan al HIGA y los efectores de salud, vienen, los evalúa y no siempre terminan internados y no tiene el mismo criterio de internación que tiene la familia. Eso genera mucha frustración, cansancio. Hay que ser muy cauteloso con lo que se ofrece. Otras veces esta internación genera un susto y todo un movimiento familiar que hace que nos vengas a ver a nosotros y desde ahí se arranca de otra manera. La persona tiene muchas veces un tratamiento farmacológico que le dieron durante la internación. No lo sigue atendiendo, automáticamente lo deriva a los caps o donde haya un psiquiatra. En el CAPS del barrio Las Heras hay un psiquiatra, pero tiene que pasar si o si por el área de psicología.

Nosotros nos manejamos con toda la salud pública e instituciones públicas con todo lo que eso implica. También articulan con hogares para situaciones de mucha vulnerabilidad, mucho sufrimiento. Para situaciones muy complejas tenemos supervisiones con el equipo de Buenos Aires de manera virtual. Depende de sedronar pero es un equipo que está en la parte de dirección y hemos tenido con compañeros de otras provincias que ante la complejidad se hace una especie de ateneo muy interesante en cuanto a pensar estrategias en situaciones muy complejas como menores de edad que vienen con medidas de abrigo. Acá atendemos a todas las edades, hemos atendido a chicos de 13, 14 años con medidas de abrigo, estuvieron en comunidades terapéuticas y que con el egreso de la comunidad vuelven con las familias y se sigue haciendo el acompañamiento y ambulatorio desde acá. Es muy amplio.

A veces se acompaña a sacar turnos, a darle ropa llevar a alguien a la salita sin turno, acordar con la trabajadora social de la salita para que la atienda, ese es el trabajo, en muchos casos es muy artesanal. El abordaje que se venía pensando queda muy desfasado con las realidades de las necesidades de hoy. También les ayudamos con las tareas escolares para que no dejen sus estudios, etc.

⁷⁵ Hospital Interzonal General de Agudos "Dr. Oscar E. Alende".

Institucion: Fundacion Chance

Entrevistada: Lic.en Trabajo Social.

Fecha: 25/10/24

-¿Nos puedes actualizar tus intervenciones en la institución?

Estoy a cargo de la institución, soy coordinadora de la institución. Hoy el equipo está conformado por dos médicos psiquiatras, siete psicólogos, un tallerista y una trabajadora social. Todo el equipo es nuevo, la tallerista es una estudiante avanzada de trabajo social, el taller se llama "Actividades de la vida cotidiana" donde los usuarios dicen lo que quieren hacer como por ejemplo estudiar y ahí ven donde queda la institución, horarios, días, que colectivo se pueden tomar, desde donde, etc.

En este momento no hay un espacio de supervisión por una cuestión económica. Pero hay una vez por mes un ateneo donde cada psicóloga presenta un caso.

-¿Qué diferencia hay entre un ateneo y una supervisión?

La supervisión es externa, tiene como la escucha limpia si se quiere, es alguien que tiene que saber mucho de lo teórico. En el ateneo cada psicólogo presenta su caso de los que ellos siguen y presenta como lo piensan, como vienen trabajando, también con un sustento teórico, es decir, desde donde piensa el caso. Este año a mediados de año hubo otra reestructuración institucional.

La fundación tiene dos dispositivos, lo que es TCA Trastornos de la Conducta Alimentaria y La Fundación Chance que quedó como salud mental y consumos problemáticos. Otro cambio y logro importante es que el psiquiatra esté en las reuniones de equipo.

También estamos cambiando las dinámicas grupales, estamos en un proceso de transformación. Hacemos circulación de la palabra, taller de actividades de la vida cotidiana, taller de organización de fin de semana, taller de emociones y taller de comunicación. Todos estos talleres serán propuestas de los talleristas con planificación, objetivos, técnicas. Todos los espacios tienen ahora una lógica profesional.

Por otra parte está el grupo de madres. Encuentros familiares, encuentros vinculares, esto a cargo de la trabajadora social.

Una psicoterapia individual semanal y las admisiones que las hace una psicóloga y un trabajador social por separado

-¿Qué pasa con el Trabajo Social en el resto de las instituciones?

Nosotros tenemos un rol protagónico acá pero para eso tenemos que entender desde dónde nos vamos a posicionar como trabajadores sociales. Si yo simplemente me voy a poner en el lugar de gestor de recursos entonces hago DNI, gestiono CUDs, es eso nada más. Porque si yo creo que solamente puedo aportar desde la gestión de recursos materiales o institucionales pierdo todo un caudal que tiene que ver con el Trabajo Social.

¿Por que coordino los grupos de familia? Porque tengo que ayudar a gestionar los recursos de la comunicación, cómo se construyen los vínculos saludables y eso también es una forma de gestionar y tiene que ver con lo social y tiene que ver con el lazo social.

Hay otro trasfondo, cuando pensas “me posiciono como trabajadora social solamente en instituciones públicas con gente pobre”. Donde termino creyendome el personaje que yo también soy la pobre del equipo. Entonces estoy sometida a la superioridad de otro. Estoy esperando que otro me diga qué tengo que hacer porque si yo solamente me limito a gestionar el DNI y darle la medicación que necesita tengo que esperar que el otro venga a decirme que tengo que hacer. Porque llega un momento que se te agota la capacidad de recursos.

Entonces creo que tiene que ver desde donde cada uno piensa el hacer y el ser trabajador social. Hay todavía una connotación de lo que es servicio social de lo que es ser trabajador social.

Entonces es cómo te posicionas vos pero también cómo ves tu objeto de intervención, ¿cuál es tu objeto de intervención? ¿Del recurso para el pobre o construir con el otro?, también tiene que ver con eso, qué lugar le dan a ese sujeto de intervención.

¿Ese sujeto cómo es? ¿Un sujeto como? Si yo lo voy a ver que es el vulnerado, el pobre, el despreciado, el estigmatizado, voy a reproducir eso. Si yo pienso lo veo como un sujeto de derecho entonces lo voy a ayudar a que él restituya sus derechos. Entonces ahí veo cuales son sus derechos vulnerados, no solamente se le vulneran los derechos porque no tiene obra social o no tiene trabajo, o no tiene tiene el CUD y lo necesita. En la vida a las familias se le vulnera muchos derechos sus derechos como persona, su derecho a la intimidad, su derecho a ser feliz. Los derechos no son solamente aquellos que el Estado nos dice, pero es cómodo y responde a un modelo de militancia. Ustedes saben que yo voy más por la línea de Saül Karsz. Nuestra facultad tiene ese defecto y nos enseñan a ser sumisos a ver que dice el médico, a ver qué dice el otro y después nos enojamos y después tenes las colegas que trabajan en el hospital que se enojan porque si el médico no les dice, no pueden hacer. ¿Por qué no? ¿Por qué no haces un grupo de madres? ¿Por qué no refuerzan a las madres?, ¿cuáles son sus derechos?,

¿cómo pueden defenderse?, no, nos quedamos en la bolsita de leche o me enoja porque no tengo leche para darte.

Seguimos pensando que solo podemos trabajar con los pobres y entonces si seguimos pensando que solamente un trabajador social sirve para trabajar con pobres o con excluidos o marginados , ese es el posicionamiento que tomamos. Y cuando me preguntan por qué yo trabajo en un ámbito privado yo les contesto que los derechos se vulneran en todos lados no únicamente con los pobres. Son otros, son distintos, pero también son vulnerados y alguien los tiene que ayudar. Seguimos con esta cosa de dama rosada, nos quejamos pero de alguna manera se sigue posicionados en ese lugar que solo podemos trabajar con los pobres. La vulneración de derechos se da en todas las esferas, el tema es qué derechos vamos a priorizar o ponderar solamente. Si nos convencemos que solo podemos trabajar con los pobres vamos a seguir trabajando con los pobres en la salita y en las instituciones públicas. Hay que entender que el trabajo social se puede hacer en otros lugares aunque las personas tengan obra social , aunque tengan trabajo.

-¿Por qué en las instituciones privadas, ONG o fundación no hay trabajadores sociales y si hay en los espacios públicos?

Porque se sostiene esta creencia que si no sos pobre no necesitas un trabajador social. Porque nosotras ejercemos en su mayoría para sostener ese discurso que solamente somos necesarias para trabajar con la gente que no tiene plata.

Entrevistada: Docente, investigadora sobre temas de familia y grupo desde el Trabajo Social. Dra. en Ciencias Sociales y Trabajo Social.

Fecha: 24/10/24

-¿Me podes contar cuál es tu experiencia en el abordaje del consumo problemático? Y además, teniendo en cuenta tu experiencia, ¿cómo pensás que debería ser la intervención del trabajador social?

Del 90' al 95' trabajé en un programa de adicciones "Por Amor a la Vida". Muchas veces es así, el trabajador social no conoce todo de sí mismo o de lo que es capaz. Muchas veces el trabajador social entra a trabajar en una institución de la administración pública a hacer lo que la institución le dice que tiene que hacer. Pero lo que está en el imaginario de la administración pública, es decir lo que la administración pública piensa que es o para lo que sirve el trabajador social. Pero acá lo importante es lo que el trabajador social sabe y conoce de sí

mismo. Y en ese sentido es muy probable que muchos trabajadores sociales no sepan el alcance de la profesión, y no hayan pensado en el trabajo socioterapéutico como parte de las incumbencias del Trabajo Social. Cuando en realidad tenemos antecedentes históricos de Trabajo Social. que nacen de la cultura de la caridad, para convertirse justamente en una disciplina más socioterapéutica, es decir, más de trabajar con la familia en procesos emancipatorios. El Trabajo Social. se abre camino como disciplina, y se profesionaliza rompiendo con la caridad, y haciendo de la caridad algo totalmente reservado al voluntariado, a la iglesia, y a otros grupos sociales, y no al expertise que se requiere para conocer y comprender lo humano.

Por otro lado, las adicciones son consideradas un problema de salud, todos sabemos que son una enfermedad. Pero también un problema social, vincular y relacional. Atender al adicto sin tener en cuenta el grupo familiar, es estigmatizar aún más la problemática y reservarla al plano de la personalidad, las posiciones personales, si estamos con una personalidad lábil o no.

“Adicto” es una palabra que está en revisión, tenemos que pensar en el tipo de relación que tiene la persona con la sustancia. En realidad todos somos usuarios, de distintas formas de drogas, más sociales, menos sociales, más legales y menos legales.

La forma de trabajo con el grupo familiar, no hay un protocolo, depende del grupo familiar. Si el grupo familiar es un grupo con posibilidades nutricias, con un vínculo relativamente saludable y con lazos que se sostienen en el tiempo, es más probable que yo pueda contar con ese grupo para acompañar el tratamiento. Ahora, si los vínculos están rotos y la familia está disociada o cansada del problema de la adicción, desgastado por la problemática, lo más probable es que tengas que contar con referentes como tíos, amigos, etc. que puedan ayudar a la persona.

Ahora bien, ¿cuál es el rol del trabajador social en un programa de adicciones? A mi criterio el trabajo fundamental es con la familia en general, la entrevista familiar y detectar estas potencialidades. ¿Puede contener? ¿No puede contener? ¿Puede acompañar? ¿o no? ¿Cómo es la relación madre e hijo? ¿Cómo es la relación padre e hijo? ¿Cómo es la relación con los hermanos? ¿Cómo son las relaciones? ¿Quiénes pueden acompañar de la familia?

Y después ¿cómo hace una persona que está en tratamiento y se quiere reinserir socialmente? Para eso también se requiere un trabajador social. ¿De qué va a trabajar? Si está formado o no, si necesita hacer relaciones con otras instituciones para hacer un curso de capacitación, ver qué intereses tiene la persona, y las capacidades que tiene, si tiene que terminar la escuela, etc.

Para todo el análisis social, vincular, relacional, de los grupos sociales, si quiere volver a una práctica deportiva o religiosa, para todo lo que tiene que ver con el mundo social de la persona, se requiere un trabajador social en una institución que aborda consumos problemáticos.

Después si coordina un grupo de jóvenes o de padres son otras cuestiones.

La intervención de un profesional del trabajador social, no es un solo encuentro sino que es un proceso. Un proceso de conocimiento. Intervenimos para transformar ¿pero como se transforma? A través de un proceso de conocimiento. La intervención es un proceso de conocimiento, conozco para comprender. Y comprendo desde el Otro y desde lo que el Otro me muestra. Como bien decía Carl Roger⁷⁶ con algo que se llama “empatía” , yo empatico con el otro, me conecto con eso que le pasa al otro. Pero no como el otro, es decir no estoy como el otro , sino con el otro, con lo que le pasa. Y ese proceso me permite ver que capacidades tiene, qué posibilidades tiene. El diagnóstico no es un relato de calamidades “no tiene” , “le falta” “no tiene techo” “no tiene madre”, etc, No. Es un relato de potencialidades, yo lo describo al otro. Tiene una camisa rayada, tiene posibilidades de seguir estudiando, tiene un techo, tiene posibilidades de tal cosa, puede trabajar, etc.

A veces se trabaja con una familia que no puede superar las crisis vitales, no puede despegarse del hijo, no lo deja ir a estudiar afuera, son familias endogámicas, muy cerradas. Entonces eso a la larga, se rompe. Cualquier cosa cerrada, se rompe. Cualquier cosa rígida, se rompe.

Entonces ¿quién puede hacer esa lectura sin un trabajador social? Si es de las ciencias sociales ese campo, si no es de la psicología, no es intrapsíquico. No es una cuestión que pasa porque tenes un problema psíquico, vos no lo podes resolver en la psicología ni en la psiquiatría.

Primero para parar la compulsión⁷⁷ hay que trabajar desde lo conductual, como lo hacen “Alcohólicos Anónimos”⁷⁸ por ejemplo. Entonces por eso a veces se hace necesario la internación. Esto es cuando hay que modificar algo de la conducta, cuando hay una compulsión, el no poder parar de consumir algo, lo mismo para la bulimia y anorexia.

⁷⁶ Carl Roger (1902-1987) fue un psicólogo estadounidense del enfoque humanista.

⁷⁷ La entrevista refiere a la acción de consumir.

⁷⁸ “Alcohólicos Anónimos” es una comunidad de personas que comparten su mutua experiencia, fortaleza y esperanza para resolver su problema común y ayudar a otros a recuperarse del alcoholismo. El único requisito para ser miembro de A.A. es el deseo de dejar la bebida. (...) A.A. no está afiliada a ninguna secta, religión, partido político, organización o institución alguna; no desea intervenir en controversias; no respalda ni se opone a ninguna causa” (Recuperado de: <https://aa.org.ar/>).

¿Qué papel juega el trabajador social? Bueno ese apoyo a ese grupo familiar, y que no persiga, sino que acompañe en esa decisión de vida. La droga es un proyecto de muerte, lento pero lo es.

¿Qué más hace el Trabajo Social? Teniendo la mirada en la familia como un sistema, reparte la carga del problema. Porque si yo hago una lectura de una familia como un sistema, yo tengo que entender que el adicto es un fusible del sistema que estalla. Entonces yo tengo que revisar con todo el grupo familiar, qué otra problemática tiene la familia. Porque yo te lo aseguro con años de experiencia que he encontrado una hermana que tiene también problemas de adicciones, o un padre que es jugador o que consume alcohol, o una madre jugadora, etc. Y cuando el adicto está presente en una entrevista familiar y empieza a ver los problemas que tiene su familia, y empieza a repartir la carga, ya no necesita estallar, sino que empieza un proceso de mejora. Porque esa persona no es lo peor que le pasó a esa familia, sino que es alguien más.

Yo he participado del programa El Faro, supervisando el equipo de trabajo. Supervisando en todo lo que hace con la familia. Ahora ya no. Yo supervisé a todo el equipo. Yo supervisaba cada 15 días los lunes. A veces también la implicancia de los operadores, porque algunos son ex adictos y es muy difícil despegar la propia historia, es decir el marco de referencia. Mi trabajo era despegarlos de la historia de personas que traían a la supervisión y que no podían despegarse de su propia historia. Además, las relaciones en el equipo, la comunicación en el equipo. Porque a veces los equipos de adicciones o de trabajo, padecen el mismo mal por el cual trabajan: interferencias comunicacionales entre ellos.

-¿Por qué crees que ocurre esto de que el trabajador social no tiene en claro lo que puede hacer?

Es un problema de formación, lo cual nosotros tenemos mucho que ver. Y es un problema de reconocer cuál es la profesión, en términos de métodos, de estrategias, de dimensión instrumental. El alcance de la entrevista, el porqué de una entrevista y el alcance de una intervención. Si vos me decís para qué entrevistamos a las personas en un lugar de trabajo, si más bien es para darle una continuidad a eso que aparece como un problema.

Otro ejemplo es el de la violencia que es considerado un problema social, vincular, y la trabajadora social hace la primera entrevista con una mujer víctima de violencia y la deriva con un psicólogo, cuando en realidad hay un montón para trabajar con ella, como es la restauración de los vínculos sociales de ella, de las redes sociales de ella, de las relaciones familiares. ¿Y quien va a ayudarla a reconstruir eso? El trabajador social. ¿Quién va a ir a la casa de los

padres? ¿Quién va a citar a esos padres? ¿Quién va a hacer una reconstrucción de esos vínculos sociales? ¿Quién va a invitarla a un grupo y va a coordinar un grupo de revinculación familiar? La psicóloga no.

Por eso pienso que el trabajador social un poco perdió el punto, no todos los trabajadores sociales por supuesto.

Y muchos fuimos muy criticados y tildados de burgueses oligarcas, por dedicarnos al Trabajo Social clínico.

Yo creo que el Trabajo Social tiene tres razones: una es trabajar en procesos emancipatorios, a través de la intervención profesional. Otra es visibilizar problemas sociales, e influir en las políticas públicas como tercer objetivo. Pero a la gente hay que atenderla, pero atenderla en el tiempo y saber atenderla.

Porque decirle por ejemplo a una mujer que es víctima de violencia que se separe del marido, se lo dice una vecina, ahora si lo quiere al marido, quiere continuar con él, ¿como continua? ¿Qué tipo de abordaje hay que darle a esa problemática? Eso lo tiene que hacer un trabajador social. Hay procesos para los cuales se requiere un trabajador social. Para decir lo obvio, está claro que no está.

Es más latinoamericano el problema porque en otros ámbitos, como en EE.UU. o Europa el Trabajo Social tiene otro reconocimiento y tiene un seguimiento y hace un trabajo sostenido en el tiempo. Trabajan con familias durante un año, o año y medio, con entrevistas semanales como si fuese una psicóloga, en un consultorio de atención social. En ese caso Virginia⁷⁹ la tiene clara.

Otra cosa que el Trabajo Social tiene que aprender es que es una disciplina para todos, no solo para una clase social. Porque sino nosotros, estigmatizamos doblemente, considerando que solo los pobres tienen violencia o adictos o abuso. Y no es así.

El Trabajo Social hace socioterapia⁸⁰, existe la musicoterapia, la terapia ocupacional, la psicoterapia, bueno también existe la socioterapia. En todos los ámbitos y en todos los contextos. La socioterapia es un proceso de intervención prolongado en el tiempo.

Hay trabajadoras sociales en Argentina que hacen socioterapia: Monica Chadi, Liliana Calvo.

La institución te llama para algo siempre, hay un objetivo institucional, por ejemplo que le des una tarjeta a alguien, pero el mio disciplinar es otro y lo tengo que ejercer.

⁷⁹ La entrevistada se refiere a la licenciada en Trabajo Social Virginia Vaccaroni.

⁸⁰ “La socioterapia como modalidad de abordaje profesional autónomo del Trabajo Social, dirige su atención a personas, familias, grupos y comunidades que presentan conflictos en sus vínculos interpersonales en sus familias, en ámbitos escolares, laborales o en diferentes grupos donde se participa” (Calvo, L., 2004, p.1).

Para mi en muchos casos el trabajo social perdió el rumbo. Ojalá lo recupere en algún momento.

Institución: Posada del Inti.

Entrevistado: Coordinador General.

Fecha: 30/10/24

-¿Nos podés contar cómo funciona la institución?

La institución cuenta con dos sedes, soy coordinador de una de las sedes que está en Las Dalias donde funciona un centro de día, ambulatorio integrado por donde los usuarios ya pasaron por internación, y ahora sería la etapa de inserción y comunidad residencial de mujeres. También tiene una sede en el barrio antártida argentina que es una comunidad de varones solos, cuando digo comunidad me refiero a internación.

Hay dos sedes con cuatro dispositivos: centro de día, ambulatorio integrado, comunidad residencial de mujeres y comunidad residencial de hombres. Cuatro dispositivos que funcionan en dos sedes.

La sedronar no cubre más la parte residencial. Si trabajan con Sedronar para la parte ambulatoria y centro de día.

-¿Cómo es el tratamiento en cada dispositivo?

En el centro de día los chicos y chicas entran 8.45 y están hasta la 17 hs. Durante la semana van teniendo actividades. La terapia individual una vez por semana, la grupal dos veces por semana y también hacen diferentes talleres como ajedrez, yoga, teatro. Hay un área de familia que se reúnen una vez por semana y después a demanda según las necesidades de cada familia. También se hacen reuniones vinculares, depende de cada usuario, en general lo hace el psicólogo o un operador si hay una cuestión de afinidad o conoce más su historia.

La institución no cuenta con trabajador social. Trabajan con obras sociales, particulares, en el centro de día y ambulatorio se trabaja con la sedronar

-¿Cómo está integrado el grupo de profesionales?

En toda la institución hay alrededor de treinta, hay psiquiatra, ocho psicólogos, en la sede de Las Dalias hay siete operadores, talleristas, más terapeuta ocupacional.

En general en los grupos de padres quieren hablar del usuario, pero nosotros intentamos en en los grupos de padres puedan hablar de ellos, de como estan, como se sienten acompañando el proceso. Cuando una persona entra en tratamiento nosotros creemos de que toda la familia entra en tratamiento, que se puedan involucrar con sus propias cosas no preguntar siempre como esta usuario, sino ver cmo estan ellos, como se sienten acompañando el tratamiento.

A veces llevamos una temática nosotros por ejemplo: hablar de los duelos, de la violencia de género. El tratamiento es individual pero estamos en comunidad y se trabaja grupalmente. Una vez por semana tienen reunión de equipo y van viendo caso por caso. En las reuniones participan todos los profesionales y yo que soy el coordinador. Las edades de los usuarios van de los 15 años en adelante.

Grupo de mujeres, solamente duermen separadas de los hombres pero en el centro de día están todos juntos. Muchas mujeres no son de mar del plata, otras porque son casos complejos y necesitan estar internadas.